

Vedrørende samtykke står det i § 4-4: «Foreldrene eller andre med foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp for pasienter under 16 år. Dersom barnevernstjenesten har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernsloven § 4-8 eller § 4-12, har barnevernstjenesten rett til å samtykke til helsehjelp.» Det er med andre ord foreldreansvaret som er det avgjørende i pasientrettighetsloven, enten dette ligger hos foreldrene eller er overført til barnevernstjenesten eller til andre, for eksempel til fosterforeldre.

At det er foreldreansvaret som styrer informasjonsplikten, innebærer ikke at legen eller annet helsepersonell må informere begge foreldrene. Det holder *vanligvis* med at den som tar barnet til behandling, mottar informasjon.

Ved delt foreldreansvar forutsettes det et samarbeid mellom foreldrene, noe som bl.a. innebærer informasjonsutveksling om helse, skole og andre forhold av betydning for barnet. I barneloven er forholdet mellom foreldre og barn nærmere regulert. Det er en egen bestemmelse om informasjonsplikt når foreldreansvaret er plassert hos én av foreldrene i § 50. Der står det: «Har den eine av foreldra foreldreansvaret aleine, skal denne gje den andre opplysningar om barnet når det blir bede om det. Den andre har også rett til å få opplysningar om barnet frå barnehage, skule, helse- og sosialvesen og politi, om ikkje teieplikta gjeld andsynes foreldra. Slike opplysningar kan nektast gjeve dersom det kan vere til skade for barnet.»

Jeg regner med at Klem sikter til en regel i barneloven § 35 b om beslutningsmyndighet for den av foreldrene som har daglig omsorg. Der står det: «Har foreldra sams foreldreansvar, men barnet bur fast saman med berre den eine, kan den andre ikkje setje seg mot at den barnet bur saman med, tek avgjerder som gjeld vesentlege sider av omsuta for barnet, m.a. spørsmålet om barnet skal vere i barnehage, kor i landet barnet skal bu og andre større avgjerder om dagleglivet.» Denne bestemmelsen regulerer ikke legens informasjonsansvar direkte, men vil få betydning for samtykke til helsehjelp.

Anne Kjersti Befring

anne.kjersti.befring@legeforening.no
Den norske lægeforening

Responstider i ambulansetjenesten

I Tidsskriftet nr. 3/2004 beskriver Folkestad og medarbeidere hvordan prehospital responstid varierer i ulike kommuner (1). Dette er en viktig kvalitetsindikator. Datagrunnlaget for undersøkelsen er alle 113 oppringninger i 28 kommuner i Vestfold og Troms i 2001, inklusive henvendelser fra

legekontorer og sykehjem. Men hva var eksklusjonskriteriene? Er hendelser som databasen AMIS identifiserer som «tid ikke OK» forkastet? Telles alle utrykkende enheter eller bare den som først ankommer hentestedet? Mange 113-samtaler resulterer ikke i utrykninger, og oppdrag med annen hastegrad kan bli «akutte». Akuttoppdrag rekvireres også via annen sambandsvei. Tabell 2 i artikkelen (1) viser antall komplette registreringer, men hvor mange var inkomplette?

AMK-sentralen i Bergen dekker 338 485 innbyggere og hadde i 2003 5 531 akuttoppdrag via 113-samtaler (egne, upubliserte data). Responstiden er ikke registrert i 30 % av tilfellene. Etter eksklusjon av oppdrag med «tid ikke OK» (hastegrad endret, feil etc.) gjenstår 62 % av oppdragene for analyse av responstid. Dette sier litt om datakvaliteten.

I undersøkelsen til Folkestad og medarbeidere ble responstiden beregnet kommunevist (1). Dette er ikke en optimal analyseenhet, for det gir inntrykk av kommunalt eierskap til en ambulans, som jo er en ressurs som bør benyttes uavhengig av kommunegrensene. Det er også svært vanskelig å beregne størrelsen på befolkningen som skal utgjøre *n* i regnestykket om hvor mange som nås innen tidsgrensene. Er det antall innbyggere i kommunen, bygden, tettstedet, byen, fylket eller regionen? Valgkretsen er den enheten som gir mest detaljerte tall, men er langt fra enkel å regne på.

Selv i en by som Bergen er det umulig å oppnå responstid < 12 minutter for 90 % av akuttoppdragene (egne, upubliserte data). Det tyder på at de mål helsemyndighetene har satt, er urealistiske.

Måling av reaksjonstiden ved AMK-sentralene ved hjelp av databasen AMIS er tvisomt. Klokkeslett for «varselet» settes når ressurskoordinator tildeler oppdraget til ambulansen. For ambulanser med kartterminal skjer dette samtidig med varsling over radio (eller telefon), mens det ellers kan gå opptil et par minutter fra varsling faktisk utføres til det registreres i databasen. Årsakene er flere, men konsekvensen er at flere tidsregistreringer må forkastes fordi det i databasen vil se ut som om ambulansen rykket ut før den var blitt varslet!

Helse Vest har satt i gang et arbeid med å standardisere måten kvalitetsindikatorene skal overvåkes på. Vi håper andre gjør det samme, slik at man kan se hvordan forholdene er rundt om i landet.

Guttorm Brattebø

Lars Myrmed

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospital responstid i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.

E.H. Folkestad og medarbeidere svarer:

Vi takker for innlegg fra Brattebø & Myrmed, som reiser flere viktige spørsmål til artikkelen om prehospital responstid (1). Studien var langt mer omfattende enn det vi kunne presentere på trykk. Detaljer om datakvalitet for undersøkte kategorier og kommuner ble betraktet som for spesialisert for Tidsskriftets gjennomsnittleser. For interesserte presenterer vi her noen presiseringer og tilføyelser.

Studien baserer seg på alle prehospital, primære responser i hastegrad AKUTT med bil- eller båtambulans, legebil eller ambulanshelikopter. Materialet er ikke begrenset til 113-oppringinger, det omfatter også AKUTT-oppdrag rekvirert via andre sambandsveier. 113-samtaler uten påfølgende utrykning er ikke medregnet, men oppgraderte responser teller. Kun enheten som først ankom hentestedet, er med. Som nevnt i artikkelen er ambulansetransportbestillinger fra legekontorer og sykehjem inkludert, mens overflyttinger mellom sykehus, kuvøsetransporter, internt transporter, hjemkjøringer, øvelsesutrykninger og utrykninger til beredskapssituasjoner er utelatt.

«Enhets reaksjonstid» var i noen tilfeller negativ. Dette skyldes AMK-sentralens forsinkede registrering av tid for varsling av enhet. Tidspunktet ble da strøket, og andelen inkomplette data økte. Dette belyser en sannsynlig systematisk feil – for lang «AMK-reaksjonstid» og for kort «enhets reaksjonstid». «Prehospital responstid» påvirkes ikke.

Mange registreringer manglet én eller flere tidspunkter, resterende tilgjengelige variabler ble regnet ut. Andelen mangelfulle registreringer for prehospital responstid var i Vestfold 12 % (spredning mellom enkeltkommunene 4,6–49 %) og i Troms 27 % (24–57 %), for AMK-reaksjonstid 6,3 % (2,6–11 %) og 9,7 % (5,4–19 %), for enhets reaksjonstid 19 % (12–52 %) og 46 % (22–62 %) og for utrykningstid 21 % (11–54 %) og 50 % (45–71 %).

Vi er enig med Brattebø & Myrmed i at kommunevis beregning ikke er optimalt. Kommuner har ofte både tettbygde og grise-grendte strøk. Den mer detaljerte inndelingen i valgkretser var for oss praktisk umulig, men kan kanskje egne seg.

De foreslåtte anbefalingene til prehospital responstid i stortingsmeldingen om akuttberedskap (2) kan være urealistiske. Vår studie belyser nytten av korte responstider. Vi ønsker ingen nedjustering av målene. Vi tror *ikke* at kravet om at 90 % av befolkningen i byer og tettsteder skal nås innen 12 minutter er urealistisk. Definisjonen tettbygd/tynt befolket må imidlertid avklares. For Tønsberg kommune nås 85,9 % av befolkningen innen 12 minutter. Siden deler av kommunen er tynt befolket,

er målet derfor svært nær. Andre bykommuner har et stort omland, som trekker ned andelen nådd innen 12 minutter. Det trengs omorganisering, optimalisering av dagens system og politisk og faglig satsing for å nå målene.

Vi håper kvalitetssikringen av prehospitalt responstider kan samordnes og bedres i hele landet.

Ellen Holtan Folkestad

Blefjell sykehus Notodden

Mads Gilbert

Universitetssykehuset Nord-Norge

Jon Erik Steen-Hansen

Sykehuset i Vestfold – Tønsberg

Litteratur

1. Folkestad EH, Gilbert M, Steen-Hansen JE. Når det haster – prehospitalt responstider i Vestfold og Troms i 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 324–8.
2. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap. (<http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/030001-040003/index-dok000-b-n-a.html> (5.3.2004)).

Multidosepakking er et godt system

De siste årene har flere kommuner innført multidosepakking for pasienter i hjemmesykepleien som trenger hjelp til legemiddelhåndtering. Multidosepakking er maskinpakkede doseringsesker der hver dose er pakket i en pose som er merket med pasientens navn, legemiddelinhold og dato og klokkeslett for doseinntaket.

I Tidsskriftet nr. 24/2003 presenterer Toril Bakken & Jørund Straand en studie med spørsmål om multidosepakking gir riktigere legemiddeloversikt enn tradisjonelt system for legemiddelhåndtering (1). Studien gjaldt grad av samsvar mellom legejournal og hva pasienten egentlig fikk utlevert av legemidler. På grunnlag av et relativt lite materiale fant de at forholdene ikke nødvendigvis ble bedre ved innføring av multidosepakking. Studien avdekker at det mangler gode rutiner for samarbeid mellom de parter som er involvert når en pasient trenger hjelp til legemiddelhåndteringen.

Multidosesystemet gjør at sykepleier får friggitt tid fra teknisk legemiddelhåndtering, som å flytte tabletter fra bokser til esker og å ringe og etterlyse resepter, til mer pasientrettet pleie. Multidosepakkene følges av et ordinasjonskort (legemiddeloversikt), som benyttes som resept. Det er gyldig for ett år og endres ved at lege gir melding til farmasøyt på apoteket. Farmasøyten sørger for oppdatering av de neste dosene. Multidosesystemet medfører ikke mer arbeid for legene enn tradisjonelt system, hvis dette i utgangspunktet er gjort etter forskriften (2). Sykepleieren skal, som legens medhjelper, ha alle endringer i dosering formidlet skriftlig, og telefonhenvendelser skal bekreftes skriftlig i ettertid. Med multi-

dosesystemet rettes endringene direkte til farmasøyt på apotek, for eksempel som telefonresept. Sykepleieren skal fortsatt observere pasientens legemiddelbehandling og holde kontakt med legen i forhold til dette. Det som forventes av legen, er at vedkommende har oversikt over hvilke av pasientene som mottar hjelp av hjemmesykepleien, og at disse dermed får legemidlene sine dosert på denne måten.

Multidosesystemet legger til rette for mer rasjonell og kvalitetssikker håndtering av legemiddelrekvireringen til den enkelte pasient, jevnfør en ECON-rapport fra 2002 (3). Innføring av multidosesystemet kan i tillegg brukes til etablering av gode samarbeidsordninger mellom alt involvert helsepersonell. Det optimale mål for lege, sykepleier, farmasøyt og ikke minst pasient er at legemiddelbehandlingen blir riktig.

Agnes Gombos

Sykehusapoteket Tønsberg

Litteratur

1. Bakken T, Straand J. Riktigere medisinlister ved multidosepakking? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3595–7.
2. Forskrift av 1987 for legemiddelforsyning mv. i den kommunale helsetjeneste.
3. Kassasjon av legemidler. ECON-rapport nr. 41/02. Oslo: ECON, 2002.

Hvordan skal ressursene prioriteres?

Økende kostnader i helsevesenet er et faktum i mange land. Kriteriene for fordeling av offentlige ressurser er et hett tema også i Tidsskriftet, og en aktiv deltakelse fra legene i prioriteringsdebatten etterlyses. De fleste av oss kan være enig i at effektivitet og kvalitet i det offentlige helsetilbudet bør vurderes fortløpende. Tilgang til nye og stadig dyrere behandlingsmetoder eller medikamenter bør styres. Imidlertid er det etter min mening problematisk å prioritere enkelte pasientgrupper på grunnlag av demografiske kriterier, som for eksempel alder (1). Det sies at unge bør prioriteres fremfor eldre. Argumenter for en slik begrensning kan være at en ung person muligens er «nyttigere» for samfunnet (1). Å bruke alder som begrensning rammer ikke bare de eldre, men det virker trolig lite motiverende for unge skattebetalere at tilgangen til helsetjenester blir sterkt begrenset når man blir eldre og virkelig har behov for det.

Som lege er jeg overbevist om at alle pasienter uansett skal tilbys det som er medisinsk riktig. Det betyr selvfølgelig ikke at alle får samme tilbud. Det forstår seg selv at en hjertesyk pasient på 85 år ikke får samme tilbud som en pasient på 40 år, dette av hensyn til risikoprofil og tilleggs sykdommer. Jeg vedgår gjerne at et helsevesen bygd på slike premisser fører til økt ressursbruk i fremtiden, for eksempel pga. aldersstrukturen i befolkningen.

Rettferdig prioritering i et statlig helsevesen er en myte. Et underbudsjettet helsevesen fører til et urettferdig tilbud. Ressurssterke og velinformerte pasienter er vinnerne. Det er åpenbart at egenandelene ved bruk av helsetjenester må økes etter hvert. Alternativet blir at en del medisinsk nødvendig behandling ikke tilbys i det hele tatt eller at enkelte pasientgrupper ekskluderes. Det sies at det finnes grenser for hvor mye samfunnet er villig til å betale for helsetjenester. Det er et viktig poeng, men det er tankevekkende at pengene vi bruker på lotteri, spill og alkohol ifølge Statistisk sentralbyrå utgjør rundt 50 % av det helsevesenet koster.

Diskusjonen om prioritering i helsevesenet setter i for stor grad søkelyset på kostnadssiden. Helsetjenesten er mer enn det: Den tilbyr sikre og meningsfulle arbeidsplasser. Medisinsk teknologi er et høyteknologiområde med spennende oppgaver for fremtidige ingeniører og forskere. Et høyverdig helsetilbud er en attraktiv vare som mange vil etterspørre og betale for, ikke bare den norske befolkningen, men muligens også utenlandske pasienter.

Alexander Wahba

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Kristiansen IS. Koronare intervensjoner etter 80-årsalderen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1735–6.