

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Giltig från: 2026-03-27

Innehållsansvar: Andreas Thorén, (andth13), Överläkare

Giltig till: 2028-03-27

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Inskrivningskriterier- uppdragsförtydligande för intensivvård

Förändringar sedan föregående version

Förlängd giltighet.

Bakgrund och syfte

Syftet med denna rutin är att tydliggöra intensivvårdens uppdrag samt vilka kriterier som bör vara uppfyllda för att intensivvård skall vara aktuell och meningsfull. Det finns en tabell längst bak i detta dokument som kan agera stöd gällande vilka patienter som kan behöva vårdas inom intensivvården.

Bakgrunden till detta rutindokument är att intensivvårdsuppdraget i Skaraborg, sett till antalet vårdplatser, under de sista åren har minskat från 12 till 8 platser. Detta innebär att det är mycket viktigt att dessa platser går till dem med störst behov och där intensivvården skapar störst nytta.

Utförande

Arbetsbeskrivning

Noggrann individuell bedömning av aktuella patienter och en definierad målsättning ska finnas före inläggning på intensivvårdsavdelning. Kliniska faktorer av betydelse är eventuell bakomliggande sjukdom och dess prognos, fysiologisk reserv, organfunktion, påverkan på vitala parametrar samt behov av övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad.

Intagningskriterier – intensivvård

1. Patienten ska ha hotande eller manifest svikt av ett eller flera vitala organsystem.
2. Situationen förväntas vara reversibel med intensivvård (plus eventuellt andra nödvändiga åtgärder, ex kirurgi) och kunna leda till en för patienten acceptabel livskvalitet.
3. Vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på lägre vårdnivå.
4. Patientens egen önskan ska beaktas. Beslutskompetent patient kan avböja intensivvård. Varken patient eller närstående kan kräva intensivvård om det inte bedöms medicinskt lämpligt.

Se även tabell nästa sida för vanliga exempel. Tabellen är inte heltäckande och ersätter inte heller eget tänkande. En individuell bedömning behöver göras i varje enskilt fall.

Plan vid inläggning på intensivvårdsavdelningen

1. Medicinsk målsättning ska upprättas i samråd med läkare från hemkliniken och dokumenteras i patientjournalen.
2. Eventuella behandlingsbegränsningar beslutas av hemklinikens läkare och ansvarig IVA-läkare i samråd med patient och/eller närstående*.

** Anhöriga har ingen formell rätt att påverka beslut om medicinskt motiverade behandlingsbegränsningar men ska informeras samt kan tillfrågas om patientens åsikt i de fall patienten själv inte är beslutskapabel.*

Nästan alltid intensivvårdskrävande	Kan Ibland (beläggningsberoende) ligga på IVA	Nästan aldrig intensivvårdskrävande
Ketoacidosis pH < 7,1 eller påverkad patient eller massivt kaliumbehov.	Ketoacidosis pH 7,1 - 7,25. Opåverkad patient utan massivt kaliumbehov.	Ketoacidosis pH > 7,25, opåverkad patient utan massivt kaliumbehov.
Patient som intoxikerat sig med läkemedel med medvetandesänkning motsvarande RLS > 3 alternativt överhängande risk för allvarlig organsvikt.	Patient som intoxikerat sig med läkemedel med medvetandesänkning motsvarande RLS 1-3 utan överhängande risk för snabb försämring.	-
Påverkad patient med aortadissektion där akut kirurgi planeras.	Aortadissektion som handläggs konservativt med behov av god blodtrycks kontroll.	-
-	Perifer trombolys, stabil patient.	-
Barn med pågående status epilepticus.	Barn med återkommande generella kramper, ej definitionsmässigt status epilepticus, men svårhanterbart medicinskt på avdelning.	Barn med pågående midazolaminfusion, opåverkat barn utan pågående kramper eller medvetandesänkning.
Patient med kardiogen chock som kräver stora doser inotropi och/eller vasopressor vilket medför behov av invasiv tryckmätning.	Patient med lungödem som svarar på nitro/CPAP behandling. Ej samtidig svår kardiogen chock.	-
Instabil lungembolipatient.	Vitalparametermässigt stabil lungemboli + antingen stor central lungemboli med stor risk för försämring alternativt att heparininfusion är indicerat.	Stabil lungembolipatient med planerad behandling med lågmolekylärt heparin.
Patient med septisk chock med noradranlinbehov. Ex stigande laktat alternativt sjunkande blodtryck trots initial vätskebolus. Alternativt annan svår organsvikt.	Patient med sepsis och lågt blodtryck. Har erhållit initial vätskebolus på 30 ml/kg men i nuläget finns inget absolut behov av vasopressor.	Patient med sepsis och lågt blodtryck men i övrigt opåverkad. Ej erhållit initial vätskebolus på 30 ml/kg. Patienten bedöms tåla sedvanlig vätskebolus.
Patient med respiratorisk svikt av annan orsak än infektion/lungödem som inte uppnår saturationsmål trots adekvat syrgasbehandling.	Patient med respiratorisk svikt av annan orsak än infektion/lungödem som uppnår saturationsmål med syrgasbehandling men är subjektivt påverkad.	Patient med respiratorisk svikt av annan orsak än infektion/lungödem som uppnår saturationsmål med rimlig mängd syrgas (< 10 liter). Subjektivt opåverkad.
Patient med respiratorisk svikt pga infektion. Pågående HFNC behandling med FiO2 > 80% alternativt kraftigt andningspåverkan eller förvirring som ej medger säker HFNC behandling på avd 22.	Patient med respiratorisk svikt pga infektion. Pågående HFNC behandling med FiO2 50-80%. Relativt opåverkad patient.	-
Hyponatremi med svåra neurologiska symptom.	Uttalad hyponatremi med S/P-Na < 120 utan symptom eller med lindriga symptom.	Hyponatremi med S/P-Na > 120 utan symptom.
Patient med eklampsi alternativt preeklampsi med allvarliga symptom och behov av magnesiuminfusion	Patient med preeklampsi utan allvarliga symptom / vitalparameterpåverkan med behov av magnesiuminfusion.	-

Prioriteringar

Resursbrist på intensivvårdsavdelningar är ett komplext och svårt problem med potentiellt mycket allvarliga konsekvenser. Handlingsplan för överbeläggning finns: [Överbeläggning IVA - handlingsplan](#). Nedanstående är förslag på åtgärder när resurserna inte räcker till:

1. Om någon/några av de befintliga intensivvårdspatienterna inte har ett oundgängligt behov av intensivvård så får de ansvariga IVA-läkarna försöka skriva ut den/de patienterna för att skapa plats åt patienter med större behov.
2. Om resurserna kan utökas genom att stryka/skjuta upp planerade, icke akuta, operationer får detta göras.
3. Eventuellt kontakt med kirurg/ortoped för diskussion om akuta operationer kan ske på annat sjukhus.
4. Om resursbristen kvarstår trots genomgång av ovanstående punkter samt [Överbeläggning IVA - handlingsplan](#) får man försöka flytta stabil intensivvårdspatient till intensivvårdsavdelning på närliggande sjukhus (inom regionen i första hand).
5. Om ovanstående åtgärder inte räcker kan man även ringa tjänsteman i beredskap.

Notera att det inte är acceptabelt att neka en ny patient intensivvård om intensivvården bedöms som meningsfull och patienten har ett oundgängligt behov. Däremot kan man neka intensivvård i de fall behovet inte är oundgängligt (motsvarande mittenkolumnen i tabellen). En fördröjning till intensivvård kan också vara acceptabel om den är säker.

På förekommen anledning kan det också nämnas att behov av extravak på vanlig vårdavdelning inte är skäl nog att ta upp en intensivvårdsplats i en situation där man tvingas prioritera mellan patienter.

Källförteckning

Riktlinjer för svensk intensivvård. Svensk förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI), 2015-01-28

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Andreas Thorén, (andth13), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9696-242963441-164

Version: 5.0

Giltig från: 2026-03-27

Giltig till: 2028-03-27