

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Fonna HF

DATO: 10.06.2016

FRÅ: Administrerende direktør

SAKSHANDSAMAR: Ingebjørg Kismul

SAKA GJELD: **Besvarte høyringar i perioden 13.05.16-06.06.16**

ARKIVSAK:

STYRESAK: **038/16**

STYREMØTE: **17.06.2016**

Administrerende direktør si orientering pkt.2

1 vedlegg
.....

DATO FOR BREV	SAKA GJELD	HØYRINGSFRIST
Hesedir 16/982	Høring – Forslag om ny spesialitet knyttet til akuttmottakene i sykehus	Høringsfrist Via Helse Vest 01.06.16

Fra: Kismul, Ingebjørg
Sendt: 7. juni 2016 11:38
Til: Kismul, Ingebjørg
Emne: VS: Høring - ny spesialitet knyttet til akuttmottakene

Fra: Lier, Haldis Johanne Økland
Sendt: 30. mai 2016 19:06
Til: 'Helse Vest RHF'
Emne: Høring - ny spesialitet knyttet til akuttmottakene
Sakstittel: Høring - ny spesialitet knyttet til akuttmottakene
Saksnummer: 2016/982
Saksdato: 30.03.2016

Høring - ny spesialitet knyttet til akuttmottakene

Vi viser til epost motteken 29.03.2016. Helse Fonna har hatt utkastet til læringsmål i ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin på høring i eigen organisasjon. Vi ser behovet for ein slik spesialitet. Ein vil ha meir trong for breddekompetanse for å gi gode helsetenester til pasientar med samansette sjukdomsbilete. Vi har følgjande innspel til dei ulike punkta ein ber om tilbakemelding på.

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

Ny spesialitet kan vera anvendeleg i mange akuttmottak/obs-postar .

Helse Fonna meiner det må følgje ei klargjering av ansvarsforhold med den nye spesialiteten. Dette for å minimere risiko for svikt og pasientskade i overføring mellom fagspesialitetar og vaktlag. Det kan virke uklart kven som har behandlingsansvar for pasientane med den nye spesialiteten si inntreden i akuttmottaka. Slik vi forstår det har AMM-spesialisten berre ansvar for pasienten i Akuttmottak, og ikkje vidare under pasienten sitt sykehusforløp. Dette har vore eit stort problem i mellom anna Danmark, der denne spesialiteten er innført ved enkelte sjukehus.

Døme på scenario der det kan bli uklart kven som er ansvarleg:

- Vurdering av trombolysbehandling for apoplexi: AMM-spesialisten eller nevrologen?
- Avgjerdsle om pasienten skal til PCI i Stavanger for sitt AMI: AMM-spesialisten eller kardiologen?
- Avgjerdsle om ein pasient med akutt buk skal bli operert eller ikkje: AMM-spesialisten eller kirurgen?
- Intubering av pasient med langtkommet KOLS: AMM-spesialisten eller Intensivlegen?

Det blir i Helse Fonna reist bekymring for om uklarheter som desse kan føre til forseinka oppstart av akutt behandling.

Helse Fonna vil også peike på at etablering av denne nye spesialiteten ikkje må erstatte trykket på kompetansebygging i primærhelsetenesta (legevakt, kommunale akutte døgnplassar, sjukeheimslegar etc), jmf måla i samhandlingsreforma.

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?*

Helse Fonna meiner det er viktig at denne spesialiteten har brei kompetanse på mottak av pasientar av indremedisinsk karakter.

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

Det er ikkje naudsynt med ein ny spesialitet med fagområdet luftveishåndtering. Anestesileger er allereie i mottakelsene når dette trengs. Alle sjukehus har alarmsystem som innkallar anestesilege umiddelbart. Snarare vil dette kunne medføre ei unødig forseinking for pasienten, fordi vedkommande lege blir usikker på utføring og indikasjon, og ventar på hjelp. Ein veit frå andre land med «emergency doctors» at

anestesilege ofte blir tilkalt når problema med luftveiene er blitt veldig komplisert i staden for tidleg i prosessen.

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

Helse Fonna ser at innføring av den nye spesialiteten kan gje utfordringar med organisering, og at dette ikkje er gjort godt nok greie for i høyringsnotatet. Dette viser fleire innspel frå eigen organisasjon, der det blir stilt spørsmål ved/kommentert at:

- om det kan bli A- og B-lag i akuttmottak med innføring av spesialitet i AMM?
- om ein tenker at ein skal bygge opp et fullt vaktlag med AMM-spesialister eller ikkje, og kven som skal ha leiinga dersom AMM-legane ikkje skal vera tilstades til ei kvar tid?
- skal ein bygge opp en egen AMM-spesialitet må det vera i 24/7 perspektiv om det skal heve kvaliteten i akuttmottak
- kor mange legar med denne spesialiteten ein ser for seg i kvart sjukehus?
- dersom AMM skal vere portvakt, kva medfører dette for andre vaktteam?

I tillegg vert det i tilbakemeldingar reist bekymring frå fleire på ressursbruken ved å etablere fleire vaktlag eller tilsette fleire legar, samt kva konsekvensar ein ny spesialitet vil ha å seie for dekning av det eksisterande behovet i legespesialistrekuttering.

Helse Fonna har i tillegg desse tilbakemeldingane til innhaldet i læringsmål for den nye spesialiteten.

- I. Læringsmål knytta til diagnostisering og handtering av psykiske lidningar og ruslidningar er mangelfull:
 - Opptil 20% av alle pasientar innlagt akutt grunna somatisk tilstand har samtidig skadeleg bruk av rusmidlar der bruk av rusmidlar er årsaka til eller ein medverkande årsak til somatisk sjukdom. Utifrå dette bør det vera eit klart læringsmål at legar under spesialisering skal **kunne nytte enkle diagnostiske verktøy som AUDIT og DUDIT kortversjon for å identifisere skadeleg rusbruk** og sikre vidare oppfølging av desse enten hos fastlege eller spesialisthelsetenesta.
 - Psykose, affektive lidningar, rus eller alvorleg personlegdomsproblematikk er ofte underliggjande årsak til at pasientar vert innlagt med sjølvpåførte skader enten som resultat av eit suicidforsøk eller villa eigenskade utan suicidal intensjon. Etter at pasienten er ferdig akuttbehandla er det ikkje uvanleg at pasienten går frå avdeling eller skriv seg ut på eige ansvar. Det er vesentleg at lege i spesialisering kan identifisere korvidt det dreier seg om ein psykose eller alvorleg affektiv lidning og kan gjere ein initial suicidal vurdering. Ved å sikre **kompetanse på vurdering av suicidalitet** vil ein og kunne raskare avklare kva pasientar som treng vurdering og vidare oppfølging i psykisk helsevern samt sette i verk naudsynte sikringstiltak i høve pasienten i påvente av vurdering av spesialist i psykisk helsevern.
 - Lov om psykisk helsevern. Pasientar i akuttmottak som vert innlagt som eit resultat av sjølvpåført skade jmf punktet over vil kunne ha behov for vidare døgntil behandling i psykisk helsevern. Ved manglande samarbeid rundt behandling og samtykkekompetanse hos pasientar med alvorleg sinnsliding kan det vere aktuelt med innleggelse på tvungent psykisk helsevern. **Kjennskap til kriterier for innlegging på tvungent psykisk helsevern** må inngå som eit læringsmål då det vil vere lege i mottak som begjærer desse pasientane inn på tvungent psykisk helsevern.

Kunnskap om alvorleg underernæring/ernæringssvikt må vera eit læringsmål, som minimum kjennskap til og vurdering av risiko for refeeding syndrome

Vennleg helsing

Haldis Økland Lier,
haldis.johanne.okland.lier@helse-fonna.no
05253

Helse Fonna HF
Fag og føretaksutvikling