

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
- I emnefeltet, oppgi referanse "20/16184 – Innspill høring – Nasjonal faglig retningslinje – Somatiske akuttmottak"

Høringsinstans:

Navn:	<i>Elisabeth Selvaag</i>
Arbeidsplass	<i>Den norske legeforening</i>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
Generelle kommentarer	<p>Retningslinjen fremstår oversiktlig og gjennomarbeidet, og representerer en forbedring i tråd med utviklingen i fagfeltet.</p> <p>Den omhandler i hovedsak organisatoriske forhold. Bør den hete "Nasjonal faglig retningslinje for organisering og faglig drift" i stedet for "Nasjonal faglig retningslinje"?</p> <p>Spesialiteten akutt- og mottaksmedisin representerer en kompetanse og ressurs som anerkjennes og må videreutvikles. 01.11.2021 var det i Norge registrert 56 yrkesaktive spesialister i akutt- og mottaksmedisin. 45</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	<p>av disse har sitt arbeidssted på et offentlig sykehus, i all hovedsak på store sykehus. Det vil ta noe tid før strukturer og generelle anbefalinger kan basere seg på tilstedeværelse av spesialist i akutt- og mottaksmedisin i alle akuttmottak. Legeforeningens anbefaling er derfor at det medisinsk faglige ansvar i akuttmottakene inntil videre fortrinnsvis ivaretas av erfaren overlege med breddekompetanse tilpasset de pasienter som der tas imot. Mange steder vil det være en spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Med tiden vil denne andelen øke.</p> <p>Uavhengig av spesialitet er den medisinsk faglig ansvarlige i akuttmottaket viktig i samarbeidet både eksternt og internt. Samarbeid internt på sykehuset, med de ulike spesialiteter er vesentlig for best mulig ivaretagelse av de pasientene som er i behov av spesialisert kompetanse, allerede i akuttmottaket. Slik spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin er innrettet i Norge nevnes de kirurgiske pasientene spesielt.</p> <p>Akuttmottakene er anbefalt organisert som egne avdelinger, slik de allerede er mange steder. De er samtidig et "felleseie" hvor både eksterne og interne aktører gjør en jobb. Samarbeidsavtaler utarbeidet i fellesskap er vesentlige for å kunne yte god helsehjelp, ivareta kvalitet og pasientsikkerhet for alle pasientgrupper. Ved håndtering av de utfordringene som fullt akuttmottak representerer trengs det også felles innsats på tvers av avdelinger og spesialiteter.</p> <p>Akuttmottakene er sentrale læringsarenaer for flere profesjoner og spesialiteter. Ivaretagelsen av denne viktige funksjonen kunne med fordel blitt viet enda mer oppmerksomhet i retningslinjen.</p>
<p>1. Innleggelse av pasienter Akuttmottakene bør samarbeide tett med de instansene som henviser pasienter dit</p>	<p>Det er gitt en god beskrivelse av hvordan samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og akuttmottakene bør foregå. Medisinsk faglig ansvarlig overlege er en sentral aktør i dette samarbeidet, og deres tilstedeværelse på samarbeidsarenaer kan med fordel presiseres i retningslinjen.</p> <p>I omtale av samarbeidsrelasjoner savnes Helsefelleskapene som aktør. Helsefelleskapene representerer en allerede etablert samarbeidsstruktur mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<p>2. Prioritering av pasienter og bruk av team Avdelingen bør ha et system for prioritering av pasienter og bruk av team</p>	<p>I retningslinjen er det angitt at prioriteringsverktøy <i>bør</i> brukes. Vi mener prioriteringsverktøy <i>skal</i> brukes. Det kan synes underlig at man i Norge ikke har blitt enige om ett felles triageringssystem. Det kunne vært ønskelig. De verktøyene som brukes regnes som likeverdige. Det viktigste er at triagering faktisk foregår. Det kan være en oppgave for spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin å komme frem til nasjonal konsensus om ett felles triageringssystem.</p> <p>Bruk av forhåndsdefinerte team ved enkelte tilstander må videreføres. Det sikrer rask avklaring/behandling og utredning. Noe som både berger liv og/eller minimerer konsekvensene av akutt oppstått sykdom og skade. (eks hjerneslag, multitraume, alvorlig sykt barn). Det savnes noe mer utdyping av behovet for rask involvering av andre spesialiteter for de pasientene som er i behov av det, hvor team ikke automatisk mobiliseres.</p>
<p>3. Diagnostikk, overvåkning og behandling Avdelingen skal ha rutiner for diagnostikk, overvåkning og behandling</p>	<p>I tillegg til rutiner for prioritering av pasienter og kriterier for aktivering av team må mottakene ha gode systemer for å identifisere de pasientene hvor lege med spesialkompetanse skal involveres, allerede i akuttmottaket, hvem som primært skal tas imot av spesialist i aktuelle spesialitet. Disse systemene må utarbeides i samarbeid med aktuelle spesialiteter/vaktlinjer på sykehuset.</p> <p>Laboratorieservice, radiologisk service og kompetanse o.l. er sentralt for diagnostikk og behandling, både i akuttmottaket og i sykehuset for øvrig. Det savnes en tydeligere beskrivelse av servicefunksjonenes viktige rolle i akuttmottakenes tilbud og beredskap.</p> <p>Hva gjelder avsnittet om <i>Rutiner for overvåkning</i> anbefales det å endre ordlyden til <i>Rutiner for observasjon</i></p>
<p>4. Sporsikring og skadedokumentasjon Akuttmottakene bør ha kompetanse, rutiner og utstyr til å sikre spor og dokumentere skader</p>	<p>Det er vesentlig å ha gode rutiner, tilgjengelig kompetanse og nødvendig utstyr for å sikre spor og dokumentere skader. Rutinene kan være ulike på ulike sykehus, avhengig av sykehusets størrelse, hvilke avtaler som finnes i regionen for denne type undersøkelser, og også tilgjengelig kompetanse på aktuelle tidspunkt. Involvering av vakthavende gynekolog ved mistenkte seksuelle overgrep mot voksne er vanlig. Sentralisering av undersøkelser knyttet til vold og overgrep som involverer barn og unge er regelen. Flere sykehus har god erfaring med å lære opp mottakssykepleiere i sporsikring, slik at dette gjøres korrekt uavhengig av hvilken lege som behandler pasienten.</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<p>5. Muntlig kommunikasjon Muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell bør være systematisk og strukturert</p>	<p>Viktig å ha et eget kapittel om strukturert kommunikasjon! Det bidrar til profesjonalitet i yrkesutøvelse og derigjennom økt pasientsikkerhet.</p>
<p>6. Tverrfaglig samarbeid Helsepersonell bør samarbeide tverrfaglig</p>	<p>I denne sammenhengen oppfattes tverrfaglig samarbeid både å omfatte samarbeid på tvers av yrkesgrupper og samarbeid på tvers av legespesialiteter. I begge tilfeller gjelder at det må være definert hvem som har hovedansvaret for pasienten, slik det er presisert i retningslinjen.</p>
<p>7. Aktivitet og drift Akuttmottakene skal ha systemer for å følge avdelingens aktivitet og drift</p>	<p>Systemer som gir kunnskap om aktivitet og drift er viktige verktøy for å sikre optimal bemanning og utforming av hensiktsmessige lokaler. Det handler om tilstrekkelig bemanning, nok areal i perioder med stor pågang av pasienter, og nedjustering av begge deler i perioder med lav aktivitet. Det være seg gjennom døgnet, gjennom uka, i ulike årstider. Denne type bemanningsplanlegging kan være ganske krevende, og det må alltid foregå innenfor rammene av gjeldende avtaleverk.</p>
<p>8. Kritisk fullt akuttmottak Avdelingen bør ha rutiner for å håndtere kritisk fullt akuttmottak</p>	<p>Det er akuttmottakets ansvar at det utarbeides rutiner for kritisk fullt akuttmottak. Akuttmottakene kan imidlertid ikke forventes å håndtere fullt akuttmottak helt på egenhånd. Løsningene/rutinene må finnes/utarbeides i et samarbeid med sykehusets ledelse og øvrige avdelinger/spesialiteter. Det anbefales presisert i retningslinjen.</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<p>9. Utsendelse av pasienter Akuttmottakene bør samarbeide tett med instansene de overfører pasienter til</p>	<p>Viktig kapittel som ivaretar behovet for informasjon til pasientene og god samhandling mellom ulike instanser. Ved etterlevelse vil både videre oppfølging og pasientenes verdighet ivaretas. Utfordringene knyttet til pasienter med kognitiv svikt er i liten grad adressert i dette kapittelet.</p> <p>Positivt at retningslinjen har et avsnitt om utlokaliserte pasienter, med presisering av at oppfølgingsansvar og medisinsk ansvar må være klart definert.</p>
<p>10. Observasjonsposter Akuttmottakene bør ha tilknyttede observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter)</p>	<p>Observasjonspostene er av stor betydning for å håndtere pasienttilstrømmingen på riktig, lavest mulig nivå. Også her har ansvarlig overlege i mottak et særlig ansvar for å etablere gode samarbeidsavtaler med de ulike spesialitetene med tanke på hvem som skal ha behandlings-/oppfølgingsansvar for den enkelte inneliggende pasient på observasjonspost, slik det er beskrevet i retningslinjen. Som tidligere bemerket bør det stå <i>Rutiner for observasjon</i>, ikke <i>Rutiner for overvåkning</i>. Det understreker at observasjonspostene ikke er ment å være et sted for svært syke pasienter.</p> <p>Mange av pasientene som kommer til akuttmottakene er gamle og har mange sykdommer. Det stiller krav til personellet som har ansvar for dem, og til utformingen av observasjonspostene. Det bør tilstrebes enerom for denne gruppen som et forebyggende tiltak mot forvirringstilstand. Tilstrekkelig antall luftsmitteisolat med sluser for kjent eller potensielt smitteførende pasienter er nødvendig for at en observasjonspost skal fungere etter sin hensikt.</p> <p>Mindre sykehus, med færre pasienter i behov av observasjon kan velge å etablere observasjonssenger i tilknytning til ordinære sengeposter. Ulike sykehus kan organisere sin virksomhet ulikt. Uavhengig av hvor observasjonssengene er plassert er det av betydning å ha areal egnet for fleksible løsninger for å håndtere til dels svært variabel pasienttilstrømming, slik det normalt er.</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
	Tilbud om rask poliklinisk time hos relevant spesialist i stedet for oppmøte i akuttmottaket kan redusere pasienttilstrømmingen til sykehuset, og derav presset på akuttmottak, observasjonssenger og sengeposter.
<p>11. Pasientmedvirkning Akuttmottaket skal praktisere pasientmedvirkning og bruke pasienterfaringer til å forbedre tjenestetilbudet</p>	<p>I all helsehjelp skal pasientens preferanser og verdier hensyntas, også i et akuttmottak, så langt det lar seg gjøre. Akutt sykdom krever raske avgjørelser. Pasientmedvirkning og innhenting av pasienterfaringer i akuttmottak krever både fintfølelse og god "timing" for å fungere etter sin gode hensikt.</p> <p>Brukermedvirkning i form av f.eks spørreskjema om hva de synes om ulike ting kan være vanskelig å gjennomføre, og i tillegg bli opplevd som upassende av både pasient og pårørende. Brukerundersøkelser utført i etterkant av alvorlig sykdom blir noe annet og kan gi verdifull informasjon.</p>
<p>12. Kompetanse Avdelingen bør ha fast ansatte leger og sykepleiere med relevant kompetanse</p>	<p>Legeforeningen støtter anbefalingen om at akuttmottak skal ha fast ansatt personell og at disse skal ha den kompetansen som er relevant i akuttmottak og observasjonsposter. På legesiden gjelder det uavhengig av legens spesialitet. Som tidligere nevnt er det en vei å gå før alle akuttmottak har ansatt en spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Evne til å be om hjelp og rutiner for involvering av andre spesialiteter er vesentlig for fast ansatt personell i et akuttmottak, uavhengig av personellets spesialitet og profesjon .</p> <p>Det vil avhenge av sykehusets størrelse om fast ansatt personell i akuttmottaket også skal ha andre oppgaver.</p>
<p>13. Opplæring, videreutdanning og etterutdanning Avdelingen skal ha et system</p>	<p>Retningslinjen beskriver godt hvordan opplæring, videreutdanning og etterutdanning kan ivaretas for akuttmottakenes fast ansatte sykepleiere og leger. Det står videre at akuttmottakene har et særlig ansvar for kandidatene under utdanning i akutt- og mottaksmedisin. Det nevnes at det må legges til rette for at LIS i ulike spesialiseringssløp skal oppnå læringsmål. Legeforeningen er bekymret for at utdanningen til LIS1 og</p>

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte	LIS i andre spesialiteter enn akutt- og mottaksmedisin skal bli nedprioritert. Akuttmottakene er helt sentrale læringsarenaer for alle LIS1, og for LIS 2 og LIS 3 innenfor en rekke spesialiteter. Tydeligere medisinsk ledelse av akuttmottak mener vi kan bidra til videreutvikling av akuttmottaket som læringsarena for alle relevante spesialiteter.
<p>14. Ledelse Avdelingen skal ha én ansvarlig leder med overordnet og helhetlig ansvar</p>	<p>Lederen i et somatisk akuttmottak på sykehus bør være lege, spesialist med relevant fagkompetanse og erfaringsbakgrunn, med motivasjon og evne til å lede. Dette vil mange steder være en spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Gitt dagens situasjon, med tilsammen 45 leger i offentlige sykehus med spesialitet i akutt- og mottaksmedisin, stilles det spørsmål om det ikke er for tidlig å skrive at leder <u>fortrinnsvis</u> skal ha denne spesialiteten. Samme argumentasjon gjelder dersom det er ansettelse av medisinsk faglig rådgiver som er tema.</p> <p>Det er positivt at retningslinjen vektlegger samarbeidet mellom akuttmottak og øvrige spesialavdelinger på sykehuset i kapittelet som omhandler ledelse av akuttmottakene.</p>
<p>15. Avvik og uønskede hendelser Avdelingen skal gjennomgå avvik og uønskede hendelser samt arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</p>	Vi oppfatter at anbefalingene knyttet til håndtering av avvik og uønskede hendelser, samt arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er de samme for akuttmottak som for øvrige enheter i helseforetakene. Dette arbeidet er sentralt i ledelse av enheter, inkludert akuttmottak.
<p>16. Lokaler og utstyr Akuttmottakene bør ha lokaler og utstyr som er</p>	Egnede lokaler og tilstrekkelig utstyr fasiliterer god og effektiv pasientbehandling. Løsningene vil måtte tilpasses pasientgrunnet slik det står i retningslinjen.

Innhold i retningslinjen	Kommentarer fra høringsinstansen
<p>tilpasset sykehuset størrelse og funksjon</p>	<p>Enkelte pasientgrupper kan ha særskilte behov. Mottak av eldre svekkede personer og mottak av barn og unge er eksempler på særskilte grupper. Det samme gjelder personer med kognitiv svikt og ruspasienter.</p> <p>Ingen akuttmottak er dimensjonert for de mest ekstreme situasjonene, men det må foreligge realistiske planer for utvidelse av areal og drift av akuttmottaket gitt slike situasjoner.</p>
<p>Metode og prosess i retningslinjearbeidet Se teksten i kapitlet</p>	<p>Hva gjelder representasjon i arbeidsgruppa savnes representant fra serviceavdelingene (radiologi, lab.fag). Siden innretningen på spesialiteten Akutt- og mottaksmedisin i all hovedsak er mot indremedisinske fagområder hadde det vært ønskelig med tyngre kirurgisk representasjon i gruppa.</p> <p>Navn på retningslinjen er tidligere omtalt.. Legeforeningen foreslår "Somatiske akuttmottak - Nasjonal faglig retningslinje for organisering og (faglig)drift".</p>