



Dato: 26.05.2016

Hørings svar fra Norsk anesthesiologisk forening (Naf) på Helsedirektoratets høringsbrev av 16.03.16 om ny legespesialitet, Akutt- og mottaksmedisin (AMM)

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2015 Helsedirektoratet i oppdrag å utrede læringsmål for en ny spesialitet knyttet til akuttmottak. En bredt sammensatt arbeidsgruppe utarbeidet to forslag til læringsmål. Helsedirektoratets har samlet dette til ett utkast, som nå er sendt ut på høring.

Generell kommentar

Utkastet til ny spesialitet synes å være bra tilpasset norsk helsevesen og sykehushverdag. Naf har en mer perifer rolle når det gjelder hovedtyngden av «stabile» pasienter (med stabil pustefunksjon og blodsirkulasjon) i norske akuttmottak. Vår spesialitet er først og fremst direkte involvert i kritisk syke og skadde pasienter, men bør også involveres tidlig når pasienter har utviklet eller er i ferd med å utvikle organsvikt. Naf støtter fullt ut to hovedprinsipper i dette utkastet:

- at den nye spesialiteten ikke skal erstatte etablerte spesialistvakter (indremedisin, anesthesi, kirurgi og radiologi) ved norske akutt sykehus
- at man ikke skal rokke ved etablerte sløyfer og tverrfaglige team for kritisk syke og skadde pasienter med prioriteringsnivå rødt (traume, hjertestans, hjerneslag o.a.)

Helsedirektoratet ber spesielt om tilbakemelding på fire områder.

1. Generelle synspunkter på anvendeligheten av spesialiteten Akutt- og mottaksmedisin med den angitte innretningen

Naf ser behovet for øket legenærvær i akuttmottakene, der leger med relevant kompetanse får akuttmottak som hovedarena, og der man i bedre grad utnytter akuttmottakene til utdanning/opplæring av kollegaer. Dette vil trolig føre til at pasientene jevnt over får tidligere diagnostikk og utredning, og i større grad et riktig forløp. Det skisserte utdanningsløpet burde kunne gjøre spesialiteten anvendelig i de fleste akuttmottak, med det kan by på betydelige problemer å opprettholde hele bredden i læringsmålene. Naf støtter også prinsippet om at det er opp til helseforetakene selv i hvilken grad de vil ta den nye spesialiteten i bruk.

Anestesi- og intensivavdelinger har i dag medisinsk ansvar for akuttmottaksavdelingene ved mange (særlig mindre) norske sykehus, og er ved de andre sykehusene ofte medansvarlige for utstyr/medikamenter/monitorering. Anestesileger på vakt får dessuten jevnlig henvendelser fra akuttmottakene ut over de tradisjonelt anestesifaglige situasjonene, og deltar for

eksempel i håndtering av forvirrede og utagerende pasienter, pasienter med forstyrret syre/base- og elektrolyttbalanse, forgiftninger og smerteproblematikk. Andre viktige områder er prosedyrehjelp (intravenøs tilgang etc.), avklaring av behandlingsnivå og å skille mellom indremedisinske og kirurgiske problemer.

Naf ser det derfor som naturlig at den nye AMM-spesialiteten, i alle fall i en overgangsfase, samarbeider nært med anesthesiavdelingene, som kjenner akuttmottakene godt.

Det kan synes som om det er en misforståelse i høringsbrevet og i utredningen. EU-kravet til den nye spesialiteten er i henhold til i Directive 2005/36/EC (European Commission) at spesialiteten defineres under «Accident and Emergency Medicine» og utdanningen tar fem år. Da blir man automatisk spesialistgodkjent i alle EU/EØS-land. I direktivet er det ikke krav til innhold i utdanningen. Det er derfor ikke behov for noen tilleggsmodul, idet kravene alt er oppfylt. De «EU-kravene» man viser til, er trolig læringsmål fra akuttmedisinseksjonen i lobbyorganisasjonen UEMS. De skal gi råd til EU og til medlemslandene, men har ingen juridisk rolle i EU-systemet.

- 2. Skal en spesialitet rettet inn mot akuttmottakene innrettes mot det store grosset av pasienter av indremedisinsk karakter eller skal den også inkludere problemstillinger som går i egne pasientforløp (pediatri, gynekologi, ØNH og øye) ved mottak?*

Det er ikke realistisk eller nødvendig at man her i landet skal bygge opp egne vaktteam i akuttmottak ved sykehusene, i alle fall ikke på de mindre sykehusene. Naf ser det derfor som fornuftig at den nye spesialiteten i hovedsak innrettes med tanke på hovedstrømmen av pasienter, og at spesialiteten Del 2 får en felles basis med indremedisin, slik man går inn for. Dette vil trolig styrke den indremedisinske aksens i norske sykehus, og bedre samarbeidet på tvers av disiplinene.

Vaktarbeid på småsykehus krever dessuten indremedisinsk kunnskap ut over rent mottaksarbeid, siden det også omfatter drift av indremedisinsk avdeling, inkludert poliklinikk og sengepost. Dette styrker behovet for en bred indremedisinsk basis.

Indremedisinere samarbeider i det daglige bredt med ulike spesialiteter, og har tradisjon for å samordne behandling. Det er viktig at AMM-legene på samme måte vil være koordinatører som sikrer samarbeid med øvrige spesialister på vakt.

Naf vil fremheve at den nye spesialiteten må være spesielt opptatt av å tidlig involvere anestesikolleger ved etablert eller truende organsvikt (respirasjon/pustefunksjon, blodsirkulasjon, store væske- eller elektrolyttforstyrrelser, alvorlige infeksjoner etc.). Dette for at man i fellesskap tidligst mulig kan iverksette målrettet terapi, forebygge forverring og avgjøre hvilket overvåkningsnivå pasientene skal flyttes til etter akuttmottak.

Det virker i overkant ambisiøst å søke breddekompetanse når det gjelder pediatri, gynekologi, ØNH og øye – her vil man uansett tidlig trenge å konsultere en vakthavende kollega i det aktuelle faget. På større sykehus vil akuttpasienter innen disse fagene ofte komme direkte til egne mottak, noen steder til og med i egne bygg. På mindre sykehus vil volumet at de ulike tilstander innen disse fagene trolig bli for lite til at man kan opprettholde spesifikk kompetanse. Uansett er de generelle læringsmålene såpass omfattende at det trolig blir nok å opprettholde disse.

3. Skal en spesialitet innrettet mot behovene i akuttmottak kunne håndtere avanserte livreddende prosedyrer innen luftveishåndtering?

Dersom man med «*avanserte livreddende prosedyrer innen luftveishåndtering*» mener endotrakeal intubasjon (nedføring av pusteslange i luftrøret), bør dette etter Nafs mening bestemt ikke være læringsmål for AMM-spesialiteten.

Akutte luftveisproblemer krever umiddelbare tiltak. Basale teknikker som fjerning av ev. fremmedlegemer, etablering av fri luftvei og assistert ventilasjon med bag/maske må beherskes av alle som jobber med akuttpasienter. Slike tiltak kan være livreddende og er de primære, både prehospitalt, i mottak og intrahospitalt. Naf er i prinsippet enig i de foreslåtte læringsmålene 2.18 – 2.22., men vil understreke at ved respiratorisk ustabile pasienter bør man uansett varsle anestesipersonell tidlig. Delmål 2.19.2 om bruk av larynksmaske/larynxtube på sirkulasjonsløse pasienter, bør ikke fortrenge bag/maske som førstevalg.

Den mest stabile læringsarena for læringsmålene 2.18 – 2.21 er i utgangspunktet operasjonsavdelinger, der dette kan øves under sikre forhold og supervisjon. Men dette er allerede læringsarena for flere personellgrupper som er under opplæring, slik at det i tilfelle må avklares.

Akuttintubasjon kan være en meget krevende oppgave, der det er små marginer mellom suksess og komplikasjoner, endog fatale.

Ved intubasjon av akuttpasienter i mottak er det flere viktige forhold man må ta hensyn til:

1. Dette er relativt *sjeldne* prosedyrer i akuttmottak. Naf stiller seg derfor bak anførselen i høringsnotatet om at «sammenholdt med tall fra norske akuttmottak¹ er ikke tjeneste i akuttmottak en tilstrekkelig arena for å oppnå og vedlikeholde den kunnskap og erfaring som kreves for å kunne yte adekvat kvalitet i avansert luftveishåndtering».
2. Dette er *risikoprosedyrer*, der pasienten i løpet av kort tid kan bli hypoksisk (få redusert oksygeninnhold i blodet). Det er avgjørende at prosedyren skjer raskt og korrekt. Det er farlig medisin å la lite trente/uerfarne personer gjøre forsøk med den «sikkerhet» at anestesipersonell kan tilkalles ved problemer. I en slik situasjon kan dyrebare minutter gå tapt. De fleste steder er det rutine at man er to anestesikolleger til stede ved akuttintubasjon, og noen steder har man sjekklister man går kjapt gjennom på forhånd. Likevel skjer det at man fra tid til annen kommer i akutte problemer, og det har vært dødsfall i norske akuttmottak grunnet inadekvat luftveishåndtering, selv på dagtid med alle relevante ressurser til stede.
3. Pasienten er i utgangspunktet *ikke-fastende*, slik at det alltid er fare for «aspirasjon», dvs. at mageinnhold kan komme ned i lungene, med potensielt alvorlige følger. Man har også av den grunn lite tid på seg, prosedyren må skje raskt.

4. Pasienten er/blir ofte *ustabil* også når det gjelder puls, blodtrykk og hjerteminuttvolum. Dette krever god monitorering, kunnskap om fysiologi/patofysiologi og stor grad av årvåkenhet.
5. Det er som regel behov for å *medisinere* pasienten, og dette kan i seg selv medføre komplikasjoner/forverret tilstand. Man må dermed kjenne til virkninger/bivirkninger, dosering og forsiktighetsregler ved de ulike medikamentene hver for seg og i kombinasjon. Som oftest er det anestesisykepleiere med ved intubasjon i akuttmottak eller andre steder, og det er viktig at lege/sykepleier snakker «samme språk» og har samme forståelse for prosedyren.
6. Det kan være alt fra veldig lett til helt umulig å få fysisk plassert den endotrakeale tuben. Uventet vanskelig intubasjon skjer urovekkende ofte, og da er det helt nødvendig at man har tenkt på, utstyrt seg for og kan gå over på plan B. Særlig fryktet er en situasjon med «cannot intubate, cannot ventilate». Kurs i og sesjoner med avansert luftveishåndtering er derfor av åpenbare grunner alltid «populære» blant anestesileger, også dem med årelang erfaring.

Dette tilsier at akuttintubasjon skal gjøres av lege med god erfaring med slike prosedyrer. Det er derfor åpenbart for Naf at anestesikolleger, som utfører denne prosedyren på daglig, rutinemessig basis, skal være de som gjør det i akuttsituasjoner.

Naf har registrert at noen tror anestesileger har denne holdningen fordi man vil «hegne» om egen profesjon. Det bør være innlysende at dette ikke har med profesjonskamp å gjøre, men fra Naf sin side utelukkende handler om pasientsikkerhet.

Det er blitt hevdet i diskusjonen om ny spesialitet i akuttmottak at «alle kan vel intubere». Vi vil tillate oss å kommentere denne påstanden litt utradisjonelt med å si at det er omtrent som å si at «alle kan vel kjøre bil». Ved akuttintubasjoner er det ofte dårlig sikt, glatt føre, et uoversiktlig trafikkbilde og attpåtil et krav om at det må kjøres fort. Hvem vil man da ha som sjåfør? En som kjører denne bilen daglig, også under slike kjøreforhold, eller en som noen få ganger har sittet bak et ratt i godvær?

4. *Utgjør forslaget tilstrekkelig ivaretagelse av behovet for at LIS går inn i ordinære vakter?*

Med indremedisinsk basis i Del 2, skulle AMM-spesialiteten, slik den er foreslått, kunne innebære at LIS går inn i ordinære medisinske vaktlag (med bakvakter), og som selvstendig vakt ved oppnådd spesialitet.

På vegne av styret i Norsk anesthesiologisk forening

Reidar Kvåle
Leder
