

# RPO för NERVSYSTEMETS SJUKDOMAR för SÖDRA SJUKVÅRDSREGIONEN

## Minnesanteckningar 181106

Närvarande: Johanna Blom, Bo Norrving, Gisela Lilja, Jesper Petersson, Peter Thomasson, Håkan Johansson och Fredrik Schön

Förhinder: Christer Lindblad

### 1. Genomgång minnesanteckningar

Lades till handlingarna

### 2. DBS – regionalt projekt

Förslag att göra ett Ssjv-regionalt projekt av DBS uppföljning, Jesper och Ola har varit i kontakt med Margareta Albinsson. Förslag kommer att skrivas fram till styrgruppen.

FS rapporterade om en välfungerande uppföljning av DBS i Växjö med utbildad sjuksköterska. Har sannolikt även kapacitet att hjälpa till med uppföljningar från t ex Blekinge.

Det diskuterades att väntetiden för DBS åter ökat. JP berättade att det pågår ett arbete på SUS för att identifiera och åtgärda flaskhalsar. Bland annat kan begränsad åtkomst till bedömningsvecka vara ett skäl. Nya koncept med större andel poliklinisk bedömning diskuteras. Rekrytering av DBS-sköterska ska påbörjas.

### 3. Kunskapsstyrning i nationellt och regionalt perspektiv. Hur kan vi bidra? Vilket sätt bör vi arbeta på? Hur dockar vi in i befintliga arbetsgrupper/expertgrupper? Hur kan vi bidra till spridning och implementering av kunskapsstyrning?

Nuvarande format med RPO anses bra. Det är en utmaning/svårighet att docka in i huvudmannastrukturerna. Ett chefsråd kan vara en stödjande struktur. Man måste dock ta hänsyn till att det saknas renodlade neuro-chefer.

Det kommer att bildas ett NPO för rehabilitering. Eftersom neuro-rehabilitering är så pass nära kopplat till den övriga neurologiska vården föreslås att vi fortsatt bevakar rehab-frågor i vårt RPO.

JP beskriver kort processen med ordnat iförande i samverkan med NT-rådet. NPO har fått en roll i detta och det kommer att bli kontakter även med RPO för att förankra svar.

Stor uppgift att fortsätta stödja kvalitetsregisterarbetet. De administrativa systemen börjar kunna hantera mer komplex information. I Skåne och Västra Götaland kan man förhoppningsvis ha fungerande system inom ca två år.

NPO har inlett ett arbete med att stödja utveckling av de register som inte fungerar tillfredsställande idag. Fokus på att ha 5 – 10 variabler som enkelt kan matas in.

### 4. Strokebesök, Jesper rapporterar från strokebesök

JP, PT, FS och HJ rapporterade från strokebesöken. Tabellerna kompletterades med senaste status, se bifoagt. En rad förbättringar har genomförts. Utbildningar i simulatormiljö framhävs särskilt som värdefulla. Finns möjligheter att samverka regionalt men lokala utbildningar med simulering har ett mycket högt värde.

JP rapporterar från simuleringar som gjorts på Malmö Universitet: preliminära resultat visar på att primär transport till närmsta akutsjukhus medför en mycket liten fördröjning jämfört med direkttransport till central trombektomicentrum. Om detta stämmer är det uppenbart att man inte bör lägga tid på pre-hospital triagering av allvarlighetsgrad av strokesymtom. Det saknas därtill välfungerande skalor. Avgörande för patienten är en snabb transport till närmsta stroke-akutsjukhus. Door-to-needle time är centralt.

Helikopter är aktuellt för Blekinge. För Växjö gäller 2 timmars transport men tillgång till helikopter saknas i princip. För Halmstad är det ca en timmer transporttid och ingen vinst med helikopter.

JB och GL påpekade att det vore önskvärt att med samma systematik gå igenom rehabilitering på våra stroke-enheter i Södra sjvreg. De planerade triangelrevisionerna i Södra sjukvårdsregionen kommer igång 2019 och dessa kommer att ta upp rehabilitering. Särskilt intressant blir också hur man löser den strukturerade uppföljningen efter stroke. JP återkopplar denna fråga till triangelansvarig Fredrik Buchwald.

#### **5. Trombektomi: nya riktlinjer för att inte missa sena/wake up, alla inom 24 timmar, ska det skrivas in i riktlinjer**

Det pågår en HTA som förväntas bli klar i slutet av året. Internationellt arbetar ESO-ESMINT med riktlinjer. Viktigt att ha en god evidens innan beslut tas eftersom det handlar om stora förändringar för huvudmännen:

1. Prio 1 transport från hemmet till närmsta akutsjukhus även för wake-up och okänd insjuknandetid upp till 24 timmar
2. Förutom CT och CT angio kommer man att behöva genomföra CT-perfusion lokalt. Tolkning kan sannolikt centraliseras. Det finns mjukvara för automatiserad tolkning som dock är ganska dyr i inköp (RAPID).

#### **6. Hur kan vi hjälpas över gränserna inom regionen för att få till försörjning med neurologer?**

Viktigt att alla fortsatt satsar på ST-utbildning lokalt. Gemensamma ST-block är en möjlighet men sannolikt kommer ST-läkarna att vilja undvika pendling som blir aktuell under längre perioder. På regionklinik har man utbildat fler än för det egna behovet men dessa personer har ffa gått till andra sjukhus i RS. En del har också bytt specialitet: neurofys, radiologisk intervention.

Frågan om dubbelspecialisering invärtesmedicin/neurologi finns fortfarande men det blir generellt allt vanligare med enbart specialisering till neurolog.

Gemensamma möten/ronder/utbildningar utgör en bra grund för att behålla ett attraktivt ämne.

#### **7. Nästa möten:**

**23e januari 10-15 i Lund (OBS en onsdag)**

**10e april 10-15 i Lund (OBS en onsdag)**

**Vid pennan**

**Jesper Petersson**