

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Giltig från: 2025-09-29

Innehållsansvar: Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare

Giltig till: 2027-09-29

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Arbetsrutiner för läkare på IVA, huvuddokument

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Tillämpas i Skövde

Att beskriva främst de administrativa rutinerna och arbetsfördelningen för läkarnas arbete på IVA.

Arbetsbeskrivning

Allmänt

Ansvar för vården av IVA-patienterna delas mellan **hemklinikens läkare** och **IVA-läkare**. Principiellt är hemklinikens läkare ansvarig för utredning och kausalbehandling av patientens grundsjukdom och IVA-läkare är ansvarig för utredning och behandling av vitalfunktionssvikt, nutrition, vätskebehandling och intensivvårdsrelaterade komplikationer. I alla avgörande beslut ska samråd ske mellan hemklinikens läkare och IVA-läkare.

Huvudansvaret för en patients långsiktiga behandlingsplan har den läkare som dagtid är ansvarig för patienten. Jour/bakjour bör ej ändra denna utan att nya viktiga fakta/omständigheter framkommit. Vid oenighet mellan dagansvarig och jour/bakjour, måste detta lösas med direkt diskussion vid jourbytet för att undvika ”lappkast” i den långsiktiga behandlingsplanen.

Avdelningen är medlem i **SIR (Svenska Intensivvårdsregistret)**, ett nationellt kvalitetsregister omfattande majoriteten av landets intensivvårdsavdelningar). Dit rapporteras registrerade data i det patientadministrativa systemet PasIva enligt nedan.

Läkare ansvarar för registrering av IVA-diagnos, komplikationer, riskjustering vuxna (SAPS3), behandlingsstrategi och avlidna.

Sjuksköterskor ansvarar för registrering av grundläggande dataset med vårdadministrativa data, vårdtyngd (NEMS), åtgärder och postIVA-uppföljning.

Medlemskapet medför ett åtagande att rapportera dessa data korrekt och komplett.

SIR:s riktlinjer för registrering måste därför vara kända och följas av alla tjänstgörande läkare på IVA. Viktigaste informationen sammanfattas i detta dokument och underdokument. Originaldokumenten hittas på SIR:s hemsida www.icu.regswe.org

Detta är huvuddokumentet för arbetsrutiner. Underdokument finns för [rondrutiner](#), [läkemedelshantering](#), [komplikationsregistrering](#), [åtgärdsregistrering](#) och [diagnoskodning](#).

Definition och avgränsning av intensivvård (= vårdtyp IVA) enligt SIR

Definition: Övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patient med akut åkomma med vitalfunktionssvikt som kräver resurser utöver vad en vårdavdelning eller postoperativ avdelning har.

Detta dokument gäller **intensivvård (= vårdtyp IVA)** men i IVA/postop:s lokaler förekommer även vårdtyp "Postop" och "Externt uppdrag i Orbit 5".

För avgränsning av vårdtyp IVA från de övriga gäller:

Vårdtyp IVA ska väljas på alla patienter som uppfyller definitionen ovan, men inte heller överutnyttjas.

Vårdtyp IVA är en vårdnivå och inte en fysisk plats. Således kan en IVA-patient fysiskt ligga på postop och vice versa.

Postoperativ vård med behov av respiratorbehandling eller cirkulationsstöd, mer än kortvarig nedtrappning av måttligt peroperativt stöd, är intensivvård.

Behov av postoperativ vård mer än 24 h av medicinska skäl, är intensivvård.

Patienter som tas till IVA för ”preoperativ optimering” av vitalfunktionssvikt som ej bedöms kunna behandlas på vårdavdelning, är intensivvård.

Även korta vårdtillfällen t ex inför transport eller efter ”traumanivå 1”, ska registreras som intensivvård om IVA:s resurser behövs, t ex intubation eller avancerad övervakning.

Observera att alla patienter med vårdtyp IVA måste hanteras administrativt enligt nedan, d v s ha: IVA-diagnos, SAPS3, behandlingsstrategi och komplikationsregistrering samt journalanteckningar.

Vårdtyp IVA hanteras administrativt i **PasIva**

Vårdtyp postop definieras som max 24 h efter ingrepp, snabb nedtrappning av måttligt peroperativt vitalfunktionsstöd.

Postoperativa patienter som kvarstannar mer än 24 h av administrativa/logistiska skäl ska inte konverteras till vårdtyp IVA.

Vårdtyp postop kräver att man är opererad först!

Vårdtyp postop hanteras administrativt i **Orbit 5**.

Externt uppdrag: Patienter som kommer till IVA/postop av praktiska/logistiska skäl för t ex bloodpatch, stopp i CVK, administrering av faktorkoncentrat, inläggning av ”slangar” mm registreras under ”Externt uppdrag” i Orbit 5 av sköterska.

Tider

Kl 07:30 - Rapport från avgående jour.

Kl 08:00-08:30, cirka - Kirurgrond:

- Avgående primärjour rapporterar patienter inlagda under jourpasset och postop-patienter.
- Ansvariga IVA-läkare rapporterar sina respektive kirurgpatienter.
- IVA-läkare ansvarar för intensivvårdsaspekter och kirurg för kirurgiska aspekter.
- Kirurgiska frågeställningar på andra IVA-patienter tas upp.

Kl 09:00 - Sittrond på IVA, v g se "[Rondrutiner på IVA Skövde](#)".

Kl 11:00-13:00 - Middagsvila för patienterna, undvik elektiva åtgärder.

Kardiologkliniken (HIA-ansvarig läkare) kommer dagligen för att ronda egna patienter och för kardiologiska frågor på andra patienter.

Infektionskliniken kommer dagligen för att ronda egna patienter, för infektionsfrågeställningar på övriga patienter.

Kl 15:00 (fredag 14:00) - Röntgenrond.

Kl 15:15, cirka - Rapport till pågående primärjour, IVA-jour och bakjour.

Pågående bakjour bör delta.

Kl 17:00 och 23:00, cirka – IVA-jour går runt på IVA, "lättrond" med pågående personal.

Kl 19:00, cirka - Bakjour rondar samtliga postop-patienter innan överlämning till primärjour.

Helger: Jourbyte kl 09:00 och 19:00. Undvik planerat arbete kl 09:00-09:30 samt kl 19:00-19:30 för rapport.

Schemapositioner och arbetsfördelning

IVA-ansvarig: Överläkare som leder och fördelar arbetet, är ansvarig för beläggningsfrågor och lunchplanering för läkarna, även ansvarig för vården av några patienter.

IVA 1 & 2: Specialistläkare eller erfaren ST-läkare är ansvariga för vården av några patienter.

IVA-patienterna fördelas mellan ovanstående läkare. Jämn arbetsbelastning eftersträvas och målet är max 3 patienter per läkare.

IVA-dagjour: Bär larmtelefon 32020 och är ansvarig för akuta ärenden på huset. Även ansvarig för postoperativa patienter som ligger kvar över natten. Kan, om tid finns, ronda lättare patienter. När IVA-dagjouren är ST-läkare bör denna delta i rondens i möjligaste mån. Inget annat planerat arbete skall utföras av dagjour som är ST-läkare under rondtid, bara larm och brådskande uppdrag.

Positionen ”akutop” och IVA-dagjour kan stötta varandra beroende på aktuell belastning.

ST-randare, AT-läkare och studenter fördelas mellan ovanstående.

Inläggning av patient på IVA

Ring bemanningsansvarig sköterska på 78 700, som anvisar plats.

Vid inläggning av ny patient bör, av kontinuitets- och utbildningsskäl, dagjouren normalt göra färdigt praktiskt och administrativt arbete kring patienten. Annan IVA-läkare får då ta över dagjournfunktionen vid behov.

En första rond ska göras med genomgång av de vanliga rondmomenten. Rapporter till IVA-ansvarig eller IVA 1 & 2.

Melior: Inläggningsjournal dikteras enligt dikteringsmall ”IVA Läk Inskrivning”. Koncentreras på för IVA-vården relevant information, undvik dubbeldokumentation med moderklinik.

Ordinera läkemedel i läkemedelsmodulen enligt styrdokument ”[Läkemedelshantering, rutiner för IVA, SkaS Skövde](#)”.

Ordinera provtagning i ”Lab ord”.

Tag ställning till behandlingsstrategi och dokumentera behandlingsbegränsningar i mall ”IVA inskränkt behandling”

Dokumentera CVK, artärkateter, thoraxdrän och EDA.

PasIva: Gör SAPS 3-registrering. Observera att tidsfönstret för fysiologiska parametrar och labbvärden är tidpunkten då patienten fysiskt kommer till IVA +/- 1 h.

”Opereradstatus” avser tiden **före** IVA-vårdtillfällets start, men under innevarande sammanhängande sjukhusvårdtillfälle oavsett sjukhus eller klinik. För barn under 16 år ska inte SAPS3 användas, dock ska intagningsorsak enligt SAPS3 registreras.

Registrera säkerställda IVA-diagnoser och inträffade komplikationer.

Övervakningsjournal: Ordinerar vätskor, blodkomponenter, nutrition, parametermål, röntgen, odlingar, konsult med mera.

Dagligt administrativt arbete

Melior: Diktera daganteckningar enligt dikteringsmall ”IVA Läkare Daganteckning”.

Bedöm behandlingsstrategi. Dokumentera alltid behandlingsbegränsningar i mall ”IVA Inskränkt behandling”. Finns ingen sådan dokumenterad, förutsätts full satsning. Daganteckning eller annan typ av dokumentation får ej användas för behandlingsinskränkning.

Dokumentera CVK, artärkateter, thoraxdrän och EDA.

PasIva: Registrera säkerställda IVA-diagnoser och inträffade komplikationer.

Kontrollera att SAPS3 är gjort.

Utskrivning av patient från IVA

Melior: Diktera slutanteckning enligt dikteringsmall ”IVA Läk Slutanteckning”.

Ordinera i läkemedelsmodulen fram till nästa rond på hemavdelningen. Anpassa till läkemedel som kan hanteras på vårdavdelning och sätt ut sådant som bara kan ges på IVA.

PasIva: Kontrollera att SAPS 3 är gjort och att komplikationsregistrering och diagnoskodning är komplett och korrekt (se underdokument).

Dokumentera behandlingsstrategi. De alternativ som finns är ”inga behandlingsbegränsningar” och ”behandlingsbegränsningar”. (Det i PasIva förekommande alternativet ”dokumenterat beslut saknas i journalen” ska **aldrig** användas, men kan ej tas bort ur programmet). Avsaknad av Meliormall ”IVA inskränkt behandling” under IVA-vårdtillfället är liktydigt med ”inga behandlingsbegränsningar”.

Vid ”Inga behandlingsbegränsningar” markeras med bock i rutan att beslut var taget före IVA-vårdtillfällets start.

Vid ”behandlingsbegränsningar” anges datum och tid för beslut under IVA-vårdtillfället, alternativt markeras med bock i rutan att beslut var taget före IVA-vårdtillfällets start.

I Melior används ordet ”inskränkning” och i PasIva ”begränsning”, men samma sak avses.

Övervakningsjournal: Dokumentera uppgifter i ”utskrivningsrutan” och gå igenom checklista enligt riktlinje ”[Utskrivning av intensivvårdad patient, medicinska riktlinjer – checklista](#).”

Avlidna patienter (utöver vad som anges i utskrivning ovan):

PasIva: Fyll i protokollet ”Avliden på IVA”. Detta granskas sedan av DAL.

Dödsbevis: **Dödsbevis skickas elektroniskt till Skatteverket.** (Dödsorsaksintyg skrivs av hemkliniken läkare).

Följesedel till patologen samt eventuell obduktionsremiss, beslutas i samråd med hemkliniken läkare och anhöriga.

Patienttransporter

För patienttransporter mellan intensivvårdsavdelningar i VGR finns en regional riktlinje och checklista ”[RR02 - Sekundärtransport mellan IVA-avd](#)” som ska användas.

[Transportdokument och journal för utskrift.](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Henrieta Jidbratt, (henko2), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1),
Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9696-242963441-26

Version: 11.0

Giltig från: 2025-09-29

Giltig till: 2027-09-29