

# Velkommen til Akutafdelingen

## Regionshospitalet Randers

Akutafdelingen består af et akutafsnit på 27 senge, en skadestue, traume- og akutstuer samt en skadeklinik i Grenå.

Akutafdelingen modtager patienter med akutte symptomer indenfor det medicinske, kirurgiske, kardiologiske, psykiatriske, gynækologiske og ortopædiske område. Aktuelt modtages patienter visiteret med gynækologiske symptomer af de gynækologiske læger, og patienter til skadestuen af de ortopædiske læger.

Alle øvrige patienter visiteres som akutpatienter og modtages af akutafdelingens læger. Akutte patienter kan efter den initiale udredning og behandling forblive i akutseng under lægefagligt ansvar af akutafdelingens læger, hvis de forventes at kunne udskrives inden for 12 timer eller som tidlig udskrivelse næste dag inden kl 8.00.

Patienter, der forventes indlagt længere tid eller har brug for specialiseret behandling i et andet speciale overgår til stamafdeling. Dette kan ske ved overflytning til stationært sengeafsnit eller i en specialeseng i akutafdelingen. Sidstnævnte mulighed er for de patienter, der fortsat forventes at kunne udskrives efter yderligere kort tids indlæggelse under andet speciale. Patienter i specialesenge har altid lægefagligt ansvar ved en anden afdeling end akutafdelingen.

## I akutafdelingen arbejder vi ud fra disse overordnede principper

Vi forsøger altid at gøre det rigtige for patienten

Vi har høj faglighed og speciallægeinvolvering fra start

Alt klinisk arbejde foregår i et samarbejdende tværfagligt team med læger, sygeplejersker og speciallæger

Vi spilder ikke patienternes tid, vi eliminerer alt ikke fagligt begrundet ventetid for patienten

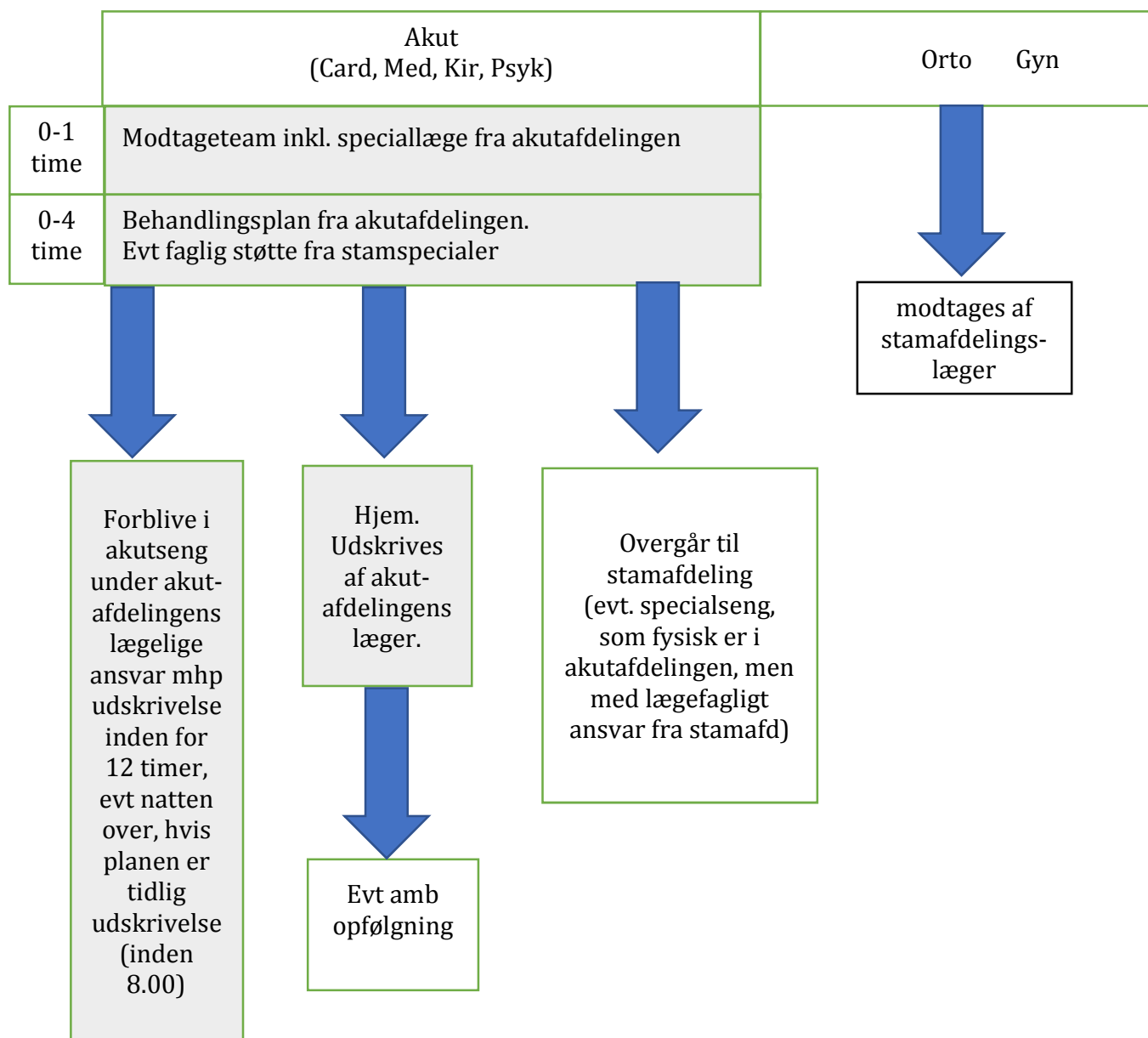
Færrest mulige overgange, men sikre overgange til stamspecialer ved faglig velbegrundelse.

Entydig placering af det lægefaglige ansvar i hele forløbet

Vi bidrager til bedst mulig udnyttelse af sygehusets samlede kapacitet

Udvikling og uddannelse i det akutmedicinske speciale er en kerneopgave.

## Flowdiagram og lægefagligt ansvar for patienter gennem akutafdelingen



## **Teamstruktur og overordnede principper for tværfaglige samarbejde om den akutte patient**

De 27 akutsenge er opdelt i 3 teams. Hvert team dækker 6-9 akutsenge. Til hvert team er i dagtiden tilknyttet en speciallæge, en/flere yngre læger og flere sygeplejersker. Teamet har sammen ansvaret for akutpatienter, der ligger i teamet ved dagens start, samt de akutte, der modtages i teamet i løbet af døgnet. Teamets opgave er at modtage, undersøge, udrede og iværksætte akut behandling af teamets patienter. Teamet har også til opgave at følge op på den indledende udredning og behandling og overdrage patienten til de relevante specialer eller udskrive dem. Patienten og amulancepersonale modtages af speciallæge, sygeplejerske og yngre læge fra start ved ankomst.

Til hvert team er tilknyttet et teamrum, hvor læger og sygeplejersker sidder sammen. Teamet samles hver dag kl 8.30 i teamrummet, hilser på hinanden og træffer aftaler. Akutlægen organiserer dagens arbejde og har fokus på de specifikke faglige kompetencer, som den/de yngre læger ønsker at opnå den aktuelle dag. De er de yngre lægers ansvar at medbringe kompetencekort. For at få kommunikation og samarbejde til at foregå bedst muligt, er det vigtigt at alle i teamet sætter sig på Cetrea tavlen med telefonnumre fra morgenstunden. Pladsen kan undertiden være lidt trang i teamrummene, men der er bærbare computere på alle sengestuer, og patientdokumentation kan med fordel foregå på stuen. Diktering kan foregå over alt, hvor der er en ledig diktafon.

Når der er mindre end 3 speciallæger på arbejde i dagtiden, kan den enkelte speciallæge indgå i mere end et team, således at der stadig er en teamansvarlig speciallæge. Speciallægerne kan undertiden have behov for at gå kortvarigt fra i løbet af dagen til møder eller samtaler. I den forbindelse orienteres teamet, og speciallægen har ansvaret for at aftale med øvrige speciallæger, hvem der bakker op om opgaver, der ikke kan vente.

## **Fordelingen af læger på teams**

Fordelingen af læger på de enkelte teams fremgår af nedenstående skema, inklusive de tilknyttede telefonnumre. Hvert team har ansvaret for nogle specialopgaver, som skal varetages i løbet af dagen. Disse fremgår også af skemaet. De angivne funktioner i skemaet er startopstillingen ved dagens/vagtens begyndelse, og der hvor man vender tilbage til, når der ikke er andre opgaver. I løbet af dagen/vagten kan de enkelte læger flyttes afhængigt af opgaverne. Det aftales med speciallægen i eget team og speciallægerne i mellem.

## Hverdag, Dagtid 8-18

|                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grønt Team</b>                                                                                                                                     |
| Stuerne 45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55                                                                                                              |
| <b>Akutlæge 1 (23250):</b><br>Specialopgave: opkald udefra, back-up på visitation Hvis ingen akutlæge 2, så indgår akutlæge 1 også i <b>blåt team</b> |
| <b>Yngre læger 23257 + 23372</b><br>Specialopgaver for læger i teamet: Epikriser                                                                      |
| <b>Sygeplejerske</b><br>24067-24069 + 24071-24073                                                                                                     |
|                                                                                                                                                       |

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Blåt Team</b>                                                                                          |
| Stuerne 40,41,42,43,44,56,57,58,59,60                                                                     |
| <b>Akutlæge 2 (23365)</b><br>går hjem kl 15.30                                                            |
| <b>Yngre læger 23364 + 23370</b><br>Specialopgave for teamets læger: godkendelse af EKGer og mikrobiologi |
| <b>Sygeplejerske: 24061-24066</b>                                                                         |
|                                                                                                           |

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rødt Team</b>                                                                                                |
| Stuerne 27,28,30,31,32,33,34,35,36,37,38                                                                        |
| <b>Akutlæge 3 (23373):</b><br>Specialopgave:<br>akut medicinsk kald + tømme indbakke med papirsvær              |
| <b>Yngre læger 23256 + 23374</b><br>Specialopgave for teamets læger: godkendelse af biokemiske svar og patologi |
|                                                                                                                 |
|                                                                                                                 |
| <b>Sygeplejerske:</b><br>20343 – 20349 og 20361                                                                 |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| <b>Yngre akutlæge skadestuen, 8-15.30      23365</b> |
|------------------------------------------------------|

De yngre læger, der har haft de to vagttelefoner (23257 og 23374) i dagtid overdrager vagttelefoner til nattevagten kl 16, tager nye telefoner, skifter telefonnr. på klinisk logistik og har fra 16-18 primært fokus på afslutning af egne patienter fra dagtiden.

## Vagttid 18-08

I vagttid fordeler lægerne sig på følgende møde frem til klokken 23:

|                                                                                   |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Grønt og Blåt Team, plan 4                                                        | Rødt Team, plan 4                                                                 |
|                                                                                   |                                                                                   |
| <b>Akutlæge 1 (23250):</b><br>Specialopgave: opkald udefra, back-up på visitation | <b>Akutlæge 1 (23250):</b><br>Specialopgave: opkald udefra, back-up på visitation |
| <b>Yngre akutlæge 1 (23257):</b><br>Specialopgaver: hjertestop                    | <b>Yngre akutlæge 3 (23374):</b><br>Ingen specialopgaver                          |
|                                                                                   |                                                                                   |
| <b>Sygeplejerske</b>                                                              | <b>Sygeplejerske</b>                                                              |
|                                                                                   |                                                                                   |

**Tilkald af læge om natten: teamlæge kaldes uanset tidspunkt.**

Akutlæge tilkaldes **samtidig** med yngre læge ved rød/orange triage. For gule/grønne patienter konferer den yngre læge med akutlægen i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsplan, akutlægen tilser selv gule og grønne patienter efter behov.

**Ved mere end en akut patient i samme team tilkaldes den anden yngre læge. Ved mere end to akutte patienter tilkaldes akutlægen, uanset triage.**

## Vagttid 14-22

Om eftermiddag/aften er der alle ugens hverdage en yngre læge 14-22. Som hovedregel er der også en speciallæge 16-22, lægerne fungerer som opsamlingsteam og overtager i første omgang færdiggørelse af de patienter, som ikke er blevet færdiggjort af de læger, der gik hjem kl 15.30 På de dage, hvor der ikke er en speciallæge i aftenvagte, kan 14-22 lægen hjælpe til i alle teams. Det er akutlæge 1, der afgør, hvor 14-22 vagten skal hjælpe.

|                                                                                                                    |  |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|
| <b>Sweeper team.</b> Har frem til 22 fokus på afslutning af patienter, der ikke har været færdiggjort af dagholdet |  |              |
| <b>Akutlæge 2 (16-22):</b>                                                                                         |  | <b>23371</b> |
| <b>Yngre Akutlæge aften (14-22)</b>                                                                                |  | <b>23254</b> |

## Weekend, Dagtid 8-18

I dagtiden i weekenden vil der være 3 yngre læger og oftest 2 speciallæger. De fordeler sig således:

|                                                                                                                                                                                |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Team blå og grøn, plan 4<br>Teamrum på gamle kard. sygeplejekontor                                                                                                             | Team rød, plan 4<br>Teamrum i det gamle MIX sygepl kontor        |
| <b>Akutlæge 1 (23250):</b><br>Specialopgave: opkald udefra, back-up på visitation                                                                                              | <b>Akutlæge 3 (23373):</b><br>Specialopgave: akut medicinsk kald |
| <b>Yngre akutlæge 1 (23257):</b><br>Specialopgaver: hjertestop                                                                                                                 | <b>Yngre akutlæge 3 (23374):</b><br>Specialopgave: Ligsyn        |
| <b>Yngre akutlæge 2 (23372):</b><br><b>Hjælper til i de to teams afhængig af behovet</b><br>Specialopgave: godkendelse af prøvesvar (billeddiagnostik, biokemi, patologi, EKG) |                                                                  |
| <b>Sygeplejerske</b>                                                                                                                                                           | <b>Sygeplejerske</b>                                             |

|                                              |                                |                                  |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <b>Weekend<br/>Aften-nat<br/>efter kl 18</b> | Team grøn<br>og blå, Plan<br>4 | <b>Yngre akutlæge 1 (23257):</b> | <b>Akut læge 1<br/>(23250)</b> |
|                                              | Team rød,<br>plan 4            | <b>Yngre akutlæge 3 (23374):</b> |                                |

### Akutlæge 1

Alle speciallæger har ansvar for flow i eget team samt hele afdelingens flow.

Akutlæge 1 går med DECT 23250 og har enkelte ekstraopgaver udover at være teamlæge:

- Møder kl 7.30 og lede morgen- og eftermiddagskonference.
- Modtager opkald udefra. Alle opkald om patienter fra andre end eget team henvises venligt til akutlægen i det pågældende team
- Er lægefaglig back-up for visitationen

Har ansvaret for hvilke opgaver 14-22 vagten skal tage, hvis der ikke er en akutlæge i aftenvagt.

## Telefoner

Alle funktioner er tilknyttet en specifik DECT-telefon. Af hensyn til muligheden for hurtig og sikker kommunikation er det vigtigt at alle fra morgenstunden tager den telefon, der knytter sig til den funktion, de har. Alle DECT-telefon afleveres i oplader i konferencelokalet efter arbejdstid ophør. Såfremt telefonen ikke går klart igennem, kan den afleveres til reparation (se opslag i konference rummet).

## Alarmer

Der er overfalds alarmfunktion tilknyttet alle telefoner.

De skal testes dagligt!

Det foregår i rummet, hvor flow-koordinatoren sidder.

Skulle alarm ikke virke så ring ring 23 301 (alarmansvarlig servicevagt).



Ved behov for alarm, så anvend alarm!

### Overfaldsalarm - rød knap på toppen af telefonen

Ved tryk på den røde knap afgives en alarm til de øvrige telefoner på afdelingen. Alarmen ledsages af en besked, hvor placeringen af telefonen, der har afgivet alarm, er angivet.

Telefonen, der har afgivet alarmen, forbliver lydløs.



## Nødtelefoner

Ved nedbrud på telefonssystemet skal vagtholdet anvende nødtelefoner. De findes i depotrum ved siden af hospitalsvisitation

# **Dagens gang i akutafdelingen**

## **Morgenkonferencen**

Alle læger mødes kl 8.00 på hverdage i akutafdelingens konferencerum. Læger, der har fokuseret ophold i skadestuen går kl 8.10 for at kunne deltage i skadeskonference mandag, tirsdag, onsdag og fredag.

Morgenkonferencen ledes af akutlæge 1 og forløber dagligt efter følgende skabelon

08.00: Undervisning/dagens case

08.15: Fælles læring fra vagten. Info om patient(er).

08.18: Evt. sygemeldinger.

Fordeling af funktioner, inkl. case-ansvarlig YL til eftermiddagskonferencen

Specielle aftaler for dagen: møder, samtaler, uddannelses tilbud

Info fra ledelsen.

08.28: Ud i teams. Husk telefon og opdatering af CETREA.

Torsdag er der lang morgen undervisning til kl 9.00.

## **Dagens start i teamet**

Torsdag er der lang morgen undervisning til kl 9.00. Øvrige dage går man ud i sit team kl 8.30 og mødes i de tværfaglige teamrum.

HUSK at tage den rigtige telefon med fra konferencen! Gå som det første hen til dit teamrum og register dit telefonnummer på tavlen.

Lægerne i teamet starter med at aftale dagens gang, identificere dagens læringsmål for de yngre læger, lave aftaler om supervision og kompetencevurdering. Afklarer om nogle har særlig aftaler for dagen (møder) og hvad man går i den forbindelse. Skal speciallægen til møde i løbet af dagen skal der altid laves klare aftaler med resten af teamet om hvilken speciallæge, der så refereres til i det pågældende tidsrum

Er der administrative opgaver til teamet (godkendelse af prøvesvar, epikriser eller andet) laves aftale om hvem der gør det. De administrative opgaver skal afvikles som noget af det første

Kl 8.50 er der tværfaglig tavlemøde for læger og sygeplejersker i teamet. Teamets patienter gennemgås og prioriteres. Der laves aftale om samarbejdet for dagen, inklusiv aftaler om, hvordan man sikrer sig at teamet kan gå smalt ind til nyankomne patienter, regi kl 8.50 i de enkelte teams

Der er almindeligvis bedst tid i afdelingen indtil middag,, hvor de akutte patienter begynder at komme. Der planlægges derfor så vidt muligt at afholde undervisning, samtaler, møder, den tætte supervision og kompetencevurderinger i løbet af formiddagen. Det er også om formiddagen, vi får overstået de specialopgaver, de enkelte teams har i henhold til teamskema (epikriser og godkendelse af prøvesvar).

## Konferencer

### **Speciallægekonference kl 12.30**

Akutlægerne mødes på hverdage kl 12.30 i konferencerummet for sammen at danne sig overblik og lave de nødvendige aftaler om lægehjælp på tværs af teams ved behov. Det vil forventeligt tage 10-15 min, hvor de vil være væk fra teamet. De yngre læger deltager ikke på nuværende tidspunkt. Akutlægerne er tilgængelige ved uopsættelige opgaver. Efter middagskonferencen går hver akut læge med ansvar for henholdsvis blå, grønt og rødt team til flowkoordinatoren, som her bliver informeret om status for det enkelte teams patienter i forhold til om de skal hjem, forblive i akutafdelingen eller forventes at gå på stamafsnit til fortsat behandling.

Der er overlevering fra de akutlæger, der har kort vagt kl 15 og overlevering af lange dagvagter til natakutlægen kl 17.30.

### **Aftentavlemøde kl 19.30**

Vagtholdet og dem medicinske læger mødes foran tavlen i grønt teamrum og diskuterer mulige medicinske patienter

## Nattens gang i akutafdelingen

For at sikre optimalt flow og patientsikkerhed døgnet rundt, beslutningstagen på høj fagligt niveau og at der aldrig er yngre læger, der oplever sig alene med patienterne om natten, arbejdes der om natten efter følgende principper:

- Ingen patienter ligger og venter, mens der er læger fra akutafdelingen, der sover. Dvs. ingen går på vagtværelset, før der er ryddet op, og man kontakter sine kolleger, når der kommer flere patienter på en gang.
- Både akutlægen og de yngre læger siger altid til de andre i vagtholdet, inden man går på vagtværelset.
- At akutlægen ser alle røde og orange ved personligt fremmøde. Akutlægen kan vælge at tage en yngre læge med eller se patienten alene
- At forvagterne primært kontaktes af sygeplejerske for de grønne og gule patienter
- At alle behandlingsplaner skal konfereres med akutlæge, også selvom akutlægen er gået på vagtværelse
- At akutlægen ikke nødvendigvis skal se alle gule og grønne patienter ved personligt fremmøde. Dog tilser akutlægen alle patienter, hvor den yngre læge beder om det eller akutlægen selv vurderer, det er relevant
- . at man ikke konferer med andet speciale uden at have konfereret med akutlægen
- - og vigtigt af alt: at man først og fremmest arbejder sammen om natten som et hold og snakker sammen om vagtens forløb og forventninger til hinanden
- Kl 07:30 mødes vagtholdet til debriefing af vagten. Stedet aftales nærmere mellem deltagere.

## Samlet oversigt over konferencer og tavlemøder

### Hverdage

Kl 07:30 debriefing af vagten. Deltagere: vagtholdet. Sted: aftales nærmere mellem deltager

Tavlemøde kl 07:45. Sted: Grøn team lokale. Deltagere: Akutlæge 1 og afgangende akutlæge. Formål: overlevering af patienterne fra vagten, prioritering af patienterne. Husk e.

Morgenkonfernce kl 08:00. Sted: konference rum plan 3. Deltagere: afgangende vagthold og dagens vagthold. Dagens case, morgenundervisning mm.

Tavlemøde kl 08:50. Sted: team lokaler. Deltagere: akutlæge, yngrelæger og sygeplejersker tilknyttet respektive teams. Formål: prioritering og fordeling af patienterne, aftaler mhp uddannelsesfokus områder.

Speciallæge møde kl 12:30. Sted : konference rum. Deltatere: speciallæger. Formål: kort gennemgang af patienter, faglig sparring mm.

Tavlemøde kl 15:00. Sted: Grøn team lokale. Deltagere : akutlæger 1,2 og 3. Formål: overlevering af patienterne fra akutlæge 3(den der går hjem kl 15:30) til Akutlæge1 ("flowmaster") og Akutlæge 2, fordeling af patienterne mellem de to tilbageværende akutlæger. Akutlæge 3 orienterer sig inden mødet om ALLE patienter, man har i sit team, dvs arbejdsdiagnoser, hvor lang er pt i forløbet, hvad er foreløbig plan, hvilke undersøgelser mangler, prioritering af patienterne.

6. Tavlemøde kl 17:30. Sted: Grøn team lokale. Deltagere: Akutlæger 1 og 2, Akutlæge 16-22 ("opfølgeren") og tilkommende akutlæge nattevagt. Formål: overlevering af patienterne til vagtholdet. Akutlæge 1 og 2 orienterer sig inden mødet om ALLE patienter, man har i sit team, dvs arbejdsdiagnoser, hvor lang er pt i forløbet, hvad er foreløbig plan, hvilke undersøgelser der mangler, prioritering af patienterne.

7. Tavlemøde kl 19:30. Sted: Tavled ved sekreterne på plan 4. Deltagere: akut og medicinsk vagthold. Formål: kort gennemgang af akutte patienter mht flow, overlevering af patienter til medicinerne.

### Weekender og helligdage:

1. Tavlemøde kl 08:00. Sted: grøn team lokale. Deltagere: Afgående og tilgående vagthold. Formål: overlevering af patienterne fra vagten, prioritering af patienterne. Husk Kl 07:30 debriefing af vagten. Deltagere: vagtholdet. Sted: aftales nærmere mellem deltager.

2. Tavlemøde kl 16:45. Sted: grøn team lokale. Deltagere: akutlæge 1 (8-18) og akutlæge 2 (09-17). Formål: overlevering af patienterne.

3. Tavlemøde kl 17:30. Sted: Grøn team lokale. Deltagere: Akutlæger 1 og tilkommende akutlæge nattevagt. Formål: overlevering af patienterne til vagtholdet.

4. Tavlemøde kl 20:30. Sted: Citrea tavler ved sekretarerne på plan 4. Deltagere: akut og medicinsk vagthold. Formål: kort gennemgang af akutte patienter mht flow, overlevering af patienter til medicinerne.

Obs Læger (yngre læger og speciallæger), der møder kl 14 og kl 16 samt kl 09 i weekender og helligdagene, henvender sig til akutlæge 1 (tel. 23250) mhp patient fordeling, prioritering mm.

## Hospitalsvisitation

Alle akutte patienter meldes til indlæggelse gennem hospitalsvisitationen, der er bemannet med akutsygeplejersker 24/7. Visitation sker ud fra hospitalets visitationsmanual, som kan findes på afdelingens fællesdrev: N:\Afdeling\RRAAKUTA\Hospitalsvisitationen\Visitationsmanualen

## Selvhenvendere

For patienter, der selv henvender sig og har et åbenlyst behandlingsbehov, visiteres de ind i afdelingen. Er der tvivl om patienten har et akut behandlingsbehov tilkaldes akutlægen, der tager stilling til om patienten skal gå til egen læge, vagtlæge eller behandles i akutafdelingen.

## Melding til team

Teammedlemmer (læger og sygeplejersker) opholder sig på samme kontor/ved patienten og har fælles ansvar for at holde sig opdateret med meldte patienter.

Ved melding af patient til team sætter koordinator de teamansvarliges ansigter på patienterne på klinisk logistik. Meningen er, at det altid entydigt fremgår af CETREA hvilken læge, der har ansvaret for patienterne, også FØR patientens ankomst. Det betyder også, at hvis man er sat på patient, man ikke kan nå eller det af anden grund er en anden læge, der skal have ansvaret for patienten, så sætter man nyt ansigt på efter aftale med den læge, der skal overtage patienten. Man klikker altså aldrig sit eget ansigt af, så patienten er uden læge.

Frem til kl 22 sætter koordinator altid den teamansvarlige speciallæge på. Denne kan så videredelegere opgaven til en yngre læge. Når der er mindre end 3 speciallæger på arbejde kan en speciallæge godt have ansvaret for mere end et team. I tidsrummet 15.30-18 på hverdage og 8-18 i weekend er der to speciallæger, der har teamansvaret og ansvaret for akutafdelingen.

Man bliver som yngre læge ikke sat på patienter fra andre teams end ens eget. Skal man som yngre læge hjælpe til i andre teams aftales det akutlæge til akutlæge. Den yngre læge i aftenvagte 14-22 refererer til akutlæge 1 indtil kl 16 eller hvis der ikke er en speciallæge i aftenvagte

I vagttid, dvs. efter kl 18 er der kun en speciallæge i modtagefunktion. Derfor tildeles patienterne i tidsrummet 18-08 den yngre læge, der er tilknyttet de enkelte teams: yngre akutlæge 1 (23257), blå og grønt team sammen med yngre akutlæge 3 (23374) akut læge 2 har rødt team ligesom sammen med 1/2 yngre læger.

## Opringning til lægen ved nye patienter.

Formålet med opringningen fra sekretær til lægen er, at vi kan gå ind og hilse på patienten sammen med sygeplejerske allerede ved ankomst. Det kan godt være man er i gang med noget andet, men så må man enten afbryde dette eller gøre sig hurtigt færdig. Det samme må sygeplejerskerne, når de skal modtage en ny patient.

## Teammodtagelse, triagering og primært tilsyn

Sygeplejerske og læger går ind og hilser på patienten ved ankomst. Speciallægen deltager således også, hvis muligt. Speciallægens deltagelse er obligatorisk ved patienter, der triageres røde/orange

Hvis patienten er stabil og der ikke er behov for umiddelbar lægelig indsats kan sygeplejersken fortsætte med triagen og dokumentere denne. Der kan evt være supplerende ordinationer fra modtagende læge, men egentlig journaloptagelse udføres ikke på dette tidspunkt.

Er der uafsluttede opgaver andet sted kan lægen gå tilbage til disse for at vende tilbage til egentlig journaloptagelse senere. Forinden har teamet sikret sig, at patienten er medinddraget og velinformeret om den foreløbige plan inden teamet skilles.

## DEPT triage

I Region midt anvendes triagesystem DEPT (Danish Emergency Proces Triage). Afdelingens triagemanual kan findes via dette [link](#). Patienterne triageres dels ud fra symptomer (kontaktkort), dels ud fra vitalparametre.

Triage har til formål at afgøre, hvor længe patienten kan vente på at blive set af læge og er sådan set irrelevant, når patienten modtages i et team af læge og sygeplejerske.

Imidlertid lykkes det ikke altid og i den sammenhæng anvender vi også procesdelen, dvs. inden lægen ankommer, sætter sygeplejersken gang i handlinger, der skal sikre indledende diagnostik eller akut behandling. Når der på et kontakttårsagskort står: "Overvej", betyder det dog, at sygeplejersken skal overveje sammen med læge.

For røde og orange forventes det at tilsyn sker umiddelbart, senest inden for 15 min af hensyn til frigørelse af sygeplejersken. Navn på læge noteres altid ved advisering om rød/orange triage. Opkaldstidspunktet regnes fra det tidspunkt triage-SFI'en er dokumenteret. Lægetilsyn ved modtagelsen indebærer som minimum en ABCDE-vurdering med stillingtagen til behov for akutte tiltag samt en TOKS-ordination. Det indebærer ikke nødvendigvis en egentlig journaloptagelse eller egentlig behandlingsplan på dette tidspunkt. I den helt undtagelsesvis situation, hvor der ikke er mulighed for lægeligt tilsyn indenfor den skitserede tidsramme, revurderes patienten regelmæssigt efter triagens vitalparametre.

## Opfølgning

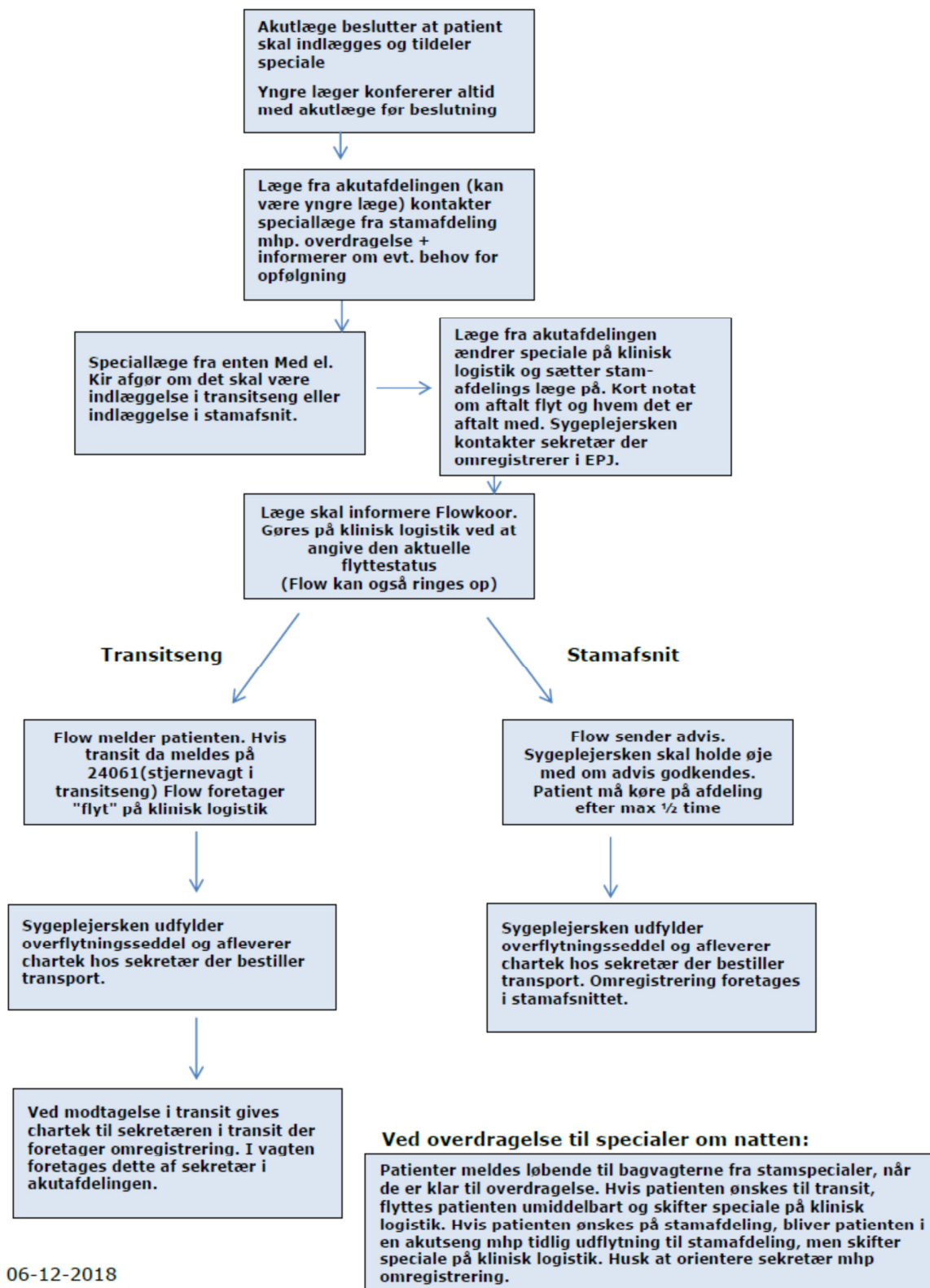
Efter primær modtagelse, iværksættelse af akut udredning og behandling og evt. journaloptagelse forbliver ansvaret for patienten ved teamet. Man har som modtagende læge selv opgaven med at følge patienten op med den fornødne supervision fra en ældre kollega. Tidligere tiders gennemgang ved en anden, senior kollega er altså afskaffet. Teammedlemmer har fælles ansvar for at holde øje med svar på blodprøver og undersøgelser og arbejde hen imod en afklaring af en akut patient indenfor 4 timer, hvorefter patienten overgår til et speciale eller planlægning af udskrivelse kan starte.

Der skal så tidligt som muligt tages stilling til det forventede forløb for patienten. Dette markeres på klinisk logistik/Citrea tavlen. F.eks. forventer sengeafsnit, udskrivelse fra akutafdelingen, andet sygehus, forventes indlagt under 12 timer. Hvad man anfører kan selvfølgelig ændres over tid. Man forventes også at klikke af. Når man er i gang og færdig med journalen samt behandlingsplanen på tavlen.

## Overdragelse til andet speciale

Alle overdragelser til andet speciale skal være aftalte og journalførte. Nedenstående flowchart følges. Specielt er det vigtigt at være opmærksom på opdateringer af klinisk logistik ved overdragelse. Specialet skal anføres korrekt og ansvarlige læge anføres med tlf.nr. på citrea tavlerne. Man kan godt flytte patienter til transit om natten, og man kan sagtens vække en bagvagt for dette. Er der ingen pladsproblemer i akutsengene er det også OK at samle det sammen og overdrage nattens patienter kl 7.00. Akutlægen aftaler med de øvrige vagthold hvad man gør i den enkelte vagt. Det vigtigste er, at de relevante patienter er overdraget inden 8.00, så de ikke ligger i de efterspurgte akutsenge.

## Flowdiagram når patienten skal indlægges i transitseng eller stamafdeling



## Tidlig udskrivelse

I akutafdelingen tilstræber vi, at patienter så vidt muligt udskrives af vagtholdet efter princippet om "tidlig udskrivelse". Det handler om:

- at sikre at relevante patienter er klar til udskrivelse inden kl 8 om morgenen
- at undgå forsinkelse i udskrivelsen, forårsaget af at der er nyt personale skal sætte sig ind i patienten
- at undgå at patienten skal møde nyt personale, der bare skal sige farvel.

### Fremgangsmåde:

- Udskrivelse begynder ved indlæggelse
- Ved modtagelse skal der fra teamets side altid vurderes, om patienten kan udskrives som **tidlig udskrivelse**
- Patienter, der forventes udskrevet inden for 12 timer forbliver som udgangspunkt i akutseng mhp udskrivelse derfra. Indebærer det en overnatning stiles som udgangspunkt altid mod **tidlig udskrivelse**
- Sygeplejerske/læge markerer på cetrea tavle mulige kandidater til **tidlig udskrivelse** ved at anvende neongrøn "dot".
- Lægen skal i journalen tydelig diktere "**tidlig udskrivelse**" og hvilke kriterier der evt. skal opfyldes før dette kan ske (blodprøve kontrol, smertefri osv.)
- Ved behov for blodprøver til næste morgen, bestilles de til kl 03 runde og der noteres at prøverne først skal tages kl. 05.
- Patienterne skal tokkes i umiddelbar forlængelse af blodprøvetagning for at undgå unødige forstyrrelser hos patienten.
- Lægen kan vælge at diktere epikrise, afstemme FMK og lave evt. recept på forhånd, hvorefter patienten kan sendes hjem af sygeplejerske inden kl 8, hvis de aftalte kriterier er opfyldt.
- Er der behov for nyt lægetilsyn inden udskrivelse ser den behandlingsansvarlige læge selv patienten inden vagten slutter kl. 8 mhp udskrivelse (+ epikrise, FMK og evt. recepter)
- Akutkoordinator er opmærksomme og behjælpelige med disse patienter.
- Sygeplejersken er ansvarlig for det administrative omkring **tidlig udskrivelse** bliver udført løbende, så det hele er klar når dagvagten møder ind. Der kan med fordel noteres på cetrea tavle i "note feltet" hvad der mangler til næste vagthold. Husk at evt. patienttransport også kan bestilles om natten. Når kriterierne er opfyldt skiftes status for pt til: skal hjem. Skiftes der til denne forventes det, at der er dikteret epikrise.

# Epikriser

Epikriser dikteres umiddelbart i forbindelse med patientens udskrivelse. I helt undtagelsesvisse tilfælde bliver der ikke dikteret epikrise i forbindelse med patientens udskrivelse, f.eks., fordi patienten vælger at forlade afdelingen uden at tale med en læge. Disse manglende epikriser laver sekretærerne hver dag en liste over. Disse "hængende" epikriser, dikteres umiddelbart samme dag af lægerne i **Grønt Team**.

Det er vigtigt at man dikterer epikrisen præcis efter den skabelon, der ligger i EPJ. Find den evt. under planer i EPJ, eller følg lomme kort. Følger epikrisen ikke formatet kan sekretærerne ikke danne epikrisen og så havner den på fejlliste.

## **Epikrisen dikteres til følgende overskrifter:**

### **Resumé af behandlingsforløb**

- Kort og praksisrelevant i et for læger alment forståeligt sprog.

### **Patientinformation og aftaler**

- Hvis der er tildelt en patientsansvarlig læge påføres dette her.

### **Medicinoplysninger**

- Ex. indikation ved ny medicinordination, ændring i eksisterende medicinsk behandling, evt. behov for hjælp til medicin- dispensering, oplysninger om dosisdispensering eller seponering.

### **Forebyggelse og Sundhedsfremmende plan**

- Ex. funktionsniveau ved udskrivelse, forslag til sygemelding, socialmedicinske foranstaltninger, potentielle senfølger, hvis patienten er terminal, samt sundhedsmæssige risikofaktorer (rygning, alkohol, fejlnæring, fysisk inaktivitet etc.).

### **Ikke afsluttede og planlagte undersøgelser og henvisninger**

- Det skal fremgå, hvis væsentlige undersøgelsesresultater ikke foreligger ved afsendelsen af epikrisen

### **Anbefaling om opfølgning hos egen læge**

- Der gives en tydelig beskrivelse af hvilken opfølgning der anbefales og hvornår den bør foregå.
- Teksten i dette felt kommer til at fremgå øverst i epikrisen hos den praktiserende læge.

Det er meget påskyndet, når man selv taster journal og notater ind i EPJ, så vi får kortfattet og tidstro dokumentation. Lige præcis epikriserne er det bedst at diktere, da der skal foretages noget samtidig registrering, som kun sekretærerne kan.

Husk altid at diktere diagnosekode,, sygdomsforløb og få ajourført FMK

Marker om epikrisen skal sendes som rød, grøn eller gul. Sendes den som rød (umiddelbar opfølgning ved egen læge) skal der samtidig ringes til egen læge samme dage på hverdage. Husk at opdatere FMK samt diktere diagnose og forløbskode.

## Vurdering af behov for opfølgning hos egen læge ved udskrivelse:

- Ingen opfølgning
- **Grøn:** Patienten selv, dennes pårørende eller ex. hjemmepleje tager kontakt til egen læge. Egen lægen orienterer sig i epikrisen ved denne henvendelse.
- **Gul:** Der er behov for opfølgning hos egen læge inden for 2 uger. Patienten vurderes særligt sårbar og det vurderes ikke, at patienten eller dennes netværk (familie, hjemmepleje etc.) vil/kan kontakte egen læge.
- **Rød:** Der er behov for akut opfølgning hos egen læge inden for 2 dage. Der tages samtidig telefonisk kontakt til egen læge.

## Medicinliste

- Patientens ajourførte medicinliste hentes automatisk ind i epikrisen fra FMK. Det er derfor vigtigt, at der tjekkes, om FMK er blevet ajourført i forbindelse med udskrivningen. Hvis ikke dette er sket, ajourføres FMK i forbindelse med diktering af epikrisen.

For yderligere information om indhold til epikriser henvises til den regionale retningslinje for epikriser.

## Prøvesvar

- Alle prøvesvar (blodprøver, EKG, billeddiagnostik) godkendes umiddelbart, når de foreligger hver enkelt patient.
- Inden man har fri sikrer man sig, at alle svar for de patienter, man har haft i løbet af dagen er set og godkendt
- I forbindelse med patientens udskrivelse godkendes alle foreliggende prøvesvar i patientens journal (blodprøver, EKG, billeddiagnostik).
- For de prøver, der ikke er indkommet svar på endnu, aftales med patienten, hvordan svar får på disse, hvis det er relevant. Aftaler om dette skal dokumenteres i epikrisen.
- Enkelte gange fremkommer svaret først efter patientens udskrivelse. Afdelingens liste over **svar til godkendelse** skal derfor hver dag gennemgås og tømmes
- Opgaven er fordelt således
  - Blåt Team: EKGer og mikrobiologi
  - Grønt Team: Epikriser
  - Rødt team: biokemiske svar og patologi
- Listen over **svar til godkendelse** findes i EPJ på afdelingsniveau under **afdelingsopgave** (tip: stjernemarker den, så du får den som favorit på forsiden).
- Man har som teammedlem ansvaret for at listen med svar til godkendelse er tømt, inden man går hjem.
- Gennemgang af listen med svar til godkendelse er en uddannelsesfunktion. Det hører til de administrative opgaver for yngre læger i afdelingen og er en af de måder, vi træner denne lægerolle på.
- De mest lærerige prøvesvar er de, hvor der skal følges, sættes noget i gang, tages kontakt til patienten. Udnyt denne læringsmulighed og sørg for at få supervision!
- Det er naturligvis **ikke i orden** at springe et svar over, fordi det kræver handling eller man ikke ved, hvad der skal gøres! Tænk på patienten og se det som en mulighed for læring og supervision ved en ældre kollega

- Det er vagtholdets opgave løbende i vagten at sikre sig at alle svar på indlagte ses, efterhånden som de kommer ind. Dvs. der bør om morgenen kl 8.00 ikke forekomme usete svar på patienter, der fortsat befinder sig i akutafdelingen. Undtaget herfra er svar på prøver, der er taget på morgenrunden

## Hvilke svar skal godkendes og hvilke videresendes?

- Prøvesvar på patienter, der fortsat er indlagt, skal ikke godkendes i akutafdelingen. De skal godkendes af den læge, der har patienten. Det gælder uanset om patienten fortsat er på akutafdelingen eller er gået videre. Er på patienten gået videre, videresendes svaret til det relevante godkenderafsnit ved at højre klikke på svaret og vælge "rediger ansvarlig godkender..." Herefter vælges det relevante **godkenderafsnit**. Aldrig en bestemt godkenderperson.

| Type                | Personnummer | Fornavn | Efternavn | Indlagt | Godk. person | Godk. afs. | Gruppe | Svar indlagt   | Status  |
|---------------------|--------------|---------|-----------|---------|--------------|------------|--------|----------------|---------|
| Mikrobiologi        |              |         |           |         |              |            |        | 17.01.20 09:34 | Indlagt |
| Mikrobiologi        |              |         |           |         |              |            | akut   | 20.01.20 12:14 | Indlagt |
| Mikrobiologi        |              |         |           |         |              |            | a      | 20.01.20 15:55 | Indlagt |
| Billeddiagnostik    |              |         |           |         |              |            |        | 21.01.20 08:38 | Indlagt |
| Mikrobiologi        |              |         |           |         |              |            |        | 21.01.20 10:55 | Indlagt |
| Mikrobiologi        |              |         |           |         |              |            | A      | 21.01.20 11:11 | Indlagt |
| Mikrobiologi        |              |         |           |         |              |            |        | 21.01.20 11:11 | Indlagt |
| Kardipulmonale svar |              |         |           |         |              |            |        | 21.01.20 11:50 | -       |
| Kardipulmonale svar |              |         |           |         |              |            |        | 21.01.20 13:33 | -       |
| Mikrobiologi        |              |         |           | RAH-C   |              |            |        | 21.01.20 13:40 | Indlagt |

[illegible]

- Prøvesvar med orange indbakke ikon, skal ikke godkendes i akutafdelingen. De er bestilt af anden afdeling.
- Prøvesvar, der er markeret med et andet godkender afsnit end akutafdelingen, skal ikke godkendes i akutafdelingen.
- Prøvesvar, der oplagt skal godkendes af et andet afsnit, f.eks. hjerte-CT eller myocardiesscintigrafier, videresendes. I de nævnte tilfælde med myocardiesscintigrafierne og hjerte-CT vælger man hjertemedicinsk klinik
- Alle andre prøvesvar skal godkendes i akutafdelingen. At der er anført en bestemt godkenderperson ændrer **ikke** ved dette. Vedkommende kan være vikar, på ferie, fratrådt sin stilling osv. og relevant reaktion på et prøvesvar må ikke forsinkes/undlades af den grund.

# Journalføring og Journaloptagelse

**Akutaafdelingen er ikke afdeling for journalskrivning!**

**Patienter kommer ikke på sygehuset for at få optaget journal, men for at blive udredt og behandlet for akut opstået sygdom eller tilskadekomst**

Udredning og behandling samt beslutningsgrundlaget for dennes iværksættelse skal lødigt dokumenteres, men journalen er ikke produktet af vores arbejde. Det er alene en dokumentation af vores arbejde.

- Patienter, der kun skal være på afdelingen i kort tid skal kun have lavet en epikrise, når de går hjem.
- Patienter, du vurderer kan udskrives efter få timer, skal have lavet et kort akutnotat (behandlingsplan SFI) med nogle få ordinationer og endeligt en epikrise, når patienten går hjem.
- Patienter, du ikke selv kommer til at sende hjem eller skal overgå til anden afdeling skal have lavet en fokuseret journal.
- Vi lægger vægt på kortfattet og præcis journalføring med fokus på de akutte problemstillinger og fokus på det, der skal ske fremadrettet, ikke resumeer af det, der er sket bagudrettet.
- Undgå gentagelser af forhold, der allerede fremgår (flere gange) af journalen. Undgå f.eks at indlede alle notater med "68-årig kvinde med type 2 diabetes og KOL, nu indlagt med feber", når det allerede er beskrevet en gang
- Gentagelser fra indlæggelsesjournal og behandlingsplan er helt forbudt! Beslut hvor det hører hjemme og skriv det kun én gang – undgå dobbelt journalføring.
- Under konklusion dokumenteres netop konklusionen og ikke et resume
- Følgende punkter er der ikke behov for selvstændigt at dokumentere i en indlæggelsesjournal:
  - kontaktårsag (dokumenteres under aktuelt)
  - dispositioner (skal kun dokumenteres hvis relevant for det akutte og i givet fald under aktuelt),
  - tidligere (skal dokumenteres i den fælles sygdomshistorik)
  - øvrige organsystemer (der skal ikke bevidstlæs spørges til svimmelhed, dobbeltsyn, vandladningsbesvær og afføringsændringer, som der alligevel ikke handles på, men kun til det, der er relevant for det akutte og så skal det i givet fald dokumenteres under aktuelt)

## Sygdomshistorik

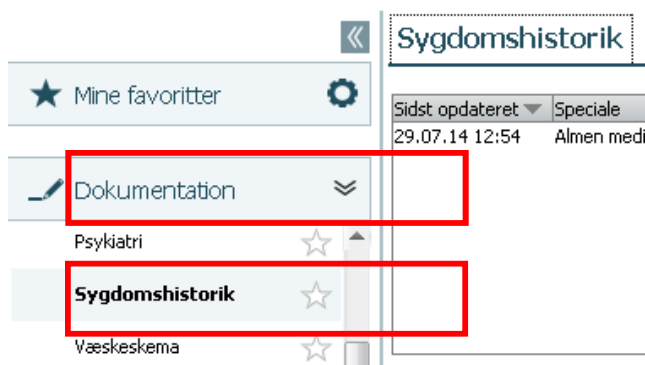
Fælles Sygdomshistorik erstatter feltet "tidligere" i indlæggelsesjournaler

I praksis skal vi på alle patienter, der ikke allerede har oprettet en fælles sygdomshistorik, oprette den ved indlæggelse. Der skal stå det, man på studiet lærte, der skulle stå under punktet TIDLIGERE. Det skal nu skrives i fælles sygdomshistorik. Fokuser på at lave en opdatering, hvis der allerede foreligger en, altså nyttilkommet. Der er langt det hurtigste at taste det ind selv. Er det meget omfattende, må man gerne diktere, men så skal man indlede diktatet med og tydeligt sige at der nu dikteres til "fælles sygdomshistorik"

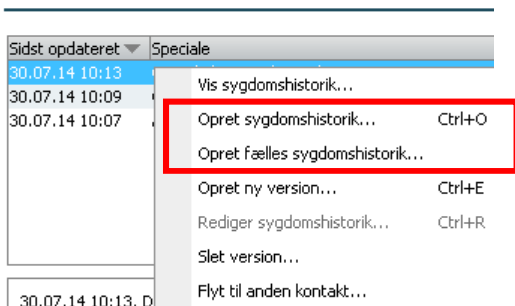
Ønsker man af hensyn til overblik at sygdomshistorik fremgår af indlæggelsesjournalen, selvom der ikke er nyt at tilføje, opretter man en ny version, så kommer den med i kontinuationerne. Se nedenfor.

### Sådan opretter du Sygdomshistorik:

I værktøjskassen  
'Dokumentation' vælger du  
værktøjet 'Sygdomshistorik'



### Sygdomshistorik



### Højreklik i oversigten

Vil du oprette Specifikt speciale  
Sygdomshistorik:  
'Opret sygdomshistorik'

Vil du oprette Fælles Sygdomshistorik:  
'Opret fælles sygdomshistorik'

Speciale:\* Karkirurgi

Beskrivelse:\*  
 2001: Aalborg Sygehus, PCI behandling.  
 2008: Viborg Sygehus, Karopereret på hø. ben pga. manglende heling af sår.  
 2013: AUH, KAG som ikke gav anledning til nye interventioner på hjertet.  
 2014: HEM, Collum femoris fraktur dxt,

Udført:\* 29.03.2017 13.34 af EPJ-konsulent Morten Sode, Akutafsnit 2 - RHV

☐ Kladde

OK Annuller

Klik i ▼ og vælg speciale.

Hvis du har valgt Fælles Sygdomshistorik, vil der kun være et beskrivelsesfelt

Feltet 'Beskrivelse' er et fritekst felt. Brug følgende struktur:

- Årstal
- Sygehus/Afdeling
- Diagnose
- Behandling

Sygdomshistorikken kan gemmes som 'Kladde'

Klik 'OK' og Sygdomshistorikken får nu et versionsnummer

## Medicinanamnese

Medicin opdateres i FMK og overføres til epj. Kan der ikke gives information om alle præparater enten via medicinoversigt ved pt eller gennem samtale med pt eller pårørende, gennemgås medicinen ud fra indløste recepter, en patients medicin skal altid godkendes, eller kan pt ikke få medicinen udleveret. Er du i tvivl om noget ifm opdatering af FMK, så spørg altid en ældre kollega.

## Behandlingsplan

Det er afgørende for patientsikkerheden og det optimale patientforløb i akutafdelingen, at alle akutte patienter har en plan for indlæggelsesforløbet fra starten af deres indlæggelse. Den indledende plan vil oftest være foreløbig med behov for justering afhængig af undersøgelsessvar, observation i afdelingen og patientens kliniske respons på evt. indledt behandling. Både for den indledende plan og for efterfølgende opdateringer gælder det, at det er afgørende, at planen er umiddelbart tilgængelig for alle øvrige i behandlingsteamet. Det stiller krav om tidstro dokumentation og nødvendiggør at planen og efterfølgende opdateringer indtastes direkte i SFI'en "Behandlingsplan, Akutafdelingen".

Arbejdsgangen er følgende:

### **Ved indlæggelse:**

Efter journaloptagelse udfærdiges foreløbige plan ind i SFI'en "**Behandlingsplan, Akutafdelingen**". Alle felter er obligatoriske ved den første plan. I konklusionsfeltet indtastes alene konklusion, ikke et resume! I nogle tilfælde kan behandlingsplanen fungerer som journal, se tidligere.

**Plan** er en kortfattet sammenfatning af den lagte plan. Væsentlige oplysninger heri er planlagte undersøgelser og behandling, oplysninger om faste, smerteplan, væskeplan og evt. tidspunkt for kontrol af blodprøver, inkl. hvilke prøver samt obs diagnoser.

**TOKS, ordination** udfyldes i henhold til instruks for dette.

**Diagnose ved journaloptagelse.** Her vælges med rullemenu den relevante diagnose, evt. en symptomdiagnose. De valgte diagnoser overføres til diagnoseoversigten i EPJ.

**Forventet forløb, akutafdelingen** udfyldes med angivelse af det forventede forløb samt angivelse af, hvornår der forventes opfølgning af planen og hvad der skal følges op på. Det kan være svaret på bestilte undersøgelser eller klinisk opfølgning. Egentlig gennemgang skal ikke finde sted. Er der ikke anført nogen plan for næste opfølgning sker denne først næste formiddag eller på stamafdeling. Det er også her man anfører hvilken navngiven speciallæge, der har enten set og vurderet patienten eller der er konfereret med. Se nedenfor.

Er den journalskrivende læge speciallæge eller er patienten set sammen med en speciallæge (obligatorisk for rød og orange triage) dokumenteres i "**Set og vurderet af speciallæge**" med angivelse af tidspunkt for afsluttet tilsyn af speciallæge.

Har den journalskrivende læge alene konfereret patienten med speciallæge uden personligt tilsyn ved speciallægen dokumenteres i "**konfereret med speciallæge**" med angivelse af tidspunkt for afsluttet konferering med speciallæge.

Samtidig med at planen indtastes i EPJ kontaktes den patientansvarlige sygeplejerske, enten telefonisk eller personligt med information om planen.

Klinisk logistik opdateres med det forventede forløb, som er dokumenteret i behandlingsplanen.

Informeret samtykke udfyldes i henhold til [instruks](#) for dette

**Ved alle efterfølgende kontakter, opfølgninger, tilsyn eller "stuegang":**

Opdatering af den foreløbige plan dokumenteres tidstro ved at lægen enten 1) selv indtaster et journalnotat, der inkluderer plan eller 2) dikterer et journalnotat med efterfølgende indtastning af den opdaterede plan i af SFI'en "**behandlingsplan, akutafdelingen**". Er der ændringer til forventet forløb opdateres klinisk logistik svarende til dette. Der dokumenteres kun i de felter, hvor det er relevant. Der kan i sagens natur aldrig dikteres til SFI'en "**Behandlingsplan, akutafdelingen**", da det ikke vil muliggøre tidstro dokumentation.

Vær opmærksom på, at de informationer du dikterer oftest først vil være tilgængelige efter dage, hvorved det kræver, at den næste behandlingskrævende læge skal ind og lytte journalnotatet, skriv derfor altid vigtige informationer ind selv.

Opret resultat - 101010-ORT1 - RRA Mand Testperson

**Behandlingsplan, Akutafdelingen**

☐ **Konklusion** ...

Beskrivelse:

☐ **Plan** ...

Beskrivelse:

☐ **Diagnose ved journaloptagelse HEH** ...

Aktionsdiagnose: ... Tilføj ...

Bidiagnose: ... Tilføj ...

Bidiagnose: ... Tilføj ...

☐ **TOKS, ordination** ...

Afvigelse fra beslutningsalgoritme

Tilladelig score det næste døgn:

Kommentar, herunder observationshyppighed det næste døgn:

☐ **Forventet forløb, Akutafdelingen** ...

Forventet forløb:

☐ Forblive i akutafdelingen pga. ustabil tilstand

☐ Forblive i akutafdelingen til nærmere afklaring

☐ Kan flyttes til andet afsnit

☐ Forventes udskrevet mindre end 36 timer efter indlæggelse

Forventet tidspunkt for opfølgning af behandlingsplan:

Opfølgning af behandlingsplan efter undersøgelse af:

Godkendt af speciallæge:

Supplerende:

☐ **Konfereret med speciallæge** ...

Dato:

☐ **Set og vurderet af speciallæge - ZZP0010** ...

Dato:

☐ **Informeret samtykke - BWW21** ...

Samtykke givet til følgende indgreb/undersøgelse/behandling:

Information givet som grundlag for samtykket:

☐ Informationsmateriale udleveret

☐ Patienten har frabedt sig information:

☐ Patienten er midlertidig inhabil

Samtykke givet af andre:

Udført: 20.12.2017 14.41 af EPJ-konsulent Lise S Margon Simonsen, Akutafdeling - Randers

Speciale(r):\* RRA - Anæstesiologi Indtast/Vælg speciale

Tilføj aktivitet... ☐ Kladder OK Annuller

## Informeret samtykke

Hver gang der udfyldes et plannotat i EPJ eller dikteres til "behandlingsplan" skal der samtidig dokumenteres i rubrikken informeret samtykke. Det er ikke nok at vinge den af.

### Hvad er et samtykke:

Samtykket skal være givet til en konkret behandling. Det skal være klart, hvilken behandling, herunder behandlingsmetode, der må foretages, og hvad der er formålet med behandlingen. Vi har pligt til at sikre os samtykke til behandling, inden den iværksættes.

### Hvad skal der informeres om:

Informationen skal indeholde tilstrækkelig oplysning om sygdomstilstand, behandlingsmuligheder, risici og bivirkninger mv., således at patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet, herunder konsekvenser ved fravalg af behandling

Specialet ved behandlinger med risiko for komplikationer skal vi vurdere, om der er tale om:

- 1) alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv.
- 2) alvorlige og sjældent forekommende
- 3) bagatelagte og ofte forekommende eller
- 4) bagatelagte og sjældent forekommende.

På grundlag af en sundhedsfaglig vurdering skal der i tilfælde 1) altid informeres. I tilfælde 2) og 3) skal der ofte informeres og i tilfælde 4) er det som udgangspunkt ikke påkrævet at informere.

### Hvad skal der dokumenteres:

Vi har pligt til journalføring af relevante oplysninger vedrørende information og samtykke til behandling, herunder afvisning af information (retten til ikke at vide) og vedrørende videregivelse af helbredsoplysninger. Samtidig kan vi ikke ordret dokumentere alt, hvad vi har talt med patienten om og i mange tilfælde vil mere overordnede vendinger som f.eks.: "Jeg har informeret patienten om fordele og ulemper ved behandlingen, bivirkninger etc." være tilstrækkelig. Jo mere omfattende eller alvorlige f.eks. bivirkninger er, jo mere detaljerede skal vi være.

Stiltiende samtykke til almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, for eksempel rensning af sår, undersøgelse af ben og armes funktionsevne, stetoskopi osv. skal ikke journalføres.

## TOKS

### Fra Triage til TOKS

I forbindelse med triagen suppleres med bevidsthedsniveau (AVPU) og sammen med triage parametrene beregnes en udgangsværdi for TOKS-scoren. Denne dokumenteres i triage-SFI. Når patienten er set af læge bortfalder triagen og den dertil tilknyttede observationshyppighed. I stedet laves en individuel TOKS-ordination, inkluderende hyppighed, tilladelige grænser og behandlingsmål. Observationsplanen dokumenteres af lægen som led i PLAN-notat. TOKS-ordinationen opdateres herefter mindst én gang i døgnet ligesom den ajourføres ved overflytning til stamafsnit for at sikre modtagende afdeling et udgangspunkt. Er der behov for observationshyppighed hyppigere end TOKS x 3/døgn skal dette konfereres mellem teamansvarlige for patienten på akutafdelingen og stamafdelingen. I forbindelse med overdragelse fra akutafdeling til stamafdeling skal seneste TOKS-måling være foretaget < 2 timer før.

For at kunne følge udviklingen i patientens fysiologiske status og sikre entydig kommunikation med modtagende afdelinger dokumenteres efterfølgende observationer i TOKS-SFI.

Dokumentation i TOKS kræver, at der dokumenteres et fuldt sæt værdier. Hvis det af praktiske grunde findes uhensigtsmæssigt at gentage måling af temperatur med meget tætte mellemrum, er det tilladeligt at anføre den sidste målte temperatur med en anmærkning om dette. Findes der stigende TOKS-score bør der dog foretages ny temperaturmåling.

## FMK

Fælles medicinkort (FMK) skal altid ajourføres ved udskrivelse. Ajourføringen skal ske efter, at sidste ordinationsændring er foretaget og skal være afsluttet senest to timer efter udskrivelsen.

Ved udskrivelse tages stilling til, hvilke lægemiddelordinationer patienten skal fortsætte med.

1. Den aktuelle medicinliste i medicinmodulet og på FMK ajourføres med de lægemiddelordinationer, patienten skal fortsætte med efter udskrivelsen, og det sikres, at der er overensstemmelse mellem de to medicinlister. Hvis der er lavet analog substitution i forbindelse med indlæggelsen, bevares den oprindelige ordination på FMK med mindre, der er lægelige grunde til at skifte præparat.
2. FMK markeres "Ajourført", når medicinlisten på FMK er retvisende, og efter at sidste ordinationsændring er foretaget i EPJ. Ajourføringen skal være afsluttet senest to timer efter udskrivelsen.
3. Recepter oprettes og sendes via receptfunktionen i FMK. Se punktet Recepter for deltaljer.
4. Medicinliste printes fra FMK, når FMK er ajourført og medgives altid patienten

FMK skal ikke ajourføres ved overflytning til en anden afdeling internt på hospitalet eller i Region Midtjylland.

### Faldgrupper ved FMK ajourføring:

FMK ajourført, men vi går efterfølgende ind og laver en (ubetydelig) ændring, men er ikke opmærksomme på at ajourføringen "ophæves" og derfor skal gentages

Patienter, der slet ikke får medicin. Det er naturligt at overse, men vi skal faktisk også ajourføre i dette tilfælde også for at dokumentere at det er korrekt, at patienten ingen medicin får

Undertiden kan vi ikke ajourføre FMK. Det kan f.eks. være patienter, der har været herinde i meget kort tid, og hvor vi ikke har været i stand til at få fat i valide medicinoplysninger.

I det tilfælde er det fagligt korrekte at diktere til epikrisen, at man ikke har ajourført FMK af den og den grund. Gerne ledsaget af en opfordring til at patienten går til egen læge efter udskrivelsen og får det gjort. I det tilfælde er det selvfølgelig korrekt ikke at trykke på ajourført. Det tæller så ned i afdelingens statistik, men det må så være.

## **SYGDOMSFORLØB**

Alle indlagte akutte patienter skal have deres kontakt tilknyttet et sygdomsforløb

Her er et par tips og tricks:

Intentionen er, at et sygdomsforløb som starter med at handle om f.eks. mistanke om hjertesvigt (DZ035E) skal have label "Hjertesygdomme". Det samme gælder ved mistanke om kræft, underernæring, røgforgiftning osv. Det samme gælder også for mange DR-diagnoser, hvor f.eks. DR339 (urinretention) skal ind under "nyrer og urinveje (urologi)".

Dvs:

DR100 Akutte mavesmerter = Sygdomme i spiserør, mavesæk og tarmsystem  
DR119 kvalme og opkastning = Sygdomme i spiserør, mavesæk og tarmsystem  
DZ034 obs. AMI = hjertesygdomme  
DE869A Dehydrering = medfødte misdannelser eller metaboliske forstyrrelser  
DR429 Svimmelhed UNS = neurologiske sygdomme  
DR522A Kramper UNS = neurologiske sygdomme  
DN390 Urinvejsinfektion = nyrer og urinveje  
DR509 Feber UNS = andre forløb  
DR074 Brystmerter UNS = andre forløb  
DR060 Dyspnø = sygdomme og infektioner i luftveje  
DR073 Andre brystmerter = hjertesygdomme

Vedhæftet er igen oversigten over sygdomsforløb, opdelt i diagnosegrupper.

**HUSK AT DIAGNOSER TIL EPIKRISER SKAL HAVE 3 CIFRE**, ikke 2 som oversigten viser.

# LPR3 – lægeopgaver

Det giver bedst overblik at markere i "Gruppér i sygdomsforløb" (øverst)

| Kontakter      |          |                                                             |                                                            |                                  |       |
|----------------|----------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------|
| Fra 01.11.18   |          | Til 01.11.18                                                |                                                            |                                  |       |
| Vis alle       |          | <input checked="" type="checkbox"/> Gruppér i sygdomsforløb |                                                            |                                  |       |
| Type           | Start    | Slut                                                        | Ansvarlig enhed                                            | Sygdomsforløb og aktionsdiagnose | Beleg |
| Hjertesygdomme |          |                                                             |                                                            |                                  |       |
| F              | 15.11.18 |                                                             | 66.20.02 - Hjertesygdomme - AUH                            | Hjertesygdomme                   |       |
|                | 15.11.18 | 15.11.18                                                    | 66.20.02.9 - Hjertesygdomme Klinik - AUH                   | Cor pulmonale UMS                |       |
|                | 15.11.18 | 15.11.18                                                    | 66.20.02.9 - Hjertesygdomme Klinik - AUH                   | Cor pulmonale UMS                |       |
|                | 15.11.18 |                                                             | 66.20.02.1 - Afdeling for Hjertesygdomme - AUH             |                                  |       |
| F              | 15.11.18 |                                                             | 66.20.07 - Diabetes og Hormonsygdomme - AUH                | Hjertesygdomme                   |       |
|                | 15.11.18 | 15.11.18                                                    | 66.20.07.1 - Diabetes og Hormonsygdomme Sengafdeling - AUH |                                  |       |
| Præhospitalet  |          |                                                             |                                                            |                                  |       |
| F              | 15.11.18 | 15.11.18                                                    | 66.10.01 - Akutlægehelikoptere overfald - PRÆ              | Præhospitalet                    |       |
|                | 15.11.18 | 15.11.18                                                    | 66.10.01.0 - Akutlægehelikoptere - PRÆ                     |                                  |       |

Alle sygdomsforløb til indlæggelse i Akutafdelingen startes som "uafklaret".

Disse skal kvalificeres af læge!

Det er vigtigt at forholde sig til om vores kontakt skal kobles på et allerede eksisterende kendt sygdomsforløb, eller om det er nyt for patienten.

Enten:

- Ved diktering af epikrise, A-diagnose samt sygdomsforløb til sekretæren.
- Ved diktering af journalnotat, A-diagnose samt sygdomsforløb til sekretæren.
- Ved diktering af overflytningsnotat, A-diagnose samt sygdomsforløb til sekretæren.

**Bemærk:** Det er NAVNET på sygdomsforløbet der skal dikteres – ikke diagnosekategorien

## Tilgang til den akutte patient

I akutafdelingen arbejder vi ud fra en symptomorienteret tilgang og ikke en specialetilgang eller en diagnosebaseret tilgang. Udgangspunktet er at vi ikke ved hvad patienten fejler, men at vi først og fremmest skal afklare eventuelle tidskriske tilstande som patientenes symptomer kan være udtryk for.

Det kan være patient indlægges med en observationsdiagnose f.eks "obs appendicit", men det er vigtigt, ikke for tidligt at lægge sig fast på én diagnose mulige diagnoser uden at have afklaret andre tidskriske tilstande .

Vi lægger derfor vægt at patienten altid primært tilgås efter ABCDE princippet. Dernæst er opgaven at overveje alle tidskriske tilstande, der kunne være årsag til patientens symptomer og få det afklaret. Dernæst skal overvejes hvilke andre og måske mere sandsynlige årsager og der lægges en udredningsplan med henblik på at afklare dette.



## Behandlingsniveau

I forbindelse med at der er kommet OBS ikoner på klinisk logistik, er det nødvendigt, at vi skærper vores opmærksomhed på at tage stilling til behandlingsniveau ved alle indlæggelser, således at vi ikke risikerer at nogle handler på (eller netop ikke handler på!) et "tændt" OBS-ikon, der ikke længere er relevant.

SFI'en "aftalt behandlingsniveau" skal altid udfyldes, når der tændes for OBS-ikonet, så man kan let se, hvad der ligger til grund for den beslutning, der har ført til at OBS-ikonet er tændt. Vi følger således den regionale instruks:

[OBS-ikonet, Midt-EPJ, regional instruks](#)

## Vagtværelser

Der er vagtværelser på afdelingen til nattevagterne. For aftenvagten 14-23 er det muligt at låne et vagtværelse på det gamle patienthotel, hvis man ikke kan nå hjem med offentlig transport. Nøglen får i informationen i forhallen

## Medicinske studenter i akutafdelingen

De medicinstuderende er tilknyttet medicinsk afdeling, og som sådan deres ansvar. Når de kommer i akutafdelingen skal de egentlig følge de medicinske læger, men vi hjælper med opgaven, fordi det er en meningsfuld opgave for KBU lægerne, at få lov at instruere de studerende.

Følgende er aftalt med medicinsk afdeling vedrørende studerende:

Højst 2 studenter af gangen og kun indtil kl 12, hvor vi typisk begynder at få travlt.

Studerterne skal følges med og vejledes af KBU lægerne, idet vejlednings- og supervisionskapaciteten hos speciallæger, AP læger og introlæger er en begrænset ressource og skal forbeholdes supervision af afdelingens egne læger

## Buddy-ordning for KBU'er

Når du bliver ansat i akutmodtagelsen i Randers, får du naturligvis en klinisk vejleder. Derudover bliver du parret med en KBU fra holdet før dig. Denne buddy kan bruges til alle de der "hvordan var det nu lige"-spørgsmål, som helt sikkert dukker op. Måske du en dag har stået i en situation der har sat forskellige tanker i gang som du har brug for at snakke igennem.

Efter 3 mdrs ansættelse, kommer der nye KBU'er som så får dig som buddy. Husk her på hvilke situationer/opgaver/mm du selv synes var vanskelige de første måneder og støt din nye kollega.

## Ansvarsområder for KBU læger

Du vil under din KBU blive tildelt/tilvælge et ansvarsområde. Det kunne fx være ansvarlig for brørdordning eller MyMedCards-ansvarlig. Har du brug for hjælp til eller tvivlsspørgsmål om din opgave, så kan du altid søge hjælp med UKYL.

- MyMedCards

- Brøddordning
- Tovholder på journalclub (første torsdag i måneden)
- "Læringsmappe-ansvarlig" Spændende cases til mappe på fælles drev. En mappe med interessante EKG'er, a-gasser, billeddia mm. Alle kan tilføje til denne mappe – dit ansvar er "orden", anonymisering og at påminde folk om at gemme cases i mappen.
- Ansvarlig for "kompetancekort-magasinholderen". Printe og fylde op.
- Tovholder på opdatering af grønspættebogen. Forslag til ændringer og mangler i samarbejde med UKYL. Evt 2 KBU'er.
- "Social-KBU". Tovholder på sociale tiltag og aktiviteter udenfor akutmodtagelsen.

# Vejledning for Fælles Beskriverenhed

I tidsrummet 23-08 er der ikke radiolog til stede i Randers. Ved behov for radiolog til beskrivelse af akutte CT scanninger benyttes den fælles beskriverenhed. Benyt følgende telefonnumre for visitation:

**FBE thorax/abdomen/bækken : mobil 2029-8260**

**FBE ansigt og neuroakse: mobil 2178 5142**

**Der oplyses om:**

1. **Sygehus/afd.**
2. **Undersøgelse.**
3. **Indikation.**
4. **Pt cpr nr/navn**
5. **Eget tlf nr/navn**

**Telefonnumre til vagthavende radiograf på Regionshospitalerne:**

Randers: 784 – 20653

## Retninglinier vedr. CT TAB

**CT-skanning, der ikke skal være akut om natten: Der sendes henvisning, men der skal IKKE ringes til hverken radiograf eller vagthavende radiolog. Henvisningen vil blive visiteret straks, når dagholdet møder ind næste dag.**

1. Der bør som oftest foreligge blodprøvesvar mm., inden CT TAB rekvireres (infektions-, nyre-, evt. lever/pankreas-tal, d-dimer, urinstiks, A-gas, etc.). Dette bl.a. for at optimere hvilken protokol der skannes efter.
2. CT obs. absces, som forventes dræneret af radiolog næste dag, meldes som ovenfor anført for undersøgelser, der ikke skal være akut om natten.
3. CT obs. lungeemboli på ikke akut truet patient, bedes udskudt til efter kl. 8 under dække af fragmin. (Ved kontraindikation for fragmin skannes akut).
4. CT obs. fokus med kun let eller moderat forhøjet CRP kan foretages næste dag ifølge lokal instruks hurtigst muligt efter kl. 8.
5. CT obs. ileus kun på svært påvirkede patienter. Ventrikelsonde skal være anlagt.
6. CT obs. nyresten (normale tal, blod i urinen) skannes ikke mellem 23-08. Henvisningen sendes som ovenfor anført for undersøgelser, der ikke skal være akut om natten, og patienten skannes efter lokal instruks hurtigst muligt efter kl. 8.
7. CT knogler foretages om natten kun på multitraumepatienter, der allerede er i skanneren samt på indikationen akut operation umiddelbart efter skanning. De beskrives ikke, og der laves ikke rekonstruktioner mellem 23-08. Ved akut behov for CT bestilles den direkte hos den lokale radiograf.
8. Ved tvivlstilfælde skal der konfereres med bagvagt/kirurg inden FBE-vagten kontaktes.
9. Ved multitraumer ringer traumevagten til de 2 vagthavende i FBE (GO-bagvagt+neurovagt), når 1. serie er skannet og i PACS.

## Retningslinier vedr. CT ansigt og neuroakse:

1. Alle CT af cerebrum, col. cerv. og ansigtsskelet skannes uden visitering af vagthavende neuroradiolog. Neuroradiologen kontaktes først (af radiografen på regionshospitalet), lige når skanningen er lavet.
2. Ved traumer ringer traumevagten til de 2 vagthavende i FBE (GO-bagvagt+neurovagt), når 1. serie er skannet.
3. Såfremt man overvejer i.v.-kontrast, venter pt. på lejet efter tomskanning, mens neuroradiologen tager stilling til evt. kontrast.
4. Akutte medicinske kald (fx. bevidstløse medicinske patienter) konfereres som punkt 3. Dvs. der laves først tomskanning, mens neuroradiolog kontaktes og pt. venter på lejet.

**Rgt. thorax og columna:** Skal ses af lokal bagvagt inden kontakt til DFB.

**Rgt. perifere skelet:** Kan ikke konfereres.

**Ultralyd:** Udføres ikke lokalt. Pt overflyttes til AUH. Se fulde instruks.

**Rgt. oversigt over abdomen:** Beskrives lokalt næste dag.

# Uddannelse

## Undervisning

**Dagens case:** Mandag + fredag. Forvagt fra vagtholdet forbereder og fremlægger en case. Onsdag morgen er også med dagens case, fortrinsvis en med UL billeder fra vagten.

**Simulationstræning:** Onsdag kl. 9 for udvalgt personale på afd.

Til morgenkonferencen udpeges et team med spl. og læger. Simulationstræningen begynder med en case og efterfølgende defusing/evaluering på den gamle akutstue på plan 3.

Herefter går det samme team ud til en rigtig patient og laver en hurtig ABCDE-vurdering.

Derefter holdes en ultrakort evaluering igen. Formålet er at øve sig i teamsamarbejdet først under rolige omstændigheder med figurant og efterfølgende med en rigtig patient.

**Undervisning:** Tirsdag + torsdag på morgenkonferencen. Om torsdagen varer undervisningen til kl. 9.00. Se plan i konferencerummet. Vigtigt du orienterer dig om, hvornår du selv skal undervise. Overvej gerne tidligt, hvilket emne du kunne tænke dig at undervise i og diskuter dette med din vejleder.

**Kompetencebutikken:** Tirsdag og torsdag fra kl. 10-11. Se plan i konferencerummet. Her kan du tilegne dig praktiske færdigheder såsom a-gas, venflon-anlæggelse osv. Byd gerne selv ind med et praktisk emne, som du kan undervise i. Her har du ligeledes muligheden for at øve dig i underviserrollen.

### E-learning-kurser:

Log på <https://rm.plan2learn.dk/> for at tilgå de forskellige e-learning kurser.

**Ang. undervisning** på Akutafdelingen, så husk at tjekke undervisningsplanen, som hænger i konferencerummet.

Det navn, som står på om onsdagen, er altså den yngre læge som skal afholde undervisningen kl 8, og ikke den som skal til simulationstræning kl 9 (denne bliver nemlig først udvalgt på dagen).

Man nu kan skrive dato på for det specifikke undervisningsemne (så vi slipper for at høre om samme emne flere gange indenfor samme uge).

Husk at skriv det ud fra jeres eget navn på undervisningsplanen også!

Nedenfor fremgår en samlet undervisningsoversigt for akutafdelingen;

**Mandage:**

- Dagens case kl 8.00-8.15

**Tirsdage:**

- Undervisning ved yngre læge kl 8.00-8.15
- Kompetencebutik kl 9.00-10.00

**Onsdage:**

- Undervisning ved yngre læge kl 8.00-8.15
- Dagens ultralydscase
- Simulation 9.00-10.00

**Torsdage:**

- Undervisning ved speciallæge/fælles undervisning på anden afd. kl 8.00-9.00
- Journalclub den første torsdag i måneden kl 8.00-8.40
- Kompetencebutik kl 9.00-10.00

**Fredage:**

- Dagens case kl 8.00-8.15
- Yngre lægemøde hver første fredag i måneden 8.30-9.00.

Ang. dagens case, er det blevet foreslået at der er en fast person, der står for det (eller står for at uddelegere), da det er ærgerligt, hvis der ikke er én som har forberedt en case, da det er en glimrende læringssituation.

Dagens case fremlægges iht. **Istap** modellen se senere.

Om onsdagen fremlægges "**Ugens Ultralydscase**", så vi får mere fokus på at bruge ultralydsapparatet, når vi står ved patienterne. Man kan tage en ultralydsvideo med af en patient, som man har scannet tidligere på ugen og stille det op som en patientcase.

**Kompetencebutikken**

Kompetencebutikken er et tværfaglig uddannelsesstilbud efter drop-in modellen, således at det altid kan tilpasses andet akutarbejde i afdelingen. Afholdes tirsdag og torsdag mellem 9 og 11 og er typisk mere praktiske eller procedurerelaterede emner. Hvis nogle har nogle gode idéer til kompetencebutikken, eller selv kan undervise i et mere praktisk emne, kan man rette henvendelse til Sofie Kildegaard eller Tina Messerschmidt, så vil vi prøve at arrangere det efterspurgt.

Husk at tjekke de spændende emner på planen i konferencerummet :)

**Journal Club**

En torsdag i måneden 8.15-9.00

Den er opbygget sådan;

Der startes med en indledning inklusiv en lille opsummering af den nuværende diagnostik og behandling.

Derefter laves nogle grupper, som hver især skal diskutere et afsnit og skrive nogle små noter, som én fra gruppen bagefter skal fremlægge på plenum (vi tænker her at bruge tavlen).

Så afsluttes der med konklusion og herefter skal vi også diskutere fremgangsmåden af journalclub.

Varigheden er sat til at skulle være; 20 min.

Der vil blive udarbejdet en plan over hvem, der står for journalclub og datoer til ophængning i konferencerummet.

## **Supervision**

Vi lægger vægt på et godt supervisionsmiljø, og mulighederne er gode i kraft af tæt samarbejde mellem speciallæger og reservelæger. Aftal altid dagens læringsmål med speciallæge i teamet fra morgenstunden af. Udnyt de relativt rolige timer om formiddagen til at gennemføre det.

Supervision kan være mange ting:

### 1. Fælles ABCDE-vurdering ved ankomst af patienter

Det tager ca. 5 min at ABCDE-vurdere patienten. Hvis pt. er stabil og KBU-lægen er tryk med det, kan speciallægerne forlade stuen og overgive journaloptagelsen til KBU-lægen.

Prioriteres så vidt muligt i det daglige arbejde, selvom vi har det travlt. Formålet i den nye struktur er at gå ind til alle patienter sammen.

### 2. Kompetencevurderinger ang. journaloptagelse, udskrivelse osv.

Det tager ca. 30-60 min, skal planlægges på forhånd, før vi går ind på stuen (forventningsafstemning).

Dvs. man skal lave konkret aftale med speciallæge eller AP-læge, hvis man ønsker kompetencevurdering på en journaloptagelse eller udskrivelse, det er vigtigt for, at det kan lykkedes. Planlæg allerede ved morgenkonference eller i løbet af dagen helst i teamet.

### 3. Kompetencevurdering vedr. praktiske procedurer. Den praktiske del af denne kompetencevurdering kan tages af en sygeplejerske, hvis det er en procedure som de også udfører, f.eks. a-øunkter, venflon, KAD el lign

Godkendelse kan kun ske ved læge, som er et uddannelsesstrin over.

### 4. Opfølgning på plan (konferering af en patient):

Formålet er: ifl. ISTAP. Sker efter at pt. blev tilset af både KBU- og mere erfaren læge.

Skulle ikke tage mere end 5-10 minutter/gang.

### 5. Supervision på journal/epikrise (skriftlig kommunikation):

Print journal eller epikrise, der ønskes feedback på. Vælg gerne nogle, der har været svære. Tag det med til speciallæge eller AP-læge.

## **Daglig Supervision ved AP-læger**

Der er fast supervision af KBU-lægerne på skemaet med AP-lægerne i supervisorfunktionen.

Det er planlagt sådan, at alle dage, hvor der er 5 eller flere forvagter i dagtid, vil en AP-læge supervisere 1-2 KBU-læger om formiddagen 9-12 (ca.), og ikke selv tage patienter i tidsrummet.

Man aftaler på forhånd, hvad der skal superviseres i, eksempelvis:

- journaloptagelse
- stuegang
- kommunikation (information og rådgivning af pt)
- objektiv undersøgelse inkl GU
- ABCDE-gennemgang
- feedback på journalnotater
- feedback på epikriser
- ligsyn
- og hvad man ellers kan finde på.....

Det er oplagt at bruge KBU-skemaerne (KV1 osv.)

Der er ophængt to lister op i konferencerummet på supervisionstavlen. Den ene er en oversigt over dage med supervision samt supervisor; den anden er til at skrive på, hvilke KBU-læger, der har fået supervision, så alle (forhåbentlig) får det. Vi aftaler til morgenkonference, hvem der skal superviseres.

- De pågældende AP-læger er som udgangspunkt fritaget for almindeligt klinisk arbejde indtil kl 12.
- På opfordring fra flere vejledere: Husk at benytte lejligheden til at få underskrevet kompetenceskemaer, når relevant. Så bliver det Win-WIN.
- AP-supervision erstatter ikke den daglige supervision, men er et supplement

## **Vagtevaluering**

På hverdage mødes vagtholdet kl 7.30 på selvvalgt sted og evaluerer vagten. Det er også, her der er mulighed for at få feedback og lavet kompetencevurdering vedr vagtvaretagelse. Når man ønsker kompetencen for vagtvaretagelse godkendt, bør det være aftalt med akutlæge fra vagtens start, så vedkommende har mulighed for at give den bedst mulige feedback.

## **Kompetencevurdering**

Det er vigtigt at der sker løbende kompetencevurdering under uddannelsesforløbet og at man får godkendt de obligatoriske kompetencer som aftalt. Akutafdelingen er en travl afdeling og det gælder om at udnytte alle muligheder for supervision og kompetencevurdering, når der er der. Man ved aldrig, hvornår chancen er der igen!

Vi lægger vægt på at kompetencevurdering altid er ledsaget af konstruktiv feedback. Den bedste kompetencevurdering opnås, hvis man laver aftaler fra dagens/vagtens start og forbereder den, der skal superviseres på, hvad man specielt ønsker feed-back på. Jo mere specifik, man kan være, i den feed-back, man efterspørger, jo bedre feed-back får man!

Ansaret for vellykket supervision og feed-back ligger således både hos den, der skal give og den, der skal modtage!

## **Fokuserede ophold**

Fokuserede ophold og besøgsdage skal aftales med vejleder eller OUA tidligst muligt i ansættelsen, så der kan gøres plads til det i arbejdsplanen.

KBU læger har afsat i alt fire besøgsdage i deres 6 måneders ansættelse. Det forventes at KBU lægen i forbindelse med besøgsdage udarbejder en kort rapport (max ½ side) med den vigtigste læring. Medbringes til vejleder samtale. Kopi til Uddannelsesansvarlige overlæge

## **Kurser**

Der vil for uddannelseslæger kun helt undtagelsesvist være mulighed for kurser ud over de obligatoriske og i givet fald efter anbefaling fra afdelingsledelsen,

Alle kursusansøgninger skal afleveres elektronisk. Følg denne vejledning

<http://www.randers.intranet.rm.dk/siteassets/personaleforhold/kompetenceudvikling/vejledning-til-kursusansogning.pdf>

## ISTAP

Hvad er ISTAP

ISTAP er et tværfagligt specialespecifikt supervisionsredskab, som er blevet udviklet med henblik på at understøtte supervision af uddannelsessøgende, fremme udvikling af den uddannelsessøgendes akut medicinske kompetencer og samtidig koble de kliniske redskaber, der allerede er implementeret i FAA (ISBAR og ABCDE principperne). ISBAR er udviklet af Dansk selskab for Patientsikkerhed (11) og er den danske oversættelse og tilpasning af en amerikansk metode oprindeligt udviklet til sikker mundtlig kommunikation i atomubåde. ISBAR, (I : Identifikation af patient, S : Situation, B: Klinisk baggrund, A : Analyse, R: Råd) anvender en struktureret model for mundtlig kommunikation mellem sundhedsprofessionelle omkring patienter. Ved hjælp af klar og konkret kommunikation skabes et godt grundlag for at alle relevante informationer om patienter inddrages i samtalen.

ISTAP er et akronym for Identifikation, Symptomer/Situation, Tentative diagnoser, Aktion og Plan.

### ISTAP Supervision

Identifikation

Symptomer, situation, relevant historik

**A**  
**B**  
**C**  
**D**  
**E**



gennemgang af positive fund

Tanker om differentialdiagnoser

Aktiviteter der allerede er iværksat

Plan for TOKS, tiltag & info til pt/team

Målet med et sådant supervisions-redskab er at fremme læring hos den uddannelsessøgende, understøtte tværfaglighed, øge patientsikkerhed og øge effektivisering i det kliniske arbejde ved at arbejde med en systematisk tilgang til:

- Patientens symptomer og anamnese
- Differentialdiagnoser
- Opmærksomhed på rettidighed i patientens behandlingsplan/forløb

## **MY MED CARDS**

Vi har i akutafdelingen indgået et samarbejde MyMedCards.

MyMedCards er en app til smartphones, som kan erstatte de mange lommekort, vi alle sammen går rundt med

I app'en kan man bla finde:

- Diverse scoringssystemer fx Chad-Vasc, EHRA, SOFA, Well's score
- Actioncards – CPO, MRSA, anafylaktisk shock, avanceret genoplivning, FATE og FAST vejledninger
- Links til vores hyppigste anvendte e-dok instrukser
- Praktiske oplysninger – Vejledning til ligsyn, husorden, journalkoncepter
- Telefonnumre – vores nye oversigt over telefonnumre og teams, interne og eksterne numre, radiologisk afdeling

Noget af indholdet er leveret af MyMedCards, andet er lagt ind af os selv.

Alle er meget velkomne til at komme med forslag og input til relevant indhold!

Du er mere end velkommen til at downloade app'en allerede nu og gøre dig bekendt med indholdet. Du vil også her få en fornemmelse for de hyppigste diagnoser, du vil møde samt se hele din introduktionen til afdelingen (søg – introduktion af nye medarbejdere).

Sådan gør du:

- Hent "MyMedCards v2" fra App Store eller Play Store og åbn appen
- Vælg faggruppe, f.eks. læge
- Søg "Akutmodtagelsen, Regionshospitalet Randers" og vælg denne.
- Tryk "næste".
- Tryk på "Opret bruger"
- Indtast "Randers19" og tryk "næste".
- Opret med arbejdsmail og en selvvalgt adgangskode.
- Man kan nu logge ind med din oprettede bruger og få adgang til appen.

E-dok varetager stadig de juridiske gældende dokumenter, så denne app skal ses som en erstatning af de lomme- og kittelkort, som ikke befinder sig i e-dok.