
Ressursbruk ved intensivheter

REDAKSJONELT

LAUGALAND K

Hans Flaatten presenterer i dette nummer av Tidsskriftet resultatene fra en spørreundersøkelse om intensivmedisinskaktivitet ved 29 av landets sykehus (1). Ikke uventet finner han at registreringen av intensivvirksomhet er beskjeden, variabel og basert på ulik forståelse av basale begreper. Selv felles definisjon av begrepet intensivpasient mangler, og verken sykehus i samme kategori eller sykehus i ulike kategorier kan sammenliknes. Flaatten etterlyser sterkeresentral styring og koordinering i arbeidet med kartlegging og analyse av intensivmedisinsk virksomhet ved norskesykehus. Valid datagrunnlag for ressursforvaltning mangler.

Ved intensivmedisinske enheter ytes kostbar og avansert behandling.

Undersøkelser har dokumentert at slikespesialiserte intensivheter legger beslag på store deler av sykehusenes totalbudsjetter (2, 3).

Spesialutdannethelsepersonell i alle ledd, høy personalfaktor, komplisert og dyrt teknisk utstyr og dyre diagnostiske og terapeutiske prosedyrer bidrar til høye utgifter. Det brukes store ressurser til pasienter med dårlig prognose og høy dødelighet (2,3), og det kan settes spørsmålsteget ved indikasjon og medisinsk nytteeffekt ved en del prosedyrer (2, 4). Stårressursbruken i forhold til resultatene målt i redusert sykkelighet og dødelighet? Her har litteraturen hittil hatt lite å bidra med (2).

SKÅRINGSSYSTEMER

De siste 20 årene har det vært gjort forsøk på å finne frem til objektive skåringssystemer for virksomhetsdokumentasjon og skåringssystemer som kan kobles til prognose ved intensivmedisinske tilstander. Systemene er i bruk ved et fåtall sykehus i Norge, men de fleste steder vegrer man seg for å bruke disse fordi de oppfattes som tidkrevende, kompliserte og subjektive. Systemene gir ikke bedre prognostisering enn rutinerne kliniskere (3).

Skal skåringssystemer brukes, må de være objektive og valide, enkle og lite tidkrevende, og de må kunne knyttes til ressursbruk og langtidsresultater så vel som til korttidsresultater. Nyere systemer (1, 5) ser ut til å fylle kraven til

objektiv virksomhetsregistrering bedre enn tidligere systemer, og kan være egnet som basis for evaluering og planlegging av ressursbruk i norske sykehus (1, 5).

PLANLEGGING AV INTENSIVVIRKSOMHET I NORGE

Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet omhandler fremtidig spesialisthelsetjeneste i Norge. Et forventet resultat er økt sentral styring, sterkere regional samordning av spesialisthelsetjenesten og større grad av oppgavefordeling mellom sykehusene. Regionale helseplaner beskriver funksjonsdeling mellom sykehus, faglig samarbeid og derved bedre ressursutnyttelse.

Vi må også innen intensivmedisinen forvente at faktorer som pasientvolum versus resultater vil bli etterlyst når norske sykehus skal organiseres. Det er ønskelig å finne krysningspunktet mellom pasientvolum og akseptabel kvalitet. Liten eller variabel tilgang av intensivpasienter ved mindre sykehus nødvendiggjør en diskusjon om sentralisering av denne gruppen pasienter. Hvorvidt ressursutnyttelsen og resultatene ved intensivmedisinsk behandling er bedre ved store, spesialiserte avdelinger enn ved mindre avdelinger, gjenstår å se (3).

Utfordringen de nærmeste årene blir å vurdere ressursbruk mot resultater. Felles, strenge begrepsdefinisjoner og objektive skåringssystemer vil kunne være nyttige redskaper i fremtidig planlegging av intensivmedisinsk virksomhet. Norsk anesthesiologisk forening har startet denne prosessen ved å utarbeide et utkast til standard for intensivmedisinsk behandling i Norge.

Kjellfrid Laugaland

LITTERATUR

1. Flaatten H. Intensivbehandling i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3376-8.
2. Heyland DK, Kernerman P, Gafni A, Cook DJ. Economic evaluations in the critical care literature: do they help us improve the efficiency of our unit? Crit Care Med 1996; 24: 1591-8.
3. Essermann L, Belkora J, Lenert L. Potentially ineffective care. A new outcome to assess the limits of critical care. JAMA 1995; 274: 1544-51.
4. Tønnesen EK, Toft P. Pulmonalkatetre - tid for evaluering? Ugeskr Læger 1997; 159: 3609-10.
5. Castella X, Artigas A, Bion J, Kari A. A comparison of severity of illness scoring systems for intensive care unit patients: results of a multicenter, multinational study. Crit Care Med 1995; 23: 1327-35.

Publisert: 30. september 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.