

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*.
 Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg
 av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren».
 Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
 Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Akuttmottaket trenger egne spesialister

Bjørnsen og Uleberg fortsetter å kjempe for ny spesialitet i akuttmedisin (1). Det er vanskelig å se at det er ny medisinsk utvikling som skaper dette behovet. Etter min mening er det snarere dårlig organisering av våre akuttmottak som gjør at de trenger å styrkes. Akkurat der er vi enige. Men løser vi det ved å etablere en ny spesialitet? Nepp.

Som anestesilog gjennom 25 år på et akuttstusykehus med traumefunksjon, langt fra andre sykehus, ser jeg ikke noe behov for nye spesialister i akuttmottak. Helsetilsynet var tydelige på hva som manglet i tilsynsrapporten fra 2008 (2). De foreslo tiltak som kan gjennomføres med vilje, arbeidstilrettelegging og fleksibilitet med dagens spesialister. I Finnmark har vi flinke spesialister i allmennmedisin som vurderer pasientene godt før innleggelse, og som konfererer med sykehusets leger. Hverken medisinske pasienter eller traumepasienter trenger enda en spesialitet på akuttstusykehusene, og den foreslåtte spesialitet blir antakelig vanskelig å rekruttere til for å sortere noen få, allerede vurderte og triagerte pasienter hvert døgn. Dette ble også konklusjonen i en nasjonal arbeidsgruppes utredning som ble levert i 2008 (3). Dessverre har Bjørnsen og Uleberg ikke vist til den.

Som leder for Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi tror jeg ikke akuttmedisin vil tilføre alvorlig skadde pasienter noe sykehusenes traumeteam ikke allerede tilbyr. Tvert imot, det kan bli et forsinkende ledd. Vi har vist at sykehusene med traumefunksjon stort sett allerede fyller kravene til kompetanse og organisering (4), et eksempel som viser at det er mulig å organisere gode pasienttilbud med dagens spesialiteter, men også at det er behov for regelmessig oppbygging av kompetanse. En ny spesialitet kan etter mitt syn ikke tilføre slik kompetanse.

Bjørnsen og Uleberg skylder norske pasienter en forklaring på hva denne eventuelle nye spesialitet skal tilføre som ikke allerede finnes, og hvorfor landets sykehus i tilfelle skal bruke sine knappe midler på enda et vaktlag, hvert døgn, året rundt, når tilsvarende kompetanse allerede finnes både i primærhelsetjenesten og på sykehusene. Norsk selskap for akuttmedisin kjemper for et behov som ikke er pasientens eller sykehusenes.

Torben Wisborg

torben.wisborg@traumatologi.no

Torben Wisborg (f. 1956) er overlege ved Akuttavdelingen, Hammerfest sykehus, Finnmarkssykehuset HF, professor ved Universitetet i Tromsø og leder for Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi, OUS HF. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjørnsen LP, Uleberg O. Akuttmottaket trenger egne spesialister. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1230–2.
2. Helsetilsynet. «MENS VI VENTER ...» – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Rapport fra Helsetilsynet 2/2008. https://helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter/2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf [16.8.2015].
3. Bjelke C, Breidablikk HJ, Johansen K et al. Utredning av en evt. ny spesialitet i akuttmedisin – et interregionalt prosjekt. Bodø, Helse Nord 2008. www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/RAPPORTER%20OG%20H%C3%98RINGER/Utredning%20om%20ny%20spesialitet%20i%20akuttmedisin%20endelig%20rapport.pdf [16.8.2015].
4. Dehli T, Gaarder T, Christensen BJ et al. Implementation of a trauma system in Norway: a national survey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2015; 59: 384–91.

Re: Alder og alvor

Bjarne Robberstads drøfting av alder og alvor (1) er teknisk interessant, men jeg mener han skaper forvirring ved ikke å skille mellom hva et godt etablert uttrykk som «en tilstands alvorlighet» betyr i medisin og hvilken vekt man kan ønske å legge på ulike hensyn ved prioritering.

Helse- og omsorgsdepartementet har fra en arbeidsgruppe under ledelse av professor Jon Magnussen bestilt en vurdering av gjeldende prioriteringskriteriers alvorlighetsbegrep og mulig operasjonalisering av dette. Da må vi til Lønning 2. Det er klart, som Robberstad påpeker, at langvarig lidelse er mer alvorlig enn kortvarig lidelse (for eksempel kysseyske vs influensa). Men det er også klart at gjenstående levetid ikke inngår i Lønning 2's alvorlighetsbegrep. Det følger av Lønning 2's klare standpunkt om at alder/gjenstående levetid ikke skal være et selvstendig prioriteringskriterium.

Man kan diskutere i det vide og det brede nøyaktig hvilke aspekter alvorlighetsbegrepet i dag rommer, men et enkelt sett av faktiske observasjoner er kanskje vel så hensiktsmessig for å få skilt lort fra kanel. Jeg nøyer meg med følgende fire:

A Når 40-åringer og 70-åringer får livstruende sykdom:

Dagens språk: De regnes som like alvorlig syke.

Prioritet: De får samme prioritet for livreddende kirurgi – også om den er svært kostbar.

B Når 50-åringer og 80-åringer får like sterk kronisk smerte:

Dagens språk: De regnes som like alvorlig syke.

Prioritet: De møter samme betalingsvillighet for smertedempende legemiddel på blåresept.

C Når en 60-åring og en 80-åring får sykdommer som forventes å redusere førstnevntes gjenstående levetid fra 20 til 10 og sistnevntes fra 6 til 3 år:

Dagens språk: De regnes som like alvorlig syke....

Prioritet: ... men betalingsvilligheten for behandling er trolig likevel større for 60-åringen ut fra en tanke om at 80-åringen «har fått sitt beger rimelig oppfylt».

D Når en 20-åring og en 90-åring er i livstruende tilstand:

Dagens språk: De regnes som like alvorlig syke....

Prioritet: ... men 20-åringen får prioritet / møter større betalingsvillighet.

Relativt prognosetap, som Robberstad nevner som målebegrep nummer 5, er en operasjonalisering av alvorlighet som ivaretar denne språklige forståelsen, i det den gir samme skåre for de to gruppene i hvert av eksemplene ovenfor. Som mål på alvorlighet bryter absolutt prognosetap med denne språkforståelsen i alle de fire eksemplene. Det blir som i regresjonsanalyse, dette: Man undersøker hvilken modell – her hvilken definisjon – som gir best tilpasning til data.

Når det gjelder prioritering, vil prioritering etter relativt prognosetap være konsistent med prioriteringene i dag i eksemplene A og B. Prioritering etter absolutt prognosetap tilsier endret praksis, nemlig at de yngre skal prioriteres. Å vektlegge relativt prognosetap alene vil ikke fange opp prioriteringene i eksemplene C og D. Men alder/gjenstående levetid som tilleggskriterium til alvorlighet målt som relativt prognosetap vil kunne ivareta prioriteringsverdien «oppfylt beger» i de situasjoner og i den grad dette er ønskelig (eksemplene C og D).

>>>