

➤ 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 tverrfaglig (men rask) geriatrikisk vurdering med vekt på aktuell sykdom, komorbiditet, optimalisert legemiddelbruk, kognisjon, funksjonsnivå i dagliglivet, skrøpelighet 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 Geriatrikisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Grimsmo A. Samhandlingsreformen – hva nå? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1528.
2. 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 anestesilogisk 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 anestesilogisk 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 anestesilogisk forening etterlyser åpenhet i den pågående prosessen, og invitasjon fra Helsedirektoratet til deltakelse og diskusjon, også for sentrale fagmedisinske foreninger.

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

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

>>>

Litteratur

1. Bjørnsen LP, Uleberg O. Akutt mottaket trenger egne spesialister. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1230–2.
2. Eusim curriculum www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf [23.10.2015].
3. Norsk standard for anestesi. Tilgjengelig på <http://nafweb.no/dokumenter/?cp=2> [23.10.2015].
4. Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur. https://www.regjeringen.no/contentassets/9ba3489d35794be7a41cea2cf02af85d/rapport_sykehusstruktur_ekspertgruppe_040515.pdf [23.10.2015].
5. Nordseth T, Skogvoll E, Gissvold SE. Anestesiologisk akutt hjelp i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3124–6.

5. Seksjon for legemiddelovervåking ved statens legemiddelverk. Bivirkningsrapport 2013. <http://www.legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Lists/PageAttachments/Bivirkningsrapport-for-2013-%E2%80%93-hva-kan-vi-l%C3%A6re/NO/Bivirkningsrapport%202013.pdf> [26.10.2015].

L. Slørdal og T. Christoffersen svarer:

Kristian Svendsen tillegger oss meninger vi ikke har gitt uttrykk for. Vi er ikke bekymret for at systemene skal overbelastes, tvert i mot mener vi det er et stort problem at norske leger i så stor grad unnlater å melde inn reelle bivirkninger. Hovedlinjen i Svendsens argumenter, nemlig at systemene uansett fanger opp «akkurat den bivirkningen som er i signalet», er vanskelig å følge, spesielt når de innmeldte bivirkningene varierer mellom å være egentlige bivirkninger og alle slags følger av misbruk, overdoser, feilbruk, bruk utenfor godkjent bruksområde og yrkeseksponering (1).

Vårt anliggende er ikke systemene. Vi er bekymret over legemiddelbivirkninger som klinisk problem, og mener at alle, og særlig pasientene, er tjent med at et så sentralt diagnostisk begrep har faglig forankring og høyt presisjonsnivå. Hovedpoenget vårt er at vi må opprettholde en klar, entydig forståelse av hva bivirkninger er. Det er viktig på mange måter, for legen som skal informere pasienten om muligheten for bivirkninger ved en behandling, for all meningsfull faglig diskusjon av problemet og for forskning som forsøker å finne årsakssammenhenger og forbedre terapien.

Lars Slørdal

lars.slordal@ntnu.no

Thoralf Christoffersen

Lars Slørdal (f. 1955) er professor i farmakologi og overlege i klinisk farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet/St. Olavs hospital.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thoralf Christoffersen (f. 1941) er professor emeritus ved Avdeling for farmakologi, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bivirkningsrapport 2013, Oslo: Seksjon for legemiddelovervåking, Statens legemiddelverk, 2013: 17. www.legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Lists/PageAttachments/Bivirkningsrapport-for-2013-%E2%80%93-hva-kan-vi-l%C3%A6re/NO/Bivirkningsrapport%202013.pdf [8.7.2015].

Re: En kvinne i 70-årene med dekompensert hjertesvikt under operasjon

Takk for en interessant artikkel som illustrerer inhalert NOs kraftige vasodilasjonseffekt på lungearteriene (1). Kasuistikken illustrerer at pulmonal hypertensjon kan by på hemodynamiske utfordringer. Det er nylig utgitt nye europeiske retningslinjer for pulmonal hypertensjon (2).

Pulmonal hypertensjon skyldes hyppigst venstresidig hjertesykdom, lungesykdom er også vanlig årsak, noe sjeldnere er årsaken kronisk tromboemboli eller sykdom i lungearteriene primært (pulmonal arteriell hypertensjon) (2). I den preoperative kardiologiske vurderingen kommer det ikke klart frem om man har flere forklaringer på pasientens pulmonale hypertensjon. Pasienten hadde gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere, men hadde nå en hyperdynamisk venstre ventrikel og en trykkbelastet høyre ventrikel. Det er for oss uklart om pasientens høyresidige hypertrofi og pulmonale hypertensjon forklares av venstresidig hjertesykdom (diastolisk dysfunksjon?) og om utfyllende utredning med tanke på alternative årsaker var utført. Slik utredning mener vi kunne vært aktuelt, inkludert utredning med lungefunksjonstester, lungescintigrafi/CT-lungearterier og høyresidig hjertekateterisering.

>>>

Re: Et ulogisk og uheldig bivirkningsbegrep

«En utvidet definisjon av bivirkningsbegrepet og et økt antall meldinger kan i verste fall vanskeliggjøre arbeidet for at legemiddelbehandling skal bli sikrere», skriver Slørdal og Christoffersen i en artikkel i Tidsskriftet (1). Det virker ulogisk at færre bivirkningsmeldinger skal føre til mer kunnskap om bivirkninger. Det europeiske legemiddelverket (EMA) mottar omtrent 3 000 bivirkningsmeldinger hver dag, og omtrent 2 000 potensielle signaler på mulige bivirkninger utredes hvert år av EMA (2). Genereringen av disse potensielle signalene påvirkes ikke av rapporteringen for noen andre bivirkninger enn akkurat den bivirkningen som er i signalet. Hvert enkelt signal utredes basert på informasjonen i meldingene som er mottatt samt informasjon fra andre kilder, som den medisinske litteraturen (3). Dermed er ikke støy i form av meldinger om feilbruk en faktor som betyr noe for muligheten til å oppdage nye bivirkninger, verken statistisk eller klinisk.

I 2014 var det faktisk et signal fra bivirkningsmeldinger der feilbruk (medication error) ble oppdaget nettopp fordi det har blitt meldt inn i spontanrapporteringssystemet. Signalet var på legemiddelet Leuprolelin (Procren Depot), og legemiddelet ble gjort trygget i bruk ved at pasientinformasjonen ble endret og ved at det ble sendt ut informasjon til forskrivere og apotek (2).

Jeg er ikke helt sikker på hva Slørdal og medarbeidere er redd for at kan skje. Er faren at systemene som i dag behandler bivirkningsmeldinger skal bli overbelastet? Dette er neppe et problem, da de allerede i dag håndterer svært store mengder data daglig. Eller er faren at legene skal sende inn så mange meldinger om feilbruk at de glemmer å melde fra om andre bivirkninger? All den tid de omtrent 28 000 legene i Norge (4) sender inn omtrent 1 700 meldinger per år (5), eller 0,6 meldinger per lege per år, så virker dette noe usannsynlig.

Om det er riktig å kalle disse meldingene om feilbruk for bivirkninger, er nå én ting, det er uansett viktig å melde om konsekvenser ved feilbruk nettopp for å kunne ta tak i dette og gjøre legemidler trygget i bruk.

Kristian Svendsen

kristian.svendsen@uit.no

Kristian Svendsen (f. 1982) er postdoktor ved Sykehusapoteket i Tromsø. Oppgitte interessekonflikter: Svendsen har tidligere vært ansatt ved European Medicines Agency (2012–2014) og hvor han jobbet med bivirkningsrapporter og generering av Electronic Reaction Monitoring Reports, et statistisk verktøy i signaldetektering ved EMA.

Litteratur

1. Slørdal L, Christoffersen T. Et ulogisk og uheldig bivirkningsbegrep. Tidsskr Nor Legeforen. Publisert først på nett 12. oktober 2015. doi: 10.4045/tidsskr.15.0973
2. European Medicines Agency. 2014 Annual Report on EudraVigilance for the European Parliament, the Council and the Commission. 2015 www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2015/05/WC500186342.pdf [12.10.2015].
3. European Medicines Agency. 2013. Standard operating procedure. Signal management for centrally authorised products. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Standard_Operating_Procedure_-_SOP/2009/09/WC500002962.pdf [26.10.2015].
4. Den norske legeforening. Legestatistikk. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/> [12.10.2015].