
Akutte prioriteringer

INVITERT KOMMENTAR

HEIDI ØYEN FLEMMEN

fleh@sthf.no

Heidi Øyen Flemmen er ph.d., spesialist i nevrologi, seksjonsleder for nevrologi og konstituert klinikkoverlege på Medisinsk klinikk ved Sykehuset Telemark. Hun er styremedlem i Norsk nevrologisk forening. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Akuttmedisinske tjenester står i en særstilling når det gjelder befolkningens opplevelse av trygghet og tilgang på gode helsetjenester når det haster. Samtidig skal ikke akuttmottakene tilby alt til alle til enhver tid.



Foto: NTB Scanpix

I akuttmottakene våre er lysene alltid på og dørene åpne – for alle. Hit kommer mennesker når de er på sitt sykeste, svakeste og reddeste, og vi står klare til å ta imot pasienter til alle døgnets tider (1). Vi er også parate til å prioritere noen foran andre for å kunne gi den beste behandlingen til de som virkelig trenger det – her og nå. Men for å kunne prioritere riktig i akuttmottaket, må vi ha gode og tilgjengelige alternativer for pasientene.

Stortinget har vedtatt at de tre overordnede prioriteringskriteriene for helsevesenet skal være nytte, ressurs og alvorlighet. Det betyr at et tiltaks prioritet øker med den forventede nytten, jo mindre ressurser det beslaglegger, og med alvorligheten av tilstanden (2). Prioriteringskriteriene skal være styrende for all ressursbruk i norsk spesialisthelsetjeneste og i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Akuttmottakene er ikke et unntak. Spørsmålet er om kriteriene brukes – og ikke minst om de er brukbare.

«Spørsmålet er om prioriteringskriteriene brukes – og ikke minst om de er brukbare»

Pasienttilstrømmingen til sykehusene øker. En studie viste en økning i pasientkontakter i akuttmottakene ved St. Olavs hospital og Haukeland universitetssjukehus fra 2012 til 2021 på henholdsvis 52 % og 32 % (3). Forklaringen er sannsynligvis sammensatt, der nye behandlingsmuligheter, eldrebølgen og økte forventninger i befolkningen alle er vesentlige bidragsytere. I 2021 var det 18 400 sykehussenger i Norge. Med befolkningsveksten representerer det en nedgang fra 4,2 til 3,4 senger per tusen innbyggere på ti år (4). Dette gjør prioriteringsvurderingene i akuttmottaket særlig viktige.

Det er gjort mye for å imøtekomme den økende pasienttilstrømmingen. De fleste sykehus har økt antallet legeårsverk (5), og det er etablert en spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Legene i denne spesialiteten har akuttmottaket som sitt faste arbeidssted og fungerer som «breddespesialister» som skal gi alle som kommer til akuttmottaket like god behandling, enten det er pasienter med bruddskader eller syke barn (6). Økt oppmerksomhet på akutt- og mottaksmedisin, i samarbeid med de fagspesialiserte vaktlinjene i sykehusene, bør gi oss bedre muligheter for avklaringer og prioriteringer i mottaket.

Den nasjonale faglige retningslinjen for somatiske akuttmottak slår fast at mottakene skal ha prosedyrer for prioritering slik at pasienter får nødvendig helsehjelp i tide (7). Den sier vi skal ta imot pasientgrupper med tidskriske tilstander i team og følge evidensbaserte kriterier når vi utløser team-alarm. Rutinene for prioritering må hele tiden revideres med hensyn til nettopp alvorlighet og nytte i takt med oppdateringer og gjeldende kunnskap.

Slik jeg ser det, prioriterer vi i akuttmottaket i tre faser: inn til mottaket, i selve mottaket og ut av mottaket. Prehospitalt og i akuttmottaket er prioritering lik triagering. Ifølge en rapport fra St. Olavs hospital kan opptil 40 % av pasientene bli avklart i mottaket (8), og resten legges inn. I vurderingen mellom *ferdig avklart* og *behov for innleggelse* mener jeg at prioriteringskriteriene ofte tilsesettes av mangel på muligheter. Den forslåtte, forstoppede eller forvirrede eldre kvinnen, som avklares uten at det påvises skade eller sykdom som krever sykehusinnleggelse, burde kunne overføres

direkte fra akuttmottaket til kommunal omsorg. Både sykehussenger og kommunale omsorgsplasser er knapphetsressurser, men kostnadene ved et sykehusopphold er vesentlig høyere enn for døgnopphold i en kommunal institusjon (9). Siden 2016 er kommunene forpliktet til å tilby døgnplasser i kommunal akutt døgnenhet (KAD-plasser). Dette er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, men lovteksten avgrenser plikten til å gjelde de pasientene kommunen har «mulighet» til å hjelpe, og den inntreer ikke når «kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre». Den store variasjonen i antall KAD-plasser, bemanning og beleggprosent i kommunene er problematisk (10). Mange kommuner tar imot akuttpatientene, mens andre gir hyppige avslag.

«Mulighet trumfer nytte, ressursbruk og alvorlighet. Pasienten ender unødvendig i en sykehusseng»

Når KAD-plass ikke er «mulig», får vi heller ikke benyttet prioriteringskriteriene. Mulighet trumfer nytte, ressursbruk og alvorlighet. Pasienten ender unødvendig i en sykehusseng.

For å kunne prioritere i alle fasene av akuttmottaket, trenger vi et reelt alternativ til sykehusinnleggelse for alle pasienter. Samfunnet må *prioritere* å bygge tilstrekkelig kommunale omsorgsplasser for å gi *muligheter* for alle som trenger det.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Strategisk plan for Nasjonalt råd og fagnettverk for akuttmedisinske tjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/strategisk-plan-for-nasjonalt-rad-og-fagnettverk-for-akuttmedisinske-tjenester> Lest 27.1.2025.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 38 (2020-2021). Nytt, ressurs og alvorlighet - Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=1> Lest 27.1.2025.
3. Nummedal MA, Markussen DL, Næss LE et al. Pasienttilstrømming til akuttmottak ved to norske universitetssjukehus i 2012–21. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.23.0669. [PubMed][CrossRef]
4. Hove IHR, Mathias. Færre sykehussenger i Norge enn snittet i OECD. <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/spesialisthelsetjenesten/artikler/faerre-sykehussenger-i-norge-enn-snittet-i-oecd> Lest 27.1.2025.
5. Aass-Engstrøm A. Flere leger på vakt gir ikke bedre leger – eller sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0477. [PubMed][CrossRef]
6. Rasmussen JE. Selvstendige akuttmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0312. [PubMed][CrossRef]

7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak> Lest 27.1.2025.
 8. Fjærli B, Karlsen C, Walstad M et al. Pasienttilstrømning til St. Olavs hospital, Øya. <https://www.stolav.no/4aee72/contentassets/4d5982f382a44164b3ff62af218a69c6/rapport---pasienttilstromning-til-st.-olavs-hospital-oya.pdf> Lest 27.1.2025.
 9. Hjemås GV, Borgny V. På randen av samhandling. Samfunsspeilet 2011; 5-6. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-randen-av-samhandling> Lest 27.1.2025.
 10. Helsedirektoratet. Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-for-kommunalt-dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-2022> Lest 27.1.2025.
-

Publisert: 13. mars 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0006
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.