

Høring – Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak



Norsk anesthesiologisk forening (NAF) har følgende merknader til Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak sendt på høring fra Helsedirektoratet.

Fokusområdene på retningslinjer som er oppsummert i dokumentet er fornuftige og berører organisering og drift. Men vi vil påpeke at i skarp kontrast til situasjonen i mange andre land er pasienter som kommer til *norske* akuttmottak stort sett godt sortert fra legevakt, slik at vi ikke ser det som naturlig å omsette utenlandske akuttmottaksfunksjoner til norske forhold.

Rollefordeling i somatiske akuttmottak

NAF finner det sterkt å beklage at den eneste legespesialiteten som er omtalt i dokumentet er akutt og mottaksmedisin, som i dag utgjør en svært beskjeden ressurs ved norske sykehus. NAF vil påpeke at det fortsatt er vanlig med anesthesiolog som medisinskfaglig rådgiver i mange akuttmottak og at mottaksavdelingene ofte er tilknyttet klinikker der anestesileger utgjør den medisinskfaglige kompetansen. NAF foreslår at ordlyden vedr medisinsk ansvarlig i akuttmottak forkortes til: «*Den medisinskfaglige rådgiveren i akuttmottak bør være overlege med relevant spesialitet tilpasset de pasientgruppene mottaket håndterer.*»

Det er helt nødvendig at spesialister blir tilkalt til akuttmottaket til dårlige pasienter, slik at vi bevarer en fagting og tverrfaglig tilnærming til disse pasientene. Når det gjelder kritisk syke og alvorlig skadde pasienter vil NAF påpeke at disse oftest følges til sykehuset av anestesilegebemannet ambulanse. For å sikre kontinuitet og pasientsikkerhet også etter ankomst til sykehuset vil slike pasienter best ivaretas av anestesileger i det videre sykdomsforløpet.

Anestesileger følger ofte de dårligste pasientene gjennom hele pasientforløpet og får slik en god situasjonsforståelse, og dette gir mindre tap av viktig informasjon og bidrar til at pasienten omfattes av best mulig kompetanse til enhver tid. Ved at samme spesialitet ivaretar pasientsikkerheten for kritisk syke og skadde gjennom hele pasientforløpet er det aldri tvil om hvor dette ansvaret ligger. Kompetansekravene til ulike legespesialiteter er angitt i læringsmålene i spesialistutdanningen. I «*Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak*» åpnes det for at læringsmålene for spesialister i akutt- og mottaksmedisin kan endres. NAF finner det sterkt beklagelig dersom det blir stadige omkamper om dette, og påpeker at avgrensning av kompetansekrav i ulike spesialiteter var et viktig tema den gang spesialiteten akutt- og mottaksmedisin ble opprettet, med møteaktivitet helt inn på helseministerens kontor. Dette handler ikke bare om

prosedyreteknisk kompetanse, men minst like viktig kompetanse til å vurdere når man bør avstå/vente med tiltak hos pasienter med høy risiko.

På de aller fleste norske sykehus anser vi det som usannsynlig at en akutt- og mottakslege vil kunne utvikle tilstrekkelig erfaring til å være like trygg som en anestesilege på disse beslutningene og prosedyrene. Det vil med stor sannsynlighet føre til unødvendig risiko for pasienten.

NAFs oppfatning er derfor at det i dette dokumentet eksplisitt bør angis at anestesilege skal ha en tydelig rolle med ansvar for de dårligste pasientene som ankommer somatiske akuttmottak, altså pasienter med livstruende organdysfunksjon og/eller alvorlige skader.

Observasjonsposter

I utkastet heter det at "akuttmottakene bør ha tilknyttede observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter) beregnet for pasienter med behov for kortvarig innleggelse på sykehus. Hvilke pasientgrupper som egner seg for innleggelse på observasjonspost avhenger av sykehusets størrelse, funksjon og lokale forhold".

NAF har her to merknader: For det første anser vi det som lite hensiktsmessig at det opprettes egne observasjonsposter på små sykehus, og at avsnitt for korttidsopphold heller bør integreres i ordinære sengeposter («observasjonssenger»).

For det andre anser vi observasjonsposter som hensiktsmessige ved større sykehus, men vi ser en risiko i at slike observasjonsposter lett utvikler seg fra å ivareta pasienter med antatt behov for kortvarig innleggelse, og i stedet utvikler seg til å bli selvstendige overvåkingsenheter med tiltakende kompleksitet. En slik glidende overgang mot at denne type avdelinger ivaretar stadig tyngre pasienter er noe vi har sett i flere land. Dette skyldes en manglende vilje til å dimensjonere fullverdige overvåkings- og intensivavsnitt i hht reelt behov, og befordres av kompetansestridigheter mellom legespesialiteter (se over).

Her spiller finansieringsstrukturer en viktig rolle. Akuttmottak og intensivenheter er begge finansiert av sykehusenes rammetilskudd, slik at hensynet til funksjonalitet på begge arenaer innebærer en strukturell interessekonflikt. Det kan fremstå som attraktivt for sykehuseier å bygge ut overvåkingfunksjoner i observasjonsposter med andre bemanningskrav enn det som gjelder i fullverdige intensiv- og overvåkingsenheter, men dette er neppe til det beste for pasientsikkerheten. Igjen savner vi en tydelig avgrensning av hvilke oppgaver observasjonsposter tilknyttet akuttmottak er tiltenkt å løse og hvilke oppgaver som best ivaretas andre steder.

Oslo 2. november 2021

Jon H Laake

Leder

Norsk anesthesiologisk forening

leder@nafweb.no