
Selvstendige akuttmottak

INVITERT KOMMENTAR

JØRN EINAR RASMUSSEN

rasj@sthf.no

Jørn Einar Rasmussen er spesialist i akutt- og mottaksmedisin, kardiologi og generell indremedisin. Han er overlege ved akuttmottaket i Skien, Sykehuset Telemark, og leder av Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin (NFAMM).

Forfatteren har fylt ut IMCJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Eldreølgen er på vei. Det må få konsekvenser for organiseringen av akuttmottakene våre.

Studien til Nummedal og medarbeidere som nå publiseres i Tidsskriftet [\(1\)](#), bekrefter spådommer fra ulike nasjonale aktører om at antallet pasientkontakter i helsevesenet er økende. I deres retrospektive observasjonsstudie fra akuttmottakene ved Haukeland sjukehus og St. Olavs hospital vises en økning av pasientkontakter over en tiårsperiode. Antallet kontakter økte mest i aldersgruppen 67–79 år, og de vanligste kontaktårsakene var magesmerter, brystsmerter, tungpust og mistanke om hjerneslag.

At studien er utført ved to sykehus som ikke har skadepoliklinikk i akuttmottaket, og at de har egne sløyfer for en del faggrupper utenfor indremedisinen, gjør at tallene må tolkes med en viss varsomhet. Det hadde også vært interessant å se i hvilken grad antallet pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten for mindre alvorlige skader, øker. Hvis forfatterne hadde innlemmet sykehus med skadepoliklinikk integrert i akuttmottaket, ville det ha økt studiens generaliserbarhet.

«Det er lett å trene på det man er god på, men det gjør en ikke nødvendigvis til en god generalist»

Min erfaring etter ti år ved Drammen sykehus er at skadepoliklinikken alene utgjør nær 50 % av pasientpopulasjonen i akuttmottaket. Da vil andelen indremedisinske pasienter naturligvis være tilsvarende lavere, siden vi også har

pasienter fra kirurgiske fag og nevrologi. Jeg varskor om dette fordi akutt- og mottaksmedisin er en breddespesialitet som skal gi alle pasienter som kommer til akuttmottaket like god behandling. Spesialiteten innebærer en bred indremedisinsk utdanning, men spesialistene skal også kunne behandle pasienter med for eksempel bruddskader eller akutt syke barn. Det er lett å trene på det man er god på, men det gjør en ikke nødvendigvis til en god generalist.

Befolkningens forventninger er vurdert å være den største driveren for økt pasienttilstrømming og medisinsk overaktivitet i spesialisthelsetjenesten. Man har særlig sett dette i gruppen over 70 år. For å kunne gi adekvat behandling innenfor forsvarlige rammer, er det behov for mer kompetanse i mottakene (2). Helsepersonellkommisjonen har også pekt på denne trenden, og ber oss samle fagmiljøene for å løse fremtidens forventningssprik (3, s. 15).

«Vi trenger leger som har akuttmottaket som sin faste arbeidsplass, og som har tilstedeværende kompetanse døgnet rundt»

Som også Nummedal og medarbeidere nevner, har norske akuttmottak fått gjentatt og sterk kritikk. Det er pekt på manglende kompetanse i front, samt manglende stedlig ledelse. Dagens situasjon er etter min mening fremdeles i for stor grad preget av LIS2- og LIS3-leger fra andre avdelinger som kun har et 2–4 måneders perspektiv, og som heller fokuserer på læringsmål i sin fremtidige spesialitet utenfor akuttmottaket. Vi trenger leger som har akuttmottaket som sin faste arbeidsplass, og som har tilstedeværende kompetanse døgnet rundt. Det er først da man kan legge til rette for god kvalitet og lage systemer som kontinuerlig monitoreres og forbedres, slik som er anbefalt i Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak (4, punkt 14).

«Akuttmottakene bør organiseres som en egen avdeling med fast ansatt personell, hvor lederen har det overordnede ansvaret for å ha rutiner og systemer på plass»

Vi må imidlertid adressere en enda viktigere systemsvakheter: kravet til enhetlig styring i akuttmottakene. De bør organiseres som en egen avdeling med fast ansatt personell, hvor lederen har det overordnede ansvaret for å ha rutiner og systemer på plass (4, punkt 16). Det innebærer at akuttmottakene må være selvstendige organisasjoner med «ende til ende-ansvar», direkte underlagt direktør, slik som andre fagavdelinger. Vi skal selvsagt utarbeide faget sammen med andre fagsøyler, men de som er til stede i akuttmottaket, må selv ta ansvaret for forsvarlig drift. Ansvar kan ikke og bør ikke delegeres. I dag er det fortsatt for mye konsensusdrevet ansvarspulverisering, der nærmeste leder i en eventuell uenighet er administrerende direktør på sykehuset.

Som Nummedal og medarbeidere påpeker, kan akutt- og mottaksmedisin være en del av løsningen på et fremtidig problem. Vi må også sørge for at akuttmottakene blir selvstendige, ansvarsfulle og pålitelige organisasjoner som leverer god kvalitet og kan bidra til «kloke valg» nå og i fremtiden.

REFERENCES

1. 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. [CrossRef]
2. Størdal K, Hjørleifsson S. Fem år med Gjør kloke valg – hjelper det? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0627. [PubMed] [CrossRef]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326fo749a1213d/no/pdfs/nou20232023000400odddpdfs.pdf> Lest 4.6.2024.
4. Helsedirektoratet. Somatiske akuttmottak.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/somatiske-akuttmottak> Lest 4.6.2024.

Publisert: 24. juni 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0312
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.