

# **Pilotprojekt Intermediärvårdsavdelning (IMA) på IVA, SÄS**

Förändringar sedan föregående version  
Nytt dokument.

## **Sammanfattning**

Intermediärvårdsavdelning (IMA) finns i dag i många former i Sverige. Intensivvårdsavdelningen (IVA) på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) har fått i uppdrag att genomföra ett pilotprojekt med befintliga resurser på IVA.

## **Innehållsförteckning**

Bakgrund och syfte .....	2
Pilotprojektet .....	2
Avgränsningar.....	3
Utförande.....	6
Inskrivningskriterier.....	6
Arbetsätt vid inskrivning av patient på IMA .....	6
Rondrutin.....	8
Utskrivningskriterier .....	9
Arbetsgrupp .....	10
Källförteckning .....	10

## Bakgrund och syfte

I dag finns det 21 intermediärvårdsavdelningar i Sverige i olika former. På Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) har man i många år diskuterat hur man kan implementera IMA på sjukhuset.

År 2023 fick VO AnOpIVA (Anestesi, operation och intensivvård) uppdraget att göra en sammanvägd bedömning och ta fram förslag till beslut kring om, och i så fall hur, en förvaltningsgemensam intermediärvårdsverksamhet (IMA) ska organiseras.

År 2024 fick VO medicin och AnOpIVA i uppdrag att ta fram underlag inför driftsättning av en IMA inom VO medicin. Inget av dessa uppdrag ledde till en intermediärvårdsavdelning i drift på SÄS.

År 2025 gav verksamhetschefen för AnOpIVA i uppdrag till chefer på IVA samt läkarchef att starta en pilot med IMA på IVA enligt detta dokument.

## Pilotprojektet

IVA har fått i uppdrag att starta ett pilotprojekt under perioden augusti 2026 till april 2027 på IVA inom ramen för befintliga resurser. IVA går ner med en plats, vilket ger fördelningen 6 IVA- och 2 IMA platser. Vid behov av fler än 6 IVA-platser nyttjas IMA-platserna till IVA-patienter. SOL (specialistläkare som organiserar och leder) /Bakjour på IVA har inläggningsrätt och det kommer att finnas ett litet antal roterande SOL:ar. Tydliga kriterier gällande vårdnivå och en kontinuerlig utvärdering kommer att fortlöpa genom hela projektet för att identifiera och hantera behov av justeringar.

IMA vårdar patienter som befinner sig i:

- Step-down från IVA
- Step-up från vårdavdelning
- Preoperativ optimering
- Postoperativt med förhöjt behov
- Svikt av vital funktion
- Eventuell palliativ vård.

## Avgränsningar

På IMA kan maximalt 2 patienter övervakas med andningsfrekvens, blodtryck (invasivt, non-invasivt), EKG, perifer syremättnad samt vakenhetsgrad.

### **Följande patienter kan med fördel vårdas på IMA**

- Patient med hotande svikt i vitala funktioner där behovet av monitorering och understödande behandling inte kan tillgodoses på vårdavdelning, men som inte kräver intensivvårdsplatsens fulla kapacitet. En målsättning med vård på intermediärvårdsplats kan vara att minska risken för behov av intensivvård, exempelvis vid sepsis eller svår KOL-exacerbation.
- Patienter med behov av provtagning och/eller täta kontroller (till exempel ketoacidosis eller korrigerande av elektrolyttrubbningar) som blir praktiskt svåra att genomföra på en vanlig vårdavdelning.
- Traumapatient utan påvisad allvarlig skada men där skademekanismen inledningsvis motiverar tät övervakning i väntan på definitiv vårdnivå (maximalt 2 timmar).
- Patient efter intensivvård med kvarstående behov av monitorering, vård och behandling som ej kan tillgodoses på vårdavdelning ("step-down").
- Postoperativ vård med förlängt behov av övervakning eller smärtlindring.
- Patienten är vuxen, alternativt ett barn  $\geq 12$  år.
- Övervakning som huvudsaklig åtgärd, exempelvis vid intoxikation som bedöms kunna skydda luftväg.
- Patienter med Actilyse
- Patienter i behov av preoperativ optimering inför akut kirurgisk åtgärd.

## Patient status

**A (Airway):** Patienten skall ha fri luftväg.

Trakeostomerade patienten kan endast behandlas med hjälp av högflöde eller om det rör sig om en kronisk trakeostomi där patienten är tillvand hemventilator.

**B (Breathing):** Patient i behov av icke-invasivt andningsstöd i form av HFNC (högflödesgrimma) eller NIV (non-invasiv ventilatorbehandling). Patient med pågående NIV ska ha förmåga att påkalla hjälp med hjälp av larmklocka.

**C (Circulation):** Patient med behov av blodtryckshöjande läkemedel. Ej mer än 1 aktiv drog. Förstahandsval Noradrenalin centralt eller perifert. Maxgräns 0,25 ug/kg/tim. Högre nivåer kan tillfälligt accepteras från fall till fall efter kontakt med narkosjour.

**D (Disability):** Patient med behov av lätt sedering (eventuellt Dexdor) maximalt ner till RASS –2.

Patienterna ska vara så pass kognitivt klara eller stabila att de kan lämnas utan konstant tillsyn.

**E (Exposure):** Patienter med behov av tät provtagning som inte kan genomföras på ordinarie avdelning, till exempel på måttligt grava elektrolytrubbningar

## **Dessa patientkategorier skall inte vårdas på IMA**

- Invasiv respiratorbehandling på intuberad eller trakeostomerad patient.
- Vid cirkulatorisk svikt med högt Noradrenalinbehov ( $> 0,25$  ug/kg/tim) eller behov av flera vasopressor/inotropi.
- Invasiv hemodynamisk monitorering utöver artärkateter.
- Njursvikt med behov av CRRT (*Continuous Renal Replacement Therapy* (kontinuerlig njurersättningsterapi))
- Patienter med NIV som inte klarar av att ringa på klocka.
- Uttalad kognitiv störning, problematisk motorisk oro och/eller sänkt medvetandegrad.
- Behov av djup sedering.
- Patienter med hotad luftväg skall INTE vårdas på IMA.
- Patienter med blödningsproblematik, till exempel GI-blödning med stort behov av transfusioner.
- Hypotermi med aktiv temperaturreglering till exempel Arctic Sun.
- Patienter som inte kan lämnas ensamma 15 minuter.
- Patienter med fler än 2 sviktande organsystem.
- Patienter med en förhöjd vårdnivå där annan enhet redan kan hantera behovet. (till exempel HFNC infektionsavdelning/medicinavdelning; arytmier hjärtintensivvårdsavdelning)

## Utförande

Det behövs ett väl utvecklat multidisciplinärt och tvärprofessionellt samarbete. Rutiner för samarbete ska fungera dygnet runt mellan intermediärvårdsläkare och övriga specialiteter som är verksamma på sjukhuset.

Inskrivningsbeslut fattas av narkosläkare efter bedömning av den aktuella patienten och i samråd med ansvarig läkare på hemklinik. Bedömning av intermediärvårdsbehov ska vara individuell och bör om möjligt ske på avdelning eller akutmottagning innan patienten tas till IMA. Under pilotprojektet tillhör IMA:s 2 platser intensivvårdsavdelningen och ingår inte i sjukhusets beläggningsbara vårdplatser.

## Inskrivningskriterier

- CFS-skala skall vara bedömd - [Clinical Frailty scale på svenska](#)
- Vårdnivå skall vara bestämd
- Reversibelt tillstånd

## Arbetsätt vid inskrivning av patient på IMA

När en patient identifieras som en lämplig IMA-kandidat bör följande arbetsflöde följas:

1. Läkaren som ansvarar för patienten innan inskrivning på IMA förbereder nödvändig information så att en strukturerad bedömning kan genomföras:
  - Relevant anamnes och aktuellt status.
  - Vitalparametrar/NEWS2-poäng.
  - Resultat av relevanta labprover eller röntgenundersökningar
  - Hur ser prognosbedömningen ut för aktuell och/eller bakomliggande sjukdom?
  - Funktionsnivå och livskvalitet för patienten i vardagen? Vid behov, ta hjälp av patient och/eller anhöriga. CFS-skala skall vara bedömd.

- Inskränkt vårdnivå/vårdbegränsningar? Detta ska dokumenteras i Melior innan ankomst till IMA.
  - Vilken hjälp behöver patienten på IMA?
2. Ansvarig läkare ringer narkosjouren  
(telefonnummer 033–616 31 13 eller 033–616 31 07).
  3. Rapport ges enligt SBAR där informationen under punkt 1 tas med.
  4. Narkosjouren bedömer patienten.
  5. Om beslut tas att IMA-vård inte behövs skall bakgrunden till detta, och vid behov även fortsatta rekommendationer avseende vård och övervakning, dokumenteras i Melior av narkosjouren.
  6. Om patienten accepteras för IMA-vård tas beslut om ansvarig hemklinik samt vilken läkare på hemkliniken som är ansvarig för patienten. Ansvarsfördelningen gällande vården av patienter på IMA är densamma som för patienter på IVA:
    - Narkosläkarna ansvarar för vitalparameterunderstöd medan hemklinikens ansvariga läkare ansvarar för kausalbehandling och utredning.
    - Vårdnivådiskussioner och anhörig-/patientsamtal har narkosläkare och hemklinikens ansvariga läkare ett delat ansvar för.
    - Om det finns en läkare på hemkliniken som normalt sett har ett behandlingsansvar för patienten, men denna inte är tillgänglig, ska en annan läkare på hemkliniken utses.
  7. Patienten skrivs in på IMA.

8. All vård ska vara individualiserad och vara målstyrd. Beslut om behandling och eventuella behandlingsbegränsningar ska fattas i början av vårdtillfället och utvärderas kontinuerligt under hela vårdtillfället i samråd med patient och anhöriga. Detta måste fungera även under jourtid.

## Rondrutin

### **Ansvarsfördelning läkare**

Hemklinikens läkare ansvarar för utredning och kausalbehandling av patientens grundsjukdom samt skriver dagligen daganteckningar. Narkosläkare ansvarar för utredning och behandling av vitalfunktionssvikt, nutrition, vätskebehandling och intermediärrelaterade komplikationer. I alla avgörande beslut ska samråd ske mellan hemklinikens läkare och narkosläkare. Ställningstagande till behandlingsbegränsningar genomförs tillsammans med hemklinikens läkare och narkosläkare.

### **Deltagare**

Narkosläkare, PAL (patientansvarig läkare), sjuksköterska, undersköterska och eventuellt fysioterapeut deltar i rondan. Tvärprofessionella diskussioner ger bättre förutsättningar för att tillgodose patientens behov.

### **Genomförande av rond**

Rond skall genomföras två gånger per dygn samt avstämning kontinuerligt när behov finns. Den sittande morgonronden bör starta mellan 08:00–09:00 vardagar och 08:30–09:30 helgdagar. Eftermiddagsronden genomförs mellan 15:00–16:00. Det är av stor vikt att ronderna genomförs för att kunna bedriva effektiv intermediärvård 24 timmar om dygnet.

## **Rond sker enligt SBAR**

**S (Situation):** Rekapitulering av fallet. Fastställ dagens mål/planering och dokumentera i journalsystem.

**B (Bakgrund):** Bakgrund som är aktuell och relevant för vårdtiden skrivs ner under "aktuella diagnoser".

**A (Aktuellt tillstånd):** Aktuella målvärden samt ordinationer dokumenteras enligt ABCDE. Använd ramordinationer (det vill säga minsta/högsta värde och dos med mera). Detta gör att sjuksköterskan kan arbeta självständigt inom dessa ramar. Vid doser och värden utanför ramen kontaktas ansvarig läkare av sjuksköterska för nya ordinationer/åtgärder.

**R (Rekommendation):** Rekommendationer/planering dokumenteras.

## **Arbetsbeskrivning för sjuksköterska/undersköterska**

Sjuksköterska/undersköterska kan lämna salen men får INTE lämna avdelningen för yttre uppdrag såsom MIG (Mobil Intensivvårds Grupp) -uppdrag eller traumalarm. En ur personalen ska alltid kunna svara på ringning från IMA-patient.

## **Utskrivningskriterier**

- Utskrivningsbeslut fattas av IMA-ansvarig specialist efter samråd med ansvarig läkare på hemkliniken. Om tveksamhet eller oenighet föreligger ska utskrivningsbeslut fattas av IMA-ansvarig överläkare/bakjour.
- Patienten ska vara medicinskt stabil vad gäller vitala parametrar utifrån aktuell sjukdom/skada, bakomliggande sjukdomar och prognos.
- Utskrivning ska ske till en avdelning med behandlings- och övervakningsresurser som motsvarar patientens vårdbehov.
- Beslut om vårdbegränsningar kan föranleda flytt till vårdavdelning.

## Arbetsgrupp

### IMA-grupp

Anna Vikström, vårdenhetschef på intensivvårdsavdelningen, SÄS

Joel Söderholm, vårdenhetschef på intensivvårdsavdelningen, SÄS

Peter Geiger, överläkare, AnOpIVA, SÄS

Niklas von Matern, ST-läkare, AnOpIVA, SÄS

Malin Eklund, intensivvårdssjuksköterska, SÄS

Jessica Tjäderborn, intensivvårdssjuksköterska, SÄS

Karl Sunneskär, intensivvårdssjuksköterska, SÄS

Rasmus Ivarsson, undersköterska på intensivvårdsavdelning, SÄS

Emma Mauritzson, intensivvårdssjuksköterska, SÄS

Anne-Charlotte Skoglund, intensivvårdssjuksköterska, SÄS

Stina Harlid, läkarchef på AnOpIVA, SÄS

## Källförteckning

[Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Anestesi operation och intensivvård

**Innehållsansvar:** Martin Henricson, (marhe193),  
Verksamhetschef

**Godkänd av:** Martin Henricson, (marhe193), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9004-896530249-324

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2026-06-06

**Giltig till:** 2028-06-05