

# Akuttmottaket trenger egne spesialister

Helsedirektoratet har opprettet en arbeidsgruppe som skal utrede en ny akuttmedisinsk spesialitet innrettet mot norske akuttmottak. Formålet er å sikre et funksjonelt rammeverk for faglig styrt utvikling i akuttmottakene og tilstedeværelse av leger med optimal breddekompetanse.

Det er et faglig og politisk ønske om å bedre den legefaglige kompetansen og tilgjengeligheten i norske akuttmottak (1–4). Fremskyndet av tilsynsrapporter, tilsynssaker, politiske debatter og innslag i mediene synes det nå å være tid for forandringer. Vi opplever at en ulik forståelse av det faktiske behovet, og meninger om hvilket rammeverk som vil sikre optimal pasientsikkerhet og faglig kvalitet, forsinker avklaringen (5, 6).

## Manglende breddekompetanse

Krav om økt breddekompetanse i akuttmedisin har vært etterspurt i mange år (2). Det avgjørende vendepunktet kom imidlertid da Helsetilsynet la frem sin rapport om tilstanden i norske akuttmottak i 2008 (7). I denne rapporten beskrev man tidvis uforsvarlig behandling og lange ventetider, og mye av årsaken var manglende akuttmedisinsk kompetanse og beslutningsstøtte. Det har i etterkant vært innført organisatoriske og logistiske tiltak ved flere norske sykehus, men ved majoriteten av akuttmottakene møtes fortsatt pasientene av en lege med begrenset erfaring (8). Det er likevel en dreining mot økte kompetansekrav. Flere norske sykehus har allerede etablert faste leger i akuttmottaket, primært indremedisinere (9, 10), og startet internundervisning av overleger fra relevante fagområder i henhold til akuttmedisinske kompetanseplaner.

Akuttmottaket, som det siste leddet i den akuttmedisinske kjeden, har tradisjonelt fått lite oppmerksomhet (11). I Norge er akuttmedisin ofte blitt oppfattet som et fagområde som kun håndterer de mest kritiske syke og skadede pasientene.

Internasjonalt er akuttmedisin derimot et større fagområde som omhandler kunnskap og ferdigheter innen forebygging, diagnostisering og håndtering av akutte sykdommer og skader (12). Akuttmedisin omfatter følgende både somatiske og psykiske akutte tilstander som kan affisere alle mennesker. I en undersøkelse gjennomført ved et norsk universitetssykehus trenger bare omtrent 3 % av alle pasienter i akuttmottak tilsyn av anestesileger og eventuelt traumeteam (13). Det bør derfor være et mål å bedre den generelle behandlingen av alle pasientene i akuttmottaket, og vi mener at et nytt rammeverk for utdanning må på plass for å øke pasientsikkerheten og kvaliteten på denne delen av helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga for noen år siden Helsedirektoratet i oppdrag å utrede en spesialitet innrettet

mot akuttmottaket. I rapporten som fulgte, anbefalte Helsedirektoratet en spesialitet som baserte seg utelukkende på indremedisinsk basisutdanning (14). Legeforeningen støtter forslaget, men åpner i tillegg for muligheten til å opprette et akuttmedisinsk kompetanseområde som påbygging til enkelte andre spesialiteter (15). En stor andel av pasientene i akuttmottaket vil riktignok hovedsakelig ha indremedisinske problemstillinger, men den totale akutte pasientpopulasjonen er mer kompleks enn som så.

Ofte beskrives pasientpopulasjonen i akuttmottaket ved hjelp av utskrivelsesdiagnoser og prosedyrekoder som i mindre grad beskriver symptomatologien og de initiale problemstillingene enn data direkte fra

«Faste akuttleger gir kortere ventetid og forbedrer sorteringen av pasienter»

akuttmottaket (16, 17). Dette kan medføre en forståelse av at de medisinske pasientene utgjør en større andel av populasjonen enn det som er realiteten. Det er uten tvil behov for indremedisinsk kompetanse i front, men dette alene er ikke tilstrekkelig for å sikre optimal sorteringskompetanse og vurdering av hele pasientpopulasjonen. Erfaringer fra Sverige tilsier også at et utdanningsløp via en indremedisinsk spesialitet fører til et stort frafall av leger underveis og medfører vanskelig rekruttering av leger som vil jobbe fast i akuttmottaket (18). Sverige har derfor nå etablert en egen akuttmedisinsk spesialitet i henhold til internasjonale krav og retningslinjer (19).

## Akuttmedisinsk spesialitet

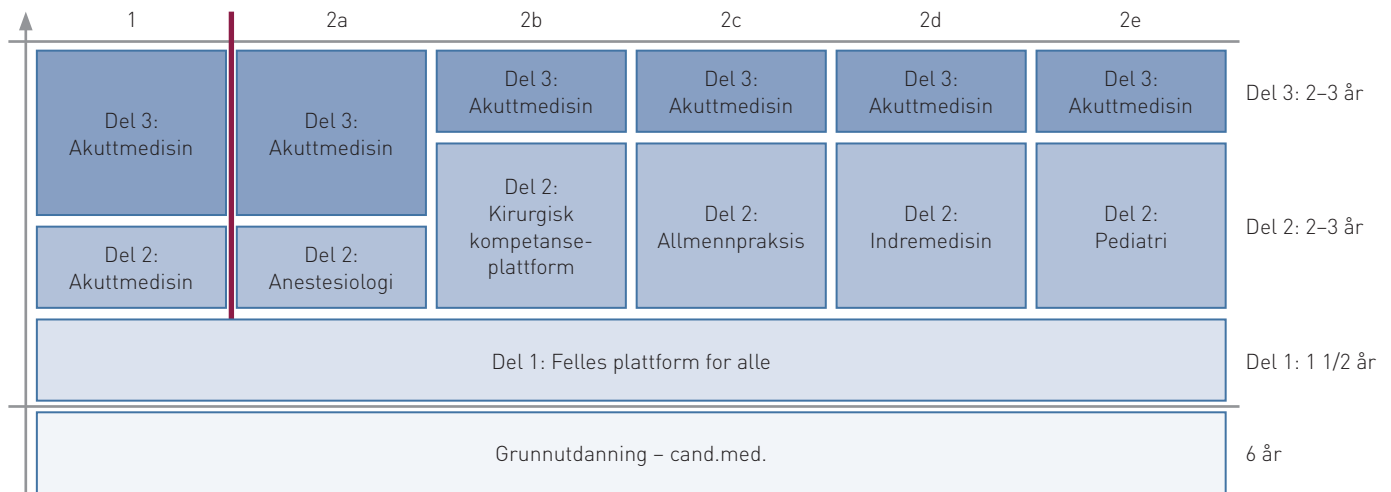
Legevakten gjør en god jobb med å vurdere og filtrere pasienter som trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten, men de fleste pasientene ankommer fortsatt akuttmottaket med uavklarte og diffuse symptomdiagnoser (17). Sammen med en økende og aldrende pasientpopulasjon, med komplekse problemstillinger, underbygger dette behovet for god bredde- og sorteringskompetanse i akuttmottaket. En spesialist i akuttmedisin vil ha en tilpasset sorteringskompetanse og evne til

å vurdere, stabilisere og initiere behandling for hele pasientpopulasjonen – uavhengig av hvilken spesialitet pasienten sorteres under etter innledende vurderinger (20, 21).

I en rapport fra 2008 konkluderte man riktignok med at en akuttmedisinsk spesialitet ikke ville kunne sikre breddekompetansen ved lokalsykehusene (22), men tiden bør nå være moden for å revurdere denne konklusjonen. I rapporten så man utelukkende på om en akuttmedisinsk spesialitet kunne løse alle utfordringene ved lokalsykehusets akuttberedskap og dermed ikke om en akuttmedisinsk spesialitet ville kunne øke pasientsikkerheten og kvaliteten på utredning og behandling i norske akuttmottak. 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 livsnøvendige prosedyrer som nevnt i rapporten (19). Akuttlegens funksjonalitet inkluderer etterspurt sorteringskompetanse, logistikk, pasientflyt, lederegenskaper, kvalitetssikring av utredning og behandling, ressursutnyttelse samt å fungere som et kontaktpunkt i akuttmottaket (23).

Sammenliknet med tradisjonelle ordninger hvor leger fra ulike klinikker nærmest er gjester i akuttmottaket, ser man at faste akuttleger gir kortere ventetid og forbedrer sorteringen av pasienter (24). Man ser også at egne akuttleger er mindre ressurskrevende og mer økonomisk gunstige. Dette fordi færre leger tar hånd om et større antall pasienter (24, 25). Legeforeningen hevder at en akuttmedisinsk spesialitet bare vil være aktuell for de 4–6 største sykehusene i Norge (15). Argumentasjonen brukes også i debatten om fremtidig lokalsykehusfunksjon (6). Ut fra et faglig perspektiv og våre erfaringer mener vi at en akuttlege vil ha en nyttig funksjon også ved mindre sykehus med tilpassede oppgaver og akuttfunksjoner (26, 27).

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig gitt Helsedirektoratet en utdypning av det tidligere oppdraget angående en spesialitet for akuttmottaket. Mandatet er nå å utrede en ny basisspesialitet for akuttmottak i henhold til internasjonale krav til kompetanse. Dette innbefatter en bredere plattform enn et rent indremedisinsk utdanningsløp og skal i større grad omfatte kompetanse fra alle relevante fagområder for å sikre optimal vurdering og behandling av hele den akutte



**Figur 1** Figuren viser et forslag til tredelte spesialiseringssløp mot en akuttmedisinsk spesialitet

pasientpopulasjonen. En egen basisspesialitet vil samtidig være avgjørende for utvikling av faglig identitet, rekruttering, fagmiljø og forskning, i tillegg til tjenesteutvikling i akuttmottakene. Departementet ber om at man tar høyde for et fleksibelt utdanningsløp mot en spesialitet som kan brukes på alle akuttmottak, uavhengig av sykehusstørrelse. Man kan i en overgangsperiode se for seg ulike utdanningsløp mot en akuttmedisinsk spesialitet som oppfyller krav og retningslinjer fra det europeiske selskapet for akuttmedisin (EuSEM) og den europeiske organisasjonen for legespesialister (UEMS).

Norsk selskap for akuttmedisin (NORSEM), som er en spesialforening under Legeforeningen, mener at søkelyset primært bør være rettet mot en basisspesialitet med et gjennomgående akuttmedisinsk utdanningsløp, og sekundært mot et utdanningsløp som bygger på relevante basisspesialiteter (figur 1).

Faste leger i akuttmottaket utvikler eierskap til akuttmottaket, noe man i svært liten grad har sett med dagens modell, hvor legene fortsatt tilhører andre fagområder. Dette vil være avgjørende for muligheter for forskning og kvalitets- og tjenesteutvikling (28). I tillegg vil det være viktig for optimal utnyttelse av akuttmottaket som læringsarena – at man har tilstedeværende leger som kan veilede. Dette vil oppfylle krav til opplæring, veiledning og tilstedeværelse i henhold til gjeldende veileder for somatiske akuttmottak (23). Tilstedeværelse av spesialister i akuttmottaket vil gi en trygg læringssituasjon for alle leger under utdanning. Faglig tilpassing til EU vil i tillegg øke mulighetene for arbeidsflyt, samarbeid og utveksling i Europa innen det akuttmedisinske fagområdet (14).

En akuttmedisinsk spesialitet har vist seg fordelaktig internasjonalt, og det er ingen grunn for at pasienter ikke skal møte samme kompetanse når de trenger akutt hjelp i Norge. Det blir spennende å se hva

Helsedirektoratets arbeidsgruppe kommer frem til.

**Lars Petter Bjørnsen**  
larspb@me.com  
**Oddvar Uleberg**

Lars Petter Bjørnsen (f. 1975) har spesialistutdanning i akuttmedisin og jobber som overlege i Mottaksavdelingen ved St. Olavs hospital i Trondheim. Han er også styremedlem i Norsk selskap for akuttmedisin (NORSEM). Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Oddvar Uleberg (f. 1974) er spesialist i anestesiologi, overlege og medisinsk leder i Luftambulansen, Trondheim. Han er ph.d.-stipendiat og forsker på temaer innen traumatologi. Han er også styremedlem i Norsk selskap for akuttmedisin (NORSEM).

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### Litteratur

- Sørli S, Nilsen JE. For trege akuttmottak. Aftenposten. 30.7.2008. <http://aftenposten.no/meninger/kronikker/For-trege-akuttmottak-6573234.html> [23.6.2015].
- Frisvold OJ. Akuttmedisinsk breddespesialitet – det haster. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1595.
- Storvik AG. Lover spesialitet i akuttmedisin. Dagens medisin. 8.10.2013. <http://dagensmedisin.no/artiklar/2013/10/08/lover-spesialitet-i-akuttmedisin/> [23.6.2015].
- Bakke KA. Vil ha handling knyttet til mottakene. Dagens medisin. 1.2.2013. <http://dagensmedisin.no/artiklar/2013/02/01/vil-ha-handling-knyttet-til-mottakene/> [23.6.2015].
- Brattebø G, Wisborg T. Innlegg helse: Rett diagnose, feil medisin. Dagens næringsliv. 27.11.2013.
- Nystad D, Brattebø G, Wisborg T et al. Vi trenger ikke en ny akuttmedisinsk spesialitet. Dagens Medisin. 25.5.2015. <http://dagensmedisin.no/artiklar/2015/05/25/vi-trenger-ikke-en-ny-akuttmedisinsk-spesialitet/> [23.6.2015].
- Helsetilsynet. «MENS VI VENTER ...» – ansvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesia-

listhelsetjeneste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2008. [https://helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2\\_2008.pdf](https://helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf) [23.6.2015].

- Uleberg O, Bjørnsen LP. Hvilken lege møter pasienten først i akuttmottaket? NAForum 2014; 27(3).
- Storvik AG. Vil ha trygge turnusleger. Dagens medisin. 25.5.2012. <http://dagensmedisin.no/artiklar/2012/05/25/vil-ha-trygge-turnusleger/> [23.6.2015].
- Storvik AG. – Vi ønsker de mest kompetente fremst. Dagens medisin. 16.4.2012. <http://dagensmedisin.no/artiklar/2012/04/16/---vi-onsker-de-mest-kompetente-fremst/> [23.6.2015].
- Bjørnsen LP, Uleberg O. Mottaksmedisin – akuttmedisinens sorte får. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 931.
- International Federation for Emergency Medicine (IFEM). <http://ifem.cc> [11.6.2015].
- Nordseth T, Skogvoll E, Gissvold SE. Anestesiologisk akutt hjelp i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3124–6.
- Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialister – En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. Rapport IS-2079–3. 2014. <https://helsedirektoratet.no/Sider/Fremtidens-legespesialister---En-gjennomgang-av-legers-spesialitetsstruktur-og--innhold.aspx> [23.6.2015].
- Høring i Stortingets helse- og omsorgskomite 28. april 2015 – Prop. 81L (2014–2015) Endringer i helsepersonelloven og helstilsynsloven (spesialistutdanningen m.m.). <https://regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-81-l-2014-2015/id2402462/> [23.6.2015].
- Bjørnsen LP, Uleberg O, Dale J. Patient visits to the emergency department at a Norwegian university hospital: variations in patient gender and age, timing of visits, and patient acuity. Emerg Med J 2013; 30: 462–6.
- Langlo NMF, Orvik AB, Dale J et al. The acute sick and injured patients: an overview of the emergency department patient population at a Norwegian University Hospital Emergency Department. Eur J Emerg Med 2014; 21: 175–80.
- Lövtrup M. Akutsjukvård foreslås bli basspesialitet. Lakartidningen 2012; 109: 866.
- Petrino R, Bodiwala G, Meulemans A et al. EuSEM core curriculum for emergency medicine. Eur J Emerg Med 2002; 9: 308–14.
- Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. Int J Emerg Med 2011; 4: 44–53.
- Hallas P. The effect of specialist treatment in emergency medicine. A survey of current experiences. Scandinavian Journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 2006; 14: 5–8.

&gt;&gt;&gt;

22. Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus. Rapport fra arbeidsgruppe. Helse- og omsorgsdepartementet: Interregional arbeidsgruppe ledet av Helse Midt-Norge RHF, 2015.
23. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer: Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. Rapport IS-2236. 2014. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/faglige-og-organisatoriske-kvalitetskrav-for-somatiske-akuttmottak> [23.6.2015].
24. Andersson N, Andersson T, Bodetoft S et al. Akuttläkare ger patienter bättre vård snabbare och billigare. Dagens Medicin. 16.12.2011.
25. Henning DJ, McGillicuddy DC, Sanchez LD. Evaluating the effect of emergency residency training on productivity in the emergency department. J Emerg Med 2013; 45: 414–8.
26. Lövtrup M. Piteå vågade satsa på akuttläkare. Läkartidningen 2015; 112: DHD9.
27. Lövtrup M. Nu vill «alla» sjukhus ha akuttläkare. Läkartidningen 2015; 112: DHCL.
28. Brabrand M, Ekelund U. Emergency medicine in Scandinavia – an outstanding opportunity for research. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2010; 18: 5.

*Mottatt 25.5. 2015, første revisjon innsendt 11.6. 2015, godkjent 21.6. 2015. Redaktør: Liv-Ellen Vangnes.*

*Publisert først på nett.*