

Pasienter med behov for intensivbehandling eller overvåking - plassering

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 25.05.2021

1. HENSIKT

Bidra til å sikre at pasienter som trenger behandling utover det ordinære sengeposter kan tilby, plasseres på riktig behandlingssted i rett tid.

2. ANSVAR

- Medisinske leger har ansvar for hvilke pasienter som skal legges inn og hvilke som skal skrives ut av Medisin 5C Overvåking. Telefon 1131.
- Anestesileger har, i samråd med aktuelle grenspesialister, ansvar for hvilke pasienter som skal legges inn og hvilke som skal skrives ut av intensivposten og postoperativ post. På dagtid telefon 1110. Denne viderekoples til vakthavende anestesileger telefon 1193 på kveld og natt.

3. ARBEIDSBESKRIVELSE

INTENSIV:

- Akutt flerorgansvikt.

Luftvei/respirasjon

- Pasienter som er intubert, eller er på grensen til å trenge intubasjon, og/eller trenger invasiv respiratorbehandling.
 - Obs pasienter med inspiratorisk stridor
 - Obs pasienter med truet luftvei
- Pasienter som er vanskelig å maskebehandle og eksempelvis trenger sedering for å få dette til på en tilfredsstillende måte.
- Startfasen på hjemmerespiratorbehandling (fra trakeostomi til tilpasning av hjemmerespirator)
- Pasienter med truende respirasjonssvikt pga polyradikulitt, eksempelvis Guillain Barre
- Sepsis med respirasjonssvikt og/eller vasoaktiv medikasjon vurderes fortløpende

Sirkulasjon

- Dobbelt eller massiv vasoaktiv behandling.
- Noradrenalin $\geq 0,15$ mikrogram/kg/min
- Ustabile store GI-blødninger
 - Herunder pasienter som trenger Sengstaken-sonde
- Hjertestanspasienter som nedkjøles (temperaturkontrolleres)
- Pasienter med kardiogent sjokk
- Ustabile pasienter som trenger dialyse (Prismaflex-behandling)

Bevissthetsnivå

- Ustabile intoxpasienter med aspirasjonsfare (reduert svelgrefleks) eller ufri luftvei
 - Obs GCS < 8 eller fallende GCS
- Pasienter med behov for kontinuerlig infusjon med sedativa, eller dyp sedasjon med repeterte intravenøse boluser.
- Status epilepticus som må behandles med propofol- eller pentotalkoma.

- Pasienter med GCS<8 vurderes av indremedisiner og anestesilege sammen.
- Pasienter som er aktuelle for organdonasjon.

Diverse

- Pasienter som trenger luftsmitteisolering og er for ustabile til å være på 7C
- Aksidentell hypotermi ≤ 28 °C skal rett til intensiv
- Aksidentell hypotermi < 32 °C vurderes av indremedisiner og anestesilege sammen
- Alvorlig preeklampsi og behov for magnesiuminfusjon.
- Alvorlig pankreatitt og behov for økt overvåkning enn vanlig sengepost.
- Pasienter med uavklarte kirurgiske problemstillinger som trenger høyere behandlingsnivå enn vanlig sengepost, må vurderes tverrfaglig av anestesilege, indremedisiner og kirurg/ortoped dersom de skal klareres for å ligge på MOV, og ikke intensiv/postoperativ.

MEDISIN 5C OVERVÅKING (MOV):

Respirasjon

- Pasienter med akutt hyperkapnisk respirasjonssvikt med $\text{pH} < 7.35$ og som derfor skal ha BiPAP behandling
- Hypoksiske pasienter med behov for intensiv oksygenterapi/high flow
- Sepsispatienter som trenger vasoaktiv medikasjon og evt maskeventilasjon, skal vurderes fortløpende sammen med anestesilegene.
- Nye hjemmerespiratorpasienter med team i opplæringsfasen.

Sirkulasjon

- Ustabile pasienter med akutt coronarsyndrom
- Lungeødem
- Akutt dekompensert hjertesvikt
- Ustabile hjerterytmmer som eksempelvis krever temporær pacemaker, Isoprenalininfusjon etc.
- Pasienter som får amiodaron støt eller andre potente antiarytmika. Vedlikeholdsinfusjon av amiodaron kan gis på 5c.
- Pasienter med kardiogent sjokk må vurderes individuelt
- Pasienter med aortadisleksjon som trenger stabilisering av blodtrykk
- Pasienter som elektrokonverteres akutt.
- Pasienter med GI blødninger som er for krevende til å ha på sengepost, men som ikke trenger å være på intensivposten (fortløpende vurdering)

Metabolisme

- Pasienter som er akutt metabolsk sure, kan ligge på MOV, men her kreves tett overvåking og overflytting til intensivposten hvis situasjonen ikke raskt bedres.
- Pasienter med alvorlige elektrolyttforstyrrelser
- Rhabdomyolyse som krever forsert alkalisk diurese.
- Ketoacidose eller alvorlig hypo-/hyperglykemi

Sengepost:

Luftvei/respirasjon

- KOLS-pasienter med akutt respirasjonssvikt som er stabilisert og eventuelt behandles med VPAP.(5A)
- Pasienter med Puritanfukter
- Stabile pasienter med trakeostomi (posttilhørighet vurderes individuelt)

Sirkulasjon

- Pasienter med amiodaron vedlikeholdsinfusjon (5C)
- Stabile pasienter med glyseroltrinitratinfusjon (5C)
- Pasienter med GI blødninger som er stabilisert (2C)

- Pasienter med levosimendan (5C)

Diverse

- Sepsispatienter som er stabilisert og ikke trenger vasopressor
- Pasienter med ketoacidose som er stabilisert (2C)
- Øvrige pasienter i kategoriene nevnt ovenfor som er stabilisert og ikke lenger trenger intensiv overvåking. Behov for telemetri vurderes fortløpende.

4. GENERELT

- For å behandles på Medisin 5C Overvåking eller intensiv er det en forutsetning at den enkelte pasient vil ha nytte av behandlingen med tanke på overlevelseog/eller livskvalitet. Dvs at det må foreligge en korrigierbar/reversibel organsvikt. Dette bør formuleres i et overflyttingsnotat.
- Punktene over kan fravikes dersom spesielle forhold tilsier at det er mest hensiktsmessig eller det er satt behandlingsbegrensninger som er dokumentert i journal.
- At en pasient er krevende i forhold til pleiesituasjonen er i seg selv ikke et kriterium for å flyttes til disse avdelingene.
- Ordinære postoperative pasienter omhandles av egne retningslinjer (se interne referanser under).

5. INTERNE REFERANSER

- [2.1.5.1.1.4.2.39](#) [Postoperativ overvåking - utskrivningskriterier](#)
- [2.1.5.1.1.4.2.40](#) [Postoperative overvåkingstider](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG