

Framtidens sjukhusvård – rapportering av uppdrag

Ärendebeskrivning

På hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde 2024-12-18 fick hälso- och sjukvårdsdirektören nedanstående uppdrag:

- att återkomma med en analys som beskriver förutsättningarna att bedriva olika typer av vård på respektive sjukhus beroende på vilken intensivvård vi kan tillgodose. Återrapport ska ske 2025-02-24.
- att säkerställa att inkludera medarbetarna som berörs av utredningarnas innehåll i en representativ dialog.

Beredning

I beredningen av ärendet har sjukhusvårdens ledning, chefläkare samt chefer och medarbetare från anestesikliniken, ambulansverksamheten, medicinkliniken, kirurgkliniken, ortopedkliniken, öron- näsa- halskliniken och akutkliniken deltagit. Stöd har även funnits från planering och utredning. Gruppen har träffats två gånger digitalt och arbete har däremellan skett inom respektive verksamhet.

Analysen har utgått från en matris där sex frågor har besvarats utifrån fyra alternativa scenarier. Det har även varit möjligt att lämna in andra synpunkter och kompletteringar som inte utgår ifrån matrisen.

De fyra scenarierna:

- Scenario A: IVAs uppdrag på LL består av 2 vårdplatser, pre-/ post OP verksamhet + konsultativ verksamhet. (IVA-platser som innan 17 dec. 2024)
- Scenario B: IVAs uppdrag på LL av pre-/ post OP verksamhet + konsultativ verksamhet. (Stabiliseringsplats¹)
- Scenario C: Anestesiklinikens uppdrag på LL består av pre-/ post OP verksamhet. (Enbart postoperativa platser)
- Scenario D: IVAs uppdrag på LL består av pre-/ post OP verksamhet samt en ny vårdnivå motsvarande intermediärvårdsnivå.² (IMA – intermediärvårdsplatser)

¹ Med stabilisering menas i denna analys det som framgår av nuvarande gällande patientstyrningsrutin Larmpatienter ambulansverksamheten.

² Det finns flera definitioner av intermediärvård. Här menas högre vårdnivå än vanlig vårdavdelningsnivå, men möjlighet till utökad övervakning och kontroll av vitala funktioner samt definierade behandlingsinsatser (vilka får definieras i ett senare skede) som vanligen inte görs på vanlig vårdavdelning. Insatserna ska kunna utsträckas i tid bortom de fåtal timmar som en stabiliseringsplats avser och kunna ta emot patienter från alla kliniker. Platserna bör på lång sikt inte vara beroende av tillgång till sköterskor med specialistkompetens (inom IVA och narkos) utan ska kunna bemannas av allmänsköterskor.

Frågor:

1. Hur kommer omhändertagandet av inkommande patienter påverkas om det inte finns IVA-platser på Ljungby lasarett?
2. Hur påverkas flödet av patienter som söker själva och har behov av IVA-vård?
3. Hur hanterar vi larmpatienter för föregående två punkter?
4. Hur säkerställer vi att vi för ineliggande patienter i Ljungby upprätthåller säkerheten vid försämrat tillstånd? Avser bedömning, beslut om åtgärd och tid till högre vårdnivå om sådan är befogad.
5. Har vi behov av en ny vårdnivå i Ljungby? Vad innebär den? Intermediärvård eller ska vi använda postoperativa platser till detta?
6. Hur påverkas behov av transporter av patienterna mellan våra sjukhus eller till annan region?

Sammanfattning av inkomna svar och synpunkter

Scenario A (IVA-platser som innan 17 dec. 2024)

Scenario A innebär ingen förändring jämfört med innan IVA-platserna fick stänga den 17 december 2024. Det leder därmed inte till någon förändring i vilken vård som kan bedrivas.

Scenario B (Stabiliseringsplats)

Scenario B innebär en viss begränsning i vilka patienter som kan opereras på Ljungby lasarett.

Då nuvarande elektiva operationer som genomförs på Ljungby lasarett inte rutinmässigt leder till behov av intensivvård så behövs ingen ytterligare begränsning gällande typ av elektiva ingrepp. Däremot behövs en begränsning i urvalet av patienter. Patienter som är svårt sjuka redan innan operationen bör inte opereras på Ljungby lasarett. Inte heller bör operationer som innebär en ökad risk för behov av intensivvård postoperativt genomföras (GI-blödningar och akuta bukoperationer med sepsis). Detsamma gäller för operationer med ökat behov av förlängd postoperativ vård (sköra patienter som genomgår större operationer eller patienter där man förväntar sig svåra postoperativa smärtor). Det behöver då även begränsas vilka patienter som kommer in på akuten på samma sätt som det fungerar nu då svårare sjuka patienter körs direkt till Centrallasarettet i Växjö eller annat akutsjukhus. Nuvarande rutin för detta uppges fungera väl.

Scenario B innebär även att det behöver finnas möjlighet för narkosläkare på Ljungby lasarett att (på dagtid) medverka till transport av stabiliserad patient.

Kliniker på Centrallasarettet i Växjö kommer påverkas av detta scenario då en ökad andel sjukare patienter kommer opereras och tas om hand i Växjö – såväl elektivt som akut. Det innebär även ett ökat behov av att narkosläkare från Växjö att medverka till hämtning av stabiliserad patient på Ljungby lasarett.

För medicinkliniken i Ljungby innebär scenario B patienter som riskerar att försämrats kan vårdas om det finns konsultativ verksamhet (MIG-team³). För instabila patienter som riskerar att snabbt försämrats och bli i så dåligt skick att de inte klarar/gynnas av transport bör behov av transport värderas tidigt i förloppet.

Scenario C (Enbart postoperativa platser)

Scenario C innebär en stor begränsning då akuta operationer kommer begränsas kraftigt vilket gör att akutmottagningen inte kommer kunna ta emot kirurgiska patienter. Akutmottagningen för medicinska patienter kommer behöva begränsas alternativt stängas. Det är inte möjligt att ha ett fullvärdigt traumateam då IVA-ssk eller motsvarande resurs saknas. Anestesikliniken konsultativa uppdrag på Ljungby lasarett kommer försämrats eller helt försvinna. Medicinkliniken kommer inte kunna ta emot instabila patienter i Ljungby. HIA kommer inte heller kunna finnas kvar på Ljungby lasarett i detta scenario.

För elektiva operationer blir begränsningen samma som för scenario B. Detsamma gällande utrymme för narkosläkare att medverka vid transporter av stabiliserade patienter. Behov av transporter mellan sjukhusen anges även behöva öka överlag – även för patienter som inte vid transporten har behov av narkosläkare närvarande. Påverkan på anestesikliniken i Växjö blir också liknande som för scenario B. För kirurgkliniken, akutmottagningen och medicinkliniken i Växjö så innebär scenario C en stor påverkan då hela det akuta flödet behöver flyttas till Växjö.

Det finns även en risk för att anställda kommer lämna anestesikliniken och Ljungby lasarett om detta scenario blir verklighet. Behovet av personal på enheten kommer även att se annorlunda jämfört med idag.

Scenario D (IMA – allmänna intermediärvårdsplatser)

Scenario D innebär som i scenario B en viss begränsning i vilka patienter som kan opereras elektivt i Ljungby, men begränsningen blir något mindre omfattande. För akuta operationer skulle scenario D innebära vissa begränsningar, men inte lika omfattande som för scenario B. Likt scenario B skulle akutmottagningen behöva begränsa vilka patienter som kommer in på akuten på samma sätt som görs idag då svårare sjuka körs direkt till Växjö eller annat akutsjukhus. Förutsättningar kommer inte heller finnas för att hantera nivå 1 larm. IMA-ssk kan ersätta IVA-ssk i traumateamet så ett visst traumamottagande kan ske vid scenario D. Hjärtstopp och Rädda hjärnan kommer kunna tas om hand på Ljungby lasarett.

Gällande transport så innebär scenario D att svårare sjuka (utifrån vissa kriterier som arbetas fram i senare skede) överförs från IMA i Ljungby till IVA i Växjö. För det behöver narkosläkare att vid behov (på dagtid) kunna medverka vid transport av stabiliserad patient.

³ MIG-team: Mobil intensivvårdsgrupp bestående av läkare och sjuksköterska med specialistkompetens som kan vara redo att bedöma och behandla patienter med sviktande vitala funktioner på plats.

För anestesi kliniken i Växjö blir innebörden av scenario D liknande som för scenario B. För medicinkliniken innebär scenario D att även patienter som riskerar att försämrats kan vårdas på Ljungby lasarett. Dock ej instabila patienter som snabbt riskerar att försämrats och inte klara/gynnas av transport. Tydliga riktlinjer för respektive vårdnivå samt att patienter transporteras i tid kommer vara av största vikt.

Övrigt

Scenario B-D innebär en minskning av antalet IVA-platser i länet (från 8 till 6 platser) med möjlighet att utöka om behov finns. Scenariot B-D förutsätter även att det alltid finns minst en narkosläkare och specialistutbildad anestesijukssköterska på Ljungby lasarett dygnet runt tillsammans med ytterligare personal. Vilken ytterligare personal detta är beror på scenario.

För scenario B-D gäller att så länge det finns anestesiläkare på plats dygnet runt kan konsultativ verksamhet gällande t.ex. MIG genomföras. De konsultativa uppdrag som IVA ssk tidigare genomfört självständigt kommer avdelningarna vid scenario B-D behöva ta över ansvaret för.

Analysen har gjorts med patientsäkerheten i åtanke. När val av väg framåt är gjort kommer en fördjupad riskanalys med arbete inriktat mot riskreducerande åtgärder som bl.a. innefattar arbete med medicinska riktlinjer och rutiner för att uppnå en god och säker vård utifrån det aktuella läget göras.

Sammanfattande slutsats

Verksamheterna för fram att om det framöver inte är möjligt att gå tillbaka till scenario A med IVA-platser på Ljungby lasarett (på samma sätt som innan den 17 december 2024) så skulle scenario D med intermediärvårdsplatser vara ett alternativ. Det är därmed något som verksamheten önskar ska utredas vidare. Den nackdel som förs fram gällande scenario D är risken att patienter behöver flyttas till en IVA-plats i ett sämre tillstånd än om de flyttats i ett tidigare skede.

Utöver att inrätta intermediärvårdsplatser på Ljungby lasarett så nämns även akutobsoptionsplatser enligt samma koncept som finns på AVA som ett alternativ. Dessa kan bemannas med allmän-ssk. Dessa platser behöver då kunna ta patienter från alla kliniker.

Ekonomiska effekter/konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser och effekter har inte varit en del av analysen i det här skedet.

Barnrättsperspektiv

Prövning av barnets bästa kommer göras när ärendet är uppe för beslut.

Ewa Ekman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Tjänsteskrivelse
Diariernr: 24HSN692
Handläggare: Lisa Öberg,
Datum: 2025-02-19

