

## Ekstern høring - utkast til Nasjonal faglig retningslinje – Somatiske akuttmottak

Saksnummer (360): 20/16184

### Tilbakemeldingsfrist 17. november 2021

- Vennligst send skjemaet på e-post til [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)
- I emnefeltet, oppgi referanse "20/16184 – Innspill høring – Nasjonal faglig retningslinje – Somatiske akuttmottak"

### Høringsinstans:

Navn:	Solveig Brekke Skard
Arbeidsplass	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse ( NKROP) Sykehuset Innlandet.

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<b>Generelle kommentarer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mange pasienter som innlegges i somatiske sykehus har rus- og/eller psykiske helseproblemer og for en betydelig del vil årsaken til sykehusinnleggelse ha sammenheng med dette. For en del vil årsaken til kontakt med somatiske akuttmottak være direkte knyttet til disse problemene. Dette gjelder f. eks. ved selvskadning/selvmoordsforsøk og intendert/ikke-intendert overdose/forgiftning med legale og illegale legemidler, alkohol eller illegale rusmidler. Det er derfor viktig at personalet i akuttmottak har nødvendig kompetanse til å behandle disse tilstandene akutt, men også kompetanse og rutiner for å vurdere behov for videre oppfølgende tiltak ut over de direkte akuttmedisinske og rutiner for overføring/formidling av kontakt til aktuelle deler av hjelpeapparatet.</li> </ul>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I tilfeller med selvpåført skade, selvmordsforsøk og overdoser bør det foreligge rutiner for vurdering av situasjoner der pasienter krever seg utskrevet” mot legens råd”, dvs. i situasjoner der det kan foreligge stor fare for ny selvskade eller selvmordsforsøk. De juridiske sidene ved denne problematikken bør omhandles i retningslinjen, med henvisning til aktuelle helsejuridiske dokumenter. Trygghet i forhold til det ”helsejuridiske handlingsrommet” er viktig for utvikling av gode rutiner i mottakene. Sentrale spørsmål her er <i>bruk av tvang, tilnærminger som kan være alternativer til bruk av tvang, samtykkekompetanse, bruk av nødrett og føringer for riktig/fornuftig praktisering av informasjonsutveksling og taushetsplikt</i>. (En kan ikke se at dette er grundig behandlet i retningslinjen med henvisninger til originaldokumenter.)</li> <li>• En del pasienter i gruppen med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-pasienter), spesielt noen med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser og noen andre lidelser med tilsvarende alvorlighet) har spesiell risiko for selvpåført skade. Ruspåvirkning kan destabilisere slike pasienter i forhold til selvskade inklusive mer eller mindre intenderte forgiftninger (risiko for en selv) og i noen tilfeller i forhold til vold (risiko for andre). Slik problematikk vil ofte være kjent for deler av hjelpeapparatet og disse pasientene bør ha kriseplaner som også bør være tilgjengelige for somatiske akuttmottak i en form som ivaretar pasientenes sekretesse og integritet. Det er viktig at pasienter med slik problematikk så langt det er mulig blir fulgt tett i sitt vanlige behandlingsopplegg etter slike alvorlige hendelser. Her bør det foreligge klare rutiner for hvordan informasjonsutveksling og samarbeid skal foregå, jf. forrige avsnitt.</li> </ul> <p><i>Forhold som er spesielt viktige ved selvskading/selvmordsforsøk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den umiddelbare førsteprioritet vil være å behandle den somatiske tilstanden. Men risiko for ny selvskading eller nye selvmordsforsøk må også vurderes og om umiddelbar videre psykiatrisk behandling og evt. innleggelse er aktuelt. Det faste personellet i mottaket må ha grunnleggende slik kompetanse, men i en del tilfeller vil det være behov for psykiatrisk spesialistkompetanse som bør være tilgjengelig. Vurdering av samtykkekompetanse er viktig her og evt. vurdering opp mot nødrett. Det viktige er å unngå at personer med mulig stor/overhengende akutt selvmordsfare skrives ut uten at det er gjort kompetent vurdering av risikoen.</li> </ul>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	<p>Og personer som har gjennomført alvorlige selvmordsforsøk er ofte i stor fare for å gjøre nye forsøk (forsøk er mer alvorlig enn trusler). De vil også være aktuelt å samarbeide med ambulante akutteam der de er tilgjengelig. En henviser til «Håndbok for ambulante akutteam. Akuttpsykiatri på hjemmebane- pasientens» som gjennom et eget kapittel bl.a. vier suicidrisikovurdering særlig oppmerksomhet. <a href="https://rop.no/aktuelt/handbok-for-ambulante-akutteam/">https://rop.no/aktuelt/handbok-for-ambulante-akutteam/</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutt ruspåvirkning ved selvskade/selvsmordsforsøk: Generelt vil akutt rusmiddelpåvirkning øke risikoen for selvskade/selvsmordsforsøk. Ved alvorlige hendelser bør pasienter observeres til den akutte rusepisoden er over. Ved krav om utskrivning” mot legens råd”, se over.</li> </ul> <p><i>Forhold som er spesielt viktige når det gjelder pasienter med rusrelatert helseproblematikk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rus kan skjule sykdom. Det er viktig at personellet i mottaket har kompetanse til å vurdere om akutte tilstander direkte skyldes rusmiddelpåvirkning eller opptrer samtidig med eller som en følge av rusmiddelinntak. Man må ikke konkludere” lettvint” med at en tilstand skyldes akutt rusmiddelpåvirkning uten at man har foretatt nødvendige undersøkelser for å utelukke andre aktuelle diagnoser. Som eksempel: En bevisstløs eller sløvet pasient med ”kjent rusmiddelbakgrunn” bringes til mottaket av bekjente – er det rusmiddelpåvirkning, eller kanskje nedkjøling, hypoglykemi, akutt hjerneslag, alvorlig infeksjon/sepsis e.a.? Dette må undersøkes før man kan stille diagnose. Mottakene må ha klare rutiner for umiddelbar utredning i slike tilfeller.</li> <li>• Ved overdoser der pasienten vekkes opp med motgift, er det helt vesentlig at pasienten observeres tilstrekkelig lenge for å hindre at pasienten på ny glir inn i overdose/bevisstløshet når effekten av motgiften opphører. Dette er spesielt viktig ved opioid-overdoser, der motgiften nalokson har relativt kort virketid, mens effekten av opioidene er mer langvarige. Mottakene bør ha rutiner for vurdering og tiltak for å hindre dette.</li> </ul>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved alvorlige hendelser som ikke-dødelige overdoser, bør det avklares hva som skal skje når den akutte episoden er over. Det bør være klare rutiner og rammer for samhandling med aktuelle instanser (TSB, kommunale tjenester, fastlege) med henvisning til aktuelle dokumenter fra Hdir, bl.a. overdosestrategien og de juridiske avveininger, jf. over.</li> <li>• Det er etablert en egen spesialistutdanning for leger i akutt- og mottaksmedisin. Den utdanningen bør inneholde kunnskap om og erfaring fra rus- og psykiaritjenester, og nødvendig handlingskompetanse bør sikres, også med tanke på å sikre et godt nok oppfølgingstilbud for pasienter.</li> </ul>
<p><b>1. Innleggelse av pasienter</b> Akuttmottakene bør samarbeide tett med de instansene som henviser pasienter dit</p>	
<p><b>2. Prioritering av pasienter og bruk av team</b> Avdelingen bør ha et system for prioritering av pasienter og bruk av team</p>	
<p><b>3. Diagnostikk, overvåkning og behandling</b> Avdelingen skal ha rutiner for diagnostikk, overvåkning og behandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Praktisk –" Samarbeid innad i akuttmottaket og med andre avdelinger på sykehuset: Rutinene sikrer at pasienter får tilsyn av erfaren lege med relevant kompetanse til rett tid. Sentralt i rutinene er derfor kriterier for tilkalling av annet helsepersonell innenfor somatikk, rus eller psykiatri. Dette er ikke til hinder for at helsepersonell i opplæring har akuttmottakene som en viktig læringsarena.»</i></li> </ul>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	Tilsyn av erfarne leger med relevant kompetanse til rett tid: Det sentrale her vil være hvordan dette kan organiseres – spesielt for psykiatri/TSB. Dette kommenteres samlet under Anbefaling 12: Kompetanse.
<b>4. Sporsikring og skadedokumentasjon</b> Akuttmottakene bør ha kompetanse, rutiner og utstyr til å sikre spor og dokumentere skader	
<b>5. Muntlig kommunikasjon</b> Muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell bør være systematisk og strukturert	
<b>6. Tverrfaglig samarbeid</b> Helsepersonell bør samarbeide tverrfaglig	
<b>7. Aktivitet og drift</b> Akuttmottakene skal ha systemer for å følge avdelingens aktivitet og drift	

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<p><b>8. Kritisk fullt akuttmottak</b> Avdelingen bør ha rutiner for å håndtere kritisk fullt akuttmottak</p>	
<p><b>9. Utsendelse av pasienter</b> Akuttmottakene bør samarbeide tett med instansene de overfører pasienter til</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jf. kommentarene over under «Generelt». Det som står i anbefalingen er greit, men problematikken rundt pasienter med rus/psykiatri-problematikk og utsendelse eller overføring til annen behandling er ikke behandlet. Dette bør tas opp som egen problematikk under denne anbefalingen.</li> </ul>
<p><b>10. Observasjonsposter</b> Akuttmottakene bør ha tilknyttede observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter)</p>	
<p><b>11. Pasientmedvirkning</b> Akuttmottaket skal praktisere pasientmedvirkning og bruke pasienterfaringer til å forbedre tjenestetilbudet</p>	

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<p><b>12. Kompetanse</b> Avdelingen bør ha fast ansatte leger og sykepleiere med relevant kompetanse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Helsepersonell med relevant kompetanse</b> – Praktisk – «Alt helsepersonell i akuttmottak har kompetanse innenfor utredning og behandling av de pasientgruppene som mottaket håndterer, og til tidlig å oppdage forverret somatisk tilstand. I dette inngår at helsepersonellet må innhente hjelp fra andre dersom det er nødvendig for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp, dette er aktuelt innenfor ulike somatiske spesialiteter, rus og psykiatri. De ansatte kjenner til lokale rutiner for å tilkalle hjelp av annet helsepersonell når de mangler kapasitet og/eller kompetanse”.</li> </ul> <p><b>Kommentar:</b> Det faste personellet, evt. forsterket med andre somatiske spesialister i sykehuset vil ta seg av den akutte somatiske tilstanden. Behov for rask vurdering av annen spesialist, i denne sammenheng spesialist/lege med spesiell kompetanse i rus- og avhengighetsmedisin og psykiatri, er først og fremst viktig for vurdering av <u>hva som videre skal skje når den akutte somatiske tilstanden er stabilisert</u>.</p> <p>Det sentrale punktet her er hva slags ordninger som skal finnes/etableres for å sikre mulighet for tilsyn (som vanligvis betyr klinisk undersøkelse og vurdering «bedside”). Dette vil relativt greit la seg ordne i sykehus der psykiatriske og evt. rus-avdelinger med døgnvakt-ordning er lokalisert i samme” fysiske” sykehus som det somatiske akuttmottaket. For psykisk helsevern er dette tilfellet mange, men slett ikke alle steder. For rusmedisin er dette gjennomgående ikke tilfelle.</p> <p>I sykehus der det ikke finnes vakthavende psykiater i rimelig nærhet, <u>må</u> det minimum, være mulighet for kontakt telefonisk med psykiater i vakt. Helseforetakene bør også vurdere om det skal etableres (bak)vaktordninger der det er mulig med utrykning av psykiater til akuttmottak som ikke har psykiater ”på huset”.</p> <p>Når det gjelder rus- og avhengighetsmedisin, vil slik spesialist i de fleste tilfeller ikke være tilgjengelig døgnekstrem, med unntak av noen sykehus i store byer. Helseforetakene bør da, der det er mulig, etablere en vaktordning der spesialist kan kontaktes telefonisk. Der dette ikke er mulig fordi foretaket ikke har tilstrekkelig med russpesialister til å ha en vaktordning, bør det lages en vaktordning sammen</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	med psykiatrien. Dette forutsetter at psykiatere i vakt må ha tilstrekkelig kompetanse i rusmedisin til å gjøre nødvendige vurderinger.
<b>13. Opplæring, videreutdanning og etterutdanning</b> Avdelingen skal ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte	
<b>14. Ledelse</b> Avdelingen skal ha én ansvarlig leder med	



Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
overordnet og helhetlig ansvar	
<b>15. Avvik og uønskede hendelser</b> Avdelingen skal gjennomgå avvik og uønskede hendelser samt arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	
<b>16. Lokaler og utstyr</b> Akuttmottakene bør ha lokaler og utstyr som er tilpasset sykehuset størrelse og funksjon	
<b>Metode og prosess i retningslinjearbeidet</b> Se teksten i kapitlet	