

- 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 tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Samhandlingsreformen – hva nå?

Det er lett å være enig med Anders Grimsmo, når han i Tidsskriftet nr. 18/2015 påpeker at Samhandlingsreformens økonomisk-administrative virkemidler ikke har vært fulgt av en tilsvarende faglig satsing, og at helseforetakene har fått en utilbørlig makt over kommunene gjennom våpenet ved navn «melding om utskrivningsklar pasient», som er ledsaget av dagbøter dersom kommunene ikke lyster ordre innen 24 timer (1). Det er åpenbart at «utskrivningsklar» er et tøyelig begrep, og at sykehusene vil være tilbøyelig til å ta det i bruk oftere og raskere når de presses av stor pasienttilstrømning og sengetallet stadig reduseres (2).

Men det blir likevel feil når Grimsmo beskriver det som en hovedutfordring å opprette «balanse» i krigen mellom helseforetak og kommuner. Den egentlig svake parten i dette spillet er naturligvis pasienten. Samhandlingsreformens viktigste effekt er at både kommunen og helseforetaket har fått skjerpede våpen i sin kamp for å sparke uønskede pasienter «ut av mitt budsjett og inn i ditt». Det er her den virkelig utfordrende asymmetrien i makt og sårbarhet ligger.

Jeg arbeider ved en avdeling der vi – med hånden på hjertet – legger vekt på å ikke melde pasientene «utskrivningsklare» før de virkelig er det, og da basert på en bred og tværfaglig (men rask) geriatrik vurdering med vekt på aktuell sykdom, komorbiditet, optimalisert legemiddelbruk, kognisjon, funksjonsnivå i dagliglivet, skrøpelig og prognose. Man skulle tro kommunen var interessert i vår vurdering som grunnlag for planlegging og optimalisering av pasientens videre behandling. Men nei! Det er heller regelen at ansatte i de kommunale bestillerenhetene reagerer negativt på velmente innspill om hva slags behov pasienten har. Hvorfor? Naturligvis fordi bestillerenhetene først og fremst måles på om de unngår utgifter, ikke på om tilbudet til pasientene er adekvat.

Det er ingen morsom opplevelse å ha gjort en bred og grundig vurdering, for så å måtte sende pasienten ut til et åpenbart inadekvat tilbud fordi de som bestemmer ikke ønsker et sikrere faglig grunnlag for sitt vedtak.

Samhandling? Tja. Maktubalanse? Åpenbart. Men taperen er verken helseforetaket eller kommunen, men faget, omsorgen og pasientene.

Torgeir Bruun Wyller
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er overlege/professor ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Grimsmo A. Samhandlingsreformen – hva nå? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1528.
- Wyller TB, Haukelien H, Engebretsen LS et al. Plass nok til alle! Sykepleien 27.2.2014. <http://sykepleien.no/2014/02/plass-nok-til-alle> [9.10.2015].

Re: Akuttmottaket trenger egne spesialister

L. P. Bjørnsen og O. Uleberg argumenterer for en egen spesialitet tilpasset akuttmottaket i Tidsskriftet nr. 14/2015 (1). Det er stor politisk vilje for å innføre en ny spesialitet, og Helsedirektoratet har nedsatt en gruppe som i løpet av høsten skal definere spesialitetens

innhold. Styret i Norsk anesthesiologisk forening opplever at prosessen rundt etableringen av denne spesialiteten har foregått i lukkede rom, uten at berørte parter har blitt behørig involvert. Norsk selskap for akuttmedisins (NORSEM) intensjoner om innhold i spesialiteten Akuttmedisin, oppfattes som problematisk for tilgrensende spesialiteter. Dette skaper debatt og engasjement.

De fleste pasienter som kommer til et akuttmottak vil være tjent med å møte leger som har spesialkompetanse innen triage, kvalitetssikring av utredning og behandling, logistikk, pasientflyt, samt ressursutnyttelse. Vi mener at en ny spesialitet ikke er veien å gå. Kompetanseplanen i europeisk akuttmedisin legger opp til både basal og avansert luftveishåndtering i sitt pensum (2). I Norge ivaretas denne ferdigheten av anestesileger. Avansert luftveishåndtering innebærer komplekse prosedyrer, som nødvendiggjør generell eller lokal anestesi for å kunne gjennomføres. Intubasjon krever jevnlig trening og praksis for å opprettholde tekniske ferdigheter. Norsk standard for anestesi (3) beskriver at to anestesikyndige personer skal være til stede ved innledning av anestesi. En endring av dagens praksis mener vi ikke vil være forsvarlig.

Uleberg og Bjørnsen skriver i sitt innlegg: «Det lå også som et premiss at lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner måtte ha anestesileger i beredskap, men ut fra internasjonale kompetanseplaner for en akuttmedisinsk spesialitet vil også en spesialist i akuttmedisin inneha kompetanse til å utføre relevante og livsnødvendige prosedyrer som nevnt i rapporten» (1). Vi er sterkt uenige. Som fagmedisinsk forening ønsker Norsk anesthesiologisk forening å presisere viktigheten av å ha døgkontinuerlig anestesikompetanse på sykehus som håndterer kritisk syke og skadde pasienter. Rapporten «Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur» understøtter dette (4). Luftveishåndtering, samt behandling av patologisk respirasjon, sirkulasjon og redusert bevissthet, er grunnsteiner i akuttmedisin. Anestesileger sikres et betydelig volum av slike problemstillinger gjennom virksomhet på operasjons- og intensivavdelinger, samt akuttmedisinsk virksomhet i og utenfor sykehus (5). Vi har vanskelig for å se at en ny akuttmedisinsk spesialitet skal kunne tilegne seg nødvendig erfaring, desto mindre vedlikeholde nødvendige ferdigheter, gjennom sitt daglige arbeid i norske akuttmottak, til å erstatte anestesilegerberedskap. Volumet av kritisk syke og skadde i norske akuttmottak er ikke stort nok til det.

Etter vår oppfatning har man et betydelig kartleggingsarbeid å gjøre før slike forandringer iverksettes. Det er også betimelig å spørre om det foreligger grundige risiko- og sårbarhetsanalyser samt kost/nytte-effekt over konsekvensene av en ny spesialitet. Betingelsen for at en ny spesialitet i akuttmottakene skal fungere, må være aktivt samarbeid med relevante, eksisterende spesialiteter. Norsk anesthesiologisk forening etterlyser åpenhet i den pågående prosessen, og invitasjon fra Helsedirektoratet til deltakelse og diskusjon, også for sentrale fagmedisinske foreninger.

Eivinn Årdal Skjærseth
eivinn@yadoo.no
Håkon Trønnes
Oddvar Kvalsvik
Marit Bekkevold
Janne Roshauw
Håkon Abrahamsen
Marius Tjessem

Forfatterne sitter i styret for Norsk anesthesiologisk forening.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>