

Övervakning och dokumentation vid intensivvård

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet. Mindre förändringar.

Bakgrund, syfte och mål

Dokumentation i patientjournalen ska vara överskådlig och lättillgänglig. På IVA baseras dokumentationen främst på övervakningsjournalen IVA och i Melior. Vidare sker viss dokumentation i en separat lista för dialysbehandling. Även dataregistreringsprogrammet (PasIVA) används där viss dokumentation sker.

Arbetsbeskrivning

Allmänna riktlinjer

1. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Noggrann **individuell bedömning** av aktuell patient och en definierad **målsättning** ska dokumenteras dagligen i patientjournalen. Varje patient ska erbjudas optimal vård och behandling utifrån dennes tillstånd, behov och mål. Behandlingsstrategin baseras på etiska principer, medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet. Den ska omprövas dagligen och dokumenteras i patientjournalen. Här måste även bedömas om patienten behöver ständig vakt vid sängen eller om patienten kan ligga ensam med ringklocka till hands.
- Patientansvarig IVA-läkare och sjuksköterska ska på "ronden" upprätta en **gemensam plan** med **mål** för kommande dygnet avseende övervakning, behandling, diagnostik och omvårdnad. Målrelaterade ordinationer ska främst dokumenteras i övervakningsjournalen men även vid behov i Melior.
- Medicinsk målsättning och behandlingsstrategi ska upprättas i samråd med läkare från hemkliniken och eventuellt övriga konsulterande läkare.

Vårdinsats och eventuella begränsningar av insatser dvs. alla överväganden, bedömningar och beslut att avstå från eller avbryta pågående livsuppehållande behandling, fattas av hemklinikens läkare och ansvarig IVA-läkare i samråd med patient och/eller närstående. Målsättning, beslut om behandlingsstrategi omprövas fortlöpande och ska dokumenteras i patientjournalen.

- För komplicerade intensivvårdsfall och vid längre tids intensivvård (senast 14 dagar) ska regelbundna multidisciplinära behandlingskonferenser (**vårdkonferenser**) äga rum. Dessa dokumenteras i separat vårdkonferensmall i Melior.
- Vitala övervakningsparametrar, medicinska åtgärder, omvårdnadsåtgärder ska dokumenteras i övervakningsjournalen, och/eller i Melior, och/eller i standardvårdplanerna.
- Ordinerade och tillförda läkemedel ska främst dokumenteras och signeras i Meliors läkemedelsmodul. En lokal rutin gäller för övervakningsjournalen som är originalhandling för ordination och utdelning av infusioner, TPN, blodprodukter och syrgasbehandling.
- Även vissa läkemedel som används under kortare ingrepp och åtgärder dokumenteras i övervakningsjournalen. Den lokala rutinen gäller även vid dialysbehandling där vätskor och heparintillförsel ordinerar och signeras på separata listor. För vidare riktlinjer se styrdokument: [Läkemedelshantering – vid intensivvård](#)

Basal övervakning & dokumentation i övervakningsjournalen

Basal intensivvårdsövervakning omfattar kontroller, mätning och dokumentation av:

- Vakenhet (enligt RLS eller GCS, vid behov även pupillreaktion)
- Sederingsgrad vid sedering (enligt RASS)
- Delirium-screening (enligt Nu.DESC)
- Andning (frekvens, SpO₂. Vid ventilatorvård, ventilatorinställningar och avlästa värden)
- Cirkulation (EKG, puls, blodtryck, MAP, kroppstemperatur)
- Elimination (diures, feces, förluster i drän osv)
- Nutrition (kräkning, intag av dryck/mat, TPN, enteral nutrition osv)
- Smärtintensitet (enligt VAS)
- Aktivitet (mobilisering, vändning, lägesändring osv.)
- Hud (kontroll av insticksställen, hudkostym, ögonslemhinna osv)
- Sömn
- Läkemedelshantering (kontroll av läkemedel, infusioner och infarter)

Kontroller och dokumentation av vitala parametrar ska främst ske i övervakningsjournalen. Puls, blodtryck, andningsfrekvens och saturation registreras med 15 minuters intervaller den första timmen, tätare vid

behov. Därefter sker registrering med 30 minuters intervall de närmaste två timmarna. Är det sedan stabilt kan registrering ske 1 gång/timme, tätare vid behov.

Parametrar såsom timdiures, avlästa värden i respiratorn osv. registreras 1 gång/timme.

Övriga parametrar såsom vakenhetsgrad, sederingsgrad, VAS, läkemedelshantering osv. registreras vid varje arbetspass början, efter ordination eller enligt aktuellt styrdokument.

Obs! Den högsta kroppstemperaturen under dygnet ska dokumenteras i Melior under mätvärden inför rondan på fm. Även aktuella vikter som tas ska dokumenteras i Melior under mätvärden.

Vid **speciell ordination** kan man göra **avsteg ifrån övervakningen**, t.ex. relativt friska patienter som bara ligger på IVA för vård av EDA eller långliggande patienter som bedöms snart avdelningsklara.

Läkemedelshantering

För patientens säkerhet och trygghet ska läkemedelshanteringen på IVA ske enligt styrdokument: [Läkemedelshantering – vid intensivvård](#)

Kontroll av infarter och infusioner

Kontroll av samtliga infarter och infusioner dvs. rätt infusion kopplad till rätt infart. Kontroll av samtliga insticksställen. Dessa kontroller utförs av patientansvarig sjuksköterska i början av varje arbetspass dvs. minst 1 gång/pass. Detta ska dokumenteras och signeras i övervakningsjournalen. Observera att dokumentation i respektive mall i Melior ska ske t.ex. vid omläggning av artärnål, CVK, EDA, kranbyte, trycksetbyte osv.

Larmfunktioner

På de flesta patienter ska larm för puls, blodtryck, EKG, pulsoximetri, andningsfrekvens vara aktiva under vårdtiden. Justering av dessa larmgränser får endast göras i samråd med ansvarig läkare och ansvarig sjuksköterska ska dokumentera detta på övervakningsjournalen under målrelaterade ordinationer.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9696-242963441-135

Version: 17.0

Giltig från: 2026-09-21

Giltig till: 2028-09-21