OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Rutin

Gäller för: Verksamhet Akutmedicin och geriatrik, Avdelning 90 och 91
Innehållsansvar: Tore Hedbäck, (torhe2), Specialistläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Jerker Persson, (jerpe3), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-10-29
Giltig till: 2028-10-29

Arbetsbeskrivning IMA avd 90/91 SU/S

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument

Bakgrund och syfte

Intermediärvård bedrivs mellan MAVA och IVA i vårdnivå för patienter som behöver mer resurser och tätare övervakning än vad som kan erbjudas på en vanlig vårdavdelning, men som inte är i strikt behov av intensivvård. Detta dokument klargör:

1. Medicinska insatser som erbjuds
2. Patientmålgrupp, vilka som lämpar sig och inte för IMA
3. Resonemang kring behandlingsbegränsningar
4. Struktur för arbetet på IMA, rondansvar, stöttning från IVA
5. Hur platserna beläggs och samverkan med andra kliniker
6. Kapacitet och neddragning

Medicinska insatser

På IMA finns möjlighet för kontinuerlig övervakning med personal på rummet dygnet runt. Utöver ordinarie MAVA-vård finns där möjlighet till invasiv artärtryckmätning, tät provtagning via artärnål, NIV med CPAP, tryckunderstöd och/eller HFNO, samt vasopressorbehandling med noradrenalin i lägre doser (generellt sett med 0,2 µg/kg/min som övre gräns). Därutöver finns möjlighet för infusionsbehandlingar med sprutpump för exempelvis nitroglycerin, furosemid etc.

Patientmålgrupp

Den primära målgruppen för IMA är de tre patienter på MAVA som har störst behov av platserna. Exakta avgränsningar är svåra, men generellt rör det patienter med sviktande organfunktion som behöver tät monitorering och särskilda medicinska insatser, exempelvis:

- Patienter med intoxikation och medvetandepåverkan
- Allvarliga elektrolytrubbningar med behov av tät provtagning
- Diabetes ketoacidos och hyperosmolärt syndrom
- Respiratorisk svikt i behov av NIV eller HFNO
- Sepsis för monitorering av diures, invasiv tryckmätning och/eller behandling med vasopressor

Av patientsäkerhetsskäl och för att säkerställa ett effektivt flöde är det viktigt att enheten tar mot patienter på rätt nivå. Vi ska generellt sett ***inte*** vårda:

- Patienter som inkommer till akuten med direkt behov av vasopressor, de bör först stabiliseras på IVA innan IMA kan vara aktuell som s.k. step-down.
- Multiorgansvikt vid sepsis eller pneumoni är tillstånd med hög mortalitet där det snabbt kan behövas ytterligare insatser, som bäst tillhandahålls på IVA.
- Patienter med hotad luftväg där man är rädd för snar intubation övervakas bäst på IVA.
- Grundproblem vi inte har erfarenhet eller kompetens kring, exv. patienter med primärt kirurgiska problem eller åtgärder.
- Patienter som enbart har ökat behov av omvårdnad, rehabiliteringsinsatser eller extravak.
- För step-down från IVA är grundinställningen att det enbart är aktuellt för patienter med allmänna internmedicinska besvär, snarare än specifika tillstånd som bäst vårdas inom Specialistmedicin.

På IMA finns möjlighet till akuta medicinska insatser för tillstånd vi i vanliga fall inte ansvarar för, exempelvis nitroglycerininfusion vid refraktära bröstsmärtor, eller NIV vid koldioxidretention hos patienter med KOL. Sådana behandlingar kan bli aktuella som step-up för patienter som redan vårdas på MAVA, eller som kortvarig brygga för patienter som ska till annan klinik. Det är viktigt att poängtera att detta ***inte*** innebär att vi åtar oss ett generellt ansvar att vårda de här patientkategorierna. De ska fortsatt primärt omhändertas på de kliniker som sedan tidigare har det uppdraget.

Patienter som behöver isoleras av smittoskäl kan inte vårdas på IMA.

Behandlingsbegränsningar

Traditionellt tas behandlingsbegränsningar ofta i form av vårdnivå (0-IVA). I och med införandet av IMA bör man i högre mån även ta ställning till vilka specifika insatser som kan bli aktuella eller bör begränsas (vasopressor, NIV, intubation, dialys, etc). Det kan exempelvis finnas fall där det inte är aktuellt med intensivvård, men där det ändå är aktuellt med vasopressor i låg dos inom intermediärvården. Det kan också finnas fall där det inte är aktuellt med intermediärvård överhuvudtaget. Det här är svåra beslut som ofta behöver tas i akuta situationer, och man kan med fördel diskutera med andra specialiteter eller jourlinjer för att nå samförstånd. Beslut ska journalföras tydligt, och kan omprövas vid varje vårdtillfälle.

Struktur för arbetet

IMA bemannas dygnet runt av en sköterska och en undersköterska. Mätvärden som vitalparametrar och diures loggas på s.k. narkosblad och det finns en särskild IMA-anteckning i Melior som ska användas vid in- och utskrivning från IMA. Läkemedel sköts så långt det går i Meliors läkemedelsmodul, men kontinuerliga infusioner och behandling av ketoacidos noteras på narkosbladet respektive separat schema. Det är viktigt att ta hänsyn både till narkosblad, vätskelista, ketoacidosschema och Melior när man beräknar vätskebalans.

Dagtid ansvarar överläkare på röd modul avd 91 för IMA. Det praktiska rondarbetet sköts ofta av husjour medicin. Vardagar kl 09.15 kommer stationsansvarig läkare från CIVA förbi för en daglig konsultrond och diskussion. Jourtid är husjour medicin ansvarig. Helgtid fördelas arbetet av bakjour medicin.

Vid behov av medicinsk diskussion kan stationsansvarig läkare på CIVA kontaktas kontorstid, jourtid SLIV (bägge nås på DECT 28161). Sköterska på IMA kan direkt kontakta sköterska på IVA för praktisk hjälp dygnet runt. Kontorstid kontaktas förbindelsesköterska (DECT 26335), jourtid kontaktas MIG-sköterska (DECT 28312).

Beläggning av platser och samverkan

Ledningssköterska/IMA-sköterska kan besluta vilka tre patienter på MAVA som bäst lämpar sig för IMA. I praktiken sker detta ofta i samråd med antingen överläkare röd modul eller husjour medicin.

Om en patient på annan enhet än MAVA behöver tas till IMA går diskussionen undantagslöst genom antingen husjour eller överläkare röd modul för godkännande, som tillsammans med ledningssköterska ordnar fram en plats. Man kan dela upp de här fallen i tre kategorier:

direkt från akuten, step-down från IVA, eller övertag från andra vårdavdelningar.

Det är enbart husjour eller överläkare röd modul som kan godkänna att patienter tas till IMA utifrån. Exempelvis kan man inte på akutmottagningen eller ett MIG-ärende besluta att patienten lämpar sig för intermediärvård utan diskussion med husjour medicin. ***Det är viktigt att husjour medicin i möjligaste mån bedömer alla patienter som ska till IMA*** (i de fall det inte är överenskommet sedan tidigare, vid step-down). Platsbrist på IVA är i sig inte en IMA-indikation, det måste alltid vara diskussion från fall till fall och det är viktigt med en god dialog. Vårdplatskoordinator kan inte heller direkt belägga IMA, utan vårdplatserna där ses som en del av MAVA i stort.

I de fall övertag sker från annan avdelning för att patienten behöver en högre vårdnivå, alternativt att vi tar en patient från IVA som inte har MAVA som bakavdelning, måste det finnas en explicit överenskommelse att hemavdelning tar tillbaka patienten så snart det är medicinskt möjligt. Vi har inte utlokaliserade patienter på IMA, det är våra läkare som har rondansvar och håller i vården. I de fall det är relevant ska hemavdelningen dagligen komma som konsult.

Kapacitet och neddragning

IMA är inte dimensionerad för, och vi har inte heller uppdraget att, ta mot alla medicinpatienter som i teorin skulle kunna vårdas där. Det är en liten enhet med små möjligheter att skala upp. Om vi av plats- eller personalbrist inte har möjlighet att ta mot en patient som behöver en högre vårdnivå, exv. vasopressorbehandling, så får IVA kontaktas.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Akutmedicin och geriatrik, Avdelning 90 och 91

Innehållsansvar: Tore Hedbäck, (torhe2), Specialistläkare

Granskad av: Jonatan Oras, (jonor3), Sektionschef, Elisabeth Persson, (elipe62), Specialistläkare, Johan Lönnbro, (johlo8), Sektionschef

Godkänd av: Jerker Persson, (jerpe3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9772-1276147733-280

Version: 1.0

Giltig från: 2026-10-29

Giltig till: 2028-10-29