

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: Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt

Det tidligere fagrådet for psykisk helsevern i Helse Sørøst påpeker at selvmordsforebyggende arbeid fokuserer for mye på selvmordsrisikouurderinger og for lite på god behandling (1). Statens helse-tilsyn ønsker dette innspillet velkommen. Mangler ved utredning, behandling og kontinuitet i behandlingen er hyppige funn ved våre undersøkelser etter selvmord.

Artikkelforfatterne hevder at Statens helsetilsyn har «liten kapasitet, og de undersøker bare en svært liten andel av de alvorlige hendelsene som meldes». Dette medfører ikke riktighet. Alle de 414 varslede alvorlige hendelsene i 2014 ble undersøkt gjennom direkte kontakt med helseforetakene. Pasientens journal undersøkes når det er behov for ytterligere informasjon. En samlet stab av helsepersonell (som i 2015 ble styrket med to psykiatere), jurister og ledere gjennomgår innhentet informasjon for hvert varsel og vurderer hva som er hensiktsmessig oppfølging. I hyppige møter med fylkesmennene velges forskjellige tilsynsmetoder. Stedlig tilsyn er en av disse, og kriteriene for å velge dette er strenge (2).

201 av fjorårets varsler kom fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og 157 av disse omhandlet selvmord og dødelige overdoser, som er tilsvarende antall meldt til Kunnskaps-senteret (3). Dette kan være uttrykk for at Helsetilsynets varselordning er godt kjent. I cirka 50 % av disse varslene finner Statens helse-tilsyn ikke tegn på vesentlig svikt i helsehjelpen som er gitt (2). Helsetilsynet planlegger å publisere innhentede behandlingsdata fra varsler som omhandler selvmord i perioden 2013–2015. Dette kan være interessant i det overordnede selvmordsforebyggende arbeidet.

Forfatterne skriver: «Rapportene kommer vanligvis sent, oftest et halvt eller ett år etter hendelsen, da det meste er glemt. De får derfor liten betydning for evalueringen blant fagfolk lokalt». Statens helsetilsyn har raskere saksbehandlingstid som mål. I saker med alvorlig svikt i helsetjenesten er det imidlertid avgjørende at rettssikkerheten til pasienter, pårørende og involvert helsepersonell ivaretas. Dette er tidkrevende arbeid. Vår erfaring er at de forskjellige partene ønsker grundighet framfor raskhet.

Fagrådet peker på forskning i Storbritannia der alle registrerte selvmord kobles mot andre registre av ulike slag. Forskningen har utfordringer med forsinkelser i registrene og er beheftet med feilkilder siden det kun er involvert helsepersonell som vurderer eventuell svikt (4). Slik kombinert register – og behandlingsforskning er viktig for å følge selvmord hos personer i psykisk helsevern over tid slik at risikoreduserende tiltak på systemnivå kan iverksettes, men kan slik vi ser det ikke fungere som en «Havarikommisjon» lik de vi har i Norge innen andre felt enn helse.

Anders Gaasland
 ang@helsetilsynet.no
Ingrid A. Havnes
Morten Venberget
Jan Fredrik Andresen

Anders Gaasland er fagsjef i Statens helsetilsyn.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ingrid A. Havnes er ph.d. og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Morten Venberget er seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan Fredrik Andresen er direktør i Statens helsetilsyn.
 Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ness E, Fixdal T, Torper JL et al. Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1342–3.
2. Med tilsynsblikk på alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 5/2015. <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2015/Med-tilsynsblikk-pa-alvorlige-og-uventede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten/> (14.9.2015).
3. Årsrapport for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2015. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2014-for-meldeordningen-for-uonskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten (14.9.2015).
4. The national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. University of Manchester 2015. www.bbmh.manchester.ac.uk/cmhs/research/centreforsuicideprevention/nci/ (14.9.2015).

Re: Akuttmottaket trenger egne spesialister

Det er et velkjent problem at pasienter i akuttmottakene ofte blir tatt i mot av leger med begrenset erfaring og kompetanse, noe som kan forsinke korrekt behandling. Det er derfor ikke vanskelig å være enig i kollegaene Bjørnsen og Ulebergs ønske om å heve kvaliteten på den medisinske diagnostikk og behandling som tilbys (1). Det er altså lett å være enig i diagnosen, men ikke i deres anbefalte løsning på problemet: En ny medisinsk spesialitet i akuttmedisin. Grunnen mener jeg er innlysende siden kompetansen allerede finnes, det er bare snakk om å organisere legeressursene slik at pasientene får nytte av den.

Hovedargumentet for den nye spesialiteten synes å være at alle andre land har den. Ja, men svært få land har et landsomfattende system med legevaktsleger som sorterer pasienter før de evt. legges inn i sykehus, slik vi har i Norge. Jeg synes således det er en drøy påstand at våre kolleger innen allmenmedisinen ikke er i stand til dette. Norsk selskap for akuttmedisin har laget en innholdsrik liste over den kompetanse som deres nye spesialitet skal beherske (2). Den er imponerende omfangsrik, men hvordan mener man at en lege skal klare å tilegne seg spesialistkompetanse innen alt dette? Eller er det snarere en liste over de mange akutte problemstillinger som en allmennlege kan møte i legevakt?

Den innlysende løsningen er altså å få de eksisterende spesialiteter mer i fremste linje. En slik styrking trengs på mange sykehus. Leger i alle fagområder har dessuten behov for jevnlig oppdatering av akuttmedisinske kunnskaper og ferdigheter. Effekten av regelmessige teamøvelser for de som skal håndtere pasienter med livstruende situasjoner er veldokumenterte, og mange sykehus gjør dette. Likevel er det behov for å øke denne aktiviteten som ledd i kompetansebygging.

Min erfaring både i luftambulansetjenesten og andre deler av de prehospitaltjenestene, tilsier at tilgang på erfarne kolleger i indremedisin, kirurgi og anestesilogi, samt muligheter for billeddiagnostikk og laboratorietjenester, er det man trenger i akuttmottakene. Vi må derfor forbedre systemet vi har og ikke tro at flere spesialiteter vil løse problemet.

Om noen store sykehus skulle ha ønske om å ansette leger med bred erfaring og akuttmedisinsk kompetanse er jo dette helt greit, men det er ikke det samme som å innføre en ny medisinsk spesialitet (3). La oss heller utvikle, evaluere og forbedre pasientforløpene, i stedet for å bruke ressurser på en ny spesialitet det ikke er behov for.

Guttorm Brattebø

guttorm.brattebo@helse-bergen.no

Guttorm Brattebø (f. 1961) er Avdelingsoverlege/-sjef ved Akuttmedisinsk avdeling KSK, Haukeland Universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjørnsen LP, Uleberg O. Akuttmottaket trenger egne spesialister. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1230–2.
2. Bjørnsen LP, Uleberg O. Kompetanseplan for akuttmedisinsk fagområde i Norge. Oslo: Norsk selskap for akuttmedisin, 2012. www.norsem.no [29.8.2015].
3. Bjelke C, Breidablikk HJ, Johansen K et al. Utredning av en evt. ny spesialitet i akuttmedisin – et interregionalt prosjekt. Bodø: Helse Nord, 2008.

Re: Tusen takk for meg

Hege Gjessing har som president i Legeforeningen vært en betydningsfull bidragsyter i arbeidet med å etablere en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Jeg vil takke den avtroppende presidenten (1) for at hun alltid har vært tilgjengelig og for den tilliten hun har vist oss i Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM). Vi føler at vi har fått representere Legeforeningen i mange sammenhenger. Det har vært viktig i synliggjøringen av det rusmedisinske fagfeltet.

Guri Spilhaug

guri@spilhaug.net

Guri Spilhaug (f. 1954) er leder av Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM) og lege ved Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjessing H. Tusen takk for meg. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1411.

RETTELSER

Kronisk lymfatisk leukemi i Norge – insidens og prognose ved diagnosetidspunktet

Geir E. Tjønnfjord, Bernt E. Ly, Tom Børge Johannesen, Anne Tierens, Klaus Beiske, Sverre Heim, Viggo Jønsson

Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2056–9

I Tidsskriftet nr. 18/2012 skal det etter forfatternavnene på s. 2056 stå: på vegne av norsk KLL-studiegruppe.

Gruppens deltakere er:

Jakob Dalgaard, Erwin Müller, Johannes Kahrs, Eystein Brandt, Petter Quist-Paulsen, Tom Fjornes, Kjell Sverre Galdal, Per Ole Iversen, Yngve Benestad, Jon Hjalmar Sørbø, Birgitte Dahl Eiken, Robert Brudevold, Yngve Sørnum, Marit Rinde, Erik Blichfeldt, Clas Eika, Fredrik Schjesvold, Hoa Thi Tuyet Tran, Waleed Ghanima, Katarzyna Baronowska, Hedda Lerdal, Eva-Marie Jacobsen, Peter Meyer, Einar Haukås, Camilla Stapnes Bjørnsen, Eivind Galteland, Jann Bergheim, Tone Granseth, Vigdis Stenberg, Harald Torsvik, Håvar Knutsen, Johannes Barstad, Anders Waage, Jens Hammerstrøm, Astrid Bergrem, Inger Marie Dahl, Per Blichfeldt, Terje Løitegaard, Lidia Klevstul, Håkon Reikvam, Håvard Solhaug, Solveig Nilsen, Dag Ole Aanderbakk, Roald Lindås, Hildur Nordeng, Jørgen Ibsen, Tor Henrik A. Tvedt, Yngvar Fløisand, Eli Brevig, Steinar Jæger, Gunnar Hopen, Helene Negaard, Jon Lyng, Kjell Teigen, Øystein Fluge.

Vi beklager feilen, den er rettet på nett.

Familier forekomst av kronisk lymfatisk leukemi i Norge

Geir E. Tjønnfjord, Viggo Jønsson, Bernt E. Ly, Tom Børge Johannesen

Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2060–3

I Tidsskriftet nr. 18/2012 skal det etter forfatternavnene på s. 2060 stå: på vegne av norsk KLL-studiegruppe.

Gruppens deltakere er:

Jakob Dalgaard, Erwin Müller, Johannes Kahrs, Eystein Brandt, Petter Quist-Paulsen, Tom Fjornes, Kjell Sverre Galdal, Per Ole Iversen, Yngve Benestad, Jon Hjalmar Sørbø, Birgitte Dahl Eiken, Robert Brudevold, Yngve Sørnum, Marit Rinde, Erik Blichfeldt, Clas Eika, Fredrik Schjesvold, Hoa Thi Tuyet Tran, Waleed Ghanima, Katarzyna Baronowska, Hedda Lerdal, Eva-Marie Jacobsen, Peter Meyer, Einar Haukås, Camilla Stapnes Bjørnsen, Eivind Galteland, Jann Bergheim, Tone Granseth, Vigdis Stenberg, Harald Torsvik, Håvar Knutsen, Johannes Barstad, Anders Waage, Jens Hammerstrøm, Astrid Bergrem, Inger Marie Dahl, Per Blichfeldt, Terje Løitegaard, Lidia Klevstul, Håkon Reikvam, Håvard Solhaug, Solveig Nilsen, Dag Ole Aanderbakk, Roald Lindås, Hildur Nordeng, Jørgen Ibsen, Tor Henrik A. Tvedt, Yngvar Fløisand, Eli Brevig, Steinar Jæger, Gunnar Hopen, Helene Negaard, Jon Lyng, Kjell Teigen, Øystein Fluge.

Vi beklager feilen, den er rettet på nett.