

Debatten om akuttmedisin i Norge

Den faglige kvaliteten på norske akuttmottak har lenge vært gjenstand for debatt, og Helsetilsynet har konkludert med at driften er uforsvarlig. Enkelte hevder at problemene lar seg løse ved å innføre en ny legespesialitet i akuttmedisin. Det finnes imidlertid andre løsninger som bedre tar hensyn til hvordan norsk helsevesen er organisert.

I rapporten «*Mens vi venter...*» fra 2008 konkluderer Statens helsetilsyn med at den tradisjonelle modellen der turnusleger står for observasjon, diagnostikk og behandling av pasienter er uegnet (1). Den fastslår at «mange pasienter i mottak samtidig heller er regel enn unntaket», og at det foreligger «alvorlig svikt i styringen av akuttmottakene». De kommer frem til en tilsvarende alvorlig konklusjon: «Samlet sett er faren for svikt så stor at kravet til forsvarlig drift i akuttmottakene ikke kan anses å være oppfylt.» Rapporten danner grunnlag for en debatt om hvordan akuttmottakene ved norske sykehus bør organiseres.

Våren 2015 satte Helsedirektoratet ned et utvalg som skal utrede en ny legespesialitet ved norske sykehus' akuttmottak. Utvalget består av representanter fra blant annet Norsk Selskap for Akuttmedisin (NORSEM). Svaret fra dem kommer snart, men debatten i ulike fagmiljøer har for lengst startet. Tre alternativer er aktuelle:

- en prosedyretung spesialitet basert på faget «emergency medicine» som brukes i mange land og som støttes av Norsk Selskap for Akuttmedisin (2)
- en diagnostikk- og logistikkorientert spesialitet i mottaks- og indremedisin der prosedyrene ledes av kirurger og anestesileger (3)
- at dagens legespesialister i sterkere grad er til stede og tilgjengelig på sykehuset og i mottak.

«Emergency medicine»

Vinteren 2014 dro Helse- og omsorgskomiteen til Australia og fikk beskrevet et akuttmedisinbasert system med store akuttmottak og prosedyrestærke «emergency physicians» (4). Det er forståelig at det er politisk interesse for hva denne spesialiteten kan tilføre vårt system.

Spesialiteten «emergency medicine» oversettes ofte til akuttmedisin og tittelen «emergency physician» til akuttmedisinier. Disse norske begrepene er mindre presise, og deres betydning og innhold er en del av stridens kjerne. Akuttmedisin er et fagområde med vide definisjoner. «Emergency medicine» er en fagspesialitet. Dette gjør det ekstra vanskelig å orientere seg i debatten og tilsører hva man er uenige om, for eksempel er NORSEM en forkortelse for Norwegian Society for Emergency Medicine, men kalles likefullt Norsk Selskap for Akuttmedisin. En slik sammenblanding bør unngås.

«Emergency physicians» starter diagnostikk og behandling uavhengig av hvilken spesialitet problemstillingen tilhører, inkludert psykiatri, obstetrikk og pediatri. Legene jobber typisk i akuttmottak der pasienter kommer rett fra gata med alle typer problemstillinger, arbeid som i Norge i stor grad gjøres på legevakt. Det har gitt pasientene en forutsigbar mottakelse av erfarne leger med bred bakgrunn. Modellen praktiseres i en rekke land, først og fremst i USA, Storbritannia og Australia.

Evidensbasering av «emergency medicine» har vært med på å ensrette behandlingen og øke forskningsaktiviteten (5). Det

«Debatten forut for avgjørelsen om ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin har hittil vært altfor overfladisk»

finnes internasjonale utdanningsmaler og en felles europeisk eksamen (EuSEM). Spesialistløpet kan derfor sammenlignes på tvers av landegrenser. I Norge har vi ikke en slik felles faglig standard for leger i akuttmedisinsk arbeid.

En indremedisinsk mottaksspesialitet

Tilstedeværelse av en egen lege som kan koordinere og effektivisere diagnostikk og behandling i akuttmottak er foreslått som løsning for å bedre pasientflyten (3, 6). En egen spesialitet i mottaksmedisin er trolig en god idé. Prinsipper om diagnostikk og logistikk fra «emergency medicine» kan integreres i en slik spesialitet. For eksempel er diagnostisk bruk av ultralyd en del av grunnutdanningen til slike spesialister over hele verden (7). I Storbritannia har man innført en firetimersregel som maksimumstid før pasientene skal være ferdig utredet.

En slik rolle burde gjøre det enklere å forske og sammenligne seg med andre lands systemer. Kvalitetssikring kan på den måten få en sterkere posisjon også i Norge.

Forsterkning av dagens ordning

Sykehusene har allerede spesialister som kan avklare og behandle pasienter. De kan

med enkle grep gjøres mer tilgjengelige for akuttmottaket. Slik sett er det spørsmål om prioritering av allerede eksisterende ressurser. Etter Helsetilsynets evaluering i 2007 er dette blitt gjort flere steder i landet med den hensikt å heve kvaliteten i akuttmottakene. Kanskje er det overilt å lage nye spesialiteter før disse tiltakene er blitt evaluert?

Hva med legevakten?

Legevaksordningen gjør at man i norske akuttmottak kun ser en brøkdel av det antall pasienter man ser i land med «emergency medicine». Norsk legevaktmedisin er i stadig forbedring og utvikling. Bruk av diagnostisk ultralyd, telemedisin og nye ordninger for hjemmebesøk, som på Drammen sykehus, er eksempler på forbedringer som kan øke presisjonen på innleggesdiagnosene. I Norge det derfor ingen selvfølge at akutt- og mottaksmedisinere verken øker behandlingskvalitet, bedrer behandlingsforløp eller sparer ressurser.

I det australske systemet, basert på det engelske, legges pasientene inn direkte uten forutgående vurdering, behandling og prioritering av skadede (triage) og tas hånd om av egne «emergency physicians». Her har man lagt ned legevaktene. Det norske systemet er vesensforskjellig fra det australske. Skal man innføre en modell som den australske i våre mottak, må man ta steget fullt ut og fjerne den kommunale legevakten.

En ny standard

Behandlingen av kritisk syke pasienter er i utvikling over hele verden (8). Målet er å få pasienten ut av den kaotiske akutte tilstanden og over i et mer ordnet behandlingsforløp preget av flyt, presisjon og høy faglig kvalitet. Akuttmottaket er ikke det siste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Den går vanligvis bare innom – og noen ganger rett forbi – akuttmottak og videre til operasjonsstuer, intervensjonslaboratorier og intensivavdelinger. Pasientene blir sjelden ferdigbehandlet i mottak.

Behandlere av kritisk syke pasienter forventes i dag å gi rask diagnostikk og igangsette komplikasjonsfrie tiltak (8). Prosedyrene kan ikke stå i veien for behandlingen. Som følge av dette har modellen med «emergency medicine» de siste 7–8 årene fått en ny tilvekst særlig i Storbritannia, Australia og USA: «emergency medicine critical care» (EMCC) (8). Det pågår altså en betydelig subspecialisering innad i faget. Enkelte spesialisierer seg i økende grad på arbeidet

i akuttrommene. Disse kaller seg nå «resuscitationists» og «emergency medicine intensivists». Dette har hevet nivået på behandlingen av kritisk syke pasienter der dette er implementert (8).

Denne kvalitetshevingen innebærer at «akuttrommet» ikke lenger er en treningsarena for prosedyrer man sjelden gjør eller for problemstillinger man ikke er vant med. Det er en arena for spesialister (8). God behandling av kritisk syke pasienter forutsetter god forståelse for hele kjeden og dens logistikk prehospitalt og på sykehuset. Dette er krevende.

I Norge er anestesilogisk akuttmedisin ett av fire hovedområder innen anesthesiologi. Oppgaven er å stabilisere pasientens vitalfunksjoner gjennom behandlingsforløpet, helt ifra stuegulvet og inn til intensivavdelingen. I Norge har vi allerede en helhetlig behandlingkjede. Dette er en videreføring av tankene til de akuttmedisinske pionerene Jens Moe og Andreas Skulberg.

Prosedyreproblemet

Det er en utfordring å etablere tilsvarende kvalitet i en prosedyretung akutt- og motaksspesialitet, slik tilhengerne av modellen med «emergency medicine» ønsker. For å opprettholde det faglige nivået som «emergency medicine critical care» representerer, kreves mottak med svært stort pasientvolum. Der blir antallet prosedyrer relativt høyt og tilstrekkelig for akseptabel ferdighetstrening. I tillegg står anestesileger og andre spesialiteter klare til å overta når situasjonen blir ekstra vanskelig. Så store akuttmottak er vi svært langt unna å kunne etablere i Norge.

Et anesthesiologisk kompromiss

Det foreligger ingen realistisk plan for hvordan ferdighetstrening skal ivaretas på små sykehus, spesielt ikke der hvor kirurgisk aktivitet forsvinner. For å trene kjerneferdigheter er hospitering og rotasjoner til andre sykehus en usikker ordning. Avanserte prosedyrer krever dessuten kompetente team, ikke bare en kompetent lege. I dag har anestesisykepleierne også en viktig rolle i behandlingen av kritisk syke pasienter. Å opprettholde kompetente team er mer krevende enn å opprettholde enkeltmannsferdigheter. Hvordan dette skal løses synes helt uavklart.

Det finnes imidlertid allerede kompromissløsninger som ser ut til å fungere. Sykehus uten kirurgisk døgnerberedskap er ikke nødvendigvis det samme som sykehus uten anestesileger. Dersom små sykehus beholder et dagkirurgisk tilbud, kan man forsvare

å beholde en anestesilege på døgnbasis for å behandle pasienter på postoperativ- og intensivavdelinger. Legen vil også kunne bidra i mottak når behovet oppstår. Dette er en ordning som allerede eksisterer for eksempel ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Her ivaretas den pasientsikkerheten vi er redd skal forsvinne hvis avanserte prosedyrer skal utføres lite trent personell.

Debatten må bli bredere

Uenigheten i fagmiljøene kan komme av usikkerhet rundt hva myndighetene egentlig ber en ta stilling til. Det er uklart hvorvidt en ny spesialitet er ment å være en satsing på den akutt syke pasienten eller et forsøk på å rydde opp i eksisterende problemer i akuttmottakene. Det er også usikkert om utfordringene med å opprettholde akuttberedskap ved mindre sykehus i forbindelse med omorganisering og sentralisering av sykehustjenester er tenkt løst med etablering av en akuttmedisinsk spesialitet. Så lenge beveggrunnen for innføring av en ny spesialitet fremstår som uklar, kan det være klokt å tenke seg grundig om.

Etter vår oppfatning gjøres det mye bra rundt behandling av akutt syke pasienter i Norge, både på legevakt, i akuttmottak og på avdelingene. I Helsetilsynets rapport påpekes det likevel alvorlige problemer som krever en løsning. En spesialitet som retter seg mot de mer typiske øyeblikkelige hjelp-pasientene med økt kompetanse på diagnostikk og utredning kan etter vår mening være en mulig løsning. En slik spesialitet må imidlertid igjennom en bred og åpen faglig vurdering og må veies opp mot andre strategier, for eksempel økt tilstedeværelse av overleger i mottak og på sykehuset for øvrig.

Debatten forut for avgjørelsen om ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin har hittil vært altfor overfladisk. Fremtiden for legevakten er ikke tatt med i evalueringen, og fremskrittene i behandlingen av kritisk syke pasienter er ikke tatt hensyn til. Den tilsynelatende politiske enigheten om at en ny spesialitet skal løse utfordringene i norske akuttmottak, er i beste fall naiv og kan i verste fall brukes som argument for en organisering av akutttilbudet som er uforsvarlig. Vi håper derfor det er mulig å få til en bred diskusjon rundt dette temaet før endelig avgjørelse faller. Det skylder vi den akutt syke pasienten.

Christian Buskop
cbuskop@yahoo.no
Per Olav Berve
Mads Alexander Sabel

Christian Buskop (f. 1973) er spesialist i anesthesiologi, har subspesialisering i «emergency medicine», og er overlege ved Prehospitalt senter, Oslo universitetssykehus og ved Anestesiavdelingen, Sykehuset Østfold. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per-Olav Berve (f. 1976) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Anestesiavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål og ved Luftambulansseavdelingen, Oslo universitetssykehus og Legebilen i Oslo. Han er ph.d.-stipendiat ved Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mads Alexander Sabel (f. 1971) er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Anestesiavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål og ved Luftambulansseavdelingen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Helsetilsynet. Mens vi venter- forsvart pasientbehandling i akuttmottakene? www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf [20.1.2016].
2. Bjørnsen LP, Uleberg O. Akuttmottaket trenger egne spesialister. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1230–2.
3. Helse Nord. Utredning av en eventuell ny spesialitet i akuttmedisin – et interregionalt prosjekt. <http://docplayer.no/3830347-Utredning-av-en-eventuell-ny-spesialitet-i-akuttmedisin-et-interregionalt-prosjekt.html> [20.1.2015].
4. Davidsen T. Klare for akutt kamp. www.rb.no/lorenskog/klare-for-akuttkamp/s/1-95-7189155 [13.1.2016].
5. Jones CW, Hunold KM, Isaacs CG et al. Randomized trials in emergency medicine journals, 2008 to 2011. Am J Emerg Med 2013; 31: 231–5.
6. Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialiteter. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fremtidens-legespesialiteter-en-gjennomgang-av-legers-spesialitetsstruktur-og-innhold>
7. Sanders JL, Noble VE, Raja AS et al. Access to and Use of Point-of-Care Ultrasound in the Emergency Department. West J Emerg Med 2015; 16: 747–52.
8. Weingart SD, Sherwin RL, Emler LL et al. ED intensivists and ED intensive care units. Am J Emerg Med 2013; 31: 617–20.

Mottatt 14.11. 2015, første revisjon innsendt 20.12. 2015, godkjent 20.1. 2016. Redaktør Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.