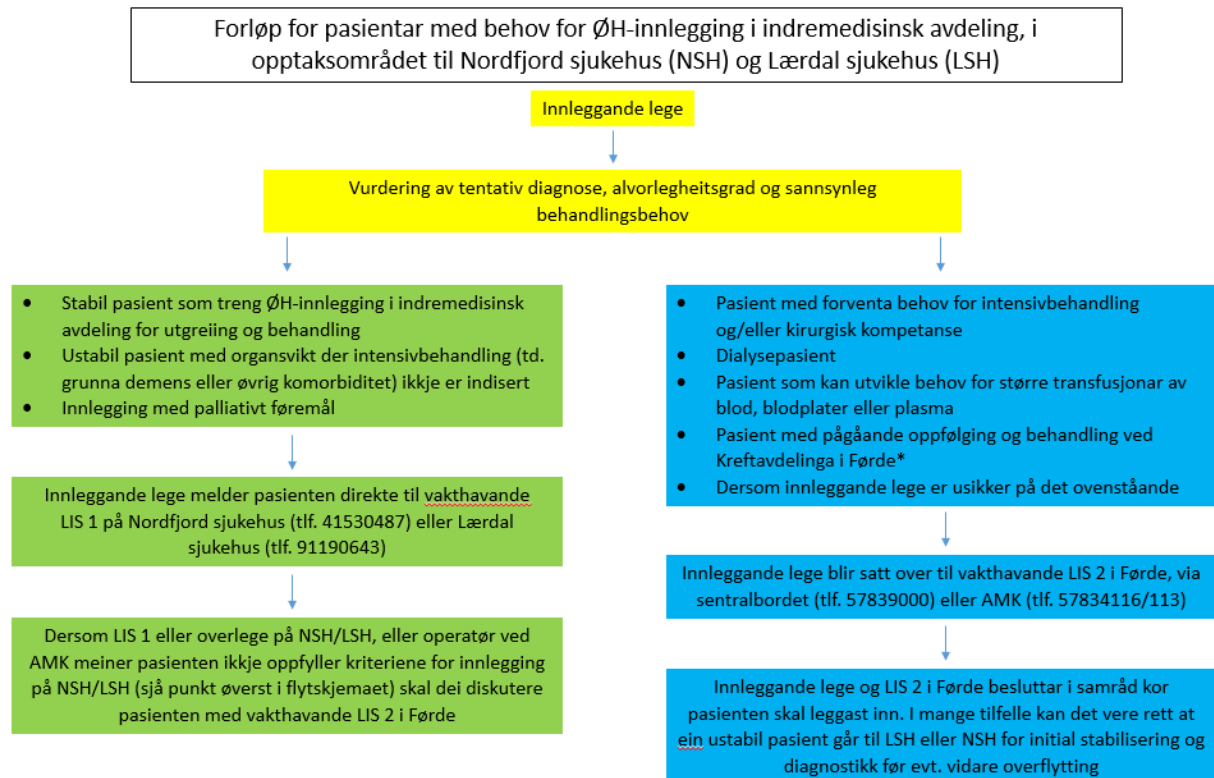
	ØH-innlegging av pasientar i indremedisinsk avdeling i Helse Førde, i opptaksområdet til Nordfjord sjukehus og Lærdal sjukehus		Dokument-id: D17009		
			Prosedyre		
Drift Kliniske funksjonar - Driftsrutinar Heildøgn	Utarbeidd av Øyvind Elvetun, Sofie Hagen	Godkjent av Haugland, Laila	Versjon 4.01	Gyldig frå 11.09.2023	Rev. innan 11.09.2025
			EK-ansvarleg Haugland, Laila		

1 Føremål og omfang

Sikre hensiktsmessig og trygg prehospital seleksjon av indremedisinske ØH-pasientar til rett behandlingnivå ut frå tentativ diagnose, klinisk status, forventa behandlingsbehov og totalsituasjon.



* Disse pasientane skal kl. 08 – 19 på kvardagar og kl. 09 – 14 laurdag og søndag konfererast med LIS 2 ved Kreftavdelinga på FSS, for å beslutte kor dei skal leggst inn. Elles skal det konfererast med LIS 2 ved medisinsk avdeling FSS.

2 Organisering

Medisinsk avdeling har indremedisinske seksjonar med ØH-funksjon ved Lærdal sjukehus (LSH), Nordfjord sjukehus (NSH) og Førde Sentralsjukehus (FSS). Lokalsjukehusa (NSH og LSH) har døgnbemanning med LIS 1, indremedisinsk overlege og anestesilege, og skal kunne stabilisere og initialbehandle alvorleg sjuke indremedisinske pasientar. Lokalsjukehusa har ikkje intensiv- eller kirurgisk avdeling, og avgrensa blodbank-ressursar. Difor skal nokre pasientgrupper som hovudregel ikkje leggst inn på lokalsjukehusa, men transporterast til FSS. Dette inkluderer alvorleg sjuke pasientar med organsvikt og indikasjon for intensivbehandling, pasientar med pågåande GI-blødning og potensielt behov for større blodprodukt-transfusjonar, og pasientar med uavklarte diagnoser med sannsynleg behov for kirurgisk intervensjon.

Ustabile pasientar kan likevel ofte ha nytte av initialvurdering og stabilisering ved eit lokalsjukehus, spesielt med omsyn til geografiske og vèrmessige forhold. Det vil alltid vere ei individuell vurdering kva som er det optimale behandlingsforløpet for ustabile pasientar. Dette bør vurderast i samråd mellom innleggande lege, LIS 2 på medisinsk avdeling FSS og evt andre involverte legar/relevant personell ved FSS, lokalsjukehuset, AMK og ambulansenesta.

Flytskjemaet over skisserer kva pasientar som kan leggst direkte inn på NSH og LSH, og kva pasientar som skal konfererast med LIS 2 ved FSS for å vurdere om det er behov for transport til eit høgare behandlings-

nivå. Innleggande lege har hovudansvaret prehospitalt for å vurdere pasientens tentative diagnose, teikn til organsvikt og sannsynlege behandlingsbehov. Likevel har alle involverte i pasientforløpet (ambulanspersonell, AMK, LIS 1 og overlege ved lokalsjukehuset) eit sjølvstendig ansvar for å vurdere om pasienten oppfyller kriteriene for å leggast inn i eit lokalsjukehus. Ambulanspersonell som er hjå pasienten kan diskutere med AMK dersom ein ut frå klinisk status, geografi eller andre forhold vurderer at pasienten bør fraktast til eit anna sjukehus enn det som er planlagt. Ved tvil er det låg terskel for å konferere med LIS 2 ved FSS.

Sjukehusa i Helse Førde har alle plikt til å ta i mot og avklare pasientar som treng ØH-innlegging, uavhengig av kapasitet på sengepost. Dersom ein situasjon med betydeleg overbelegg og fare for uforsvarleg drift er i ferd med å oppstå, skal overlege ved lokalsjukehuset informere AMK og LIS 2 ved FSS. Ved slike situasjonar med høgt belegg på NSH/LSH bør pasientar frå randsona mellom lokalsjukehusa leggast inn på FSS. **Viser for øvrig til eigen prosedyre:**

[Handtering av situasjon der medisinske sengepostar i Helse Førde får for mange/for krevjande pasientar i forhold til kva medisinskfagleg leiar oppfatar som fagleg forsvarleg.](#)

Ein understreker at FSS ikkje er eit universitetssjukehus, og at pasientar med behov for t.d. thoraxkirurgisk eller invasiv-kardiologisk kompetanse skal til Haukeland Universitetssjukehus.

Pasientar med mistanke om akutt koronarsyndrom er omfatta av eigen prosedyre:

[Akutte koronarsuspekte brystmerter - flytskjema](#)

Slagpasientar som er aktuelle for trombolyse er omfatta av eigen prosedyre:

[Hjerneslag - Prehospital fase](#)

- **Ansvarsområde for vaktavande LIS 1 ved NSH og LSH:** LIS 1 ved lokalsjukehuset tek i mot informasjon frå innleggande lege, og sørger for registrering i journalsystem og varsling av sengepost. Innleggande lege sender ØH-tilvising med utfyllande informasjon. *Dersom LIS 1 er usikker på om ein meldt pasient bør leggast inn på lokalsjukehuset, eller treng eit høgare behandlingnivå, skal det vere låg terskel for å kontakte LIS 2 ved FSS for diskusjon.* Dersom pasienten blir oppfatta som stabil prehospitalt, treng ikkje LIS 1 på lokalsjukehuset varsle overlege i bakvakt før pasienten har kome til sjukehuset
- **Varsling av medisinsk akutt-team (MAT) ved lokalsjukehus:** Dersom ustabile pasientar blir meldt til eit lokalsjukehus for stabilisering er det ofte grunnlag for å kalle ut MAT til mottak av pasienten. Teamet inkluderer LIS 1, medisinsk overlege, anestesilege og ekstra sjukepleiar- og støtteressursar
 - *Dersom LIS 2 i Førde etter konferanse med innleggande lege besluttar at ein ustabil pasient skal leggast inn på eit lokalsjukehus for stabilisering, skal LIS 2 ta stilling til om MAT ved lokalsjukehuset skal kallast ut før pasienten kjem til sjukehuset.* LIS 2 skal isåfall varsle AMK om dette, som kallar ut MAT. Dette erstattar ikkje vidarekopling av telefon frå innleggande lege til LIS 1 ved lokalsjukehuset, for melding av pasienten
- **Triage:** Innmelding av pasient frå ambulans med SATS-triage kjem via nødnettet til sjukepleiar på sengepost ca. 15 minutt før ankomst. Dette kan gi nyttig informasjon om pasientens tilstand og kva

ressursar det kan vere behov for ved mottak av pasienten. Det skal gjennomførast ny triage etter NEWS av sjukepleiar ved mottak. Viser til **oversikt over høvesvis SATS- og NEWS-triage**:

- [Triage skjema for vaksne \(SATS\)](#)
- [NEWS lommekort](#)

- **Ved triage grøn eller gul, og NEWS ≤ 4:** LIS 1 tek i mot pasienten ved første moglegheit, og konfererer bakvakt etter at inkomstjournal er fullført, *eller tidlegare ved tvil om klinisk status/mistanke om alvorleg sjukdom*

- **Ved triage grøn eller gul, og/eller NEWS 5-6:** Sjukepleiar skal varsle LIS 1 om NEWS-triage, og LIS 1 skal sjå til pasienten innan 10 minutt. Dersom LIS 1 oppfattar pasienten som stabil, utan mistanke om alvorleg sjukdom (td. sepsis), kan LIS 1 fullføre inkomstjournalen og deretter konferere bakvakt. *Ved NEWS 5-6 skal LIS 1 ha låg terskel for å konferere bakvakt, ettersom nytilkomen NEWS ≥ 5 er ein sensitiv markør på sepsis, på lik linje med qSOFA.* Viser til eigen sepsisprosedyre: [Sjekkliste vakt LIS 1](#)

- **Ved triage orange eller raud, og/eller NEWS ≥ 7:** LIS 1 og bakvakt skal varslast før pasienten kjem til sjukehuset. Sjukepleiar varslar LIS 1. LIS 1 varslar bakvakt. LIS 1 og bakvakt vurderer utkalling av MAT, dersom dette ikkje allereie er gjort

3 Referansar

[KLIN-FAGP.05.01-19](#)

[KLIN-FAGP.05.01-30](#)

[DRFT-PRE.17.01-13](#)

[DRFT-KLIN.02.7.1-6](#)

[DRFT-KLIN.03.MED-6](#)

[NEWS lommekort](#)

[Sjekkliste vakt LIS 1](#)

[Hjerneslag - Prehospital fase](#)

[Triage skjema for vaksne \(SATS\)](#)

[Handtering av situasjon der medisinske sengepostar i Helse Førde får for mange/for krevjande pasientar i forhold til kva medisinskfagleg leiar oppfattar som fagleg forsvarleg](#)