



16-05-2006

Sag nr. 06/283

Dokumentnr. 24803/06

*Debatoplæg***Fremtidig organisering af intensiv medicinsk terapi****Resumé**

Sundhedsvæsenet står foran omfattende forandringer. Med fokus på høj faglig kvalitet, sammenhængende patientforløb og god udnyttelse af ressourcerne skal sundhedsvæsenet reorganiseres. Der skal tænkes i helheder og sammenhænge og en række behandlinger og tilhørende støttefunktioner skal samles på færre og større enheder.

Den generelle demografiske udvikling og de stadig mere avancerede medicinske og kirurgiske behandlinger har gennem årene øget presset på de intensive medicinske afdelinger, og flere steder i landet slår den nuværende kapacitet ikke til.

Der er brug for en større fleksibilitet både på den enkelte afdeling og inden for den enkelte region. Dette foreslås fremmet dels gennem oprettelse af flere intermediære behandlingspladser, som kan lette presset på de egentlig intensive behandlingsafsnit, og dels ved en fælles regional koordinering af den samlede intensivkapacitet. Herved udnyttes ressourcerne bedst muligt og uhensigtsmæssige overflytninger, afvisninger og aflysninger begrænses.

Den intensive medicinske terapi fungerer i vidt omfang som støttefunktion til akutmodtagelsen, kirurgien og det medicinske område. Disse samarbejdsflader stiller krav om en organisering, som både fysisk og ledelsesmæssigt kan sikre gode rammer for koordinering og fleksibilitet i det daglige arbejde. Den fremtidige placering og antallet af enheder med intensiv medicinsk terapi, vil derfor tage udgangspunkt i det billede der tegner sig med ca. 25 behandlingsenheder på landsplan.

## **Indledning**

Med regionsdannelsen pr. 1. januar 2007 skal flere amters sundhedsvæsen tænkes sammen. Målet er en fornuftig udnyttelse af ressourcerne, så der opnås en høj faglig kvalitet, at organisationen er patientfokuseret og effektiv, at den understøtter sammenhængen i behandling og patientforløb samt skaber et grundlag for en hensigtsmæssig arbejdsdeling og opgavevaretagelse på tværs i sygehusvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har med specialeplanlægningsbestemmelserne i den nye Sundhedslov fået en række øgede beføjelser i relation til fastlæggelse af placering, krav og visitation til lands- og landsdelssygehusene samt eventuel samling af visse behandlingsformer på et eller enkelte sygehuse. Sundhedsstyrelsen forventes inden for de kommende år, at gennemgå de enkelte specialer.

Den konkrete organisering i de enkelte regioner skal inden for disse rammer tilrettelægges under hensyntagen til de lokale forskelle og muligheder, herunder geografi, de fysiske forhold, patientgrundlaget og aktiviteterne i de henvisende specialer.

Med dette oplæg ønsker Danske Regioner at bidrage til en debat om fremtidens organisering af den intensive medicinske terapi. Oplægget er blevet til i dialog med Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin og Dansk Selskab for Intensiv Terapi samt repræsentanter fra hver af de kommende fem regioner.

## **Intensiv medicinsk terapi i Danmark**

Intensiv medicinsk terapi er en del af specialet anæstesiologi. Intensiv medicinsk terapi omfatter observation, diagnostik, behandling og pleje af patienter med potentielt reversible organsvigt, som er så alvorlige, at behandlingen ikke kan gennemføres på en almindelig sengeafdeling. Intensiv terapi forudsætter høj normering med specialuddannet personale og rådighed over avanceret apparatur.

En intensiv medicinsk afdeling inddeles i niveauerne 1, 2 og 3, hvor niveau 3 er det mest avancerede. De forskellige niveauer defineres ud fra de be-

handlingsmæssige muligheder og afhænger af personalenormering, personalekompetencer, samarbejdet med andre funktioner og det apparatur, der er til rådighed<sup>12</sup>.

Hertil kommer de intermediære afsnit, som kan tilbyde en højere grad af observation, behandling og pleje end et almindeligt sengeafsnit, og som skal forebygge, at patienter med et større observations- og behandlingsbehov udvikler akutte livstruende tilstande, som kræver intensiv medicinsk terapi. Patienter på intermediære afsnit omfatter både patienter, som udskrives fra intensivt afsnit efter at have gennemgået et intensivt medicinsk behandlingsforløb ("step-down") og patienter fra almindelige sengeafdelinger, akutmodtagelse eller observationsafsnit, hvor tilstanden skønnes at kræve et øget observations- og behandlingsbehov ("step-up"), uden at der dog er behov for egentlig intensiv terapi.

Hovedparten af patienter med behov for intensiv medicinsk terapi er akutte, hvilket nødvendiggør et beredskab af hurtigt tilgængelige behandlingspladser. Visse planlagte operationer kan endvidere medføre behov for intensiv eller intermediær behandlingsplads, enten fordi der tilstøder komplikationer, eller fordi der er tale om komplicerede operationer, som kræver tilstedeværelse af intensive medicinske kompetencer.

Uanset om der er tale om akutte eller planlagte patienter er der behov for en let og hurtig adgang til ekspertise og ydelser fra en række andre behandlingsområder. Et sådan samarbejde stiller krav til den organisatoriske og fysiske indretning, og den fremtidige organisering af de enkelte behandlingsområder må derfor ses i en sammenhæng.

### **Kapacitetsproblemer på intensivområdet?**

---

<sup>1</sup> Som opfølgning på kapacitetsundersøgelsen fra 2004 er en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen ved at udarbejde et sæt fælles nationale definitioner på området, fælles nationale visitationsprincipper og -kriterier samt beskrive mulighederne for en fælles national dokumentation.

<sup>2</sup> Intensiv medicinsk terapi med som det femte generelle forløbstema i Den Danske Kvalitetsmodel, hvilket betyder at der skal udarbejdes akkrediteringsstandarder og indikatorer på området. Dette arbejde forventes afsluttet i slutningen af 2006.

De stadig mere avancerede medicinske og kirurgiske behandlinger har skabt et øget behov for intensive medicinske behandlingspladser – både før, under og efter behandling af den primære lidelse.

Den demografiske udvikling går i retning af flere og flere ældre, og patienter i dårlig almen tilstand kan i dag tilbydes avanceret medicinsk og kirurgisk behandling. En række specifikke patientgrupper og behandlingsområder er blevet prioriteret; kræftplan I og II samt hjerteplanen, og der er sket en betydelig stigning i den elektive kirurgi, som ikke er fulgt op af en tilsvarende kapacitetsudvidelse på intensivområdet.

Denne udvikling har gennem de senere år lagt et stigende pres på de intensiv-medicinske behandlingspladser og har nødvendiggjort en prioritering mellem patienter på intensivafdelingerne, som alle har et større behov for behandling og pleje, end hvad der kan tilbydes på en almindelig sengeafdeling.

Der findes pt. ingen systematisk og ensartet landsdækkende registrering af kapacitet og belægningsprocent på de intensive afdelinger. Stikprøver indikerer, at der findes kapacitetsproblemer, men at omfanget og årsagerne til kapacitetsproblemerne er forskellige. Fælles for alle dele af landet er, at der i perioder bruges mange ressourcer på at skabe plads til alle patienter, og at der bruges meget tid på at undgå aflysninger og uhensigtsmæssige flytninger af patienter mellem intensive afdelinger på forskellige sygehuse. Dette billede understøttes af Sundhedsstyrelsens kapacitetsundersøgelse fra 2004.

Der er således bred enighed om, at den nuværende kapacitet mange steder i landet ikke er tilstrækkelig, og det er åbenlyst, at de lægelige ressourcer under andre forudsætninger kan anvendes mere fornuftigt.

### **Fleksible senge - nøglen til bedre ressourceudnyttelse**

Et af hovedprincipperne for tilrettelæggelse af sundhedsvæsenet er, at patienterne skal behandles på det rette niveau – hverken mere eller mindre. Dette princip skal sikre, at patienten får den rette behandling uden samtidig at lægge beslag på en ekspertise, der mangles til behandling af en anden og mere syg patient.

Der er i dag godt 500 intensive og ca. 100 intermediære behandlingspladser i landet. De intermediære behandlingspladser bruges som step-up eller step-

down mulighed for de intensive medicinske behandlingspladser og letter dermed presset på de egentlig intensive behandlingsafsnit. De intermediære sengepladser kræver ikke så meget bemanning, udstyr og personalenormering, og prisen for en intermediær behandlingsplads udgør dermed ca. 50-75 pct. af en intensivplads.

Betragter man kapaciteten på landsplan, er det opfattelsen, at det samlede antal af egentlige intensive behandlingspladser i perioder er tilstrækkeligt til at dække behovet. Men der forekommer relativt ofte spidsbelastningssituationer, hvor kapaciteten ikke slår til, og man derfor er nødsaget til f.eks. at overflytte patienter til andre intensive afdelinger.

Overflytninger, afvisninger og aflysning af planlagte operationer vil ikke kunne undgås fuldstændigt, men de bør begrænses mest muligt af hensyn til patienten, de pårørende, personalet samt det rent sundhedsfaglige element. Der skal være en balance mellem god udnyttelse af ressourcerne og tilstedeværelsen af et beredskab.

Udover at der skal ske en ”omfordeling” af de intensive behandlingspladser, forstået på den måde, at man nogle steder i landet har brug for enkelte flere behandlingspladser, mens man andre steder kan klare sig med færre, synes der at være et udtalt behov for større fleksibilitet i den behandlingsfase, som ligger før eller efter den egentlige intensive medicinske behandling og pleje.

En øget brug af intermediære behandlingspladser vil imødekomme behovet for større fleksibilitet og vil sikre en bedre udnyttelse af ressourcerne. Man vil i større grad kunne give den enkelte patient netop den behandling og pleje som både ud fra et lægefagligt og ressourcemæssigt synspunkt er den mest rationelle. En del patienter vil kunne udskrives direkte til videre behandling på en sengeafdeling og vil slet ikke få behov for en intensiv behandlingsplads. De intensive behandlingspladser kan herved forbeholdes patienter med et reelt behov for behandling på et mere avanceret niveau og vil samtidig kunne medføre en kvalitetsforbedring i behandlingen af svært syge patienter, hvor intensiv terapi endnu ikke er indiceret.

Oprettelse af intermediærssenge vil antagelig kunne løse en del af kapacitetsproblemet, og reducerer alt andet lige behovet for afvisninger, overflytninger og aflysning af operationer, som skyldes manglende kapacitet.

Erfaringsgrundlaget fra Danmark er begrænset, men det anslås, at andelen af intermediære behandlingspladser bør udgøre fra 25 til 40 pct. af den intensive kapacitet. På de højt specialiserede intensivafdelinger ligger behovet i den lave ende, mens det på de øvrige intensive afdelinger er højere.

De intermediære behandlingspladser bør som hovedregel placeres og organiseres i tilknytning til de eksisterende intensive afdelinger. Der kan dog være helt specifikke monodisciplinære sygdomstilfælde, hvor oprettelse af en intermediær seng på stamafdelingen kan være relevant, således at man her bliver i stand til at klare en helt konkret opgave som ellers hører hjemme på en intensiv medicinsk afdeling. Det kan f.eks. dreje sig om non invasiv ventilation af KOL patienter på lungemedicinske afdelinger. Organiseringen af intermediære afsnit eller behandlingspladser bør under alle omstændigheder tilknyttes en intensiv afdeling, men afhænger i øvrigt af det enkelte hospitals patientgrundlag og intensivafdelingens niveau, herunder behovet for specialistkompetencer.

### **Tæt sammenhæng med andre dele af sundhedsvæsenet**

Tilrettelæggelse af den fysiske placering, antallet af intensivafdelinger, beredskabet og behandlingsniveauerne på landets intensivafdelinger må tage udgangspunkt i den overordnede specialeplanlægning og i sygehusplanlægningen i de enkelte regioner.

Intensiv terapien fungerer i vidt omfang som støttefunktion til en række aktiviteter i sygehusvæsenet. Det gælder først og fremmest i forhold til akutmodtagelsen, kirurgien og den interne medicin. Samtidig skal intensivterapien kunne trække på ekspertise fra forskellige specialer, f.eks. kardiologi, neurologi, intern medicin og kirurgi, og skal have let og hurtig adgang til laboratoriefunktioner og CT- og MR scanning.

Disse samarbejdsflader stiller store krav til den indbyrdes organisering – både fysisk og eventuelt ledelsesmæssigt, og kræver en udtalt grad af koordinering, samarbejde og fleksibilitet for at opnå en fornuftig udnyttelse af de samlede ressourcer, og for at understøtte og styrke den faglige kvalitet og et sammenhængende patientforløb.

Organiseringen af det akutte område er i høj grad medbestemmende for, hvordan andre dele af sundhedsvæsenet skal tilrettelægges. Der er i debatten generelt enighed om, at man bør samle modtagelsen og behandlingen af

akut syge patienter på ca. 25 akutcentre, hvor den nødvendige ekspertise er til stede hele døgnet. Fundamentet for det akutte beredskab er en effektiv og korrekt visitation af patienterne, således at den rette behandling kan iværksættes hurtigst muligt. Dette indebærer endvidere, at en række faciliteter, herunder intensiv terapi, skal være til rådighed de steder, der har akutmodtagelse. I dag opfylder kun 26 ud af 44 akutmodtagelser de krav, som Sundhedsstyrelsen i deres vurdering af den akut medicinske indsats lægger op til.

Amtsrådsforeningens og Dansk Kirurgisk Selskabs nyligt udsendte debatoplæg om fremtidens organisering af kirurgien peger på, at arbejdet med den faglige kvalitet og andre centrale kvalitetsmålsætninger vil have gode betingelser i en grundstruktur, som bygger på op til 25 enheder, der varetager basisfunktionen og den akutte funktion i kirurgien. I tilknytning til den basiskirurgiske funktion bør der endvidere være funktioner i *anæstesiologi/intensiv* terapi og radiologi samt akutfunktion og basisfunktion i *intern medicin*.

Ca. halvdelen af de patienter, der modtages på de intensive afsnit kommer fra de medicinske afdelinger. Derudover vil en række af de tilstande, der medfører overflytning af kirurgiske patienter til intensiv terapi være begrundet i medicinske tilstande. Også det medicinske område står over for en proces, der vil indebære sammenlægning til færre og større enheder. Samarbejdet og udvekslingen af patienter mellem det kirurgiske og det medicinske behandlingsområde taler for at placere hovedfunktionerne i medicin og kirurgi i tilknytning til hinanden. På det medicinske område er der imidlertid en række problemstillinger, herunder den geografiske spredning og antallet af sengepladser, som betyder, at tilpasningen må ske over en længere årrække - måske 10-15 år.

Eftersom der er et meget tæt samarbejde mellem akutmodtagelsen, kirurgien, den interne medicin, og intensivterapien, er det nødvendigt, at disse områder tænkes sammen med hensyn til organisering og placering, ikke mindst set i lyset af de rent praktiske udfordringer i forhold til de fysiske rammer, som givet kræver omfattende investeringer og en samtidig opretholdelse af det fornødne antal sengepladser.

På nuværende tidspunkt er der lagt op til 25 enheder – både når det gælder kirurgien, det medicinske område og antallet af akutmodtagelser. Dermed går udviklingen for intensivterapien også i retning af færre, større og mere avancerede enheder. Da intensivterapien først og fremmest er knyttet til det

akutte område, vil den fremtidige placering og antallet af intensive medicinske enheder tage samme udgangspunkt. Herudover skal der være passende intensive medicinske funktioner på de sygehuse, der kun har elektiv aktivitet.

### **Koordinering af den samlede intensive kapacitet i en region**

En udvikling i retning af færre og større behandlingsenheder giver et godt udgangspunkt for en styrket faglig kvalitet samt en optimal udnyttelse af ressourcerne, herunder en bedre udnyttelse af vagtberedskaber, eventuel ledig kapacitet og fælles støttefunktioner.

En af forudsætningerne er imidlertid, at koordinationen og kommunikationen er velfungerende og effektiv, så flaskehalse, overbelægning og uhenigtsmæssige overflytninger, begrænses mest muligt.

For at kunne udnytte den samlede kapacitet af intensiv medicinske behandlingspladser i de enkelte regioner bedst muligt, vil det være naturligt, at koordinationen og visitationen samles ét sted i hver region.

En sådan regional koordination kræver, at den ansvarlige koordinator har den fornødne faglige kompetence, har råderet over regionens intensive behandlingspladser og at vedkommende har adgang til on-line registreringer om belægningssituationen, patientklientellet, personalesituationen, overflytninger mv. på de enkelte intensivafdelinger.

I praksis vil dette indebære, at den enkelte afdeling forpligtes til at registrere hver gang en patient indlægges eller udskrives, og at den regionale koordinator kontaktes ved behov for indlæggelse eller overflytning, således at denne kan anvise en behandlingsplads, der passer til patientens behov. Ordningen forudsætter, at den detaljerede faglige information vedrørende en overflyttet patient fortsat sker direkte mellem afgivende og modtagende intensivlæge.

Selvom den konkrete placering ikke er afgørende, vil det være naturligt at etablere koordinatorfunktionen på en af regionens intensive afdelinger, hvor de faglige forudsætninger allerede er til stede. En anden mulighed kan på sigt være, at den akut medicinske koordinationsenhed (AMK) rustes fagligt til også at kunne varetage denne type opgaver.

**Intensive medicinske behandlingspladser (niveau 1, 2 og 3) i regionerne**

---

**A): Antal behandlingspladser**

**B): Heraf med mulighed for respiratorbehandling**

---

**Region Hovedstaden**

A) 181

B) 145

**Region Sjælland**

A) 72

B) 49

**Region Syddanmark**

A) 86

B) 83

**Region Midtjylland**

A) 116

B) 90

**Region Nordjylland**

A) 50

B) 43

**Hele landet**

A) 505

B) 410