Inläggningskriterier Internmedicin 30E

Innehåll

Syfte och omfattning 1
Bakgrund 1
Inklusionskriterier 1
Exklusionskriterier 2
Referenser 3
Roller och ansvar 3
Dokumenthistorik 3

Syfte och omfattning

Tydliggöra vilka inläggningskriterier samt exklusionskriterier som gäller på Intermedicin 30E.

Bakgrund

På avdelningen vårdas främst intermedicinpatienter i behov av akutinläggning. Patienter kommer framför allt från akutmottagning, vård efter intermediärvård/intensivvård, inläggning från Öppenvårdsenheten för hjärtsvikt, samt direktinläggning från mobilt närvårdsteam.

Patienter som läggs in direkt från hemmet passerar inte akutmottagning utan läggs in direkt från hemmet efter att mobilt närvårdsteam har identifierat behov och kontaktat överläkare på 30E som godkänner direkt inläggning.

Patientflödet från akutmottagning till 30E planeras vardag av medicinkoordinator, jourtid/helg av central vårdplatskoordinator som samverkar med SSK1 på 30E.

På avdelningen förekommer endast begränsad planerad vård.

Antalet vårdplatser varierar utifrån kapacitet. Se aktuella vårdplatser: Divis vårdplatsöversikt.

Inklusionskriterier

- Anorexia nervosa, med behov av somatisk inneliggande vård.

- Arytmier med behov av övervakning (men där pacemakeroperation ej är bestämd), ej ischemiövervakning.
- Blodtransfusion.
- Venöstromboembolism med eller utan heparininfusion, där patienten bedöms som stabil nog för vårdavdelning.
- Bröstsmärta, utan EKG förändringar samt med låg misstanke kring ischemirisk. Avdelningen har endast arytmi och inte ischemiövervakning. Kardiologjour bör vara konsulterad innan inläggning vid misstanke kring kardiell orsak till bröstsmärtan.
- Känd hjärtsjukdom. Kardiologjour bör vara konsulterad innan inläggning.
- Elektrolytrubbingar, utan behov av artärnål och där provtagning max var 4de timme är acceptabelt.
- Synkope. Där pacemakeroperation ej är bestämd eller bedöms som sannolik.
- Hjärtsviktsförsämring. Där patienten inte primärt går på kardiologen för sin hjärtsvikt.
- KOL excerbation, utan behov av NIV.
- Lättare infektioner.
- Palliativa patienter i behov av inneliggande vård (dock ej primärt palliativa cancerpatienter, var god se separat dokument i DocPlus för dessa patienter).
- Eftervård efter okomplicerad typ B aortadissektion.

Exklusionskriterier

- Allvarlig respiratorisk insufficiens.
- Allvarlig syra-basrubbning och/eller elektrolytrubbning som kräver täta kontroller av blodgas (inte oftare än 8 gånger per dygn).
- Anafylaktisk chock.
- Chockbild som vid ex sepsis, trauma.
- Elektrolytrubbing som kräver täta kontroller av blodgas.
- Livshotande arytmi.
- Medvetandesänkning RLS 3–8.
- Misstanke kring luftburen smitta till exempel TBC, mässling eller varicella.
- Misstanke kring akut cerebrovaskulär sjukdom (CVL) med medvetandesänkning.
- Misstanke om hjärtinfarkt med behov av ischemiövervakning.
- Pågående hjärnblödning.
- Övervakningsbehov som överstiger NEWS-kontroller oftare än 8 ggr/dygn.
- Krampobservation, eller kända kramper.
- Trauma patienter.
- Komplicerade hud eller mjukdelsinfektioner.
- Aktiv GI blödning
- Advancerade infusioner ex cordarone, isoprenalin, morfinpump/EDA.
- CPAP/OptiFlow eller NIV-behandling.

- PD-dialys, där ej tydlig planering/hantering av denna finns.
- Trakeostomi.
- Aortadissektion typ A.

Referenser

Medicinskt ansvar - Patienter med tumörsjukdom på akutmottagningen, Region Uppsala.se (pdf)

Fördelning av medicinskt ansvar vid akut inskrivning i vuxensomatisk slutenvård, Region Uppsala.se (pdf)

Roller och ansvar

Varje enskild medarbetare ansvarar för att:

Följa rådande rutin.

Avdelningschef och verksamhetschef ansvarar för att:

Skapa förutsättningar för att rutinen ska kunna tillämpas och följas.

MLA på 30E ansvarar för att:

Revidera och uppdatera rutin vid behov.

Dokumenthistorik

2025-12-16

Författare:

Björn Danielsson BAC 30E, Johan Sundberg specialistläkare MLA 30E