



INTENSIV TERAPI
– definitioner, dokumentation
og visitationsprincipper

2006

Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsprincipper

Anbefaling fra arbejdsgruppen
om intensiv medicinsk terapi

Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsprincipper.

Anbefaling fra arbejdsgruppen om intensiv medicinsk terapi

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Intensiv terapi, intensiv medicinsk terapi, behandlingspladser, klinisk database, visitationsprincipper

Kategori: Anbefaling

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: 9. august 2006

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 87-7676-340-4

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, 2006

Indhold

1	Indledning og baggrund	4
2	Definition af intensive behandlingspladser	6
2.1	Baggrund	6
2.2	Intensivafsnit/-afdeling niveau 3	8
2.3	Intensivafsnit/-afdeling niveau 2	9
2.4	Intensivafsnit/-afdeling niveau 1	10
2.5	Multidisciplinært intensivt intermedieærfsnit	11
3	Dokumentation	12
3.1	Baggrund	12
3.2	Organisatoriske overvejelser	14
3.3	Teknologi	15
3.4	Indhold	16
4	Visitationsprincipper	17
4.1	Behovet for fælles nationale visitationsprincipper og – kriterier	17
4.2	Overordnede nationale retningslinjer for visitationsprocessen til intensiv medicinsk terapi	18

1 Indledning og baggrund

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodede i august 2004 Sundhedsstyrelsen om at gennemføre en undersøgelse af kapaciteten i intensiv medicinsk terapi. Styrelsens rapport fra december 2004 konkluderede, at der efter styrelsens vurdering var et kapacitetsproblem inden for intensiv medicinsk terapi, og at en løsning af disse problemer først og fremmest krævede prioritering og handling fra sygehusejernes side.

Rapporten konkluderede ligeledes, at der til brug ved planlægningen af intensiv medicinsk terapi i de kommende regioner var behov for et arbejde på nationalt niveau for at belyse en række områder. Det drejede sig om følgende:

- Definition / kategorisering af centrale begreber
- Vurdering af behov for fælles, national dokumentation
- Vurdering af behov for fælles, nationale visitationsprincipper og - kriterier.

Indenrigs- og sundhedsministeren har bedt Sundhedsstyrelsen gennemføre dette arbejde, og styrelsen nedsatte derfor en arbejdsgruppe, der fik følgende kommissorium:

”Arbejdsgruppen skal udforme et oplæg til Sundhedsstyrelsen om følgende forhold inden for intensiv medicinsk terapi:

- Definition / klassifikation af centrale begreber.
Der er en betydelig variation i, hvordan centrale begreber inden for intensiv medicinsk terapi defineres og anvendes. Arbejdsgruppen skal udforme oplæg til en definition af centrale begreber inden for intensiv medicinsk terapi, fx klassifikation af afdelinger, af senge (herunder specialiseringsniveau) og af vagtberedskaber.
- Vurdering af behov for fælles national dokumentation.
Arbejdsgruppen skal vurdere, i hvilket omfang der er behov for fælles, national dokumentation for aktiviteten inden for intensiv medicinsk terapi. I det omfang dette skønnes nødvendigt, skal arbejdsgruppen overordnet definere det mulige indhold af dokumentationen samt rammerne for indsamling og anvendelse.
- Vurdering af behov for fælles, nationale visitationsprincipper og - kriterier.
Arbejdsgruppen skal vurdere, om der er behov for fælles, nationale visitationsprincipper og - kriterier. I vurderingen heraf skal indgå overvejelser om behovet for lokalt definerede kriterier som følge af konkrete rammer for arbejdet. I det omfang arbejdsgruppen skønner, at der er behov for nationale visitationsprincipper og - kriterier skal arbejdsgruppen udarbejde sådanne”.

Der er i notatet brugt betegnelsen intensiv medicinsk terapi, hvilket kan opfattes synonymt med intensiv terapi.

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning:

Mikkel Grimmeshave, chefkonsulent, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen (formand).

Vagn Bach, vicedirektør, Amtssygehuset i Gentofte (udpeget af Dansk Selskab for Intensiv Terapi).

Birte Baktoft, intensivsygeplejerske, Randers Centralsygehus (udpeget af Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og sygeplejersker).

Olaf Barfoed, fuldmægtig, Enhed for Sundhedsstatistik, Sundhedsstyrelsen (udpeget af Sundhedsstyrelsen).

Kurt Espersen, overlæge, Rigshospitalet (udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin).

Inger Marie Giversen, afdelingslæge, Enhed for Sundhedsinformatik, Sundhedsstyrelsen (udpeget af Sundhedsstyrelsen), (til december 2005)

Birte Hansen, ledende overlæge, Odense Universitetshospital (udpeget af Dansk Selskab for Intern Medicin).

Bent Chræmmer Jørgensen, ledende overlæge, Amtssygehuset i Herlev (udpeget af Sundhedsstyrelsen).

Morten Noreng, cheflæge, Randers Centralsygehus (udpeget af Amtsrådsforeningen).

Jacob Rosenberg, professor, overlæge, Amtssygehuset i Gentofte (udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab).

Jes Schmidt, centerdirektør, Rigshospitalet (udpeget af H:S).

Terese Teilmann, konsulent, Amtsrådsforeningen (udpeget af Amtsrådsforeningen).

Susanne Vest, afdelingslæge, Enhed for Planlægning, Sundhedsstyrelsen (sekretariat).

Arbejdsgruppen har holdt fem møder i perioden juni 2005 til april 2006.

2 Definition af intensive behandlingspladser

Arbejdsgruppen skal som en del af kommissoriet udforme et oplæg til definition af centrale begreber inden for intensiv medicinsk terapi, først og fremmest intensive behandlingspladser og afdelinger. Definitionen skal være et redskab til at registrere antal og type af intensive behandlingspladser på de forskellige sygehuse, idet der ved tidligere regionale og nationale opgørelser heraf har vist sig betydelige forskelle i definitioner og afgrænsninger fra sygehus til sygehus.

2.1 Baggrund

Intensiv medicinsk terapi kan overordnet defineres som observation, diagnostik, behandling og pleje af patienter med potentielt reversible svigt af et eller flere organsystemer, som er af en sådan sværhedsgrad, at behandling ikke kan gennemføres på en almindelig sengeafdeling¹.

Intensiv medicinsk terapi er karakteriseret ved, at der er tale om diagnostik og behandling af komplekse tilstande, høj bemanning med specialuddannet personale og understøttelse af flere organsvigt, herunder luftvejshåndtering og behandling af respirationssvigt. Intensiv medicinsk terapi kræver special-apparatur.

Intensiv medicinsk terapi forudsætter jf. ovenstående rådighed over **intensive behandlingspladser** med den nødvendige tekniske og personalemæssige tilstedeværelse. Foruden intensive behandlingspladser omtales i det følgende **intermediære behandlingspladser**, hvor der kan tilbydes en højere grad af observation, behandling og pleje end i et almindeligt sengeafsnit (men ikke egentlig intensiv medicinsk terapi)².

Størstedelen af de intensive og intermediære behandlingspladser vil være belagt med patienter med akut opståede kritiske tilstande. Dog kan en del planlagte interventioner/operationer medføre planlagt behov for en intensiv eller intermediær behandlingsplads, hvor der tilbydes flere ressourcer/ kompetencer end på et perioperativt observationsafsnit – dette kan dreje sig om fx visse thoraxkirurgiske operationer og visse større operationer på patienter med kroniske sygdomme.

Af hensyn til patienter med akut opståede kritiske tilstande er der behov for et beredskab af hurtigt tilgængelige behandlingspladser.

Intensiv medicinsk terapi foregår normalt samlet i en afdeling eller et afsnit af hensyn til fagligt niveau og udvikling, samt af hensyn til hensigtsmæssig udnyttelse af udstyr og personaleresourcer.

¹ Generelle rekommandationer for intensiv terapi i Danmark, Dansk Selskab for Intensiv Terapi og Dansk Anæstesiologisk Selskab, 1998.

² Generelle rekommandationer for intensiv medicinsk terapi i Danmark.

Definitionerne nedenfor bygger på en definition af den intensive afdeling/afsnit, og ikke den enkelte intensive behandlingsplads. Det skyldes, at en definition på afsnits-/afdelingsniveau efter arbejdsgruppens vurdering giver et mere dækkende billede af de konkrete behandlingsmuligheder, idet disse i højere grad afhænger af afsnittets/afdelingens samlede personalenormering, disses kompetencer, samarbejde med andre funktioner mv. end af den enkelte behandlingsplads.

En intensiv afdeling klassificeres således ud fra afdelingens behandlingsmuligheder.

Dette inkluderer det faglige personale, grad af tilstedeværelse, uddannelses-niveau og kompetencer. Ratioen mellem sygeplejersker og patienter og ligeledes ratioen mellem læger og patienter vil variere afhængigt af patientsammensætning, men vil alt andet lige være højere, jo højere niveau intensivafsnit/-afdeling. Samtidig bør der på de enkelte afsnit lægges vægt på planlægning af læge- og personaleressourcer, ligesom der bør være planer for, hvad der bør ske, hvis dette ikke kan opfyldes.

De samarbejdende afdelingers kompetencer har også indflydelse på klassifikationen. Der skelnes ikke mellem, om en speciallægeanerkendelse er fra den nuværende eller tidligere speciallægeuddannelse. Således anvendes de nuværende specialebetegnelser i notatet, men opfattes i denne forbindelse som ligestillet med de tidligere grenspecialer. Der vil under krav til samarbejdende afdelinger desuden blive skelnet mellem vurdering og rådgivning, således at vurdering forudsætter mulighed for fremmøde, mens rådgivning ikke kræver mulighed for fremmøde, men kan forgå telefonisk.

Der er fra Sundhedsstyrelsens side opstillet en række anbefalinger for intensiv medicinsk terapi. Således anbefales i vejledningen *Specialeplanlægning og lands- og landsdelsfunktioner i sygehusvæsenet* (herefter Specialevejledningen) fra 2001 følgende om intensiv terapi:

- Alle sygehuse med intensiv funktion skal have tilstedeværelse af en speciallæge i anæstesiologi.
- Specielle procedurer bør samles ét sted i amtet ved et større specialiseret sygehus på hovedsygehusniveau. Det drejer sig om intensivfunktion for patienter med svært lungesvigt, intensiv terapi af børn i samarbejde med amtets børneafdeling samt patienter med multiorgansvigt
- Sjældne, komplekse og særligt ressourcekrævende intensiv-medicinske opgaver samles på en eller flere højt specialiserede intensive enheder i landet i samarbejde med andre højt specialiserede funktioner, fx hjerte- og lungekirurgi, transplantation, brandsår, leversygdomme, visse infektionssygdomme og intensiv-medicinsk behandling af børn under 2 år.

Sundhedsloven indeholder nye bestemmelser om specialeplanlægning, som er trådt i kraft den 1. januar 2006. Der må derfor i løbet af de kommende år forventes en revision af anbefalingerne for intensiv medicinsk terapi. Ligeledes må det forventes, at de enkelte regioner vil opstille rammer for intensiv medicinsk terapi. Såvel Specialevejledningens anbefalinger som arbejdsgruppens må derfor betragtes som minimumsanbefalinger, som kan forventes udbygget, regionalt og/eller nationalt.

Intensivafsnit/-afdelinger klassificeres i **niveauerne 1, 2 og 3**, hvor niveau 3 betegner det mest specialiserede niveau og niveau 1 det mindst specialiserede niveau. Hertil kommer intermediærafsnit. Betegnelsen intensiv funktion benyttet i den gældende Specialevejledningen fra 2001 dækker således over intensivafsnit niveau 1, 2 og 3. Det skal bemærkes, at forskellen på niveau 2 og 3 intensivafsnit/-afdelinger i definitionerne nedenfor primært består i kravene til det faglige personale, idet krav til samarbejde er næsten overensstemmende.

Nedenfor defineres de forskellige niveauer nærmere.

2.2 Intensivafsnit/-afdeling niveau 3

Definition:

Intensivafsnit/-afdeling niveau 3 kan udføre særligt avanceret og sjældent forekommende intensiv medicinsk terapi, og patienter med alle typer organ-svigt kan behandles.

De nuværende lands- og landsdelsfunktioner inden for intensiv medicinsk terapi vil normalt være placeret på niveau 3 intensivafsnit/-afdelinger. Det drejer sig om:

- Hyperbar iltbehandling, ved fx gasgangræn, kæbenekrose og visse tilfælde af kulilteforgiftning
- Ekstracorporal membran oxygenering (ECMO) til voksne ved behandling af akut svær lungeskade ved reversibel lungelidelse fx traumer og Respiratorisk Distress Syndrom
- Intensiv terapi til spædbørn og intensiv terapi af børn under 2 år.

Krav til samarbejde:

I forbindelse med niveau 3 intensivafsnit/-afdelinger bør følgende specialfunktioner og specialistkompetencer være til rådighed på/ for hospitalet:

- Billeddiagnostik: hele døgnet mulighed for konventionelle røntgenbilleder, ultralyd med diagnostik og intervention samt CT-scanninger
- Intern medicin: kardiologi: hele døgnet mulighed for kardiologisk vurdering på specialistniveau, herunder ekkokardiografi
- Intern medicin: nefrologi: hele døgnet mulighed for renal substitutionsbehandling samt nefrologisk vurdering på specialistniveau.
- Neurologi: hele døgnet mulighed for neurologisk vurdering på specialistniveau
- Kirurgi: hele døgnet mulighed for kirurgisk vurdering og behandling på specialistniveau indenfor de sygdomme/specialer, der behandles på intensivafsnit/-afdeling
- Mulighed for rådgivning af læge på speciallægeniveau i intern medicin: infektionsmedicin
- Klinisk mikrobiologi: hele døgnet mulighed for visse mikrobiologiske analyser (fx mikroskopi af spinalvæske) og rådgivning på specialist-niveau
- Laboratoriefunktioner: døgndækning for biokemiske analyser inkl. koagulationsanalyser.

Ved en række specielle patienttyper er der yderligere krav til samarbejdspartnere/tilsyn. Der forventes over tid at være et øget behov for akutte MR

scanninger, men arbejdsgruppen vurderer, at det ikke på nuværende tidspunkt er realistisk at stille det som et krav.

Krav til fagligt personale:

Lægelige kompetencer og bemanning:

- Uddannelsesniveau og tilstedeværelse: døgnbemanning med speciallæge i anæstesiologi. Der bør tilstræbes, at flere af speciallægerne i anæstesiologi har eller er i færd med at erhverve sig lægelig kompetence på niveau med fagområdet intensiv medicinsk terapi fx The Inter-Nordic Training Programme in Intensive Care Medicine (INTP)
- Den fagligt ansvarlige for intensivafsnit/-afdeling bør have eller være i færd med at erhverve lægelig kompetence på niveau med fagområdet Intensiv medicinsk terapi, eksempelvis INTP.

Sygeplejekompetencer og -bemanning:

- Uddannelsesniveau: Man bør tilstræbe, at alle sygeplejersker enten har specialuddannelsen eller er i færd med at gennemføre specialuddannelsen i intensiv sygepleje.

2.3 Intensivafsnit/-afdeling niveau 2

Definition:

Intensivafsnit/-afdeling niveau 2 behandler patienter med de typer organ-svigt, som forekommer på sygehuset, og som ikke kræver overflytning til niveau 3 afsnit/afdeling.

Blandt de funktioner, som kan varetages på et niveau 2 intensivafsnit/-afdeling tænkes bl.a. på de funktioner, som i den nuværende Specialevejledning anbefales samlet ét sted i amtet. Det drejer sig om:

- Intensiv funktion for patienter med svært lungesvigt
- Patienter med multiorgansvigt
- Intensiv terapi af børn > 2 år i samarbejde med sygehusets børneafdeling.

Krav til samarbejde:

I forbindelse med niveau 2 intensivafsnit/-afdelinger bør følgende specialfunktioner og specialistkompetencer være til rådighed på/ for hospitalet:

- Billeddiagnostik: hele døgnet mulighed for konventionelle røntgen billeder, ultralyd med diagnostik og intervention samt CT scanninger
- Intern medicin: kardiologi: hele døgnet mulighed for kardiologisk vurdering på specialistniveau, herunder ekkokardiografi
- Intern medicin: nefrologi: mulighed for renal substitutionsbehandling samt mulighed for nefrologisk vurdering på specialistniveau
- Neurologi: hele døgnet mulighed for neurologisk rådgivning
- Kirurgi: hele døgnet mulighed for kirurgisk vurdering og behandling på specialistniveau indenfor de sygdomme/-specialer, der behandles på intensivafsnit/-afdeling
- Evt. mulighed for rådgivning af læge på speciallægeniveau i intern medicin: infektionsmedicin

- Klinisk mikrobiologi: hele døgnet mulighed for visse mikrobiologiske analyser (fx mikroskopi af spinalvæske) og rådgivning på specialistniveau
- Laboratoriefunktioner: døgndækning for biokemiske analyser inkl. koagulationsanalyser.

Krav til fagligt personale:

Lægelige kompetencer og bemanning:

- Uddannelsesniveau og tilstedeværelse: døgnbemanning med speciallæge i anæstesiologi.
- Den fagligt ansvarlige for intensivafsnit/-afdeling bør have erfaring i intensiv medicinsk terapi på niveau med fagområdet Intensiv medicinsk terapi.

Sygeplejekompetencer og -bemanning:

- Uddannelsesniveau: Man bør tilstræbe, at alle sygeplejersker enten har specialuddannelsen eller er i færd med at gennemføre specialuddannelsen i intensiv sygepleje.

2.4 Intensivafsnit/-afdeling niveau 1

Definition:

Intensivafsnit/-afdeling niveau 1 behandler patienter med moderat organpåvirkning, der ikke kræver overflytning til behandling på højere niveau intensivafsnit.

Krav til samarbejde:

I forbindelse med niveau 1 intensivafsnit/-afdelinger bør følgende specialfunktioner og specialistkompetencer være til rådighed på/ for sygehuset:

- Billeddiagnostik: hele døgnet mulighed for konventionel røntgen og CT scanning samt om muligt ultralyd med diagnostik
- Hele døgnet mulighed for generel intern medicinsk vurdering på specialistniveau
- Kirurgi: hele døgnet mulighed for kirurgisk vurdering og behandling på specialistniveau
- Klinisk mikrobiologi: hele døgnet mulighed for visse mikrobiologiske analyser (fx mikroskopi af spinalvæske) og rådgivning på specialistniveau
- Laboratoriefunktioner: døgndækning for biokemiske analyser inkl. koagulationsanalyser.

Krav til fagligt personale:

Lægelige kompetencer og bemanning:

- Uddannelsesniveau og tilstedeværelse: døgnbemanning med speciallæge i anæstesiologi

Sygeplejekompetencer og -bemanning:

- Uddannelsesniveau: plejepersonalet bør inkludere sygeplejersker med specialuddannelse i intensiv sygepleje, således at der i alle vagter kan være specialuddannede sygeplejersker til stede.

2.5 Multidisciplinært intensivt intermedieærfsnit

Definition:

Et multidisciplinært intensivt intermedieærfsnit er et afsnit, hvor der behandles patienter med et større observations- og behandlingsbehov end svarende til et almindeligt sengeafsnit og med et mindre behov end svarende til en intensiv behandlingsplads og kan betragtes som en step-up i forhold til almindeligt sengeafsnit eller som step-down mulighed i forhold til intensiv medicinsk terapi.

Et multidisciplinært intensivt intermedieærfsnit bør organiseres og placeres afhængigt af behovet for specialistkompetencer og mest hensigtsmæssigt set i forhold til udnyttelsen af disse kompetencer samt lokale forhold.

Krav til samarbejde:

I forbindelse med et multidisciplinært intensivt intermedieærfsnit bør følgende specialfunktioner og specialistkompetencer være til rådighed på/ for hospitalet:

- Billeddiagnostik: hele døgnet mulighed for konventionel røntgen
- Hele døgnet mulighed for generel intern medicinsk vurdering på specialistniveau
- Kirurgi: hele døgnet mulighed for kirurgisk vurdering på specialistniveau..
- Klinisk mikrobiologi: hele døgnet mulighed for visse mikrobiologiske analyser (fx mikroskopi af spinalvæske) og rådgivning på specialist-niveau
- Laboratoriefunktioner: døgndækning for biokemiske analyser inkl. koagulationsanalyser
- I øvrigt må mulighed for tilsyn svare til, hvad der er relevant for det pågældende hospitals patientpopulation samt det pågældende hospitals niveau af intensivafsnit/ -afdeling.

Krav til fagligt personale:

Lægelige kompetencer og bemanning:

- Uddannelsesniveau og tilstedeværelse: tilkald af speciallæge i anæstesiologi samt anden relevant medicinsk eller kirurgisk specialist afhængig af lokal kontekst.

Sygeplejekompetencer og -bemanning:

- Uddannelsesniveau: det er at foretrække, hvis plejepersonalet inkluderer sygeplejersker med specialuddannelse i intensiv sygepleje, således at der i hver vagt kan være en specialuddannet sygeplejerske til stede
- Ratioen mellem sygeplejersker og patienter afhænger af patientsammensætning, men er højere end på et almindeligt sengeafsnit/-afdeling.

3 Dokumentation

Arbejdsgruppen om intensiv medicinsk terapi skal som led i arbejdet vurdere, i hvilket omfang der er behov for fælles, national dokumentation for aktiviteten i intensiv medicinsk terapi. Hvis det skønnes nødvendigt, skal arbejdsgruppen overordnet definere det mulige indhold samt rammerne for indsamling og anvendelse.

3.1 Baggrund

Overordnet kan der skelnes mellem behovet for national dokumentation for aktivitet og for national dokumentation af den faglige kvalitet af ydelserne i intensiv medicinsk terapi. Det vurderes fra faglig side, at der er en betydelig sammenhæng mellem de to, idet en meget høj aktivitet (fuld kapacitetsudnyttelse) i intensiv medicinsk terapi kan medføre dårligere behandling af ”nytilkomne” patienter, idet disse enten vil skulle overflyttes til anden intensivafdeling eller tilbydes mindre specialiseret monitorering og behandling. Tilsvarende kan der ved kapacitetsproblemer ske tidligere udvisitering af patienter til fordel for andre mere kritisk syge patienter.

Hvad angår **national dokumentation af aktivitet** for sygehusvæsenet, sker denne i dag i Landspatientregisteret (LPR), hvor der generelt indsamles data om indlæggelser, ambulante kontakter, skadestuekontakter, diagnoser og procedurer. Herudover er der på en række områder specifikke indberetninger, fx skader, ulykker og forgiftninger, fødsler og aborter samt kræft.

Det nuværende LPR afløses på sigt af et forløbsbaseret Landspatientregister (FLPR). Indførelsen af FLPR vil medvirke til at skabe et mere nuanceret billede af patientbehandlingen på landets sygehuse. Tidshorisonten for en fuld implementering af FLPR er dog ikke kendt, hvorfor den videre fremstilling angående national dokumentation baseres på det eksisterende LPR..

Kapacitet og kapacitetsudnyttelse (aktiviteten) kan via LPR først og fremmest vurderes i form af belægningsprocenter (ved indlæggelser) samt antallet af fx indlæggelser, sengedage, ambulante kontakter og specifikke ydelser.

Imidlertid er der her et særskilt problem ved intensiv medicinsk terapi, idet hovedparten af de intensive afdelinger ikke er stamafdelinger for patienter, der modtager intensiv medicinsk terapi, idet de i forhold til LPR fortsat er registreret som indlagte på en almindelig sengeafdeling.

Selv hvis dette problem blev løst, vurderes LPR fortsat at være relativt grovmasket, hvis formålet er at give et retvisende billede af kapacitetsudnyttelsen på de intensive afdelinger. Det skyldes, at det ganske vist er muligt at indberette præcise ind- og udskrivningstidspunkter, men det er ikke umiddelbart muligt at opgøre variationer i antallet af tilgængelige behandlingspladser.

Det vurderes derfor, at der ikke aktuelt eksisterer et brugbart redskab til nationale opgørelser af kapacitetsudnyttelsen i intensiv medicinsk terapi.

Hvad angår begrundelsen for at gennemføre løbende, nationale opgørelser over kapacitetsudnyttelsen i intensiv medicinsk terapi, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at dette først og fremmest er relevant for driftsherrerne, idet disse har behov for løbende at kunne vurdere, om kapaciteten svarer til behovet. Som nævnt ovenfor er det dog fra faglig side fremhævet, at kapacitetsudnyttelse er tæt koblet til kvalitetsdokumentation og må ses i sammenhæng.

Det anbefales derfor, at relevante indikatorer for kapacitetsudnyttelse inkluderes i en fremtidig kvalitetsdokumentation for intensiv medicinsk terapi. For driftsherrerne vurderes der dog fortsat at være behov for en dynamisk registrering af kapacitet og kapacitetsudnyttelse, og det må vurderes, om dette kræver specifikke regionale løsninger.

Mulighederne for at registrere i hvilket omfang der er ”kø” til intensivafdelingerne har været drøftet. Det synes oplagt, at der på den enkelte afdeling bør ske en vurdering af, i hvilket omfang dette er tilfældet. Det vil imidlertid altid være forbundet med en vis usikkerhed, som er bundet op på eventuelle visitationskriterier, det lægelige skøn og alternative behandlingsmuligheder. Det synes derfor vanskeligt at pege på en ”objektiv” måde at opgøre kø til intensivafdelinger.

Problemet er, at patienter, som ønskes indlagt på intensivafdelinger, altid er så syge, at de vil modtage en anden – eventuelt midlertidig – form for behandling, hvis der ikke er plads på en intensivafdeling. Der er altså ikke en traditionel venteliste, idet der altid vil være sat en anden behandling i værk.

Dokumentation for faglig kvalitet har til formål at være et redskab til at følge og udvikle den faglige kvalitet af en given behandling i sundhedsvæsenet.

Dette sker aktuelt i form af landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser eller ved dokumentation i regi af andre landsdækkende initiativer, fx Den Danske Kvalitetsmodel eller Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

En klinisk kvalitetsdatabase kan defineres som et register der indeholder kvantificerbare indikatorer, der med udgangspunkt i det enkelte patientforløb, kan belyse den samlede kvalitet eller dele af den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats over for en afgrænset gruppe af patienter.

Der arbejdes fra faglig side på at beskrive indholdet af en landsdækkende klinisk database for intensiv medicinsk terapi. Formålet med databasen foreslås at være ”at registrere indsats og resultater for patienter, som gennemgår intensiv medicinsk terapi med henblik på at vurdere, om behandling og behandlingsresultater er på højde med det ønskelige og opnåelige samt at fastholde og eventuelt forbedre et opnået behandlingsniveau”.

Specifikt forventes fra faglig side, at særligt følgende områder vil kunne belyses: Mortalitet og komplikationer til intensiv medicinsk terapi, re-intubationer, hurtige genindlæggelser, overflytninger til andre intensive afdelinger og afvisninger til intensiv medicinsk terapi på grund af kapacitetsproblemer med henblik på en kvalitetsforbedring.

De sundhedsfaglige krav som forudsætning for at iværksætte en landsdækkende klinisk database med støtte fra Amtsrådsforeningens databasepulje er følgende:

- Det prioriteres, at den kliniske kvalitetsdatabase dækker over et stort, dyrt og alvorligt sygdomsområde, herunder at det kan sandsynliggøres, at en database vil kunne medvirke til at forbedre behandlingskvaliteten
- Derudover indgår også hensynet til at skabe sammenhæng i forhold til øvrige nationale kvalitetsprojekter
- Den kliniske kvalitetsdatabase skal have 5-10 veldefinerede indikatorer, som kan anvendes til at overvåge og evaluere behandlingskvaliteten. Indikatorerne skal være alment accepteret og evidensbaserede
- Den kliniske kvalitetsdatabase skal gennemføre analyser, som bygger på valide data samt anerkendte statistiske og epidemiologiske metoder.

De samlede krav kan ses på:

<http://www.arf.dk/NR/rdonlyres/emxivibo5xakh3lpn7qs5azjtsfywbf7jikhuhcto7zrsdfxbmsjtd6s4f5hn5n565r3nkqkmlgv4qxfiypjl7jdie/KliniskeDatabaserBasiskrav.pdf>.

Som supplement til ovenstående krav vil det tillige være hensigtsmæssigt, at der tilstræbes størst mulig sammenhæng mellem de centrale sundhedsregistre – særligt LPR og det kommende FLPR – og en klinisk database for intensiv medicinsk terapi. Dette med henblik på at sikre såvel ressourceeffektivitet som datakvalitet.

Det vurderes, at intensiv medicinsk terapi opfylder kravet om at være et stort, dyrt og alvorligt sygdomsområde, ligesom det må forventes, at en database kan medvirke til at forbedre kvaliteten.

Der anbefales, at der arbejdes videre med at etablere en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for intensiv medicinsk terapi.

3.2 Organisatoriske overvejelser

Etablering af en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase kan aktuelt ske på flere måder.

Den Danske Kvalitetsmodel indeholder som et af temaerne intensiv behandling. Det er dog endnu ikke konkretiseret.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) omhandler en række sygdomsområder, hvor der for hvert sygdomsområde er nedsat en indikatorgruppe med faglige repræsentanter. Tilsvarende er der i NIP en fast procedure for udgivelse af rapporter etc.

Endelig yder Amtsrådsforeningen og H:S inden for en økonomisk ramme støtte til en række øvrige landsdækkende kliniske databaser, under forudsætning af at en række krav er opfyldt. De organisatoriske basiskrav er sammenfattet som følger:

- Den kliniske kvalitetsdatabase skal nedsætte en styregruppe eller bestyrelse, som har ansvaret for at lede databasen

- Den kliniske kvalitetsdatabase skal være tilknyttet en offentlig myndighed, der bærer registeransvaret. Den offentlige myndighed skal være repræsenteret i styregruppen
- Den kliniske kvalitetsdatabase skal være forankret i et eller flere relevante videnskabelige selskaber, som skal sikre tilknytning til de faglige miljøer. Selskabet/selskaberne skal være repræsenteret i styregruppen
- Hver af de kommende fem regioner har ret til at udpege en sundhedsfaglig repræsentant til den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe
- Den kliniske kvalitetsdatabase skal være tilknyttet et af de tre nationale kompetencecentre. Det pågældende kompetencecenter skal være repræsenteret i styregruppen
- Etablerede kliniske kvalitetsdatabase skal have en dækningsgrad på mindst 90% for så vidt angår sekundær sektoren. Datakomplethedsgaden skal være på mindst 70%.

Aktuelt vurderes en etablering som en landsdækkende klinisk database med støtte fra Amtsrådsforeningen at være den mest realistiske mulighed for intensiv medicinsk terapi. Det skal dog bemærkes, at den endelige organisering og finansiering af landsdækkende kliniske databaser efter 1. januar 2007 endnu ikke er endeligt fastlagt. Sammenhængen til Den Danske Kvalitetsmodel på lidt længere sigt må afklares.

På den baggrund anbefales, at de faglige miljøer videreudvikler forslaget til en klinisk database for intensiv medicinsk terapi med henblik på at søge Amtsrådsforeningens databasepulje om støtte til etablering og drift.

3.3 Teknologi

Ved etablering af NIP-databaser sker der indberetning til den databaseløsning, der er valgt af NIP, nemlig (KMS) Klinisk Måle System.

For databaser, der modtager støtte fra Amtsrådsforeningens databasepulje, stilles en række informatiske basiskrav til databasens tekniske platform, sikkerhed, kommunikation etc.

Kravene er opdelt i generelle krav, som stilles til alle kliniske databaser, samt en række specifikke krav, som stilles til de databaser, der ikke er baserede på IT-plattformene Topika eller KMS.

Enkelte landsdækkende kliniske databaser er etablerede med LPR som teknisk platform. Denne mulighed kan ligeledes overvejes, idet der dog skal henvises til de potentielle problemer om dokumentation af aktivitet.

Det anbefales, at de faglige miljøer i det videre arbejde beskriver den (mulige) tekniske løsning for en kommende landsdækkende klinisk database og herunder opfyldelse af de informatiske basiskrav.

3.4 Indhold

Et oplæg fra faglig side til en klinisk database for intensiv medicinsk terapi indeholder et første forslag til patientrelaterede data samt struktur-, proces- og resultatindikatorer. Der er aktuelt tale om et betydeligt antal (i det foreliggende udkast 8 datafelter for patientrelaterede data, 19 strukturindikatorer, 16 procesindikatorer og 8 resultatindikatorer).

Som nævnt ovenfor arbejdes der i de forskellige nationale løsninger med relativt få indikatorer, nemlig 5 – 10 indikatorer, som er alment accepterede og evidensbaserede. Hertil skal dog føjes baggrundsdata.

Det anbefales derfor, at de faglige miljøer fortsætter arbejdet med at definere nøgleindikatorer i forslaget samt med at præcisere de tilbageværende indikatorer, herunder evidensgrundlaget.

Basiskravene til de landsdækkende kliniske databaser indeholder desuden krav til afrapportering og offentliggørelse af data. Disse er sammenfattet som følger:

- I udgangspunktet skal den kliniske database som minimum levere kvartalsvise afrapporteringer til de deltagende afdelinger, som kan indgå i afdelingernes interne kvalitetsarbejde
- Den kliniske kvalitetsdatabase skal offentliggøre en årsrapport med ikke-anonymiserede afdelingsspecifikke kvalitetsdata med konkrete forslag til, hvor og hvordan kvaliteten kan forbedres
- Forud for offentliggørelse af årsrapporten skal der være gennemført en faglig fortolkning af data, ligesom der skal anvendes anerkendte statistiske og epidemiologiske principper i forbindelse med analysen af data.

Det anbefales, at forslaget til landsdækkende klinisk database udbygges med en beskrivelse af rammerne for analyse, afrapportering og offentliggørelse.

4 Visitationsprincipper

Arbejdsgruppen skal ifølge kommissoriet vurdere, om der er behov for fælles, nationale visitationsprincipper og – kriterier. I vurderingen heraf skal indgå overvejelser om behovet for lokalt definerede kriterier som følge af konkrete rammer for arbejdet. I det omfang arbejdsgruppen skønner, at der er behov for nationale visitationsprincipper og – kriterier skal arbejdsgruppen udarbejde sådanne.

4.1 Behovet for fælles nationale visitationsprincipper og – kriterier

Ifølge rapporten *Undersøgelse af kapaciteten i intensiv medicinsk terapi* fra december 2004 har 10 amter og H:S udformet visitationskriterier for indlæggelse på intensiv afdeling. I fire amter (København, Vestsjælland, Fyn og Vejle) gælder dette dog kun visse sygehuse. Nordjyllands Amt er i gang med at udforme operationelle visitationsretningslinjer, mens sådanne ikke findes i Ringkjøbing Amt, hvor indlæggelse på intensivafdeling sker efter konkret tilsyn og vurdering. Viborg Amt angiver at følge Dansk Selskab for Intensiv Terapi og Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins rekommandationer. Der foreligger ikke oplysninger fra Århus Amt.

I seks af de amter, som har udformet visitationskriterier, er disse aftalt med de kliniske afdelinger (København, Frederiksborg, Roskilde, Vestsjælland, Ribe og Vejle), mens andre amter og H:S har haft andre beslutningsprocedurer og/eller information af de berørte kliniske afdelinger.

Sundhedsstyrelsen konkluderer i rapporten blandt andet: ”Intensiv medicinsk terapi er dog karakteriseret ved, at der er en betydelig usikkerhed om definitioner/ kategorisering af afdelinger, senge, aktivitet, flytninger etc. Dette berører også spørgsmålet om visitationskriterier, men på dette område er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at konkrete visitationsretningslinjer udformes lokalt og i samarbejde med de visiterende sengeafdelinger, idet udformningen vil afhænge af en række lokale vilkår som patientsammensætning, specialefordeling, personalenormering og vagtdækning etc.”

Der er følgende formulering om visitation til intensiv medicinsk terapi i de videnskabelige selskabers fælles generelle rekommandationer for intensiv terapi fra 1998 (Dansk selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Intensiv Terapi):

”Indlæggelse på intensiv afdeling sker efter aftale mellem den henvisende afdelings (stamafdelingen) og intensiv afdelings ansvarshavende speciallæger. Under hensyntagen til optimal udnyttelse af de til rådighed værende ressourcer har intensiv afdelings læger den endelige visitationsret. I overensstemmelse hermed kan patienterne udskrives fra intensiv afdeling til stamafdelingen efter intensivlægens beslutning.

Det vil være hensigtsmæssigt at udarbejde faste visitations kriterier baseret på lokale forhold. Der bør forefindes lokale retningslinjer for de akutte tilfælde, hvor intensiv afdelings behandlingskapacitet er overskredet.”

Der er dermed på det enkelte sygehus behov for visitationsretningslinjer til intensiv medicinsk terapi. Det skyldes blandt andet følgende:

- Visitation til intensiv medicinsk terapi bør ikke bero på tilfældigheder, men bør bygge på et fælles grundlag, som sikrer ensartet visitation på tværs af personale og henvisende afdelinger.
- Manglende retningslinjer medfører dels en risiko for, at patienter med behov ikke får intensiv medicinsk terapi, dels for at patienter, der ikke længere har behov for intensiv medicinsk terapi, ikke tilbageflyttes til henvisende afdeling.
- Endelig skal visitationsretningslinjer medvirke til, at intensiv medicinsk terapi kun tilbydes til patienter, som skønnes at have gavn af en sådan overvågning og behandling.

Manglende retningslinjer for visitation til intensiv medicinsk terapi kan således medvirke til dårlig faglig kvalitet, unødvendige lidelser, aflysning af operationer og ressourcespild.

Arbejdsgruppen vurderer, at visitationsretningslinjer kan udformes på to niveauer. For det første kan retningslinjer beskrive *visitationsprocessen*, dvs. at etablere klare procedurer for, hvordan samarbejdet om visitation af patienter skal ske mellem intensiv afdeling og de samarbejdende afdelinger. For det andet kan retningslinjer indeholde konkrete *visitationskriterier*, dvs. hvilke kriterier, der konkret er grundlag for ind- og udvisitering til og fra intensiv afdeling. Det kan fx være patienttyper, konkrete sygdomstilstande, deres sværhedsgrad, behovet for intervention og organsupport etc.

Det er desuden arbejdsgruppens opfattelse, at de konkrete retningslinjer bør udformes regionalt eller lokalt. Det skyldes, at disse vil afhænge af en række regionale/ lokale forhold som patientkategorier, bemanning, udstyr etc. Hertil kommer, at det efter arbejdsgruppens vurdering er vigtigt, at de konkrete retningslinjer aftales som led i en faglig proces, der involverer såvel intensiv-afdelinger som de henvisende afdelinger.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der udformes overordnede nationale retningslinjer for visitationsprocessen.

Begrundelsen herfor er primært at levere et redskab eller en ramme for udarbejdelsen af de konkrete visitationsretningslinjer, således at dette ikke behøver at ske i hver region / på hvert sygehus.

4.2 Overordnede nationale retningslinjer for visitationsprocessen til intensiv medicinsk terapi

Der anvendes betegnelsen henvisende afdeling om de (senge-)afdelinger, hvis patienter får behov for intensiv medicinsk terapi. Det skyldes, at intensiv afdeling nogle steder er stamafdeling i den periode, patienten modtager intensiv medicinsk terapi.

4.2.1 Overordnede kriterier for visitation til intensiv medicinsk terapi

Intensiv medicinsk terapi (observation, diagnostik, behandling og pleje) tilbydes patienter med truende eller manifest potentielt reversibel svigt af et eller flere

organsystemer, som er af en sådan sværhedsgrad, at observation og behandling ikke kan gennemføres på en almindelig sengeafdeling.

Såfremt der findes tvivl eller uklarhed om indikationsstillingen, bør patienten, under hensyntagen til patientens tarv, indlægges på intensiv afdeling. Ved uenighed har den ansvarshavende/vagthavende speciallæge i intensiv afsnit/afdeling den endelige visitationsret. Der skal være lokale retningslinjer for akutte tilfælde, hvor kapaciteten i intensiv afdeling er overskredet.

4.2.2 Modtagelse af patienter fra sygehusets henvisende afdelinger

Ved anmodning om overflytning af en patient til intensiv medicinsk terapi skal der foretages et tilsyn fra intensivafdeling, normalt ved ansvarshavende/vagthavende speciallæge, med det formål at afgøre, om der foreligger indikation for intensiv overvågning og behandling.

Det er henvisende afdelings ansvarshavende/vagthavende læge på speciallægeniveau, der henvender sig til intensiv afdelings speciallæge.

Hvis patientens tilstand er kritisk, kan umiddelbar overflytning til intensiv afdeling finde sted, for hurtigst muligt at iværksætte adækvat/ livreddende intervention.

Patienter, der skal gennemgå elektiv kompliceret kirurgi, hvor der er indikation for postoperativ overvågning og behandling i intensiv afdeling, skal bookes så tidligt som muligt.

4.2.3 Tilbageflytning til henvisende afdeling eller anden relevant afdeling

Der foregår en kontinuerlig vurdering af indikationen for intensiv medicinsk terapi.

Når indikationen for intensiv medicinsk terapi ikke længere er til stede, tilbageflyttes patienten til henvisende afdeling eller anden relevant afdeling, hvis ikke andet aftales.

Normalt er det en fælles beslutning mellem intensiv afdeling og henvisende afdeling/anden relevant afdeling, at intensiv medicinsk terapi ikke længere er indiceret.

Henvisende afdeling er forpligtet til at modtage patienten. Før udskrivelse af patienten fra intensiv afdeling til henvisende afdeling sættes i værk, kontaktes den modtagende afdelings ansvarshavende/vagthavende læge på speciallægeniveau og ansvarshavende sygeplejerske herom, og de behandlings- og plejemæssige forhold vedrørende patienten gennemgås. Det er henvisende afdeling, som efter endt behandling i intensiv afdeling er ansvarlig for planlægning og videreførelse af patientforløbet. De pårørende/patienten underrettes af intensiv afdelings læger inden udskrivelse fra intensiv afdeling om, at behovet for intensiv medicinsk terapi ikke længere findes indiceret.

Såfremt der er uenighed om udvisitation fra intensiv afdeling, er det den ansvarshavende/vagthavende speciallæge i intensiv afdeling, der har den endelige visitationsret. Ved udvisitering på grund af kapacitetsproblemer skal der være aftaler om monitorering og behandling af patienten.

4.2.4 Modtagelse af patienter fra andre sygehuse

Lægerne på det henvisende sygehus skal henvende sig til intensiv afdelings ansvarshavende/vagthavende speciallæge.

Der skal ved overflytning bl.a. gives information om patientens sygdomsgrad, behandling, monitoreringsniveau og behov for isolation.

Før der træffes aftale om overflytning af en patient til intensiv afdeling fra et andet sygehus, skal det speciale, der skal varetage patientens primære sygdom (primærspeciale), informeres af henvisende sygehus primærspeciale.

Når der modtages patienter fra andre sygehuse, konfereres der ligeledes mellem modtagende primærspeciale og modtagende intensivafdeling samt med eventuelle andre relevante afdelinger på det modtagende sygehus.

Når overflytningen er besluttet, meddeles dette til ansvarshavende sygeplejerske på modtagende intensivafdeling med oplysninger om skønnet behandlings- og monitoreringsbehov.

Ansvaret for patienten under overflytning forbliver, hvis andet ikke aftales, hos henvisende sygehus.

4.2.5 Tilbageflytning til henvisende sygehus

Når patienten ønskes tilbageflyttet til henvisende sygehus, er dette forpligtet til at modtage patienten.

Før der træffes aftale om tilbageflytning, skal det speciale, der skal varetage patientens primære sygdom (primærspeciale), informeres. Hvis patienten skal viderebehandles på hjemmesygehusets intensiv afdeling, skal dette aftales direkte på speciallægeniveau.

Der skal ved overflytning bl.a. gives information om patientens sygdomsgrad, behandling, monitoreringsniveau og behov for isolation.

Ansvaret for patienten under tilbageflytning forbliver, hvis andet ikke aftales, hos tilbageleverende sygehus.

4.2.6 Krav til transport

Ved overflytning af intensivpatienter bør der under transporten tilstræbes en overvågning og behandling, der i videst mulige omfang svarer til niveauet under behandling på stationær intensiv afdeling. Det er vanskeligt at opnå samme behandlingsniveau under transport, hvorfor der må stilles store krav til det ledsagende personale. Det betyder, at man ved overflytning af kritisk syge patienter skal have ledsagelse af fagpersonale på et passende niveau, generelt en speciallæge i anæstesiologi.

4.2.7 Visitation ved plads- eller ressourcemangel

Kapaciteten på intensiv afdeling er foruden de fysiske forhold bestemt af forholdet mellem antallet af og kompetencen hos tilstedeværende læger og sygeplejersker samt den samlede aktuelle patienttyngde.

Den daglige planlægning søger en balance, således at intensiv afdeling udnyttes bedst muligt. Der kan og vil i sjældne tilfælde opstå situationer, hvor patientmængden/-tyngden overstiger ressourcerne. Sådanne situationer skal altid håndteres bedst muligt i den akutte situation, og vil kræve en betydelig fleksibilitet fra de implicerede parter. Der kan opstå situationer, som nødvendiggør afvigelse fra rutiner og instrukser. Sådanne afvigelser skal underkastes en nøje lægelig vurdering og noteres i patientjournalen.

Findes der indikation for intensiv terapi, og intensiv afdeling ikke har den nødvendige kapacitet, er det intensiv afdeling (ansvarshavende/ vagthavende speciallæge), der har ansvaret for at sikre, at intensiv terapi iværksættes.

Dette kan løses på flere måder, afhængigt af en vurdering af det samlede behov for intensiv terapi: Kan en anden patient fx udvisiteres til almindelig sengeafdeling alternativt overflyttes til anden intensiv afdeling.

Ved plads- eller anden ressourcemangel afgøres prioriteringen efter samråd med de involverede afdelinger. Dog har ansvarshavende/vagthavende speciallæge på intensiv afdeling den endelige visitationsret.

4.2.8 Koordinering i regionen

For at sikre en optimal udnyttelse af de intensive pladser i en region anbefales der etableret en "intensiv koordinator/visitor". Det betyder, at der til enhver tid i døgnet er en speciallæge, som er ansvarlig for placeringen af intensive patienter og dermed den bedst mulige udnyttelse af den intensive kapacitet i regionen.

Som redskab kan koordinator/visitor have en on-line adgang til opdaterede oplysninger om pladssituationen på samtlige intensive afdelinger i regionen til rådighed. Ansvarsforholdet for koordinator/visitor må afklares, herunder hvem der har retten til at træffe beslutning om at udnytte eventuel overskydende kapacitet eller flytte/ udvisitere patienter med henblik på at fremskaffe kapacitet.