

# Akuttmedisinsk breddespesialitet – det haster!

Helsetilsynet har gjentatte ganger avslørt store mangler og utilstrekkelig sikring innen akuttmedisinen. Både myndigheter og det medisinske fagmiljøet har lenge vært passive og handlingslammet.

 Publisert først på nett 5.7. 2012

Jeg var ferdig lege i 1960, og har sammen med min generasjon opplevd medisinske fremskritt som vi knapt kunne forestille oss. Jeg valgte å spesialisere meg i indremedisin, da et rolig fag. I løpet av min spesialisering endret dette seg radikalt, f.eks. for infarktbehandling, hjerte-lunge-redning, defibrillering og respiratorbehandling. Indremedisineren måtte beherske det meste. Anestesileger var det bare ved de største sykehusene. Som nytilsatt overlege ved en avdeling som bare hadde hatt én overlege,

«Men det er én instans, kanskje den viktigste, som ikke har funnet grunn til å svare meg, nemlig min egen fagforening»

fikk jeg ansvaret for medisinsk akuttavdeling med ti sengeplasser. Sykehuset hadde først fra 1971 anestesilege. Han fikk en krevende arbeidssituasjon, men maktet å heve kvaliteten på akuttbehandlingen i takt med nye og krevende behandlingsopplegg.

## Mangler og lovbrudd

Da som nå, var det turnuskandidatene som tok imot pasientene i mottakelsen, med enten overlege eller assistentlege i bakvakt. Med de behandlingsmulighetene som forelå frem til 1980-årene hadde man tilstrekkelig breddekompetanse til å sikre forsvarlig faglig nivå. Med økende grenspesialisering ble dette vanskelig, noe som kunne føre til at vi hadde behov for assistanse. Til vanlig fungerte samarbeidet godt, men man kunne oppleve at anestesilegen av slo med tilbakemeldingen: «Dette klarer du godt selv!»

En annen viktig endring skyldtes behandling av lungesviktpasienter med respirator. Disse kunne skyve ut infarktpasienter fra akuttavdelingen for tidlig. Samarbeidet med anestesilegene som var faglig ansvarlig for respiratorbehandlingen, gikk stort sett greit, men prioriteringene var ofte vanskelige.

Både som ansvarlig kardiolog og som sjeflege var dette et problem for meg, særlig

plassering av respiratorpasienter. Jeg foretok flere studiereiser til andre sykehus for å finne mer rasjonelle modeller. Jeg deltok bl.a. i 1987 i det årlige møtet i Australasian College for Emergency Medicine i Sydney. En av nestorene i faget fra USA innledet. Han redegjorde på en overbevisende måte for nødvendigheten av akuttmedisinsk breddespesialitet, og dokumenterte at reformen var vellykket. Etter hjemkomst fremla jeg skriftlig rapport til sykehusdirektøren. I 1994 foreslo jeg å lage et pilotprosjekt for opprettelse av tverrfaglig akuttmedisinsk spesialitet (1).

Legeforeningen sendte i 1998 ut spørreskjema om status for innføring av den utarbeidede standard for intensivmedisin i Norge. Dette førte til at jeg skrev en ny artikkel, der jeg vektla betydningen av nyorganisering som distrikts- og helsepolitisk argument for å kunne bevare flest mulig lokalsykehus (2).

Jeg ble pensjonist i 2001 og har ikke hatt anledning til å følge kommunikasjonen mellom Helsedirektoratet og sykehusene, men det var taust i mediene inntil mars 2008, da det var store oppslag: «Helseminister Sylvia Brustad gjør det i dag klart for landets sykehus at kvaliteten på akutt-mottakene må heves, etter en rapport som viser store mangler og klare lovbrudd» (3). Jeg ble sjokkert av den handlingslammelsen dette avslørte, og publiserte artikkelen: «Akuttmedisinsk svikt – en varslet krise» (4), og enda mer oppbrakt ble jeg da NRK nylig, altså fire år senere, utbasunerte samme tema som sitt hovedoppslag (5). Senere har det igjen vært taust!

## Passiv legeforening

Jeg lærte av en politikerkollega at det er viktig å ta direkte kontakt når man har publisert noe som har særlig interesse for den ansvarlige, ikke å stole på at innlegget blir oppdaget og lest. Jeg har derfor konsekvent sendt personlige brev med kopi av artikkelen til disse. Alle statsrådene og helsedirektørene har uten unntak svart med positive kommentarer, og takket for nyttige innspill og langvarig engasjement.

Men det er én instans, kanskje den viktigste, som ikke har funnet grunn til å svare meg, nemlig min egen fagforening. Jeg sendte 15.3. 2008 e-post til Legeforeningen ved generalsekretæren og la ved artiklene mine (1, 2, 4): «Jeg forutsetter at dette materialet forelegges Sentralstyret

og at materialet følger saksbehandlingen videre.» Jeg fikk intet svar, selv etter purring med kopi til presidenten. At dette er uforskammet overfor meg som person, er av underordnet betydning. Verre er det at foreningen ved denne holdningen forsømmer en enestående mulighet til å markere seg, ved å vise evne til å formidle en overordnet fagmedisinsk tilråding for å gjennomføre en livsviktig reform.

Nylig publiserte kollegene Lars Petter Bjørnsen & Oddvar Uleberg en viktig artikkel kalt «Mottaksmedisin – akuttmedisins sorte får» (6). Jeg håper de får større gjennomslag for sine forslag enn jeg har erfart.

**Odd Johan Frisvold**  
ojofrisv@online.no

Odd Johan Frisvold (f. 1934) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer. Han er pensjonert avdelingsoverlege og tidligere sjeflege, tidligere medlem av landsstyret og sentralstyret og tidligere formann i Overordnede sykehuslegers forening. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

## Litteratur

1. Frisvold OJ. Økte kvalitetskrav til indremedisinsk akuttberedskap. Økt ressurskrise, eller mulighet for vekst gjennom nyttenking? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 866–7.
2. Frisvold OJ. Behøver ikke Norge akuttmedisinere? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3490.
3. Lund F. – Tilstanden ved akutt-mottakene er uakseptabel. VG 29.2.2008. www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=502774 [20.6.2012].
4. Frisvold OJ. Akuttmedisinsk svikt – en varslet krise. Dagens Medisin 6.3.2008. www.dagensmedisin.no/debatt/akuttmedisinsk-svikt---en-varslet-krise [20.6.2012].
5. Mathisen EB, Finstad A-I, Kleiven I. Uerfarne leger på akuten. NRK Nyheter 14.6.2012. www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk\_trondelag/1.8198290 [20.6.2012].
6. Bjørnsen LP, Uleberg O. Mottaksmedisin – akuttmedisins sorte får. Tidsskr Nor Lægeforen 2012; 132: 931.

Mottatt 21.6. 2012 og godkjent 21.6. 2012. Medisinsk redaktør Erlend Hem.