

Svensk intensivmedicin -/vård

**från 0 till egen
"sub"specialitet på 35
år? (1950 –1985).**

Det var en gång..

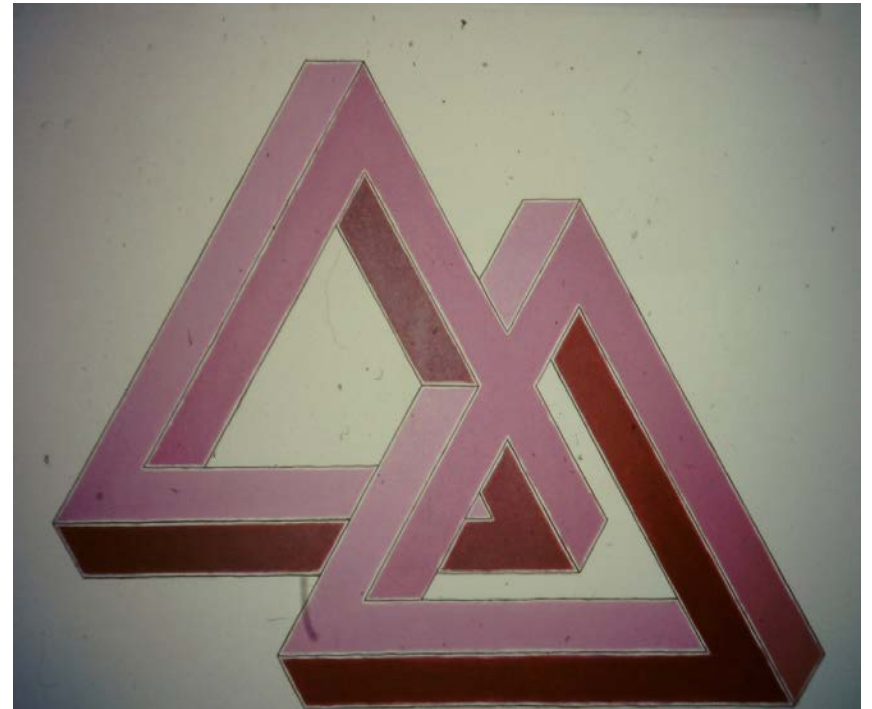
1952 öppnade **Åke Bauer** en Intensivvårdsavdelning i Borås



2je-2015

EN BRASKLAPP INNAN JAG STARTAR

Lika omöjlig som
Oscar
Reuterswårds figur
är
att tolka, är det att
ge
en fullständig
rättvis
personhistoria utan
mer



Före 1940

- Bra sjukvård har alltid funnits och varje kliniker som var angelägen om sina patienter var angelägen om en hög kvalitet i hela vårdkedjan.
- Utan dugliga avdelningssköterskor klarade sig ingen kliniker. Särskilt våra berömda kirurger talade ofta om 'sina' sköterskor med respekt och uppskattning.
- Taktiken var i allmänhet "kraftsamling" till ett eller ett par enkelrum.

1940-tal

- **Betydelsen av intensiv övervakning och behandling började uppmärksammas men**
 - Kompetensen var basal
 - Lämpligt inredda lokaler saknades
 - Utrustning för övervakning, diagnostik och behandling fanns inte
 - Adekvata behandlingsmetoder var ej definierade
 - (Vissa) laboratoriemetoder fanns men var ^{4, Je-2015} "laboratoriebundna" och tidsödande

Var kom då anesthesiologen in i bilden?

- Redan ett år efter Gordhs 1940 ankomst till KS sjönk mortaliteten efter större bukkirurgiska ingrepp med 50%
- En adekvat postoperativ vård uppmärksammades "De fyra S:en: Sug, Svalg/nästub för fri luftväg, Syrgas och (vid behov) Sänkt huvudända.
- Giv blodet syrgas och hjärtat blod!
- Alltså intensivvårdsprinciper



1945

Postural Circulatory and Respiratory Changes during Ether and Intravenous Anesthesia. An Experimental Analysis of Postural Changes --- With special regard to the value of HEAD DOWN POSTURE IN RESUSCITATION



Nils Avramiak

1951

**On the Treatment of Barbiturate
Poisoning.**

**A Modified Clinical Aspect. Lunds
universitet**

En hörnsten för modern intensivvård

1950-talet blev en brytningstid

1. Som alltid i krig hade traumavården utvecklats (tyvärr!)
2. Anestesiologins utveckling på Europas fastland hade startat
3. Viktiga nya läkemedel och behandlingsmetoder lanserades
4. Viktiga nya laboratorieanalyser infördes

Pionjär 1. Åke Bauer, anesthesiöverläkare i Borås



*Som ett villkor för att ta tjänsten
"krävde" Åke bl.a inrättandet av en
intensivvårdsenhet En dygnsöppen
sådan startade också 1 december 1952.*

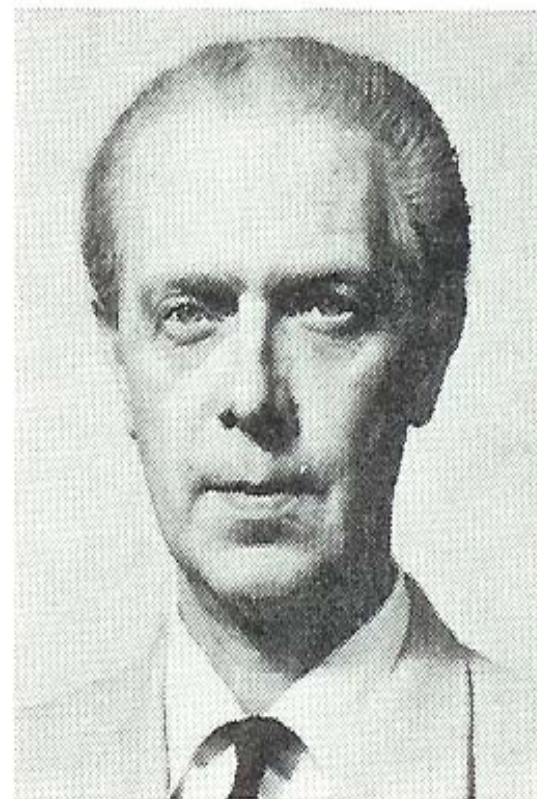
På 1950-talet härjade flera polioepidemier i Skandinavien

- Dessa sista(??) epidemier framtvungade ett behov av nya behandlings- och analysmetoder
- **1952**: Poul Astrup (Danmark) förnyar blodgasanalystekniken och inför den i kliniken tillsammans med Björn Ibsen.
- **1952** C-G Engström, Epidemisjukhuset, Stockholm använder också Astrups metodik för att påvisa den dåliga effekten av andningsunderstödet. Hans studier leder till konstruktionen av den respirator som bär hans namn och som Ibsen använde

Pionjär 2: Carl-Gunnar Engström ,MD Läkare vid Stockholms epidemisjukhus 1949-54

Engström C-G: Treatment of severe cases of respiratory paralysis by the Engstrom Universal Respirator. Brit Med J: Sept 18 1954.

Det är något av en tragedi att Engström inte fångades upp av Stockholms gamla epidemisjukhus, där han kunde ha blivit en pionjär för svensk intensivvård. Nu kom detta viktiga sjukhus att sakna intensivvård ända till klinikens flytt till



Carl-Gunnar Engström

Andra svenska pionjärer, 1950-tal - inte bara anesthesiologer

- Paul Frenckner, ingenjör Emil Andersson (spiropulsatorn 1934)
- Clarence Crafoord och hans anesthesiologer Olle Friberg och Olof Norlander
- Stig Lindgren, kirurg Karlskoga och Falun
- Gösta von Reis, Georg Matell Södersjukhuset
- Infektionskliniken Malmö
- Martin Holmdahl, Perka Wiklund och andra anesthesiologer (ingen nämnd ingen glömd!!!)

Världens första barnintensivvårdsavdelningar

- *1. Göteborgs barnsjukhus*
 - *“The humble start ” 1951, vården av de sjukaste barnen samlas till en avdelning*
 - *7 sept 1955 världens första barnintensivvårdsavd startas av pionjären Göran Haglund*
- *2. Kronprinsessan Lovisas barnsjukhus, Sthlm*
 - *Världens andra barnintensivvårdsavd öppnas 1961 av Hans Feychting*

Andra tidiga (ICM) publikationer

- **Norlander O:** Total Hemoglobin, Blood Volume and Circulatory Changes in Surgical Patients. With special reference to postoperative substitution therapy. Avhandling Karolinska Institutet 1955 in Acta Chir Scand suppl 199 :**1955**
- **Holmdahl M H:son:** Pulmonary uptake of oxygen, acid-base metabolism and circulation during prolonged apnoea. Avhandling Acta Chir Scand, Suppl 212, **1956.**

En minnesvärd publikation

**Norlander Olle, Björk Viking Olof, Crafoord
Clarence,**

**Friberg Olle, Holmdahl Martin H-son,
Swensson Alwar and**

Widman B.:

**Controlled ventilation in medical
practice.**

Anaesthesia 1961, 16:285

Det som skedde fram till 1960 gör att man kanske kan tala om en högantik period. Tyvärr följdes den precis som i historien av en medeltid under 1960 talet där (den medicinska) utvecklingen bromsades upp i Sverige!

Orsaker till detta bör sökas..

- Hos oss själva
 - I specialitetens struktur och resurser
 - I den svenska sjukhuskulturen
 - Hos universitetet och i
anestesiologins akademiska ställning
- (Vidare diskussion om detta överlämnar jag
gärna till de som kommer)

Dock fanns en del goda tecken

- **Särskilt vid sjukhusnybyggen planerades postoperativa och intensivvårdsavdelningar av olika art beroende på sjukhusets typ och storlek**
- **Mot slutet av 1950-talet var alltså etableringen av nya avdelningar i gång och i en SPRI rapport från 1971 presenterades t ex 12 nybyggda avdelningar över landet.**
- **En av de första som fick chansen att bygga upp en ny avdelning var Perka Wiklund på Danderyd som där tog emot mängder av**

1960-talet - resurser

- **Läkare**

*(i allmänhet en ensam
anestesiolog)*

- **Personal**

- **Övervakning**

- **Hjälpmedel**

- **Analys- och undersökningsmetoder**

- **Terapi**

Trots allt blev 1960-talet ett "experimenterande" decennium

- **Utvecklingen av nya ventilationstekniker började**
- **Övervakningsutrustningarna förfinades**
- **Laboratorietekniken förbättrades fortlöpande**
- **Vätske- och chockbehandling utvecklades men våra metoder för att övervaka terapin stod och stampade, vi fick klara oss med observation, bltr och CVP**
- **Den parenterala nutritionen nådde en sorts klimax där det terapeutiska målet var aminosyre- och högkaloritillförsel till traumapatienter för att åstadkomma en (förfärd) positiv kvävebalans**

Forts 1960tal

- Vi tillägnar oss tekniker för perkutan inläggning av centrala venkatetrar och fått tillräckligt långa sådana (Stille, Venflon), vi har bättre vätsketerapi och använde CVP regelmässigt.
- Vi inför artärkateterisering först enl Seldinger med "Cournand nålar" och handdragna plastkatetrar senare direkta radialispunktioner med venflonteknik.
- Enklare övervakningsapparaturl finns på plats och labsvaren börjar komma snabbare
- Behandlingsrutiner börjar schabloniseras

Sjukdomar som försvann - hos oss

- Polio – en avd för kronisk respiratorbehandling fanns kvar på "Roslagstull" åtm. 1957
- Stelkramp en utmaning (muskelavslappning, "the Scandinavian Method", sjukgymnasti och antikoagulantia)
- Barbituratförgiftning – men vill någon dö finns ju andra metoder.
- Vissa lung/luftvägssjukdomar

Författarna till de första Intensivvårdsboken,
1968:

Lars Westermark, Åke Wåhlin och Ansje v d
Vliet



Foto : L Eleborg

**Lars Westermark var chef och Ansje van der Vliet
chefssköterska vid Karolinska sjukhusets centrala
intensivvårdsavdelning fram till 1972.**

**Åke Wåhlin var energisk pådrivare, från 1972
anestesichef på Huddinge sjukhus**

Några svenska intensivvårdsläkare

1952-60

**Martin H:son Holmdahl, 'Olof P Norlander, Perka'
Wiklund Danderyd,**

1961 – 70

**Marc Adner o Lars Westermarck KS, Francis Benson Boden,
Emeric Gordon
Neuro KS, KS, Åke Grenvik UAS /Pittsburgh, Lars Nordström
Lund,
Erik Vinnars Gävle/St Erik,**

1970 - 80

**Gillis Andersson Danderyd , Jan Eklund KS Stockholm, Ulf
Hedstrand Uppsala,
Ingvar Gustafsson Lund, Bengt-Åke Henriksson Göteborg,
Bengt Olsson Umeå,**

1980 ->

Thomas Malin Kristianstad, John Mültemer Gäddede, Anders

1970-talet blev

- Det decennium då svensk intensivvård gick från mest "beprövad erfarenhet" till mera vetenskap.
- Det stod klart för oss att vår kunskap blev mer och mer unik, de kirurger som drömde om att "ta tillbaka" området började försvinna.
- Vi började ge SK-kurser i intensivvård
- Även patofysiologin inom andra områden än andning, cirkulation och chock blev

Läget runt 1980

- **Snart sagt alla svenska sjukhus har en intensivvårdsavdelning (och hjärtinfarktenhet)**
- **Många arbetar i nya lokaler med bra utrustning**
- **Det stod klart för oss att vår kunskap blev mer och mer unik, de kirurger som drömde om att "ta tillbaka" området började försvinna**
- **Fortfarande har relativt få enheter heltidsarbetande medicinska chefer**
- **Fortfarande är SAFs intresse för internationella intensivvårdskonferenser lågt**

**Jag har nu kommit så långt fram att må
av er har egna erfarenheter och avslutar
med att ta upp tre ytterligare aspekter**

1. Informationsproblemen

2. Våra vetenskapliga hjälpare

3. Våra internationella kontakter

1. Att leta information före 1990

Försök att föreställa er livet utan egen
(snabb)

dator, var skulle ni då leta efter data!?!

- Läroböcker
- Originalartiklar
- Ja men Pub Med då??

Då jag läser litteraturförteckningar i
moderna

avhandlingar undrar jag ibland om det inte
var

Litteratur för

är många

Ett av många exempel är

Göran Hedenstierna
Stockholm och Uppsala

Göran studerade Va/Q
tekniken i San Diego på 1970-
talet och har handlett många
anestesiologer till
lungfunktionsavhandlingar
såväl i

Stockholm som i Uppsala.

Han är rimligen hitintills
Sveriges internationellt mest
kände intensivvårdsforskare
och var pionjär i ESICM redan
innan organisationen startade.



11th Annual Congress

Stockholm, Sweden

6-9 September 1998

International Congress Centre



Det var en stor glädje och ära att få arrangera detta möte tillsammans med honom och Jukka Takkala. Kanske var det enda gången ESICM/ESPIC möttes i Sverige på mycket länge

Peter Suter Våra internationella kontakter

**professor
Hopital
cantonniere,
Genève**

Kom med budskapet om effekterna av rationellt använt PEEP! Det balanserade ventilatorbehandlingen.

Peter (gammal stridspilot) får personifiera den grupp som startade European Society of Intensive Care Medicine 1982. Redan tidigare hade den första världskongressen avhållits 1972 i London (Alan Gilston och Åke



Mina förväntningar på dig som framtida kollega:

- Du har valt ett arbete som jag älskade, jag hoppas Du kommer att uppleva det likadant**
- Du är betydligt bättre utbildade än jag, använd all denna din kunskap och var stolt i din roll som intensivvårdsspecialist. Fortsätt kämpa för anestesilogens roll inom intensivmedicinen**
- Att Du sätter de levande patienterna i första rummet. Det finns alltid på ett akutsjukhus alltid i varje ögonblick någon som skulle må bättre av att behandlas på en intensivvårdsavdelning (vätskebalans, andning, cirkulationsstöd) om så bara för något dygn.**

Att Du alltid desinficerar händerna mellan vario

Morsning och

Goodbye!