

Tilbakemeldingsskjema

Høring: Oppfølging etter rusmiddeloverdose (Rusbehandling, pakkeforløp)

Saksnummer (360): 19/9096

HelseDirektoratet ønsker innspill på **kapittel 1 «Oppfølging etter rusmiddeloverdose»** i sin helhet. Det er ikke nødvendig å gi innspill på de øvrige kapitler i Pakkeforløp rusbehandling (TSB). I tillegg ber vi spesielt om tilbakemeldinger/innspill på punktene som er listet opp nedenfor og de enkelte delkapitlene. Det er ønskelig med både begrunnelse og forslag til endringer der høringsinstansene har innspill.

Tilbakemelding:

- Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema
- Frist: 1. november 2020
- Vennligst send skjemaet på e-post postmottak@helsedir.no med vår referanse «19/9096 – Innspill ekstern høring – Oppfølging etter rusmiddeoverdose».

Høringsinstans:

Navn:	<i>Guttorm Brattebø / Kristine Dreyer</i>
Epost	<i>post@kokom.no</i>
Instans	<i>Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom)</i>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
Generelle kommentarer	KoKom er ikke på listen over høringsinstanser – Vi tillater oss og ønsker likevel å kommentere på denne.
Plassering i Pakkeforløp rusbehandling (TSB) <ul style="list-style-type: none"> • Alternativ 1: Nytt kapittel 1 • Alternativ 2: Nytt kapittel 4 	
Anbefaling om fritak til krav om egenandel, se eget punkt under Aktiviteter og tiltak fra tjenesteytere, Systemnivå: <ul style="list-style-type: none"> • Det bør vurderes fritak til krav om egenandel i oppfølgingen etter overdose. Erfaringsmessig har mange pasienter med rusmiddelproblemer også økonomiske vansker, og takker nei til videre behandling hvis det innebærer egenandel. Da en overdose både er akutt 	Støttes. Bør presiseres tydelig om taksting for primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at dette gjøres likt og korrekt. For eksempel at «Annet» skal brukes på regningskortet i primærhelsetjenesten.

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
<p>alvorlig og ofte et symptom på forverring av en kronisk tilstand, er det viktig at ikke økonomiske hindringer står i veien for videre behandling og hjelp.</p>	
<p>Koordinatorrollen, se eget punkt under Aktiviteter og tiltak fra tjenesteytere, Systemnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledelsen i helseforetaket har ansvar for å koordinere dette pakkeforløpskapitlet i sin organisasjon. Samarbeid mellom klinikker internt i foretaket vil måtte styrkes. Dette er et lederansvar på høyeste nivå. Forløpskoordinatorrollen i dette kapitlet er derfor på systemnivå, og ikke på individnivå. Funksjonen må legges på høyeste nivå for å sikre kontinuitet i forløpet. 	<p>«Alle helseforetak må sikre et forsvarlig akutttilbud til alle pasienter. Det gjelder også for pasienter etter overdose og inkluderer akuttintervensjon i TSB. Dette krever tilgjengelig lege på vakt døgntilgjengelig i TSB i alle helseforetak, slik at annet helsepersonell kan konferere.»</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ « sørge for at informasjon om telefonnummer til vakthavende lege i TSB er tilgjengelig både internt i spesialisthelsetjenesten og for kommuner, deriblant legevakt og ambulanse» <p>Kommentar: En stor utfordring for nødmeldetjenesten er tilgang til ansvarlig psykiater/lege i psykiatrien som kan ta et definert hovedansvar for pasienter som sliter med rus og ofte samtidig psykiatri på kveld/natt/helg når de fleste henvendelsene og største utfordringene forekommer. Å henvise til legevakt-lege som kanskje mangler kompetanse og er travelt opptatt med andre oppgaver er ikke optimalt i situasjoner som krever rask handling. Et direkte telefonnummer til ansvarlig lege ang. både rus og psykiatri er sterkt ønskelig for både AMK og legevaktsentraler.</p>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
<p>Koding etter rusmiddeloverdose:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det innføres ingen nye koder og kodeansvarlige gjennom dette kapitlet. Pakkeforløpskoordinator på systemnivå har likevel et ansvar for at denne delen av pakkeforløpet blir evaluert , og at utviklingen blant annet monitoreres i forhold til tilgjengelig overdosestatistikk. 	
<p>Bakgrunn og definisjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innledning • Organisering av helsehjelpen • Definisjon av overdose • Målgruppe 	
<p>Start pakkeforløp rusmiddeloverdose</p>	<p>«Pakkeforløp for oppfølging etter rusmiddeloverdose starter når en person har hatt en overdose og livreddende behandling er satt i gang.»</p> <p>Kommentar: Mange pasienter har tatt en alvorlig overdose uten at livreddende behandling er satt i gang, f.eks. ved fare for alvorlige bivirkninger som ikke forekommer. Bør ikke disse også inkluderes?</p>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
<p>Taushetsplikt og samtykke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taushetsplikt og rett til å gi helseopplysninger videre • Informasjonsdeling i øyeblikkelig hjelp-situasjon • Informasjonsdeling utover øyeblikkelig hjelp • Opplysningsplikt • Tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10 	
<p>Aktiviteter og tiltak for tjenesteytere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systemnivå • Prehospitale akuttjenester • Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste • Tverrfaglig spesialisert rusbehandling • Kommunale tiltak 	<p>1.1., «Prehospitale tjenester»:</p> <p>I ingressen står det: «Fra ambulansen gjøres det en hovedtriagering til legevakt eller sykehus.»</p> <p>Kommentar: Bør endres til: «Fra ambulansen, eller legevaktslege som har rykket ut på oppdraget, gjøres det en hovedtriagering til legevakt eller sykehus.»</p> <p>Punkt 1. «Medisinsk nødnummer 113 og legevaktsentralen 116 117 mottar den første henvendelsen om mulig overdose. De må være kjent med overdosetiltak, eksempelvis nalokson nesespray, og de må kunne veilede hvordan den brukes i akutte situasjoner».</p> <p>Kommentar: Dette er nyttig, og viktig at AMK operatørene har kunnskap og innsikt om for eksempel nalokson spray, men også tydeliggjøre andre overdosetiltak som er aktuelle. En utfordring er hvis innringer nekter å oppgi adresse, men kun ønsker veiledning pr telefon. Eller ikke ønsker at ambulanse skal sendes. I</p>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
	<p>disse tilfellene vil Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (NIMN) gi ett handlingsmønster som sier at de skal kontaktes legevaktsentral /legevaktslege for konferering om forsvarligheten rundt og om det evt. skal være grunnlag for å oppsøke pasient selv om pasienter motsetter seg det (jmfør §7 Helsepersonelloven). I disse tilfellene så bør det kanskje tydeliggjøres at AMK operatør kan forsøke å innhente samtykke til at informasjon deles til TSB/Overdosesteam for oppfølging. I disse tilfellene bør det tydeliggjøres ift hvem som har ansvaret for denne informasjonsflyten, da henholdsvis legevaktslege eller AMK sentral. Nytt IKT system i AMK bør understøtte muligheten for elektronisk melding til TSB eller annen relevant mottaker av denne typen informasjon.</p> <p>Punkt 2. «Før pasienter kan ferdigbehandles av prehospitalt personell, må AMK kontaktes for å få informasjon fra lokalt Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) og kjernejournal/kriseplan. Opplysninger derfra, som identifisering av repeterte overdoser, kan være avgjørende for videre undersøkelse, behandling og informasjonsflyt også i akuttsituasjonen (se kriseplan/kjernejournal)».</p> <p>Kommentar: Her bør system for tilbakemelding fra ambulanse om gitt nalokson gis til lokal AMK, flere steder har ikke ambulansen elektronisk journal, og muligheten for å identifisere gjentakende overdoser med behov for nalokson, så er det viktig at AMIS faktisk inneholder denne informasjon. Og at det er system for at denne informasjonen tilkommer AMK. Nytt IKT system og elektronisk journal i ambulanse må muliggjøre at AMK operatør/ ambulanse har mulighet å identifisere repeterende overdose (samt andre repeterende kontakter som kan være forbundet med forhøyet risiko for dødsfall, som repeterende fall, selvmordsforsøk, delir osv.) En annen utfordring er at legevakter/legevaktsentraler ikke bruker samme system, og AMK har ikke innsyn om repeterende kontakt der.</p> <p>Informasjon funnet i kjernejournal har fordelen ved at denne informasjon går på kryss av foretaksgrenser, og er tilgjengelig uansett hvilken del av landet pasient oppholder seg. I tillegg at informasjonen legges under kritisk informasjon, da det er dette som tilkommer ambulansen i større grad.</p>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
	<p>Videre for punkt 2 hvor det står det at AMK kontaktes for oppslag i AMIS om tidligere overdoser (og det er OK), men i tillegg står det at AMK kontaktes for opplysninger fra Kjernejournal.</p> <p>Kommentar: Foreslår å flytte det til pkt. 1, under forutsetning (som bør presiseres tydelig) av at informasjon om TFB og ev. behandling/annet står under «Kritisk info» i Kjernejournal. Dette for at KJ-symbolet i AMIS skal lyse rødt, som gjør at AMK-operatøren sjekker informasjonen. Dette er trolig en sikrere måte å sørge for at KJ-info tilflyter ambulansepersoneell, altså slik at informasjonen fra «Kritisk info» i KJ kommer ut i ambulansen allerede når oppdraget initieres. Denne metoden vil, antageligvis i alle AMKer, være mer slik det gjøres i dag, og et fungerende system kan med fordel beholdes.</p> <p>Under pkt. 4 står det: «Ambulansepersoneell må ha mulighet for direkte kontakt med vakthavende lege i TSB i sitt helseforetak for å vurdere om undersøkelse og eventuell behandling i rusakuttmottak/TSB er nødvendig. Konferering mellom ambulansepersoneell og vakthavende lege er ikke avhengig av samtykke (se Taushetsplikt og samtykke).»</p> <p>Kommentar: Foreslår å legge til «legevakslelege som har rykket ut på oppdraget» etter hver gang det står ambulansepersoneell (for eksempel: «Ambulansepersoneell/legevakslelege som har rykket ut på oppdraget må ha mulighet...(...)). Det er ofte en LV-legge tilstede (jf. Akuttmedisinforskriften som plikter AMK å varsle LVS ved akuttoppdrag), og da er det hun/han som har det medisinske ansvaret og ansvaret for å ivareta det som omtales her.</p> <p>Under pkt. 6 står det om ambulansepersoneells mulighet/plikt til å sende melding om overdose til relevant personeell. Det står at pasienten skal spørres og kan nekte at slik melding sendes, men at amb.personeell da må vurdere om de allikevel skal sende melding.</p> <p>Kommentar: Så vidt vi forstår hjemles det med §7 i Hpl, men lurer da på om det virkelig er slik at man kan hjemle en slik melding i §7, selv om det skulle være høy fare for gjentatt overdose? Det står tidligere i</p>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
	<p>høringsutkastet at man med «øyeblikkelig hjelp» skal forstå umiddelbart, ikke om noen timer. Så; er det korrekt å hjemle melding om overdose til relevant personell mot pasientens vilje med §7, eller gjelder egentlig vanlig henvisningspraksis og samtykke?</p> <p>Primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste:</p> <p>-I avsnitt 4 står det «Behandlingsansvarlig må sørge for å koble inn andre deler av helsetjenesten. Dette må gjøres for å sikre oppfølging etter overdosen, begrense skade og forebygge nye overdoser. Behandlingsansvarlig må vurdere om henvisning til kommunal forløpskoordinator, TSB eller annet er nødvendig.»</p> <p>Kommentar: Dette må presiseres, jfr. tidligere kommentar om juridisk grunnlag for å informere annet personell (kommune, TSB etc.) om overdose i de tilfellene pasienten ikke ønsker at det meldes videre. Slik det står nå, fremstår det som om slik melding bare skal gjøres uten videre juridisk grunnlag (litt motstridende til hva som er nevnt tidligere). Dette er en meget aktuell problemstilling, da ikke alle rusmisbrukere ønsker slik informasjonsflyt videre i tjenestene. Og; dersom pasienten er sløv etter oppvekking, og lite adekvat i samtale og dermed kanskje ikke samtykkekompetent(?), er det da OK å melde videre, kun basert på manglende samtykkekompetanse, i så fall hvilket grunnlag? Det vil kunne bli en enkel utvei for personell ute, da det ofte er tilfellet at pasienten fortsatt er påvirket av sin rus og lite sammenhengende i talen. Eller kanskje ikke interessert i å prate i det hele tatt, men forlater stedet i sinne...?!</p> <p>Kommunale tiltak:</p> <p>I avsnitt 1 står det: «Når det er behov for kommunale tjenester, har spesialisthelsetjenesten dessuten plikt til å informere kommunen (jf. helsepersonelloven § 32).»</p>

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
	<p>Kommentar: Det som står i §32 er: «(...)skal av eget tiltak gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.»</p> <p>Altså står det at ikke at spesialisthelsetjenesten har plikt til å informere kommunen, slik det står i avsnitt 1 nå, men det står i §32 at informasjon gis til kommunen etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt det er mulig å gi informasjonen uten hinder av §21. Så vidt vi kan se, mangler det da en hjemmel for å kunne skrive det slik det står i avsnitt 1 nå, og dette bør vurderes endret. Det som står videre i §32 omhandler gravide og er en annen sak.</p>
<p>Bruker- og pårørendemedvirkning ved rusmiddeloverdose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtale for å forebygge overdose • Kriseplan • Kjernejournal • Pårørende 	
<p>Oppfølging utover den øyeblikkelige hjelpen ved rusmiddeloverdose</p>	

Innhold i pakkeforløpskapitlet:	Høringsinstans sine kommentarer:
Koding etter rusmiddeloverdose	