

Intagningskriterier och läkaransvar på IVA Kungälv

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar.

Syfte

Rutinen syftar till att klargöra vem som har inläggningsrätt, platsansvar och ansvarsfördelningen mellan olika läkare vid patientvård i IVA's lokaler.

Bakgrund

Inläggning av patient inom IVA's lokaler sker efter godkännande av narkosjour/IVA-platsansvarig narkosläkare.

Inom IVA's lokaler vårdas patienter av flera orsaker förutom behov av intensivvård. Det är patienter som behöver frekvent monitorering (=intermediärvård) som inte kan tillgodoses på andra enheter och patienter som behöver postoperativ övervakning. De postoperativa patienterna registreras i Orbit och de övriga i PASIVA. Det senare är huvudsakligen ett patientadministrativt system för intensivvårdspatienter men här registreras även de patienter som har intermediärvårdsbehov och de som skulle kunna vårdas på HIA. I PASIVA registreras patienterna i 3 olika kategorier; I=Intensivvård, H=HIA-vård, Ö=Övrig vård.

Läkare från olika kliniker är delaktiga i patientvården och har ansvar för dessa patienter utifrån sin specialitet.

Platsansvarig narkosläkare på IVA har det övergripande ansvaret att

använda tillgängliga resurser på IVA på ett optimalt sätt och skall därför vara informerad om behandlingsplan för samtliga patienter. Vid resursbrist på IVA skall indikationen att vårdas inom IVA's lokaler omvärderas för samtliga patienter på ett sådant sätt att patienter med intensivvårdsbehov prioriteras. I möjligaste mån skall detta ske i samråd med läkare på den mottagande kliniken.

Omprioritering av patient till lägre vårdnivå skall kommuniceras till respektive kliniks husjour alt bakjour för att säkerställa adekvat informationsöverföring mellan enheterna så att denna omflyttning av patienter sker på ett så säkert sätt som möjligt.

Hur patienten registreras i PASIVA avgör inte vem som har ansvaret för patienten.

Patienter med intermediärvårdsbehov kan vara patienter som tidigare vårdats som intensivvårdspatienter och nu är i förbättringsfas men ännu inte kan hanteras på vårdavdelning. Andra exempel på patienter med intermediärvårdsbehov är de med mindre allvarliga intoxicationer (RLS 1–2), måttligt svår ketoacidosis eller hyponatremi, sepsis utan septisk chock, genomgången trombolysbehandling pga stroke.

Övrigvårds-patienter omfattar även patienter som kommer till IVA för en åtgärd tex TEE, elkonvertering, inläggning av EDA/CVK, pleuratappning, uppstart av PCA.

Utförande

Intagningskriterier till IVA

När patientansvarig läkare bedömer att vård inom IVA's lokaler kan vara indicerat skall patienten diskuteras med IVA-platsansvarig narkosläkare (som nås via narkosjourtelefonen: 984 28). IVA-platsansvarig narkosläkare avgör hur tillgängliga resurser på intensivvårdsavdelningen skall utnyttjas och äger inläggningsrätten.

Bedömning av intensivvårdsbehov ska ske i samråd med ansvarig läkare vid moderkliniken. Om möjligt bör bedömning ske på vårdavdelning eller akutmottagning innan patienten tas till IVA.

Kliniska faktorer av betydelse för bedömning om intensivvård kan gagna patienten är eventuell bakomliggande sjukdom och dess prognos, organfunktion, fysiologisk reserv (där [Clinical Frailty Scale](#) är ett sätt att gradera skörhet), påverkan på vitala parametrar samt behov av övervakning och behandling. Etiska aspekter ska beaktas vid bedömning av vårdbehov (se SFAIs riktlinjer för livsuppehållande behandling).

- Patienten ska ha hotande, eller manifest, akut svikt i en eller flera vitala organfunktioner
- Tillståndet ska vara potentiellt reversibelt eller åtgärdbart
- Vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses på lägre vårdnivå

Vid tvekan eller oklarheter, skapar man ett medicinskt rådtrum genom att lägga in patienten. Ny bedömning görs efter komplettering av information samt fortsatt diagnostik, övervakning och behandling.

Vid resursbrist inom Intensivvården och fortsatt identifierat intensivvårdsbehov, åligger det ansvarig narkosläkare vid intensivvårdsavdelningen att i samråd med moderkliniken läkare ombesörja att adekvat vårdnivå säkerställs, vilket kan innebära behov av att flytta patient till annan Intensivvårdsavdelning. Överflyttning av intensivvårdspatient mellan sjukhus är dock ett riskmoment som skall utnyttjas först om andra försök till omprioritering av befintliga resurser är uttömda inklusive omvärdering av vårdnivå hos övriga patienter som vårdas inom IVA´s lokaler.

Vid behov av förflyttning av patient till annan IVA ansvarar narkosläkare för kontakten med den andra IVA och transporten dit medan moderkliniken läkare ansvarar för överrapportering till bakjour på den klinik som blir aktuell som "hemmaklinik" (bakavdelning) på det mottagande sjukhuset.

Behandlingsstrategi

När en patient kommer till IVA skall en övergripande plan för vården s.k. behandlingsstrategi läggas upp i samråd och samförstånd mellan IVA-ansvarig narkosläkare och ansvarig läkare på moderkliniken.

Även medicinskt rådtrum är en behandlingsstrategi.

Behandlingsstrategin ska omprövas dagligen och ändringar dokumenteras i patientjournalen under Fria aktiviteter/Patientöversikt/Uppmärksamhetsinformation. Såväl beslut som beslutsgrunder ska anges, liksom hur samråd skett och samförstånd uppnåtts. Behandlingsstrategin baseras på etiska principer samt på medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet.

Behandlingsansvaret för kirurgiska intensivvårdspatienter

För intensivvårdskrävande patienter övertar narkosläkaren behandlingsansvaret för vitala funktioner i samråd med patientansvarig kirurg – som fortsatt har huvudansvaret för behandling och utredning av grundsjukdomen. Behandlingsstrategin ska omprövas dagligen i samråd och samförstånd mellan IVA-ansvarig narkosläkare och patientansvarig kirurg. Förtydliga dagligen vilken namngiven kirurg som kan kontaktas för samråd kring patienten när frågor uppkommer under dagen och som inte kan anstå till kommande dag.

Patienten rondas av IVA-ansvarig narkosläkare. Sjuksköterskorna vänder sig i första hand med frågor till IVA-ansvarig narkosläkare.

För att tydliggöra rondansvar skall det markeras på observationskurvan vem som rondat genom att man ringar in ”Narkos” och skriver in namnet i rutan intill.

Behandlingsansvaret för medicinska intensivvårdspatienter

För intensivvårdskrävande patienter övertar narkosläkaren behandlingsansvaret för vitala funktioner och den akuta sjukdomen i samråd med ansvarig läkare på medicinkliniken. Ansvarig läkare på medicinkliniken har fortsatt har huvudansvaret för behandling och utredning av ev. grundsjukdom.

Behandlingsstrategin ska omprövas dagligen i samråd och samförstånd med IVA-ansvarig narkosläkare och IVA-placerad medicinläkare.

Patienten rondas av IVA-ansvarig narkosläkare i samråd med Dagbakjour/Medicinkliniken (vardagar dagtid) alternativt

Bakjour/Medicinkliniken (helgdagar dagtid). Narkosläkaren ansvarar för att beslutade undersökningar och utredningar blir utförda. Sjuksköterskorna vänder sig i första hand med frågor till IVA-ansvarig narkosläkare.

För att tydliggöra rondansvar skall det markeras på observationskurvan vem/vilka som rondat genom att man ringar in "Narkos" samt eventuellt även "Medicin" om man samrondat och skriver in namnet/-n i rutan intill.

Behandlingsansvaret för patienter med intermediärvårdsbehov

Behandlingsansvaret ligger hos Dagbakjour/Medicinkliniken dagtid respektive medicinsk husjour/bakjour jourtid. Denne rondar patienterna tillsammans med ansvarig IVA-sköterska och preciserar de målrelaterade ordinationerna skriftligt på observationsbladet (=dygnskurvan). Detta för att underlätta att vården drivs framåt i önskvärd riktning och takt och att icke önskvärda avvikelser snabbt identifieras.

För att tydliggöra rondansvar skall det markeras på observationskurvan vem som rondat genom att man ringar in "Medicin" (i stället för "Narkos") och skriver in namnet i rutan intill.

Sjuksköterskorna vänder sig dagtid med frågor till IVA-placerad medicinläkare och jourtid till medicinsk husjour/bakjour.

IVA-ansvarig narkosläkare ska informeras om patienten och konsulteras vid behov.

Ansvar

MLA på IVA respektive Medicinkliniken och Kirurgkliniken ansvarar för att implementera riktlinjen och att se till att den efterlevs inom sin verksamhet/klinik/enhet.

Relaterad information

- [Riktlinjer för svensk intensivvård](#), SFAI (Svensk förening för anestesi och intensivvård) (uppdaterad april 2024). Hämtad 2025-02-18
- [Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Socialstyrelsen, juli 2011 ISBN 978-91-86885-34-2](#) Hämtad 2025-02-18
- [SOSFS 2011:7 \(M\) Föreskrifter och allmänna råd. Livsuppehållande behandling hämtad 2025-02-18](#)
- [HSLF-FS 2017:26. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden \(SOSFS 2011:7\) om livsuppehållande behandling](#) Hämtad 2025-02-18
- [HSLF-FS 2020:65. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden \(SOSFS 2011:7\) om livsuppehållande behandling](#) Hämtad 2025-02-18
- [Clinical Frailty Scale](#) Hämtad 2025-02-21
- [Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder](#), Läkartidningen. 2022; 119:22 040 Hämtad 2025-02-21

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kungälv Sjukhus, Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Jesper Wallskog, (jeswa1), Överläkare

Godkänd av: Morten Strinnholm, (morst2), Enhetschef

Dokument-ID: SV9761-782711715-1174

Version: 1.0

Giltig från: 2025-04-13

Giltig till: 2027-04-11