Region Västernorrland

Tjänsteställe, handläggare

Datum 2026-02-16 **Dnr** **Sida** 1(6)

Distribution

PM: Redovisning av förslag till medicinsk selektering inom internmedicin

Projektgruppen har bestått av Matilde Hellberg, Fredrik Andersson, Måns Belfrage, Henrik Hammarström, Henrik Kjellberg. Arbetsgruppen har utgjorts av berörda medicinskt ledningsansvariga (MLA) inom medicin, stroke och neurologi, akutsjukvård och kardiologi vid sjukhusen i Sollefteå, Örnsköldsvik och Sundsvall. I arbetsgruppen ingick också medicinsk rådgivare (MR) inom allmänmedicin (närsjukvårdsområde väster), MLA från IVA-verksamheten (länsövergripande) och ambulanssjukvården deltagit.

Uppdraget inleddes i mitten av november med resonemang kring ett antal grundläggande frågeställningar gällande förmåga, kompetens och riskhantering på berörda verksamheter vid sjukhuset i Sollefteå. Inledningsvis berördes olika grundalternativ till selektering, liksom genomförd omvärldsbevakning kring andra liknande vårdverksamheter.

MLA-gruppen enades då också om några gemensamma utgångspunkter för det fortsatta arbetet:

- När IVA avvecklas kommer sjukhuset sakna möjligheten att eskalera till högre vårdnivå lokalt.
- Möjligheten till kontinuerlig övervakning av patienter på vårdavdelningen kommer vara begränsade, t.ex. ej tillgång till telemetri. Vårdavdelningen kan inte heller erbjuda CPAP eller högflödesgrimma.
- Läkarkompetens på plats under jourtid kommer delar av dygnet vara AT/BT (med stöd av allmänläkare på plats) samt med bakjour i hemmet.

I detta tidiga skede av arbetet fördes relativt samstämmiga resonemang om att maximal patientsäkerhet (inom internmedicin) vid sjukhuset i Sollefteå i princip bara kan uppnås med patienter med beslutade behandlingsbegränsningar, palliativa patienter och olika eftervårdpatienter. Gruppen enades om ett slutgiltigt förslag ändå bör ha ambitionen att den tänkta vårdavdelningens tolv vårdplatser ska kunna användas optimalt. Med andra ord: vårduppdraget bör omfatta fler patientkategorier än patienter med behandlingsbegränsningar, palliativa patienter och med olika eftervårdsbehov.

Postadress 871 85 Härnösand

Besöksadress Storgatan 1 Härnösand

Telefon 0611-800 00

E-post region.vasternorrland@rvn.se

För alla patienter gäller också att beslut ska individualiseras, utifrån sammantagen klinisk läkarbedömning. I slutredovisningarna betonas att RETTS, NEWS, ESS och CFS är viktiga stödverktyg – men dessa kan inte ensamma avgöra vårdnivå. Klinisk helhetsbedömning av läkare är avgörande och behöver kombineras med förekommande stödverktyg. Arbetsgruppen har också fört vissa resonemang kring kompetenskraven på de allmänläkare som kommer att tjänstgöra i det akuta omhändertagandet vid sjukhuset i Sollefteå. Dessa frågeställningar ligger delvis utanför uppdragsdirektiven men det är, trots allt, ett faktum att tydliggörandet av kompetenskrav är motiverat ur patientsäkerhetssynpunkt. Här bedömer gruppen att en kravbild bör ställas upp. Det behöver exempelvis vara ett krav att ha en vana att bedöma akuta patienter som söker till primärvårdsjouren och behärska A-HLR. Ett specifikt krav är även förmåga av att bedöma barnpatienter och de bör även behärska initial pediatrisk A-HLR.

Det får vidare betecknas som ett kompetenskrav att allmänläkarna i mesta möjliga mån har vana av att kunna reponera enkla frakturer under användning av basal smärtlindring, t.ex. handledsfrakturer och handläggning av akuta näsblödningar. Det är även önskvärt att egen och inhyrd personal har vana att kunna hantera patientlogistik i glesbygdsmiljö. Kravbilden kan även innehålla självständig handläggning av Chirurgia minor, KAD-lära och initial smärtstillning och sedering av barn.

Tidigt i processen beslutades även att arbeta vidare inom ramen för två huvudsakliga arbetsgrupper med utsedda sammankallande. Gruppindelningen baserades på följande områden:

1. Cirkulationsorganens sjukdomar
2. Infektionssjukdomar

Uppdraget för de båda grupperna var att göra mer detaljerade bedömningar kring vilka patienter som kan läggas in på vårdavdelningen i Sollefteå och vilka patientgrupper som prehospitalt (i ambulans) direkt ska dirigeras vidare till annat sjukhus. Följande möten – under januari – redovisades framtagna underlag som prövades i gemensam diskussion.

Slutresultatet utgörs av de två huvuddokument som återfinns som bilagor till denna PM (Tema cirkulationsorganens sjukdomar respektive Tema infektionssjukdomar).
Det är relativt utförliga bedömningar och detaljutläggningar som redovisas i de båda redovisningarna. Underlagen låter sig mot denna bakgrund inte sammanfattas i korthet. Men en central slutsats är att för samtliga patienter som söker direkt på akuten behöver akuta stabiliserande åtgärder påbörjas utan dröjsmål, parallellt med diagnostik.
Övriga grundläggande slutsatser – fördelade inom respektive område – är följande:

Tema cirkulationsorganens sjukdomar

- I normalfallet ska Röda och Orange patienter (enligt RETTS) utan behandlingsbegränsningar dirigeras vidare till annat sjukhus.
- Patienter med hög risk för att försämras, potentiellt IVA eller övervakningsbehov i ischemi/telemetriövervakning ska i normalfallet prehospitalt dirigeras till annat sjukhus.
- Utifrån RETTS och ESS så kan man utifrån ” cirkulation”, ESS 20-29 och 1-10 och triagerade röda och orange i normalfallet dirigera dessa prehospitalt vidare till annat sjukhus.
- Behandlingsbegränsningar är en centralfaktor i vårdnivåbedömningen och i den medicinska selekteringen av vilka patienter som kan fortsätta vårdas i Sollefteå. CFS (Clinical Frailty Scale) är här ett applicerbart stödverktyg (detaljer utvecklas närmare i slutredovisningen)

En sammanfattande rekommendation är vidare att ambulansen ska ta kontakt med medicinbakjouren i Sollefteå vid uppdrag som gäller patienter som bor på särskilt boende eller har hemsjukvård (dvs. innan eventuell prehospital vidaredirigering). Detta gäller även i de fall där ambulanspersonalen bedömer att det kan finnas oklarheter av patienter som hämtas i hemmet som kan vara aktuella för högre vårdnivå.

Tema infektionssjukdomar

Rekommendationerna för omhändertagande av patienter med infektionssymtom vid sjukhuset i Sollefteå är:

- Patienter med röd eller orange RETTS, klinisk instabilitet eller hög risk för snabb försämring ska i typfallet styras till sjukhus med IVA-beredskap. Undantag gäller för patienter med dokumenterade beslut om behandlingsbegränsningar eller där intensivvård inte bedöms gagna patienten
- Kliniskt stabila patienter med beskedliga laboratoriefynd bedöms kunna vårdas lokalt på Sollefteå sjukhus.
- Tydliga och gemensamma rutiner för prehospital styrning, handläggning av patienter som söker i luckan samt vårdnivåbedömning efter klinisk bedömning är avgörande för en säker och ändamålsenlig vård.

Stroke/neurologi

Rekommendationerna vid misstänkt eller fastställt slaganfall är följande:

- Grundförutsättningen är att slutenvård av patienter bedrivs vid sjukhuset i Sundsvall. Undantag från denna regel kan göras om patienter i ambulans snabbare kan nå sjukhuset i Örnsköldsvik (då bedrivs slutenvården där i stället).

- Akut reperfusionsbehandling med övervakning måste kunna ges vid det sjukhus som först tar emot patienter med misstänkt slaganfall.
- Personalen på akutmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå behöver kunna bereda och administrera behandlingen samt övervaka patienterna fram till vidare transport. Dessa förändrade krav medför utbildningsbehov.
- Vid behov, och inför beslut om reperfusionsbehandling, bör strokejouren i Sundsvall kontaktas för diskussion och stöd.

Den prehospitala handläggningen rekommenderas utgå från att:

- Patient som är ABC-påverkad och/eller medvetandesänkt transporteras till närmaste sjukhus med IVA-kapacitet.
- Patient som riskerar att inte kunna undersökas adekvat utan narkosstöd transporteras till närmaste sjukhus med IVA-kapacitet.
- Ambulans transporterar övriga patienter med misstänkt slaganfall, som inte omfattas av punkt 1 eller 2, till det sjukhus som kan nås snabbast.

Vid krampanfall lämnas följande rekommendationer:

- Patienter som haft krampanfall bör som huvudregel inte transporteras till akutmottagningen vid sjukhuset Sollefteå.
- Vissa undantag finns rörande patienter som, ur krampsynpunkt, inte bedöms behöva inläggning. Exempel är kända epileptiker som haft ett anfall av känd typ och där misstänkt bakomliggande orsak till ökad anfallsfrekvens behöver utredas, såsom infektion, metabol påverkan eller annan allmänpåverkan.

Diskussionerna har även lett fram till ett antal övergripande bedömningar som redovisas nedan:

- NEWS och ProACT ska utgöra grunden för övervakning och bedömning vid försämring hos patienter på sjukhuset i Sollefteå. Det krävs lokalt anpassade rutiner som tar hänsyn till avsaknad av IVA/IMA och som tydliggör monitorering, eskalering och ansvar. Dessa bör tas fram i nästa steg av planeringen.

- Ur ett internmedicinskt perspektiv har en allmänläkarjour ingen specifik uppgift, men MLA-gruppen noterar att en sådan hjälper verksamheten uppfylla det krav som finns på akutmottagningen angående stöd ”på plats” till AT/BT.

- Beträffande intoxikationer omfattar detta diagnosområde uppskattningsvis ett femtiotal patienter per år vid sjukhuset i Sollefteå (vilka vårdats på IVA och IMA). Gruppen är enig om att det ur patientsäkerhetssynpunkt är mest ändamålsenligt att lindriga och måttliga alkoholintoxikationer fortsatt kan vårdas vid sjukhuset i Sollefteå oavsett hur patienterna kommer till sjukhuset. Svåra och mycket svåra alkoholintoxikationer bör transporteras till annat sjukhus. Vad

gäller tablettintoxikationer, blandintoxikationer och oklara intoxikationer bör även dessa vårdas på annat sjukhus, majoriteten av dessa patienter har en risk för snabb försämring och behöver tillgång till övervakningsnivå som inte kommer att finnas vid sjukhuset i Sollefteå.

- Det finns anledning att precisera mandat och ansvar när det gäller beslut att skicka vidare patienter. Utgångspunkten är att den läkare i Sollefteå som ser patienten först kontaktar bakjour i Sollefteå och därefter har mandatet att skicka vidare till annat sjukhus. Det är riskabelt att ha en annan ordning när vissa resurser som IVA saknas på plats. I praktiken krävs en tydlig rutin/riktlinje som klargör detta.

- Även om det inte ingår som en specifik frågeställning i gruppens patientsäkerhetsrelaterade direktiv – har frågan om patientvolymer ändå diskuterats. Det finns skäl att beräkna förändringar i patientvolymer, inte minst för den händelse att dessa skiljer sig åt, jämfört med tidigare beräkningar. Detta gäller som en naturlig del i arbetet med att förbereda ambulanssjukvårdens anpassning. Men gruppen har även i detta sammanhang berört frågan om vilken arbetsbelastning som kommer att bli konsekvensen för de specialister i allmänmedicin som kommer tjänstgöra på akutmottagningen. Bedömningen är att det kan finnas risk för hög arbetsbelastning dag- och kvällstid vilket kan ge patientsäkerhetsmässiga konsekvenser och därmed eventuellt fortsatta analysbehov i planeringsfas.

- Vissa vårdprocessfrågor berördes också i gruppens arbete. Dit hör frågan om det är värt att titta närmare på om välkända kroniker kan ges särskild väg in till vård på sjukhus (som ett led i utvecklingen av god och nära vård). Svårigheter råder dock med anledning av bristen på allmänläkare – men frågan avfärdades inte (och kan behöva övervägas närmare i den fortsatta genomförandeprocessen). Detsamma gäller rutinbetonade och väl fungerande arbetssätt kring så kallade direktinläggningar – vilket även det blir en fråga att överväga närmare på verksamhetsnivå.

- Slutligen har arbetsgruppen diskuterat möjligheter och begränsningar när det gäller en utökad eftervård på den internmedicinska vårdavdelningen vid sjukhuset i Sollefteå. Redan idag vårdas patienter på vårdavdelningen som exempelvis genomgått ingrepp vid NUS eller handlagts inom länsverksamhet kirurgi vid regionens två andra sjukhus. Det är sannolikt att antalet möjliga eftervårdstillfällen kommer att öka. Gruppen har närmare berört frågeställningen bland annat i samband med PCI-behandlingar och för patienter med längre vårdtider (och behov av vårdplanering). Eventuella beslut om överföring av patienter måste i alla händelser diskuteras mellan berörda bakjourer, varefter medicinbakjouren vid sjukhuset i Sollefteå gör en slutlig bedömning om kompetens finns för att ta hand om den enskilda patienten. Gruppen

rekommenderar att den samlade frågeställningen analyseras närmare framöver, bland annat med hänsyn till vilken faktisk kapacitet som vårdavdelningen kommer att ha när det gäller disponibla vårdplatser efter genomförda strukturförändringar.

BILAGOR:
PM: Tema cirkulation
PM: Tema infektion
PM: Slaganfall och kramper
PM: Omhändertagande och övervakning av inneliggande patienter på sjukhuset i Sollefteå