

Organisering og ledelse av norske intensivavsnitt

Basert på en spørreskjemaundersøkelse er kjennskap til Standard for intensivmedisin og organisasjons-, ledelses- og ansvarsforhold ved norske intensivavsnitt kartlagt seks måneder etter at dokumentet, som inneholder anbefalinger om organisasjon og ledelse av intensivavsnitt, ble sendt ut til norske sykehus.

298 spørreskjemaer ble sendt til direktører og avdelingsoverleger ved 58 norske sykehus. Tre av fire returnerte spørreskjemaer.

Standard for intensivmedisin er lite kjent i fagmiljøet og i enda mindre grad tatt i bruk. Knappt to tredeler kjenner til Standard for intensivmedisin, og mindre enn halvparten har lest den. Bare en av åtte har tatt den i bruk.

De fleste intensivavsnitt ved landets sykehus drives av anestesivdelingen.

Tre firedeler mener det medisinsk-faglige ansvaret ligger hos avdelingsoverlegen ved den kliniske avdeling hvor pasienten er innlagt, mens en firedel mener det ligger hos intensivavsnittets leger. Andelen leger som mener dette, er høyest ved sentral- og regionsykehus.

Organisasjons- og ledelsesforhold synes å være av liten interesse i fagmiljøet. Undersøkelsen antyder at det kan være visse uklarheter omkring de forskjellige aktørers ansvarsforhold, særlig ved sentral- og regionsykehus. Klare definisjoner av ansvarsforhold bør derfor tilstrebes.

Av samme grunn må organisasjons- og ledelsesforhold innen intensivmedisin vies større oppmerksomhet.

Intensivmedisin er preget av kompliserte problemstillinger og avanserte behandlingsopplegg, noe som krever høy grad av tverrfaglig samarbeid mellom forskjellige spesialiteter og yrkesgrupper for å sikre et vellykket behandlingsresultat. I et slikt samarbeid, hvor mange aktører og yrkesgrupper er involvert, vil det kunne oppstå tvil og konflikter om ansvarsforhold og oppgavefordeling.

I arbeidet for kvalitetsforbedring av anestesilogisk arbeid vedtok generalforsamlingen i Norsk anestesilogisk forening høsten

Nils Smith-Erichsen

nils.sme@c2i.net

Anestesiavdelingen

Sentralsykehuset i Akershus

1474 Nordbyhagen

Audun Fredriksen

audun.fredriksen@legeforeningen.no

Helsepolitisk avdeling

Den norske lægeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Smith-Erichsen N, Fredriksen A.

Organisation and management of Norwegian intensive care units.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 691–3.

Background. A survey of organisational and managerial aspects in Norwegian intensive care units (ICU) was made six months after *Standards for Intensive Care*, a document setting out guidelines for the organisation and management of intensive care units, had been issued by the Norwegian Medical Association to Norwegian hospitals.

Material and methods. 298 questionnaires were sent to hospital managers and heads of clinical departments in 58 Norwegian hospitals.

Results. The overall response rate was 77%. 60% of the respondents had heard about *Standards*, 44% had read them, 15% used them. The majority of ICUs were run by the Department of Anaesthesia. 75% answered that the admitting department had the overall responsibility for the individual patient; 23% of respondents claimed that the ICU doctor was responsible. More than half of these worked in secondary and tertiary care hospitals.

Interpretation. *Standards of Intensive Care* is poorly known and read by less than half of the respondents. Only a few have started to implement them. Some uncertainty about patient responsibility may exist particularly in secondary and tertiary care hospitals. There seems to be a need for better role clarification and definitions of responsibility for all participants in intensive care, with more focus on organisational and managerial aspects.

☞ Se også side 665

1994 Standard for intensivmedisin i Norge (1). Denne vakte så stor interesse at Legeforeningens sentralstyre i 1997 satte ned et tverrfaglig utvalg med representanter fra Norsk anestesilogisk forening, Norsk kirurgisk forening, Norsk indremedisinsk forening, Norsk barnelegeforening, Yngre legers forening og Norsk overlegeforening for å bearbeide Standard for intensivmedisin i Norge videre.

I mandatet het det blant annet: «Utvalget skal klargjøre og beskrive hvordan det medisinsk-faglige ansvar og ledelse kan ivaretas på en hensiktsmessig måte og hvordan den administrative organisering bør bygges opp for å gi den medisinsk-faglige ledelse nødvendig støtte og avlastning.» Standard for intensivmedisin (Standard) (2) ble vedtatt av sentralstyret høsten 1997 og sendt ut til alle sykehus og avdelingsoverleger i relevante spesialiteter i løpet av vinteren 1998.

I forbindelse med revisjon av Standard ble det sommeren 1998 gjennomført to spørreundersøkelser med tanke på å kartlegge om Standard var kjent i fagmiljøet og i hvilken grad retningslinjene for organisering, ledelse, samarbeid, bemanning og utdanning var fulgt opp. I en egen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet publiseres resultatene vedrørende bemanning og utdanning (3).

Metode

Et spørreskjema laget av utvalget ble sendt til sykehusdirektører/sjefleger og avdelingsoverleger innen anestesi, kirurgi og medisin ved 58 lokal-, sentral- og regionsykehus. Det ble også sendt spørreskjemaer til avdelingsoverlegene i gynekologi og obstetikk og pediatri ved henholdsvis 37 og 28 av de 58 sykehusene. I alt ble det sendt ut 298 spørreskjemaer.

Det ble spurt om kjennskap til Standard, om den var tatt i bruk, hvem som hadde ansvar for drift av intensivavsnittet, hvem som hadde det medisinsk-faglige ansvar for den enkelte intensivpasient samt om uklarhet i ansvarsforhold hadde ført til at behandlingstiltak var blitt vanskeliggjort eller forsinket. Etter svarfristens utløp ble det sendt et purrebrev til dem som ikke hadde svart. Tabell 1 viser noen av spørsmålene i spørreskjemaet, som i alt inneholdt 20 spørsmål.

Resultater

Av 298 utsendte skjemaer ble 230 (77%) besvart. 203 (88%) var besvart av leger, 24 (10%) av administratører, en respondent oppgav ikke funksjon i sykehuset, to svarte annet. 110 (48%) av svarene kom fra personell som arbeidet ved lokalsykehus, 90 (39%) fra sentralsykehus, 26 (11%) fra regionsykehus. Tabell 2 viser fordelingen av svar mellom de forskjellige spesialiteter. Svarprosenten innen de forskjellige spesialiteter. Svarprosenten fra direktører/sjefleger var 41.

Tabell 1 Utdrag av spørsmål i spørreskjemaet*Om den som fyller ut skjemaet*

- Stilling: (L = Lege/kliniker, D = Direktør/sjeflege, A = Annet)
- Arbeidssted: (L = Lokalsykehus, S = Sentralsykehus, R = Regionsykehus, A = Annet)
- Avdeling: (A = Anestesi, I = Indremedisin, K = Kirurgi, P = Pediatri, G = Gynekologi/obstetrikk)

Om «Standard»

- Kjenner du til Standard? (Ja/Nei)
- Har du lest Standard? (Ja/Nei)
- Er Standard tatt i bruk ved sykehuset? (J = Ja, D = Delvis, N = Nei)

Om ansvar m.m. i intensivavdeling/-avsnitt i sykehuset

- Hvilken avdeling har *administrativt* ansvar for driften av intensivavdelingen/-avsnittet? (A = Anestesi, I = Indremedisin, K = Kirurgi, P = Pediatri, O = Øvrige avdelinger)
- Hvem har *medisinsk-faglig* ansvar for *den enkelte intensivpasient*? (I = Lege fra intensivavdeling/-avsnitt, M = Lege fra moderavdeling (jf. Standard), A = Annen lege)
- Har uklarhet i ansvarsforhold ført til at behandlingstiltak er blitt vanskeliggjort/forsinnet? (D = Daglig, U = Ukentlig, M = Månedlig, S = Sjelden, A = Aldri)

Tabell 2 Avdelingstilhørighet for leger som svarte på spørreskjemaet

Avdeling	Antall sykehus	Antall svar (%)	Prosent av antall svar
Anestesi	58	53 (91)	26
Indremedisin	58	50 (86)	24
Kirurgi	58	51 (91)	25
Gynekologi/obstetrikk	37	28 (79)	14
Pediatri	28	22 (76)	11
Totalt		204	100

Avdeling ikke oppgitt: 26 (13%)

Tabell 3 Bruken av Standard for intensivmedisin ved norske sykehus

Bruken av Standard ved norske sykehus	Lokal-sykehus	Sentral-sykehus	Region-sykehus	Annet sykehus	Antall (%)
Ja	11	12	4		27 (15)
Nei	53	21	4	1	79 (43)
Delvis	32	31	13	2	78 (42)
Antall svar	96	64	21	3	184 (100)

Ikke svart på spørsmålet: 46 (20%)

Tabell 4 Fordeling av avdelinger med administrativt ansvar for driften

	Lokal-sykehus	Sentral-sykehus	Region-sykehus	Annet sykehus	Antall (%)
Anestesi	77	83	22	3	185 (86)
Indremedisin	15	2	1	0	18 (8)
Kirurgi	3	0	2	0	5 (2)
Pediatri	0	5	1	0	6 (3)
Annen avdeling	2	0	0	0	2 (1)
Antall svar	97	90	26	3	216 (100)

Ikke svart på spørsmålet: 14 (6%)

Kjennskap til og bruk av Standard

139 (60%) kjente til Standard, 88 (38%) kjente den ikke, tre svarte ikke på spørsmålet. 102 (44%) hadde lest Standard, 124 (54%) hadde ikke lest den, fire (1,8%) svarte ikke på spørsmålet. Tabell 3 viser i hvilken grad Standard er tatt i bruk, fordelt på type sykehus.

Administrativt ansvar for drift av intensivavsnittet

186 (81%) svarte at det administrative ansvar lå hos anestesiavdelingen, 18 (8%) sa medisinsk avdeling, seks (3%) barneavdelingen, fem (2%) kirurgisk avdeling, 13 (6%) svarte ikke på spørsmålet. Tabell 4 viser svarene fordelt på type sykehus.

Medisinsk-faglig ansvar for den enkelte intensivpasient

159 (69%) svarte at ansvaret lå hos lege fra moderavdelingen, 50 (22%) svarte lege fra intensivavsnittet, fire (2%) svarte annen lege og 17 (7%) svarte ikke på spørsmålet. Av dem som svarte lege fra intensivavsnittet var det 13 anestesiloger av i alt 50, ni indremedisinere av i alt 47 og sju kirurger av i alt 47. Tabell 5 viser svarene fordelt på sykehusnivå.

Forsinkede/vanskeliggjorte behandlingstiltak på grunn av uklare ansvarsforhold

48 (21%) svarte at det aldri forekom, 147 (64%) svarte sjelden, 13 (6%) månedlig, 11 (5%) ukentlig og 11 (5%) svarte ikke på spørsmålet. Av dem som svarte på spørsmålet, angav 42 av 50 anestesiloger, 42 av 48 kirurger, 42 av 47 indremedisinere, 27 av 28 gynekologer og alle barneleger (22 stykker) sjelden eller aldri. Tabell 6 viser svarene fordelt på type sykehus.

Diskusjon

Spørreskjemaundersøkelser har en svak posisjon som vitenskapelig metode innen medisin. Innen intensivmedisin er metoden brukt til å kartlegge etiske holdninger, aktivitetsdata, arbeidsmiljø, organisasjons- og ledelsesaspekter (4–6).

Å lage et godt spørreskjema er en krevende prosess (7). I vårt spørreskjema kan man i ettertid se at spørsmålene om ansvar er formulert slik at de kan gi rom for tolkingsforskjeller. Spørsmålet om medisinsk-faglig ansvar kan på den ene side tolkes som det overordnede ansvar som ligger hos avdelingsoverlegen ved avdelingen hvor pasienten er innlagt, eller som det personlige ansvar utøvd av den behandlende lege. Disse spørsmålene burde derfor ha vært formulert klarere og eventuelt testet på et representativt utvalg før skjemaet ble sendt ut.

Men ut fra den høye svarprosenten og det at alle kategorier sykehus og relevante spesialiteter er representert, er det grunn til å anta at man har fått svar fra et representativt utvalg av fagmiljøet.

Standard for intensivmedisin

Dokumentet er lite kjent, idet knapt to tredeler har hørt om det og snaut halvparten har lest det. Dette kan være et uttrykk for at interessen for de temaer Standard omhandler er liten, eller at de fleste er fornøyd med slik intensivmedisinen i Norge er organisert og ledet. Man kan heller ikke utelukke at Legeforeningen har gjort for lite for å gjøre dokumentet kjent i fagmiljøet.

Standard er i enda mindre grad tatt i bruk av fagmiljøet. Dette kan skyldes at tiden mellom utsendelsen og spørreundersøkelsen var for kort til at den kan ha blitt tatt i bruk, eller at brukerne ikke har funnet de anbefalinger som ligger i Standard hensiktsmessige.

I et forsøk på å klargjøre de forskjellige aktørers ansvar lanseres i Standard det differensierte ansvarsbegrep, hvor man i relasjon til de forskjellige aktører definerer prosedyre-, prosess- og resultatansvar (2). Standards nye definisjoner av ansvar og anvisninger om samarbeid kan ha blitt oppfattet som så uklare at de ikke blir sett på som noen forbedring i forhold til gjeldende praksis.

Det kan òg tenkes at hvis Statens helsetilsyn i stedet for Legeforeningen hadde gitt ut Standard, ville den kanskje hatt større gjennomslagskraft.

Organisasjons- og ansvarsforhold

Anestesiavdelingen har ansvaret for driften av de fleste intensivavsnitt ved landets sykehus.

Tradisjonelt har det medisinsk-faglige ansvar for den enkelte intensivpasient ligget hos den kliniske avdeling hvor pasienten er innlagt (moderavdelingen). Undersøkelsen bekrefter at de fleste fortsatt mener at dette er best, men en høy andel angir at ansvaret ligger hos intensivavsnittets leger. Det synes å være flere på region- og sentralsykehusnivå enn på lokalsykehusnivå som er av denne oppfatning. Dette kan skyldes at de fleste intensivavsnitt på dette nivået har leger som driver med intensivmedisin på heltid (8).

Hvis alle respondentene har oppfattet spørsmålet likt, kan dette funnet tolkes som uttrykk for en reell meningsforskjell om ansvarsfordeling. Det kan imidlertid ikke utelukkes at respondentene definerer begrepet medisinsk-faglig ansvar forskjellig eller at de har oppfattet spørsmålet forskjellig. Funnet behøver derfor ikke være uttrykk for en reell uenighet, men mer et uttrykk for uklare definisjoner av ansvarsforhold. I så fall bør man tilstrebe klarere definisjoner av de forskjellige aktørers ansvar innen komplisert medisinsk praksis.

Undersøkelsen viser at det er lite samarbeidsproblemer, men 11 % svarer at uklare ansvarsforhold forsinket eller vanskeliggjør igangsetting av behandlingstiltak. Igjen må man ta forbehold om at respondentene kan ha forskjellige tolkninger av spørsmålsstillingen

Tabell 5 Fordeling av medisinsk-faglig ansvar for den enkelte intensivpasient

	Lokal-sykehus		Sentral- og regionsykehus		Annet sykehus	Alle (%)
	Antall	(%)	Antall	(%)		
Lege fra moderavdelingen	79	(79)	78	(72)	1	158 (75)
Lege fra intensivavsnittet	19	(19)	29	(27)	2	50 (23)
Annen lege	3	(3)	1	(1)	0	4 (2)
Antall svar	101	(100)	108	(100)	3	212 (100)

Ikke angitt type sykehus: 18 (8%)

Tabell 6 Hyppighet for om uklare ansvarsforhold har vanskeliggjort/forsinket igangsetting av behandlingstiltak

	Lokal-sykehus	Sentral-sykehus	Region-sykehus	Annet sykehus	Antall (%)
Ukentlig	3	6	2	0	11 (5)
Månedlig	8	5	0	0	13 (6)
Sjelden	67	62	15	2	146 (67)
Aldri	26	15	6	1	48 (22)
Antall svar	104	88	23	3	218 (100)

Ikke svart på spørsmålet 12 (5%)

gen og at de derfor legger forskjellige forutsetninger til grunn for sine svar. Svarene må derfor tolkes med alle mulige forbehold. Velger man å se på funnet som reelt, kan det gi grunn til ettertanke. Det er flere arbeidere som viser at måten intensivavsnitt organiseres og ledes på, påvirker behandlingsresultatet. Når det gjelder komplisert medisinsk virksomhet, som intensivmedisin, bør hovedvekten derfor først og fremst ligge på hvordan denne virksomheten ledes, ikke på hvilken medisinsk spesialitet lederen har (6, 9–11).

Konklusjon

Denne undersøkelsen viser at Standard for intensivmedisin, et dokument for å klargjøre blant annet organisasjons- og ansvarsforhold, er lite kjent og sjelden brukt av fagmiljøet seks måneder etter at den er sendt ut.

Den synes å gi en indikasjon på at det kan være uklarhet omkring ansvarsforhold ved norske intensivavsnitt, først og fremst på sentral- og regionsykehusnivå.

Organisasjons- og ledelsesspørsmål innen intensivmedisin bør vies større oppmerksomhet i fagmiljøet.

Litteratur

1. Standard for intensivmedisin i Norge. Oslo: Norsk anesthesiologisk forening, 1994.
2. Standard for intensivmedisin. Ledelse, ansvar, organisering og utforming m.m. av intensivavsnitt. Oslo: Den norske lægeforening, 1997.
3. Fredriksen A. Aktivitet og legebemannning ved intensivavsnitt i Norge – fortsatt behov for bedre registrering. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 694–7.

4. Sjøkvist P, Berggren L, Cook DJ. Attitudes of Swedish physicians and nurses towards the use of life-sustaining treatment. Acta Anaesthesiol Scand 1999; 43: 167–72.

5. Flaatten H. Intensivbehandling i Norge – en spørreskjemaundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3376–8.

6. Miranda DR, Ryan DW, Shaufeli WB, Fidler V, red. Organisation and management of intensive care. A prospective study in 12 European countries. Part I. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1998: 3–58.

7. Aalen OO. Hvordan skal en måle? I: Aalen OO, red. Innføring i statistikk med medisinske eksempler. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1994: 209–10.

8. Gjennomgang av landets sykehus – delrapport 2. Kartlegging av og kapasitets- og driftsforhold ved intensivavdelingene. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

9. Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, Richeson JF, Johnson JE. The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. Heart Lung 1992; 21: 18–24.

10. Carson SS, Stocking C, Podsadecki T, Christenson J, Pohlman A, MacRae S et al. Effects of organizational changes in the medical intensive care unit of a teaching hospital: a comparison of «open» and «closed» formats. JAMA 1996; 276: 322–8.

11. Ghorra S, Reinert SE, Cioffi W, Buczeko G, Simms H. Analysis of the effect of conversion from open to closed surgical intensive care unit. Ann Surg 1999; 229: 163–71.

○