

Praktisk Håndbog

Indhold

Akutafdelingen	1
Teamstruktur.....	3
Patientforløb i modtagelsen.....	7
24 timerskortet.....	10
Epikriser	10
Den gode udskrivelse	12
Fysioterapi og ergoterapi	15
Ultralyd	16
Ultralyd - arbejdsgang for arkivering af scanningsbilleder	17
Dagens gang	17
Konferencer	18
Telefoner.....	20
Alarmer	20
Nødtelefoner	21
Procedure ved EPJ-nedbrud.....	21
Beredskab.....	21
Brørdordninger	22
Uddannelse	23
Instrukser	26
Ansvarsområder for yngre læger	27
Vagtfordeling, læger.....	28
Journalføring	33
Administrativ opgave for mellemvagter.....	40
Administrativ opgave for forvagter	40
Vejledning SEI2	44
Rekvisation af billeddiagnostik.....	45
Vigtige politikker i afdelingen	47
Akutafdelingens kommunikationspolitik	48
Pausekultur i Akutafdelingen	48
Ordenskultur i akutafdelingen.....	49

Akutaafdelingen

Akutaafdelingen består af et akutafsnit på 35 senge, en skadestue, traume- og akutstuer samt en skadeklinik i Grenå.

Akutaafdelingen modtager patienter med akutte symptomer indenfor det medicinske, kirurgiske, kardiologiske, psykiatriske og gynækologiske område. Skadestuen varetager det 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 akutaafdelingens læger. Akutte patienter kan efter den initiale udredning og behandling forblive i akutseng under lægefagligt ansvar af akutaafdelingens 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 end 12 timer 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 akutaafdelingen. 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 andet speciale

Vi arbejder i Randers Akutaafdeling ud fra disse overordnede principper:

- Alle patienter skal først og fremmest opleve, at de er velkomne og at vi tager dem alvorligt. "Patients don't care how much we know before they know we care"
- Vi forsøger altid at gøre det, der er det rigtige for patienten og det, vi selv gerne ville have der skulle ske, vi hvis selv var patienten. Tvivl kommer altid patienten til gode.
- Vi har høj faglighed og speciallægeinvolvering fra start
- Alt klinisk arbejde foregår i et samarbejdende tværfagligt team med læger, sygeplejersker og speciallæger
- Vi vil ikke spille patienternes tid, vi eliminerer alt ikke fagligt begrundet ventetid for patienten. Færrest mulige overgange, men sikre overgange til stamspecialer når fagligt velbegrundet.
- Entydig placering af det lægefaglige ansvar i hele forløbet
- Vi bidrager til bedst mulig udnyttelse af sygehusets samlede kapacitet=vi hjælper hinanden på tværs.
- Udvikling og uddannelse i det akutmedicinske speciale er en kerneopgave.
- Arbejdsglæde kommer af at få lov at gøre det, man er dygtig til.

Ledelse og organisation:

Afdelingsledelsen i Akutafdelingen:

- Cheflæge Christian Skjærbæk
- Chefsygeplejerske Marianne Renberg

Den øvrige ledelsesgruppe består af:

- Sundhedsadministrativ leder Thea Westh
- Oversygeplejerske Andreas Nørgaard
- Oversygeplejerske Julie Ballegaard
- Ledende overlæge Nasrin Imamirad
- Ledende overlæge Vitalii Tcacenco
- Overlæge Berit Haahr
- Overlæge Catrin Iversen
- Overlæge Christina Katrin Lehmann

LMU:

Afdelingens lokale MED udvalg (LMU) har ledelse- og medarbejderrepræsentanter for alle faggrupper. Læs mere om vores LMU og medlemmerne på afdelingens intranet [Akutafdelingen - intranet - Regionshospitalet Randers](#).

Øvrige nøglepersoner:

Tillidsrepræsentant:

Vælges af yngre læger. Er ansvarlig afholdelse af yngre lægemøder. Medlem af LMU.

UKYL

Udarbejdelse og gennemførelse af introduktionsprogrammer for nye læger, ansvarlig for skemalægning og koordinering af morgenundervisning og udvikling og optimering af afdelingens uddannelseskultur i samarbejde med UAO.

Arbejdsmiljørepræsentant for lægerne Susanna Harutyunyan. Medlem af LMU.

Uddannelsesansvarlig sygeplejerske: Tina Groth Messerschmidt

Udviklingssygeplejerske og kvalitetskoordinator: Christina Krak

Teamstruktur

Dagtid, hverdage

Rødt team	Grønt og blå team	Udskrivningslæge
Stuerne 27-38	Stuerne 40-55	Alle stuer
Rød akut læge 23373 08.00 - 18.00 Teamleder akutkald	Grøn akut læge 08.00 - 18.00 Backup for visitationen og vurderer selv henvender (der kan være en blå akut læge men dette er ikke fast)	21923 07.30 - 16.00
Vagthavende forvagt 23257 Øvrige for og mellemvagter	Vagthavende mellemvagt 23372 Øvrige for og mellemvagter	

Dagtid, weekend

Rødt team	Grønt og blå team	Sweeper
Stuerne 27-38	Stuerne 40-55	Alle
Rød akut læge 23373 08.00 - 15.30 (lørdag) 08.00 - 16.00 (søndag) Teamleder akutkald	Grøn akut læge 07.30 - 18.00 Backup for visitationen, opkald udefra og vurderer selv henvender	Overtager rød læges telefon 15.00 - 21.00 (OBS kun tilstede om lørdagen)
Vagthavende forvagt 23257 08.00 - 20.00 Øvrige for og mellemvagter	Vagthavende mellemvagt 23372 08.00 - 20.00 Øvrige for og mellemvagter	

Nattetid:

Tilgående akutlæge (23250): 17.30 – 08.30

Tilgående for- (23257) og mellemvagt (23372): 19.30 – 08.30

De 35 akutsenge er opdelt i 2-3 teams (afhængig af antal akut læger). Hvert team dækker 9-12 akutsenge, som teamet har behandlingsansvar for. Til hvert team er i dagtiden tilknyttet 1 speciallæge, 1-2 yngre læger og flere sygeplejersker. 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.

Til hvert team er tilknyttet et teamrum med Cetreaskærme, hvor læger og sygeplejersker sidder sammen. Desuden er der en computer på alle sengestuer. På Cetrea tavlen noteres telefonnumre og patienter tildeles en patientansvarlig læge og sygeplejerske. Akutlægen organiserer dagens arbejde.

Fordelingen af læger på teams

Fordelingen af læger på de enkelte teams fremgår af vagtfordelingen (tilgås i Funktionsplan). I løbet af dagen/vagten kan de enkelte læger flyttes afhængigt af opgaverne. Det aftales med speciallægen i eget team og speciallægerne i mellem. Hvis en yngre læge, går til et andet team for at hjælpe, så konfererer vedkommende med speciallægen i det team, hvor patienter ligger.

Opgavedeling

Der er mange kliniske opgaver omkring patienten, der kan løses af både læger og sygeplejersker. Det er vigtigt, at teammedlemmerne deles om disse opgaver, så der ikke opstår flaskehalse.

Det betyder at de yngre læger efter den nødvendige oplæring også udfører praktiske procedurer som anlæggelse af IV adgange, udfører a-punkturer, TOKS og svælgpodning.

Det er forventet at man som læge selv seponerer IV adgange og telemetri, hvis man hjemsender en patient. Det er dog vigtigt, at telemetrien gennemses og udskrives, inden man seponerer den fra patienten.

Der er god uddannelse i at opnå rutine med flere praktiske procedurer for de yngste læger. Når der er lejlighed til det, bør det udnyttes til også at få lært at lave trakealsug, anlæggelse af KAD og ventrikelsonde og mange af de andre ting, vi sammen skal være dygtige til i en akutafdeling.

Udskrivningslæge.

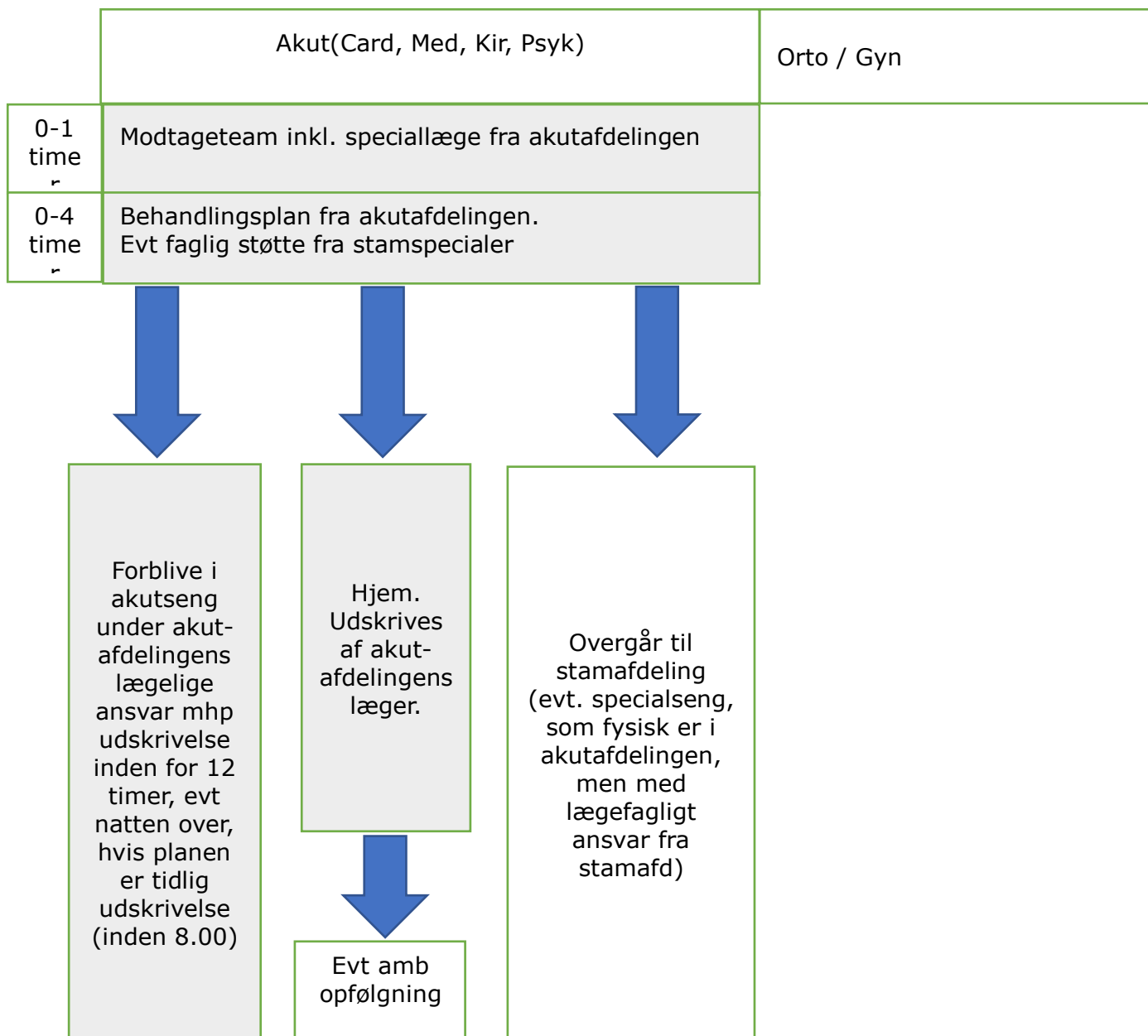
Bagvagt, der møder 7.30 til 16.00 og har til opgave at udskrive de patienter fra natten, som ikke er overdraget til speciale eller har kunnet sendes hjem som tidlig udskrivelse.

Deltager i tavlemøde kl 7.30 med afgående vagthold.

Deltager i modtagelse af nye akutte patienter, når udskrivningsopgaven er overstået.

Flowdiagram og lægefagligt ansvar for patienter gennem akutafdelingen:

Patienter visiteres til akutafdelingen enten via visitator eller efter konferering med akutlæge. Hernæst bliver patienten modtaget af sygeplejerske og læge. Alt arbejde skal dokumenteres i EPJ. Når patienten er stabil og afklaret i akutmodtagelsen kan patienten enten udskrives til eget hjem eller overdrages til andet speciale (se flowdiagram). I forbindelse med udskrivelse om natten er det muligt at lade patienten overnatte mhp. tidlig udskrivelse næste morgen, uden at det nye vagthold skal indblandes i patienten (se beskrivelse af tidlig udskrivelse senere i dette dokument)



Patientforløb i modtagelsen

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 tidskrisiske tilstande som patientens symptomer kan være udtryk for.

Vi skal altid være opmærksom på risikoen for at vi for tidligt lægger os fast på en (forkert) diagnose og dermed overser eventuelle faretegn på anden sygdom.

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

Prioritering

Arbejdet i en akutafdeling er karakteriseret ved store udsving i patienttilgang og travlhed. Nogle gange er der meget travlt, andre gange kan der være ganske roligt.

Under alle situationer er den første prioritet at skabe og bevare overblik. Vi prioriterer under alle omstændigheder, at alle patienter bliver set umiddelbart ved ankomst og dette er faktisk allervigtigst under perioder med stort patientflow, da det er afgørende for at kunne bevare overblikket.

Når der er roligt, kan man som regel nå at tage sig god tid ved det første møde med patienten og både få iværksat udredning, behandling og lavet fyldestgørende dokumentation. Vi prioriterer i rolige perioder at give os god tid til supervision og kompetencevurdering, gerne ved at den superviserende læge er med på stuen.

I travle perioder er det stadig vigtigt, at alle patienter ses umiddelbart ved ankomst, men i den situation vil det ofte blive et kortvarig stop, der har til formål at få et hurtigt overblik over patientens tilstand og problem. Eventuelt iværksættes umiddelbar tidskritisk udredning og behandling, dokumenteret i kortfattet notat, mens den endelige behandlingsplan og dokumentation må vente til øvrige akutte patienter er set. Alle patientforløb i akutafdelingen er speciallægesuperviseret uanset patientflow, men i perioder med travlhed kan supervisionen blive mere summarisk og med primærfokus på patientsikkerhed, iværksættelse af den nødvendige behandling og opretholdelse af patientflow.

Prioritering indebærer også at man får lagt de nødvendige pauser ind i løbet af dagen til bla. at spise. Hvis der er travlt må man evt. aftale med sine kollegaer at holde pause og spise på skift. Manglende pauser og spise svækker koncentrationen og overblikket. Den tid, man sparer ved at springe en pause over, taber man igen, når man begynder at arbejde langsomt.

I en akutafdeling, hvor arbejdet aldrig stopper, er det også vigtigt at kunne prioritere sin tid, når dagen er ved at være slut. Det indebærer, at man prioriterer at få gjort egne opgaver færdige, så der er mindst muligt, der skal overdrages til de næste kollegaer og så man kan komme hjem til tiden. I ekstraordinært travle vagter er det naturligvis i orden, hvis man aftaler at blive nogle timer ekstra for at hjælpe til, men det er ikke en forventning, at det skal være almindelig rutine.

Hospitalsvisitationen

Alle akutte patienter meldes til indlæggelse gennem hospitalsvisitationen, der er bemannet med akutsygeplejersker 24/7. Visitation sker ud fra hospitalets visitationsmanual, som kan findes i e-Dok: [Visitationsmanual for hospitalsvisitationen på Regionshospitalet Randers](#)

Selvhenvendere

Patienter, der selv henvender sig og har et åbenlyst behandlingsbehov, visiteres 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.

Patientfordeling

Alle patienter meldt til indlæggelse tildeles stue og dermed team af akutkoordinator. Ved tildeling af stue tildeles også en patientansvarlig læge og sygeplejerske på klinisk logistik. Som udgangspunkt er det teamets speciallæge, der tildeles patientansvaret, men dette kan delegeres videre til et af teamets yngre læger inden ankomst. Meningen er, at det altid entydigt fremgår af klinisk logistik 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.

Teammodtagelse, triagering og primært tilsyn

Vi stiler mod, at vi modtager patienterne som et team, og at alle patienter derfor bliver set af både en læge og sygeplejerske ved ankomst. Det giver hele teamet muligheden for at høre overleveringen fra evt. ambulancepersonale, og patienterne ikke skal fortælle deres historie flere gange. Lægetilsyn ved modtagelsen indebærer som minimum en ABCDE-vurdering med stillingtagen til behov for akutte tiltag samt en TOKS-ordination. Der kan udfærdiges et modtagenotat men ikke nødvendigvis en større EPJ dokumentation eller egentlig behandlingsplan på dette tidspunkt. Er man i gang med noget andet, når patienten ankommer, må dette enten afbrydes eller gøres hurtigt færdig. Det samme må sygeplejerskerne, når de skal modtage en ny patient.

Hvis patienten er stabil og der ikke er behov for yderligere umiddelbar lægelig kan yderligere egentlig anamneseoptagelse og undersøgelse udføres senere. Inden teamet forlader patienten sikrer man sig, at patienten er medinddraget og velinformeret om den foreløbige plan inden teamet skilles.

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. Med triagen følger en række beslutningsstøtte i form af standardordinationer, som det modtagende team umiddelbart kan iværksætte og triagekortene indeholder direkte links til relevante behandlingsinstrukser i E-dok

Opfølgning

Efter primær modtagelse, iværksættelse af akut udredning og behandling og dokumentation af dette i EPJ 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.

Løbende opdatering på klinisk logistik

Man forventes at klikke af, når man er i gang og færdig med journalen samt behandlingsplanen på logistiktavlen. Under behandlingsplan noteres de undersøgelser, der sættes i værk og afventes. Der skal så tidligt som muligt tages stilling til det forventede forløb for patienten. Dette markeres på klinisk logistik tavlen. F.eks. "forventer sengeafsnit", "tidlig udskrivelse fra akutafdelingen", "andet sygehus", "forventes indlagt under 12 timer". Hvad man anfører, kan selvfølgelig ændres over tid.

Overdragelse til andet speciale

Alle overdragelser til andet speciale skal være aftalte og journalførte. 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 cetrea tavlerne. Er der ingen pladsproblemer i akutsengene er det også OK at samle det sammen og overdrage nattens patienter kl 7.20-7.30. 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 der efter 8.00 alene ligger patienter i akutsengene, som skal udskrives af akutlæge i løbet af formiddagen.

Tidlig udskrivelse

Når et patientforløb slutter i vagttid skal udskrivelsen planlægges som "tidlig udskrivelse". En tidlig udskrivelse indebærer at vagtholdet inden kl. 8.00 har gjort alt klar til udskrivelse, herunder bestilt transport, set blodprøver, givet medicin, sendt recepter, henvisninger, epikrise mm. (se nedenfor). Det kan for eksempel være pt., som er indlagt til observation for fx anafylaksi, og som er færdig med observation i vagttid.

På denne måde undgår vi unødvendig forsinkelse i udskrivelsen og det nye vagthold skal ikke til at sætte sig ind i patienten. På samme måde har patienten haft det samme behandlende personale under hele sin indlæggelse, og skal ikke introduceres for nyt.

Fremgangsmåde:

- Tidlig udskrivelse markeres på cetrea tavle
- 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 runden og der noteres at prøverne først skal tages kl. 05.
- Patienterne skal TOKSes 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 markering forventes det, at der er dikteret epikrise.

Den gode udskrivelse

I akutafdelingen skal vi være dygtige til modtagelse af patienter med akut opstået sygdom. Da halvdelen af vores patienter udskrives direkte fra Akutafdelingen er der også

behov for, at vi er dygtige til at sende patienterne hjem igen. Det er velkendt, at dårligt forberedte og udført hjemsendelse giver risiko for utilsigtede hændelser og unødvendige genindlæggelser.

Som læge gennemgår man medicinskema med patienten forud for udskrivelsen (hvis der er ændringer og kun ændringer gennemgås) og FMK ajourføres. Alle prøvesvar godkendes. Hvis der er undersøgelser, der mangler svar på, eller patienten er henvist til videre ambulante undersøgelser skal det være aftalt med patienten og beskrevet i epikrisen, hvor de får svar.

Patienten informeres om det forventede forløb efter udskrivelse og hvad de særlige skal være opmærksomme på.

24 timerskortet

Alle patienter skal have udleveret kontaktkort ved udskrivelsen og informeres om, at de indenfor 24 timer kan henvende sig direkte til afdelingen, hvis de har spørgsmål eller oplever forværring. Formålet med denne ordning er at skabe tryghed hos patienter (og personale) ved at blive udskrevet. Findes der behov for ny vurdering eller genindlæggelse, når patienten genhenvender sig, aftales det med patienten uden behov for kontakt til egen læge/vagtlæge

Epikriser

Epikriser dikteres umiddelbart i forbindelse med patientens udskrivelse/overflytning.

Der skal laves epikrise når patienten

- Udskrives fra Akutafdelingen
- Overflyttes til et andet hospital f.eks. AUH

Husk også at lave epikrise på patienter som er gået mod givet råd.

Der skal ikke laves epikrise ved overflytning til andre afdelinger i Randers, inkl psykiatrisk afdeling.

Epikriser SKAL dikteres, og IKKE skrives, da der skal foretages samtidig registrering som kun sekretæren kan. Der dikteres efter den skabelon, der ligger i EPJ (Find den under "Plan og resultater" i EPJ, eller lommekort). Følger epikrisen ikke formatet kan sekretærerne ikke danne epikrisen og så havner den på fejlliste.

Man kan markere epikrise notat som 'haste', hvis man fornemmer, at der er risiko for genindlæggelse.

Så er der nemmer for alle, hvis det skal ske. I noget tilfældet kan det forhindre en unødvendig genindlæggelse.

Epikrisen dikteres til følgende overskrifter:

Koder: Husk altid at diktere diagnosekode OG sygdomsforløb (se næste side)

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.

Vurdering af behov for opfølgning hos egen læge ved udskrivelse:

- **Hvid:** 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.

Diagnosekode

Alle epikrise skal have dikteret en A-diagnose for indlæggelsen. Bidiagnoser er ikke nødvendige. Diagnosekoden skal være så præcis som muligt. Det er muligt at bruge opslag som www.ICDpedia.dk eller www.diagnosekoder.dk.

Aktionsdiagnosen (A-diagnose)

Der skal dikteres én og kun én aktionsdiagnose. Det er den diagnose der er den væsentligste for den aktuelle kontakt (indlæggelse, ambulante besøg, skadestuebesøg) – dvs. årsagen til de gennemførte undersøgelser

og behandlinger. Endelig vurdering foretages, når patienten udskrives eller afsluttes.

Bidiagnoser (B-diagnose)

Er sygdomme (tilstande) som patienten har i tilslutning til den aktuelle A-diagnose. Skal afspejle det diagnostiske og behandlingskrævende relevante i forhold til den aktuelle kontakt (indlæggelse, ambulante/skadestuebesøg).

Sygdomsforløb/Forløbskode

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 også for mange DR-diagnoser, hvor f.eks. DR339 (urinretention) skal ind under "nyrer og urinveje (urologi)". Det samme gælder ved mistanke om kræft, underernæring, røgforgiftning osv.

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 Brystsmerter UNS	= andre forløb
DR060 Dyspnø	= sygdomme og infektioner i luftveje
DR073 Andre brystsmerter	= hjertesygdomme

På alle kontorer, og ved de fleste computere er en oversigt over alle sygdomsforløb.

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

Den gode udskrivelse

I akutafdelingen skal vi være dygtige til modtagelse af patienter med akut opstået sygdom. Da halvdelen af vores patienter udskrives direkte fra Akutafdelingen er der også behov for, at vi er dygtige til at sende patienterne hjem igen. Det er velkendt, at dårligt forberedte og udført hjemsendelse giver risiko for utilsigtede hændelser og unødvendige genindlæggelser.

Vi har derfor valgt at epikrise så vidt muligt skal skrives tidstro og medsendes patienten i hånden. Det gør at patienten og pårørende kan se, hvad der er blevet aftalt og hvis patienten får brug for vagtlæge eller akutteam kan de fremvise den medsendte epikrise. Der er et særligt fokus for sårbare patienter med stor risiko for genindlæggelse. Det kan for eksempel være en patient, der allerede har en del genindlæggelser bag sig eller de skrøbelige ældre patienter.

Det man skal gøre anderledes er, at man markerer sit epikrise notat som haste og skriver i feltet " Den god Udskrivelse". På den måde gør man sekreterne opmærksom på. Man behøver ikke ringe dem op nødvendigvis. Sekreterne kommer ind til teamet med et udskift af epikrisen.

Som læge gennemgår man medicinskema med patienten forud for udskrivelsen (hvis der er ændringer og kun ændringer gennemgås) og FMK ajourføres. Alle prøvesvar godkendes. Hvis der er undersøgelser, der mangler svar på, eller patienten er henvist til videre ambulante undersøgelser skal det være aftalt med patienten og beskrevet i epikrisen, hvor de får svar.

Patienten informeres om det forventede forløb efter udskrivelse og hvad de særlige skal være opmærksomme på.

Alle patienter skal have udleveret kontaktkort ved udskrivelsen og informeres om, at de indenfor 24 timer kan henvende sig direkte til afdelingen, hvis de har spørgsmål eller oplever forværring. Formålet med denne ordning er at skabe tryghed hos patienter (og personale) ved at blive udskrevet. Findes der behov for ny vurdering eller genindlæggelse, når patienten genhenvender sig, aftales det med patienten uden behov for kontakt til egen læge/vagtlæge

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

Formålet med 72 timers behandlingsansvar er at sikre, at patienterne oplever en tryk og sammenhængende overgang fra hospitalsindlæggelse og til det videre forløb i den kommunale sygepleje. Det sker ved, at den udskrivende afdeling stiller sig til rådighed for henvendelser fra kommunale sundhedsprofessionelle, praktiserende læger og lægevagt vedrørende patienten i 72 timer efter udskrivelse.

Målgruppen er patienter, der har været indlagt på en somatisk afdeling i Region Midtjylland i over 24 timer, er færdigbehandlede og efter indlæggelse udskrives til kommunal sygepleje på kommunale akutpladser/midlertidige pladser, plejehjem eller eget hjem.

Patienter der er omfattet af 72-timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter udskrivelse skal dokumenteres i SFI'en 'Udvidet lægefagligt behandlingsansvar efter udskrivelse (72-timer)

(Sygeplejerske opgave).

På akutafdeling er det sjældent, at pt ligger over 24 timer, men det kan forekomme. Derfor vi skal være opmærksomme på det.

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

– Kommunens opgaver og ansvar

Ved telefonisk kontakt skal den kommunale sygeplejerske/SOSU-assistent have følgende oplysninger om patienten klar, når henvendelsen drejer sig om:

Medicin:

- Navn og cpr-nummer

Helbredstilstand:

- Blodtryk
- Puls
- Respirationsfrekvens
- Temperatur
- Observeret hud og generelle almentilstand
- Evt. andre relevante målinger, fx VAS, blodsukker, mv.



Grafisk Service 8098

Regionshospitalet
Randers

72 timers udvidet lægefagligt behandlingsansvar

– Hospitalets opgaver og ansvar

Inden patienten kan udskrives, skal følgende være på plads:

- Ajourført FMK
- Recepter lagt på serveren
- Tydelig behandlingsplan
- Behandlingsniveau
- Rekvisition af hjælpemidler
- Udfyldt SFI
- Afsendt udskrivningsrapport
- Afsendt epikrise



Regionshospitalet
Randers

KAP

Korte **A**kutte **P**atientforløb (KAP)-modtagelse, udredning og behandling af patienter i behandlerstole, hvor man erfaringsmæssigt forventer et kort patientforløb. KAP forløbene varetages på stue 34 (rødt team), hvor der er 3 behandlerstole, mulighed for telemetri (plads a og c).

Visitation til KAP udføres i samarbejde mellem den vagthavende akutlæge (23250), flowkoordinator (20642) og visitationssygeplejerske (20330). Patienter der skal tages imod i KAP skal, som regel, være selvhjulpne og ABCDE stabile.

Som udgangspunkt er KAP forløbene varetages af akut speciallæge. I enkelte tilfælde kan forløbene i uddannelses øjemed varetages af en erfaren mellemvagt, under supervision af akut speciallæge.

Akutspeciallægens opgaver er:

- at deltage aktiv i opsporing og visitation af potentielle KAP patienter (hyppig gennemgang af meldte patienter på anywhere tavlen, faglig sparring med flowkoordinatoren og visitationssygeplejerske, konstruktiv feedback til både visitationen og flowkoordinatoren)
- at vurdere KAP patienterne hurtigst muligt
- at tage aktiv stilling til hvilke parakliniske undersøgelser (blodprøver, EKG, , A-gas, billedediagnostik) skal iværksættes i hver konkrete tilfælde.
- at supervisere akut mellemvagt, hvis denne varetager KAP forløbet

at styre flow på KAP stuen (ved flere KAP "kandidater" er der mulighed at sende patienten i ventetiden på undersøgelser/blodprøversvar i venteværelset efter vurdering; hvis KAP patient skal efter vurdering indlægges sørger for at flytte patienten på en af sengestuene hurtigst muligt)

Akut medicinsk kald:

<https://e-dok.rm.dk/app/documents/XE37BDAFEC6B1F8B1C12579E3003044DC?level=700540>

Akut psykiatrisk kald:

<https://e-dok.rm.dk/app/documents/XDFF6D7D1E1FB675FC125860D002C19ED?level=700540>

Fysioterapi og ergoterapi

Der er fysioterapeut til stede i AMA (sengeafsnittet) alle hverdage dagstid til 17:00 og weekend 9-16. Skadestuen hører også til AMA men terapeutiske opgaver her varetages af andre fysioterapeuter. Fysioterapeut kan rekvireres enten via oprettelse af tilsyn i EPJ, ved telefonisk henvendelse eller ved personlig kontakt i AMA. I weekends og helligdage kan vagthavende fysioterapeut ved uopsættelige opgaver kontaktes lørdage 08.00 - 14.00 søndage 08.00 - 13.00. KONTAKTEN SKAL SKE VED TELEFONISK, find nummer i afdelingen.

Ergoterapeut kan rekvireres i AMA (sengeafsnittet) alle hverdage 08.00 - 15.00, ikke i weekender. Der skal sendes tilsyn i EPJ. Ergo kan kontaktes telefonisk, find nummer i afdelingen.

Der er ikke ergoterapeut i weekends og på helligdage.

OPGAVER

Med de nuværende rammer har fysioterapeut og ergoterapeut overordnet fokus på patienter, som skal udskrives, og vi har særlig opmærksomhed på patienter > 65 år. Fysioterapeuten arbejder under rammeordination og screener afdelingslisten via citrix

flere gange i løbet af dagen. Ergoterapeuten arbejder via tilsyn. Prioritering sker iht. nedenstående lister:

Fysioterapi

- Udredning af bevægeapparatslidelser ift. funktionsdiagnoser (neurologi, reumatologi, geriatri)
- Vurdering af funktionsevnetab
- Input til udredning ift. smerter som kan være såvel bevægeapparatsbetingede som organbetingede
- Vurdering af behov for og udførelse af respirationsfysioterapi til patienter, der udskrives
- Behandling af uopsættelige behov for respirationsfysioterapi (typisk sekretproblematikker)
- Råd og vejledning ift. aktuelle sygdom, herunder basal faldudredning
- Vurdering af behov for, afprøvning og bestilling af relevante hjælpemidler
- Input til tværfaglig og tværsektoriel vurdering af, om patienter skal indlægges/udskrives og hvortil
- Vurdering af behov for og udarbejdelse af genoptræningsplan
- Henvielse til kommunale tilbud (rehabilitering, koordinatoren mm.)

Ergoterapi

- Screening for synke- og spisebesvær (dysfagi)
- Neurologisk vurdering
- ADL-vurdering
- Vurdering af behov for, afprøvning og bestilling af relevante hjælpemidler
- Vurdering af behov for og udarbejdelse af genoptræningsplan

Ultralyd

Akutfdelingen råder over 4 ultralydsapparater, og vi opfordrer til, at man anvender dem til alle bed-side undersøgelser, der kan hjælpe til hurtigere klinisk beslutningstagning. Efter brug rengøres prober og apparat og efterlades klar til brug til den næste

1. Gel aftørres med rent papir

2. Efterfølgende altid rengøring med "grøn" vådserviet af prober og apparat

3. Hvis proben har været udsat for stænk og sprøjt eller benyttet på et hudområde med høj bakteriekoncentration (f.eks. i axil eller lyskeområde) eller er synligt forurenet foretages en efterfølgende desinfektion med ethanol, ("orange" vådserviet)

Dokumentation af ultralyd:

Der er en SFI til dokumentation af ultralyd.

- Fate/FLUS: UXUC73
- FAST/Adbomen: UXUD05

SFI'erne er en del af den samlede SFI "akutnotat"

Hvis du udover det får brug for at dokumentere en UL undersøgelse i forbindelse med et journalnotat, skal du have oprettet SFI punktet i notat, gør som følgende

- ➔ Åben almindelig journaloptagelse/journalnotat/behandlingsplan i Plan og Resultater.
- ➔ Klik på "Tilføj aktivitet..." i nedre venstre hjørne i dit åbne journalnotat.
- ➔ Klik på fanen "Søg i" og vælg "Underaktiviteter"
 - Ved FATE/FLUS vælg "UXUC73 - Transtorakal ultralydsdiagnostik, fokuseret"

- Ved FAST/Abdomen vælg "UXUD05 - UL-undersøgelse af abdomen, fokuseret"

Eksempler

Bedside FATE	Ingen pericardievæske. VV: Ikke dilateret, ikke hypertrofisk. Vurderer normal/nedsat/svært nedsat kontraktilitet. EF X%. MSS: X cm. HV: Ikke dilateret. TAPSE X cm. Ingen tegn til høj sidig belastning. PSAX uden D-konfiguration. VCI: Normalt respiratorisk kollaps. Aorta Thorakalis: X cm Ø.
Bedside FLUS	Normal lungsliding svarende til 1-7R samt 1-7L. Ingen B-lines. Ingen pleuravæske- eller effusion bilat.
Bedside FAST	Ingen pericardievæske. Ingen pleuravæske bilat. Ingen fri væske sv.t. hepato- eller splenorenale recess. Ingen fri væske sv.t. fossa Douglasi / rektovesikale.
Bedside Abdomen	Lever normalt udseende. Galdeblæren ses (fyldt), tyndvægget uden slagskyggedannende konkrementer. Ingen hydronefrose bilat. Aorta abdominalis ses slank til bifurkatur. Ø X cm. Blæren ses fyldt/tom/halvtom (evt. volumen i cm ³).

Ultralyd - arbejdsgang for arkivering af scanningsbilleder

[se](#) E-dok [Ultralyd - arbejdsgang for arkivering af scanningsbilleder](#)

Dagens gang

Kl 7.00

- Senest kl. 7.00 (aftales inden man går på vagtværelset) mødes vagtholdet til afslutning af vagten. Her aftales, hvilke patienter, der inden morgenkonferencen kan flyttes til andet speciale eller udskrives, samt hvilke patienter, der skal diskuteres til morgenkonferencen.
- Sted: Cetreatavle i grønt team

Kl. 7.30 overleveres patienter til medicinsk afdeling

Kl. 7.45 ringes til røntgen og scanning med rekvirerede scanninger fra nattens løb (ikke rtg thorax)

8.00 Morgenkonference

- *Se forrige side*

9.00 Tavlemøde i Teams

- Tværfagligt tavlemøde. Her gennemgås, prioriteres og fordeles teamets patienter. Der laves aftale om samarbejdet for dagen, administrative opgaver til teamet (godkendelse af prøvesvar, epikriser eller andet), kompetencer for yngre læger, og afklarer evt. særlige aftaler for dagen (møder). 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.
- Sted: Cetreatavle i hvert team

12.30 Tavle konference (hverdage)

- **Formål:** Formål med mødet er først og fremmest at forbedre læringsmiljøet på afdelingen. Man får her mulighed for faglig sparring både for komplekse patienter men også spændende patienter.
- **Arbejdsgang:** Alle møder kl. 12:30 ved tavler (samme sted som det vanlige møde ved vagtskifte). Hvis man er forhindret i at møde op pga. dårlig patient i sit team, må man gerne oplyse sine kollegaer herom. Akutlægen i hvert team, i samarbejde med sine yngre læger, er ansvarlig for at vælge en patient, som de ønsker at fremlægge. Yngre læge præsenterer sin case struktureret og følger ISTAP modellen. Man gennemgår ikke alle patienter, da mødet ikke handler om flow. Mødet forventes afviklet på 15 minutter. Kl. 12:45 afsluttes mødet, og man har mulighed at overveje en fælles frokost, hvis man har lyst til det.

17.30 Vagtskifte overlevering

- Det afgående daghold og vagtholdet mødes til gennemgang af afdelingen patienter mhp. overlevering og videre planer. Nye patientansvarlige læger sættes på Cetreatavlen. Vagttelefoner overdrages
- Sted: Cetreatavlerne ved sekretærerne på plan 4.

19.30 Aftentavlemøde med vagtskifte og medicinsk afdeling til stede.

- Hele vagtholdet og de medicinske læger mødes og diskuterer mulige medicinske patienter.
- Sted: Cetreatavlerne ved sekretærerne på plan 4.

Øvrige aktiviteter i løbet af dagen

Der er almindeligvis bedst tid i afdelingen indtil middag, hvor de akutte patienter begynder at komme. Det 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 afviklet de specialopgaver, de enkelte teams har i henhold til teamskema (epikriser og godkendelse af prøvesvar).

Konferencer

Vagtevaluering

På hverdage mødes vagtholdet kl 7.00 ved tavlen og evaluerer vagten. Det er også, her der er mulighed for at få feedback og lave 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.

Her deltager også medicinsk og kirurgiske læger, og patienter, som er modtaget i løbet af natten, prioriteres til enten "medicinsk", "kirurgisk" eller "akut". "Akut" er alene de patienter, der skal udskrives i løbet af formiddagen.

Morgenkonference:

8.00-8.05:	Arbejdsfordeling jf funktionsplan Administrationsopgaver og ligsyn Sygemeldinger Specielle aftaler for dagen: møder, samtaler og uddannelsestilbud
8.05-8.10:	Overlevering af tids- eller flowkritiske informationer fra vagten. Vagtholdet præsenterer vagtens kliniske/parakliniske fund
8.10-8.15:	Kort fra ledelsen
8.15-8.30:	Undervisning
8.30:	Ud i teams. Husk telefon og opdatering af CETREA
9.00:	Teamkonference med sygeplejerskerne.

Teamkonference med sygeplejerskerne:

Kl 9 afholdes tværfagligt tavlemøde ved cetrea-tavlen i alle teams. Mødestrukturen er fastlagt efter "De 5 P'er", som hænger ved alle Cetrea-tavlerne. Mødet omhandler at gennemgå, prioritere og fordele teamets patienter.

- Personale
- Patient gennemgang
- Planlagte aktiviteter
- Planlagt uddannelse
- På tavlen

Tavlekonference kl 14:

Formål: Formål med mødet er først og fremmest at forbedre læringsmiljøet på afdelingen. Man får her mulighed for faglig sparring både for komplekse patienter men også spændende patienter.

Arbejdsgang: Alle møder kl. 14 ved Cetrea-tavlen bag ved sekretærene. Hvis man er forhindret i at møde op pga. dårlig patient i sit team, må man gerne oplyse sine kollegaer herom. Akutlægen i hvert team, i samarbejde med sine yngre læger, er ansvarlig for at vælge en patient, som de ønsker at fremlægge. Yngre læge præsenterer sin case struktureret og følger ISTAP modellen. Man gennemgår ikke alle patienter, da mødet ikke handler om flow. Mødet forventes afviklet på 15 minutter.

Overlevering kl 17.30:

Det afgående daghold og vagtholdet samt de medicinske (og evt. kirurgiske) læger mødes til gennemgang af afdelingens patienter mhp. overlevering og videre planer. Nye patientansvarlige læger sættes på Cetreatavlen. Patienterne fordeles her i "akutte", "akut-med", "intern med", "psykiatriske" samt "kirurgiske"

Sted: Cetreatavlerne ved sekretærerne på plan 4

Vagtoverlevering kl 19.30:

Afgående og tilgående vagthold mødes og overleverer patienter samt overdrager telefoner.

Sted: Cetreatavlerne bag sekretærerne

Øvrige aktiviteter i løbet af dagen:

I hvert team aftaler de yngre læger og akutlægen tidspunkt for 2 time-outs i løbet af dagen. Det kan være før kl 14 mødet og omkring kl 16. Formålet er at give overblik til akutlægen i forhold til, hvor langt de yngre læger er med deres patienter. Der kan desuden laves supervision til time-out, hvis den yngre læge sidder fast. Time-out kl 16 skal bruges igen til patientgennemgang, så man kan få færdiggjort sine patienter inden overleveringen kl 17.30.

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 konferencerummet).

Særligt tildelte lægetelefoner

- 23250 Akutlæge 1 (grønt team i dagtid)
- 23373 Akutlæge 2 (rødt team i dagtid)
- 21923 Akutlæge 3 (Udskrivelseslæge. Går hjem 16.00)
- 23257 Vagthavende forvagt (rødt team i dagtid)
- 23372 Vagthavende mellemvagt (grønt team i dagtid)

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 23 301 (alarmansvarlig servicevagt).

Ved behov for alarm, så anvend alarm! Tryk på den røde knap i toppen af telefonen. Så vil alle øvrige telefoner på afdelingen blive alarmeret og få en besked om placeringen af den alarmgivende telefon.

Telefonen, der slår alarm forbliver lydløs, imens alle øvrige telefoner på afdelingen alarmerer og viser en besked på displayet med placering af alarmgivende telefon.



Nødtelefoner

Ved nedbrud på telefonsystemet skal vagtholdet anvende nødtelefoner. De findes i depotrummet ved siden af hospitalsvisitation.



Procedure ved EPJ-nedbrud

Du kan læse mere om, hvordan du forholder dig, og hvilke programmer du skal anvende ved nedbrud af MidtEPJ her: [Beredskab for Kliniske IT-systemer](#)

Beredskab

Alle medarbejdere skal være bekendt med deres rolle i en beredskabssituation. Alle medarbejdere introduceres hertil ifm. Introduktionsprogrammet. På akutafdelingen har vi valgt at samle al information og blanketter man kunne få brug for, i en "Beredskabskommode", som har plads ved koordinatoren på plan 3. Det er også der beredskabsmappen ligger. Denne opdateres månedligt med telefonnumre på alle ansatte. Link: [Indholdsfortegnelse for beredskabsplan](#)



Brødordninger

Lørdag: De 2 speciallæger aftaler indbyrdes, hvem der har brød med.

Søndag: De 3 yngre læger aftaler indbyrdes, hvem der har brød med.

I personalerummet på plan 4 findes smør, ost og pålæg til rådighed for dem, der er med i ordningen. Opfyldes løbende efter behov i forbindelse med indkøb af morgenbrød.

Uddannelse

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 Supervision

Identifikation

Symptomer, situation, relevant historik

A

B

C

D

E

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

Kompetencevurdering

Det er centralt i alle uddannelsesstillinger, at der sker en løbende kompetencevurdering herunder kompetenceprogression, og at man får godkendt de obligatoriske kompetencer i henhold til den aftalte uddannelsesplan. Kompetencevurderingen fortætter gennem hele ens uddannelsesstilling, også efter man har opnået sine obligatoriske kompetencer. Det er den måde, man bliver en dygtig læge på og opnår at evne alle lægerollerne. Det er altid oplagt, at man i forbindelse med supervision gør brug af kompetencevurderingsskemaerne. De findes i konferencerummet på plan 3 eller på videreuddannelse sekretariatets hjemmeside.

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 supervisere på, hvad man specielt ønsker feedback på. Jo mere specifik, man kan være, i den feedback, man efterspørger, jo bedre feedback får man.

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

Vejledning

Som yngre læge har du krav på vejledning under din ansættelse. For at få et optimalt udbytte af dette kræver det forberedelse fra både vejleder og den vejledte. Du tilbydes en introduktionsaftale kort efter ansættelse i afdelingen. Denne efterfølges af justerings/midtvejssamtale(r) og afsluttes med en slutevalueringssamtale.

Du vil inden ansættelse få tilsendt en mail fra din hovedvejleder med relevante informationer. Alternativt findes der på afdelingen en "Vejledermappe", som kan tilgås via fællesdrevet (RRAAKUT --> Akutafdelingen - Yngre læger --> Vejlederforum).

Buddy-ordning for KBU-læger:

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.

Undervisning

UKYL laver løbende en liste med datoer for, hvilke yngre læger, der er ansvarlige for fremlæggelse af en patientcase og melder det ud pr. mail. Der fremlægges ud fra to forskellige modeller som begge går ud på at få aktiveret modtageren. Det er vigtigt at have et læringsmål/budskab som modtageren går fra undervisningen med.

- KBU-læger følger ISTAP modellen (se næste afsnit) til morgenundervisning.
- I-, HU og AP-læger anvender casemetoden til morgenundervisning. Du kan vælge enten at fremlægge vha. powerpoint eller simpel tavlestruktur.

Torsdag afholdes speciallægeundervisning. Om torsdagen varer undervisningen til kl. 8.55. UKYL sender plan ud om emne og dato per mail. Undervisningen om torsdagen er opbygget ud fra årshjul, der sørger for at alle akutte kliniske syndromer bliver gennemgået. Den 4. torsdag i måneden er der tværfaglig undervisning. Emnet vælges af tværfagligt uddannelsesteam. Foregår som regel i Auditoriet (plan 3, ved læringscenteret)

Simulationstræning

En gang i ugen, onsdage kl. 9, for udvalgt personale på afdelingen. I funktionsplanen er beskrevet hvilke læger, som er sat på til simulation. Simulationstræningen begynder med en case og efterfølgende evaluering på den gamle akutstue på plan 3. Den sidste onsdag i måneden er der simulation i akut psykiatrisk kald, hvor også personale og læger fra psykiatrisk afdeling deltager.

Kompetencebutikken

Tirsdag og torsdag fra kl. 9-10. Se plan i konferencerummet. Her kan du tilegne dig praktiske færdigheder såsom a-gas, venflon-anlæggelse, lumbalpunktur, KAD anlæggelse, NIV og nye instrukser osv. Kompetencebutikken er et tværfaglig uddannelsesstilbud efter drop-in modellen, således, at det altid kan tilpasses andet akutarbejde i afdelingen. Byd gerne selv ind med et praktisk emne, som du kan undervise i. Her har du ligeledes muligheden for at øve dig i underviserrollen.

Skillsdag

Der afholdes skillsdage for nye læger, sygeplejersker og sosu løbende hver 3. måned. Der øves i at lægge perifer venekateter, tage a-gas, lægge ventrkel sonde og trakeal sug. Herudover gennemgås igangsætning af high flow ilt og non invasiv ventilation og hvordan.

Kurser

Der vil for uddannelseslæger undtagelsesvist være mulighed for kurser ud over de obligatoriske og i givet fald efter anbefaling fra afdelingsledelsen. Alle kursusansøgninger skal afleveres elektronisk. Følg denne:

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

E-learning-kurser

Log på <https://rm.plan2learn.dk/> for at tilgå de forskellige e-learning kurser. Vær opmærksom på, at der er obligatoriske kurser som forventes gennemført i løbet af introduktionsperioden.

Trendings 10 minutes

Formålet med trending 10 minutes er at der fremlægges en artikel hvor kernepunkterne fremhæves om et emne som har akutmedicinsk interesse og danner grundlag for en (relativt kortfattet) diskussion til morgenkonferencen. Man må frit søge i relevant publikationer. Der forventes et kort resume og således ikke et i dybdegående oplæg.

Fælles kompetencevurdering

Formål:

Øve fokus på mellemvagternes kompetencer.

Metode:

Indsatsen gælder de kompetencer, der kan godkednes ved casebaseret discussion (Kompetnce korte B. Emnet vælges ud fra målbeskrivelsen og uddanenlsesprogramer. Emnet og deltagerliste vil forgå i undervsinignesplanen, der sendes ud 4 uger inden (Hver 2. tirsdag). Alle forbredder en case (Case Metoden). Andre I gruppen deltager aktivt i debatten og reflektere. Ligeledes forventes, at man har læst om emnetog har orienteret sig I de nyeste retnignslinjer. Man kan ved fordel bruge samme case til en morgenundervsining ved andet lehlighed. Mødet faciliteres af UAO.

Ansvarlig: UAO samt UKYL

Refleksionsgruppe for YL

Én til to tirsdage om måneden fra 8.15 til 8.55 afholdes refleksionsgruppe for yngre læger. Her er ordet frit, og der er ingen dagsorden. Det der reflekteres over, er det, der fylder, det man har oplevet i mødet med patienter, kolleger eller andre faggrupper, eller man er optaget af på dagen ift. til sit arbejdsliv. Samtidig understøttes identitetstransformationen fra at være studerende til fungerer som læge med beherskelse af alle de 7 lægeroller.

Fælles lægemøde

Lægemøde med både yngre læger og ledelsen. Der kan præsenteres nye rutiner, instrukser, er et åbent forum til kommentarer/forslag og ønsker fra yngre læger med henblik på arbejdsgangen og for at bedre det didaktiske kvalitet på afdelingen.

Fokuserede ophold

Som KBU-læge i akutafdelingen har man ret til i alt fire besøgsdage i løbet af den 6 måneders ansættelse. Dette giver mulighed for at afprøve 1 eller 2 andre specialer. AP-læger har 2 ugers fokuseret ophold i valgfrie kirurgiske specialer. Fokuserede ophold og besøgsdage skal aftales med vejleder eller UAO tidligst muligt i ansættelsen, og dernæst koordineres med vagtplanlægger, så der kan gøres plads til det i arbejdsplanen. Det kan derfor være en fordel, at man allerede inden ansættelsesstart har gjort sig tanke om, hvilke afdelinger man ønsker et fokuseret ophold.

Instrukser

Der er flere brugbare instrukser i afdelingen. Herunder ses enkelte eksempler som findes ved en søgning af e-DOK:

[Forløbsbeskrivelse for akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter \(AHA\)](#)

[Forløbsbeskrivelse, Øvre GI-blødning](#)

[Initial antibiotika behandling af udvalgte samfundserhvervede bakterielle infektioner hos voksne immunkompetente patienter, regional retningslinje](#)

[Initial udredning og behandling af sepsis og septisk shock, uden for intensiv afsnit, regional retningslinje](#)

Intranettet

Region Midt Koncern: <http://intranet.rm.dk/>

Regionshospitalet Randers: <http://www.randers.intranet.rm.dk/>

Akutafdelingen Randers: <http://www.randers.intranet.rm.dk/min-afdeling/akutafdelingen1/>

Akutafdelingens hjemmeside

Her kan du finde relevant information om uddannelse af læger i akutafdelingen. Den opdateres løbende af afdelingsledelsen. Du finder bl.a. velkomstdokument, instrukshåndbog og funktionsbeskrivelse for vagtlaget i akutafdelingen herinde.
<https://www.regionshospitalet-randers.dk/uddannelse/lage/uddannelsesgivende-afdelinger/akutafdelingen/>

F-drev

Akutafdelingen har et lokalt drev som du kan åbne via stifinder fra Citrix. Alt personale i afdelingen anvender dette drev. Vigtigste mappe, du skal kende er

- **Morgenkonference:** (N:\Afdeling\RRAAKUTA\ Morgenkonference)

Her ligger blandt andet dagsorden for morgenkonference, funktionsskema og undervisningsplaner.

- **Morgenundervisning:** (N:\Afdeling\RRAAKUTA\Morgenundervisning)

Her ligger blandt andet en mappe, hvor du skal placere dine morgenundervisnings powerpoints, så det ligger tilgængeligt for dine kolleger.

- **Akutafdelingen - Nye læger:** N: (\Afdeling\RRAAKUTA\Akutafdelingen - Nye læger)

Her ligger blandt andet introduktionsprogrammer, vejlederoversigt og adskillige dokumenter relevant at kende til som ny læge i afdelingen, herunder guide til opsætning af regionsmail på smartphone.

- **Akutfdelingen - Yngre læger:** (N:\Afdeling\RRAAKUTA\Akutfdelingen - Yngre læger)

Her ligger blandt andet en mappe med kompetencekort, uddannelsesprogrammer og en samling af nyttige lommekort.

e-Dok

e-Dok er Region Midtjyllands fælles elektroniske dokumentstyringssystem. Det har til formål at have let tilgængelige og godkendte dokumenter samlet et sted. Hver afdeling har en undermappe med deres instrukser.

I den kliniske hverdag er det vigtigt at være orienteret om hvor du finder relevante instrukser, og derfor at have et overblik hvilke instrukser, der findes. Akutfdelingen har en undermappe i e-Dok, hvor afdelingens egne flowcharts er placeret (se link nedenfor). Herudover er der retningslinjer fra andre afdelinger som vi ligeledes anvender i akutfdelingen, en oversigt og nogle af disse er at finde i e-Dok.

Lægefaglige flowdiagrammer, akutfdelingen, Randers

[Lægefaglige flowdiagrammer](#)

Der er mulighed for at oprette sin egen "Favoritliste" i e-Dok, når man er logget ind med sin regions-ID og password. Det gøres ved at klikke på "Føj til favoritliste".

Ansvarsområder for yngre læger

Du vil under din ansættelse kunne blive tildelt eller kunne påtage dig forskellige funktioner eller ansvarsområder.

Nogle af funktionerne er de yngre lægers egne. Det er f.eks. ansvar for brørdordning og "social-KBU" som er tovholder på sociale tiltag og aktiviteter udenfor akutfdelingen. TR og de yngre lægers repræsentant i LMU vælges også af de yngre læger.

Andre funktioner varetages efter aftale med UAO eller cheflæge. Det drejer sig om funktioner som

- Tovholder på journal club/ Trending 10 minuts (første torsdag i måneden)
- Instagram ansvarlig. Bestyrere af afdelingens instagramprofil med deling af stort og småt fra livet på akutfdelingen
- Ansvarlig for "kompetencekort-magasinholderen". Printe og fylde op.
- Tovholder på opdatering af akutfdelingens velkomstdokument, instruktionshåndbog og funktionsbeskrivelse. Forslag til ændringer og mangler i samarbejde med UKYL/UAO/ledende overlæge.
- UKYL. Yngre læge med ansvar for koordinering af undervisning og uddannelsesaktiviteter i tæt samarbejde med UAO. Har du brug for hjælp til eller tvivlsspørgsmål, kan du altid søge hjælp ved UKYL.
- Ansvarlig for kåring af månedens supervisor
- Ansvarlig for opdatering af kompetencetavlerne i konferencerummet

Vagtfordeling, læger

Vagtinstruks:

Forvagter (KBU-læger + evt introlæger)

Hvem: KBU-læger og introduktionslæger i første del af ansættelse (afh. erfaringsniveau)

Arbejdstider: Dagvagt med vagttelefon: kl. 8-20, Almindeligt dagarbejde 8-18, Aftenvagt: kl. 14-24, Nattevagt: kl 19.30-08.30

Vagthavende forvagt (8-20) har altid DECT 23257 og kalderen. Vedkommende går til hjertestop og akut psykiatrisk kald. Allokere til rødt team i dagstid.

Arbejdsområde:

- Selvstændig modtagelse af akutte patienter under supervision.
 - Selvstændigt lave en behandlingsplan for patienten, som skal konfereres med akutlægen
 - Konferere patienter v.h.a. ISTAP model
 - Afslutte (under supervision) indlagte patienter i akutafdelingen
 - Under supervision at anvende ultralyd ved modtagelse af patient
 - Under supervision at udføre relevante procedurer inden for eget kompetenceomfang med øje for kompetenceudvikling i hele akutafdelingen (fx lumbalpunktur el. "bedside" ultralyd).
 - Udføre ultralydsvejledt perifer venekateter (PVK) samt arteriepunktur (A-gas) på patienter i hele akutafdelingen.
- Administrativ opgave:
 - En FV udfører hver dag (også weekend) administrative opgaver efter morgenkonferencen. Pågældende FV deltager først i det kliniske arbejde, når opgaven er færdig. Andre læger kan hjælpe til med opgaven hvis arbejdsbyrden tillader dette. Dette aftales på dagen.
 - Forvagt eller mellemvagt med 8-18 funktion i hverdage/weekend.
 - Godkendelse af afdelingens prøvesvar i EPJ
 - Udfærdigelse af manglende epikriser
 - Ligsyn i kælderen
 - Klinisk arbejde:
 - Patientmodtagelse:
 - Modtage patienten med sygeplejersken og superviseret af MV
 - Udarbejde konfereret behandlingsplan indeholdende relevant akut behandling, samt ordination (og rekvirering) af relevante undersøgelser - såvel paraklinik som scanninger og blodprøver, men også opgaver som f.eks. ortostatisk BT-måling, EKG, PVK-anlæggelse m.m.
 - Der skal laves fuld dokumentation på patienten, samt objektiv undersøgelse, evt. med UL-undersøgelse (helst superviseret), opdatere sygdomshistorik og afstemme medicin i såvel FMK som EPJ medicinmodul.
 - Ordinere og rekvirere relevante tilsyn og/eller overlevere patienten til relevant regi, f.eks. medicinsk sengeafsnit.
 - Andre kliniske arbejdsopgaver:

- Udføres i overensstemmelse med flow på afdelingen samt KBU-lægens kompetencer og uddannelsesbehov, kan f.eks. være A-gas eller PVK-anlæggelse, evt UL-vejledt.
- Hjertestop:
 - FV står for fungerende i.v. adgang (venflon) og trækker relevant medicin op samt injicere når teamlederen beder om det.

Mellemvagt: AP, HU og I-læger

Hvem: Introlæger og hoveduddannelseslæger i akutmedicin og almen medicin.

Indplacering i mellemvagten sker efter erfaring og kompetence. Introlæger kan have behov for at starte med en periode i forvagtslaget.

Arbejdstider: 08:00-18:00, 8-20, 14-24 og 1930-08:30

Arbejdsområde: Arbejdet mellemvagten foretager skal indgås efter aftale med akutlægen ift. kompetenceniveau og uddannelsesmål.

- Som udgangspunkt skal akutlægen fortsat orienteres ved modtagelse af røde patienter.
- Som udgangspunkt skal alle patientforløb her på akutafdelingen konfereres med /superviseres af akutlægen jf. akutkonceptet.
- Supervision af KBU-læger i modtagelse.
- Selvstændig modtagelse og behandling af akutte patienter
- Afvikle stuegang på indlagte patienter i akutafdelingen og supervision af KBU læger i stuegang på indlagte patienter
- Godkende kompetencer af KBU-læger
- I dagtiden på hverdage kan mellemvagten få en selvstændig funktion som teamleder under tæt supervision af en af akutlægerne.
- Udføre relevante procedurer inden for eget kompetenceomfang med øje for kompetenceudvikling i hele akutafdelingen (fx lumbalpunktur, anlægge V-sonde, anlægge KAD, anlæggelse af pleuradræn el. "bedside" ultralyd).
- Udføre ultralydsvejledt perifer venekateter (PVK) samt arteriepunktur (A-gas) på patienter i hele Akutafdelingen.
- Lede akutkald i samarbejde med akutlægen (afhængig af uddannelsesniveaue og uddannelsesmål)
- Varetage egne patientforløb i hele akutafdelingen, med fordel orange og røde patienter mhp. faglig udvikling.
- Administrativ funktion

Mellemvagten (vagthavende)

En af mellemvagterne har altid DECT 23372 og tilhørende kalder. Denne har i dagtid funktion fra 08.00-20.00, Vedkommende går til akutkald. Arbejder i grøn team i dagtid på hverdage. Modtager opkald udefra for eks. fra pårørende, patient, hjemmeplejen, apotek. osv.

Vagttелефон og tilhørende kalder går fra hånd til hånd og overdrages som udgangspunkt kl. 8 i forbindelse med morgenkonference og kl 19.30 i forbindelse med tavlemøde.

Akut medicinsk kald

- Foregår altid på akutstuen i traumemodtagelsen plan 3.
- Ansvarsopgaver
 - Slå patient op i EPJ og bidrage med oplysninger
 - Rekvirere undersøgelser for akut- og anæstesilæge

- dokumenterer forløbet for akutlægen; objektive fund og værdier, medicin givet m.m
- Skrive en primær dokumentation baseret på modtagelse og gennemgang på akutstuen samt videre foreløbige behandlingsplan. Mellemvagten kan fungere som teamleder efter aftale med akutlæge og afhængigt af uddannelsesniveau og -mål.

Bagvagten:

Akutlæge 1 (tlf. 23250)

Har enkelte ekstraopgaver i dagtid udover at være teamleder i grønt team

- Er en døgndækkende funktion
- Akutlæge 1 i dagtid møder kl 08.00 (07.30 om weekenden) og leder morgen- og eftermiddagskonference.
- Er lægefaglig back-up til visitationen. Alle opkald om patienter fra andre end eget team henvises venligt til akutlægen i det pågældende team.
- Fungerer som primære kontaktperson til flowkoordinator
- Graden af klinisk involvering varierer med patientflow. Ved lavt patientflow vil Akutlæge 1 selv deltage i patientarbejdet med egne patienter. Ved stigende patientflow vil akutlæge 1 typisk trække sig fra mere fra det direkte patientarbejde for i højere grad at have fokus på supervision, flowstyring og koordination.
- at tage sig af selv henvendende + stikskader i skadestuen

Akutlæge 2 (tlf. 23373)

Har enkelte ekstraopgaver i dagtid udover at være teamleder til kl.18 i rød team

- Går til medicinske kald
- Tilser og lægger plan for patienter på KAP stuen

Akutlæge 3 (tlf. 21923)

Fungerer som udskrivelseslæge og afløser nat akutlægen (07.30 – 08.00). Følger op på patienter herefter frem til kl 16.00

HUSK: det er aftenvagternes (både YL og speciallæge) vigtigste og fornemste opgave at sørge for, at der så vidt muligt er ryddet op til natten, så vagten bliver god for de kollegaer, der skal blive til næste morgen!

Funktionsbeskrivelse med fokus på supervision og roller i dagtid.

Formål:

Beskrivelse af supervisionskaskaden: forvagt->mellemvagt->bagvagt.

Baggrund:

Akutfdelingens bemanning er karakteriseret ved en meget høj ratio mellem uddannelseslæger og speciallæger. Samtidig er det et krav at alle patientforløb i akutfdelingen er speciallægesuperviserede. Det stiller særlige krav til vores organisering for at sikre effektiv drift, høj patientsikkerhed og god uddannelse uden at speciallægekapaciteten bliver den begrænsende faktor. Ved at inddrage mellemvagterne i supervision af forvagter, mindskes flaskehalse, mellemvagterne trænes i supervisionsopgaven og bagvagterne får frigjort kapacitet til overblik, prioritering og supervision af mellemvagterne.

Til speciallæger regnes i denne sammenhæng også HU læger på sidste år af HU, jvf Sundhedsstyrelsens beskrivelse,

Fremgangsmåde:

I dagtid forsøges alle teams bemandet, så der er mindst en forvagt, en mellemvagt og en bagvagt (speciallæge/sidste års HU).

Forvagter uden autorisation til selvstændigt virke (KBU) skal konferere alle deres patienter og have godkendt alle behandlingsplaner af en læge med ret til selvstændigt virke.

I praksis skal forvagterne primært konferere deres patienter med den mellemvagt, de er i team med. Ved spørgsmål af mere praktisk karakter (hvordan sender man en henvisning, hvordan ordinere man en SOP og lign.) kan man rådføre sig med en erfaren forvagtskollega.

Mellemvagter er læger på forskellige uddannelsestrin og med forskellig erfaring. Alle mellemvagter har ret til selvstændigt virke og kan således træffe selvstændige beslutninger, herunder selv træffe beslutning om, hvornår bagvagt skal involveres. Mellemvagter skal superviseres af deres bagvagter både ved tvivl om de behandlingsplaner, som de lægger med forvagterne, men også ved behov for faglig sparring til egne patienter.

Ved ustabile patienter og i situationer, hvor konferering er umiddelbart nødvendig for at kunne komme videre, skal det ske med mindst mulig forsinkelse og i den situation kan forvagter også konferere med bagvagt, hvis mellemvagterne er optaget over længere tid og bagvagten er ledig. For øvrige patientforløb kan man i teamet med fordel aftale tidspunkter, hvor man mødes og samler op på modtagne patienter og behandlingsplaner for at minimere mængden af afbrydelser for alle.

Bagvagter er speciallæger eller læger på sidste del af HU i Akut Medicin og skal primært have overblik og fordele arbejdet, så der er patientflow med prioritering af tidskritiske patienter.

Derudover er bagvagterne back up for visitationen og som udgangspunkt teamlederrolle og leder ved kald. Afhængig af erfaring og uddannelsesbehov kan rollen som teamleder uddelegeres til en mellemvagt, der så er under supervision af bagvagt i funktionen.

Bagvagterne superviserer mellemvagterne i procedurer, herunder UL undersøgelser. Mellemvagterne superviserer tilsvarende forvagterne og bagvagten inddrages kun, hvis mellemvagterne har behov for dette.

Bagvagterne skal involveres ved konferering med andre specialer og ved udskrivelser i det team som han/hun er leder for.

Alle konfereringer/overdragelse ud af afdelingen skal være aftalt med BV. Det gælder for KBU, introlæger, HU-AP og HU-AKUT i fase 1

For forvagter/KBU-læger skal BV have set patienten inden anmodning om tilsyn. For intro, AP, og Fase1 vurderer BV selv om patienten skal være set af BV.

Tilsynsanmodninger skal være forberedte og superviserede.

Tilsynsanmodninger går altid til det andets speciales bagvagt. Hvis det andets speciales bagvagt beder om at vi taler med deres FV, så er det deres beslutning og vi forventer, at det andets speciales FV er superviseret af egen BV:

Ved overdragelser er det BV's vurdering om BV skal have set patienten selv.

Specielt vedr. overdragelse til medicinsk afdeling er der behov for aftale med medicinsk afdeling, at yderligere undersøgelser ikke skal foretages af vores YL. Vi anerkender, at medicinske læger gerne vil undervise i den intern medicinske opfølgning, men det kan ikke tage tiden fra kerneopgaven for vores yngre læger.

Aften-/nattevagt:

Teamet i aften-nattevagten består af en akutmøde, en mellemvagt, en forvagt og en YL i aftenvagt.

Akutmøden har i vagten det primære ansvar. Mellemvagtsfunktionen betragtes som en øvelse i ledelsesrollen, overblik og ageren inden for egne kompetencer og gældende uddannelsesmål.

Det forventes, at alle læger i teamet deltager i det forefaldende arbejde i vagten til der er ro på patientflow og alle indlagte patienter er modtaget og har fået lagt en behandlingsplan. Herefter opdeles vagten mellem lægerne, så alle kan få hvile (hvis patientflowet tillader det). Forvagten og mellemvagten deler natten mellem sig og skriver det på Cetrea-tavlen inkl. telefonnumre.

Uanset aftaler for tilstræbte hvileperioder for de enkelte vagtlag gælder også, at hvis der kommer flere patienter på en gang aktiveres også de læger, der er gået på vagtværelse

Supervision og konferering:

Forvagter (KBU) skal løbende konferere og få godkendt behandlingsplaner på alle patienter med mellemvagten. Det forventes at mellemvagten kan supervisere forvagten i mindre komplicerede patientforløb- og planer. Mellemvagten vurderer selv hvilke patienter vedkommende skal konferere med bagvagten. Dog involveres bagvagt altid inden kontakt til andre specialer. Det er vigtigt at finde balancen, hvor MV på den ene side får "lidt snor" og træner selvstændig beslutningstagning, men det på den anden side er både trygt og patientsikkert. Aftales gerne allerede ved vagtens start, dog senest inden MV eller BV går på vagtværelse.

Vagtafslutning:

Teamet i nattevagten mødes på et aftalt tidspunkt ved Cetrea-tavlerne bag sekretærene til kort overblikskonference. Her orienteres bagvagt om patienter, som mellemvagten har set og som ikke er blevet konfereret tidligere.

Akutmøde i dagtid møder ind 7:30 ved Cetreatavlerne bag sekretærene, overtager vagttelefon 23250 og får overlevering fra vagtholdet forud for fælles morgenkonference kl. 08. Akutte patienter, der ankommer mellem 7.30 og 8.00 tilses af indgående akutmøde, så vagtholdet har ro til at gøre de sidste ting færdige fra vagten.

Funktionsbeskrivelse for speciallæge i aftenvagt 15.00-21.00

Aftenvagten er indført, fordi én speciallæge i aften/nat ikke både kan supervisere i modtagelse og følge op på patienter indlagt fra dagtid. Udgangspunktet er derfor at aftenvagt primært følger op på allerede indlagte fra dagtid og at A/N vagten primært superviserer på modtagelse af nye patienter.

Det er meningen at lægerne fra dagholdet (YL og speciallæger) så vidt muligt får fulgt egne patienter til dørs inden kl. 18, enten ved at de er udskrevet eller overdraget til stamspciale.

Når aftenvagten møder kl. 15:00 overtages telefon 21923 og teamledelse i blåt team samt behandlingsansvar for Akutmøde 3's patienter,

Ved tavlemødet kl 17.30 overtager aftenvagten patienter fra de dagvagter, der går hjem kl 18 og som ikke afsluttet med enten udskrivelse eller overdragelse.

Ved tavlemødet kl 19.30 overtager aftenvagten patienter forvagt og mellemvagt, der går hjem kl 20 og som ikke afsluttet med enten udskrivelse eller overdragelse.

Bliver aftenvagten færdig med opfølgning på tildelte patienter hjælper man til med modtagelse af nye patienter og supervision af YL indtil man har fri kl 21.

Er der flere patienter til opfølgning. end aftenvagten kan nå, hjælper resten af vagtholdet til, når der er mulighed for det. De patienter, der evt fortsat mangler opfølgning, når

aftenvagten går hjem kl 21, overdrages til opfølgning ved det øvrige vagthold efter fordeling fra akutbagvagten.

Vagtværelser:

Der er tre vagtværelser på afdelingen til de tre nattevagter. For aftenvagten (14-24) er det muligt at låne et vagtværelse på det gamle patienthotel. Nøglen er i informationen i forhallen. Overnatning på patienthotellet koster 100 kr og dækkes af afdelingen; husk derfor at oplyse navn og afdeling til sekretæren.

Journalføring

Akutfdelingen 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, du ikke selv kommer til at sende hjem eller skal overgå til anden afdeling skal have lavet et fokuseret modtagenotat (SFI: akutnotat)
- Patienter, du vurderer kan udskrives efter få timer, skal have lavet et kort akutnotat (SFI: akutnotat) med kort og konkret konklusion samt tilhørende plan med ordinationer. Når patienten er afklaret og bliver udskrevet, dokumenteres der med en epikrise.
- Patienter, der kun skal være på afdelingen i kort tid, kan nøjes med en epikrise ved udskrivelse.

I akutfdelingen lægger vi vægt på tidstro dokumentation. Det betyder bla. at man selv skriver sine akutnotater og efterfølgende journalnotater. Det er alene epikriser, der dikteres, da det er forbundet med noget registrering, som sekretærerne skal foretage.

SFI: Akutnotat

Vi vægter kortfattet og præcis journalføring med fokus på de akutte problemstillinger, og det der skal ske fremadrettet - ikke resuméer af det, der er sket bagudrettet. Derfor:

- 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 under samme indlæggelse.
- Under konklusion dokumenteres netop konklusionen og ikke et resume
- Følgende punkter er der ikke behov for selvstændigt at dokumentere i en indlæggelsesjournal:
 - **Allergi** – dokumenteres særskilt i CAVE feltet
 - **Medicin** - dokumenteres i FMK. Feltet bruges kun til særlige oplysninger, såsom helt nystartet eller seponeret medicin eller hvis FMK undtagelsesvis ikke kan dokumenteres
 - **dispositioner** - skal kun dokumenteres hvis relevant for det akutte og i givet fald under aktuelt
 - **tidligere** - skal dokumenteres i den fælles sygdomshistorik (se senere)
 - **øvrige organsystemer** - der skal ikke systematisk spørges til svimmelhed, dobbeltsyn, vandladningsbesvær og afføringsændringer, som der alligevel ikke handles på. Der spørges kun til de forhold, der er relevante for det akutte og så skal det i givet fald dokumenteres under aktuelt.

I SFI'en "**akutnotat**" er alle felter således ikke obligatoriske. Du skal anvende relevante felter. Som regel bør det dog som minimum indebære:

- **Patienten vurderet af speciallæge**- Er den journalskrivende læge speciallæge eller er patienten set sammen med en speciallæge dokumenteres det med angivelse af speciallægens navn og tidspunkt for afsluttet tilsyn af speciallæge.
- **Patienten konfereret med speciallæge** - Har den journalskrivende læge alene konfereret patienten med speciallæge uden personligt tilsyn ved speciallægen dokumenteres det med speciallægens navn og angivelse af tidspunkt for afsluttet konferering med speciallæge
- **Kontaktsårsag**: Fokuseret anamnese optag med relevant information og evt. relevante negative fund (eks. hovedpine, svimmelhed, synsforstyrrelse, kvalme eller opkastning ved hovedtraumepatient). Brug gerne OPQRST+. Vanligt funktionsniveau, hvis relevant
- **Relevante KRAM** faktorer, eks. rygning ved obs AKS
- **Objektivt** - Fokuseret undersøgelse, samt supplerende relevante ABCDE oplysninger. Såfremt ustabil pt bruges ABCDE, som skrives i feltet "AT, ET etc". Undgå at dokumentere irrelevante fund såsom normal pupilrefleks hos en patient indlagt med akut obstruktion
- **SELMORDSRISIKOVURDERING ZZ9970FA** KUN såfremt relevant
- **GYNÆKOLOGISK UNDERSØGELSE ZZ4190** KUN såfremt relevant
- **UXUC73 – TRANSTHORAKAL ULTRALYDSDIAGNOSTIK, FOKUSERET-** KUN såfremt relevant
- **UXUD05 - UL- UNDERSØGELSE AF ABDOMEN, FOKUSERET** - KUN såfremt relevant
- **EKG** beskrivelse altid, når dette foreligger. Husk, at EKG skal godkendes i MUSE og i Arkiv efterfølgende
- **Relevante prøvesvar**, biokemi og u-stix, hvis dette foreligger
- **Konklusion** Husk konklusionen ikke er et resume, men en kortfattet konklusion med arbejdshypoteser
- **Diagnose ved journaloptagelse**. Her vælges med rullemenu den relevante diagnose, evt. en symptomdiagnose. De valgte diagnoser overføres til diagnoseoversigten i EPJ.
- **TOKS, ordination** udfyldes i henhold til instruks for dette.
- **Plan**: Her dokumenteres iværksatte og planlagte undersøgelser, iværksatte behandling, oplysninger om faste, smerteplan, væskeplan og evt. tidspunkt for kontrol af blodprøver, inkl. hvilke prøver. Plan for opfølgning evt ved andre specialer
- **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. Skal opdateres på Cetreatavlerne.
- **Aftalt behandlingsniveau** – Udfyldes i henhold til instruks for dette.
- **Information og vejledning til patient og pårørende** - Når relevant
- **Informeret samtykke** udfyldes i henhold til instruks for dette

Husk dertil **ALTID**

1. at ajourføre FMK og overføre medicin til EPJ. Medicinen skal desuden godkendes i EPJ, da sygeplejerskerne ellers ikke må dosere/give det.
2. at spørge til allergier og opdatere CAVE-modulet i patientoverblikket.

Arbejdsgang for patientforløb

Ved indlæggelse:

Du tilser patienten med fokus på relevant anamneseoptag og fokuseret objektiv undersøgelse samt ajourføring af FMK (se senere) og opdatering af CAVE modulet. Herefter følger indtastning af akutnotat.

Når planen indtastes i EPJ kontaktes den patientansvarlige sygeplejerske med information om planen.

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

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

Opdatering af den foreløbige plan dokumenteres tidstro ved at lægen enten selv indtaster SFI journalnotat, der inkluderer opdateret plan. Er der ændringer til forventet forløb opdateres klinisk logistik svarende til dette

Informeret samtykke

Hver gang der udfyldes et plannotat i EPJ skal der samtidig dokumenteres i rubrikken informeret samtykke. Det er ikke nok at vinge den af. Som minimum anføres at patienten har samtykke til planen (uden at gentage denne).

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, således at patienten med mening kan tage stilling til behandlingsspørgsmålet, herunder konsekvenser ved fravalg af behandling.

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

- | | |
|---|---|
| • alvorlige og ofte forekommende komplikationer mv. | ☐ ALTID informeret |
| • alvorlige og sjældent forekommende | ☐ OFTE informeret |
| • bagatelagte og ofte forekommende eller | ☐ OFTE informeret |
| • bagatelagte og sjældent forekommende. | ☐ ikke påkrævet informeret |

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. bivirkningerne 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.

Triage og TOKS

TOKS score afhænger af vitalparametre (Sat, RF, Puls, BT, Temp).

Triage afhænger af TOKS og henvendelsesårsag jf DEPT guideline.

Når patienten er set af lægen 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 behandlingsplanen (SFI). TOKS-ordinationen opdateres herefter mindst én gang i døgnet (SFI: TOKS-ordination). Hvis du har en ustabil patient, hvor du ønsker hyppig observation af eks. blodtryk, kan du ordinere TOKS (alle værdier) x1 i vagten, men BT x1 i timen eksempelvis. Dette anføres i fritekst.

For at kunne følge udviklingen i patientens fysiologiske status og sikre entydig kommunikation med modtagende afdelinger dokumenteres efterfølgende observationer i SFI TOKS-ordination. Ved overflytning til stamafsnit skal seneste TOKS måling være foretaget < 2 timer før for at sikre modtagende afdeling et udgangspunkt. Inden overflytning ajourfører lægen TOKS-ordination i EPJ. Er der behov for observationshyppighed hyppigere end TOKS x 3/døgn (sv x1

i vagten) skal dette konfereres mellem teamansvarlige for patienten på akutafdelingen og stamafdelingen.

FMK

Det er vigtigt at forstå skellen mellem FMK og EPJ. FMK er det fælles medicinkort for den enkelte patient, som både praktiserende læger og apoteker kan se. EPJ ordinationsoversigt bruges kun under indlæggelse på sygehus.

Start	Form	ATC	Preparat	Vej	Dosis	T	Start	Form	ATC	Preparat	Vej	Dosis	Godk.
11.05.16	TABFILM	A10	Metformin "Actavis" - 500 MG	OR	1 tablet daglig - Bemærk...	F	14.11.18	TABFILM	A10	Metformin Aurobindo - 500 MG	OR	500 mg x 1 dagligt	12.05.22
03.09.15	TAB	A12	Unikalk Forte	OR	1 stk morgen og middag	F	03.09.15	TAB	A12	Unikalk Forte (in D-vitamin) - 1 ...	OR	1 stk x 2 dagligt	12.05.22
03.05.19	TABFILM	C08	Zanicid - 10 MG	OR	2 tabletter 1 gang daglig....	F	12.05.22	TABFILM	C08	Lercatio - 10 MG	OR	20 mg x 1 dagligt	12.05.22
04.10.12	TABFILM	C09	Losartan, HCl thiazid "Teva"....	OR	1 tablet daglig (helst ik...	F	15.07.15	TABFILM	C09	Losartan, HCl thiazid Teva (...)	OR	1 stk x 1 dagligt	12.05.22
05.04.18	CREME	D07	Locoid - 0.1 PC	KU	1 påsmøring 2 gange daglig								
11.02.19	SALV	D07	Elocon - 0.1 PC	KU	1 påsmøring daglig								
06.07.17	TABMOD	N02	Panodil - 665 MG	OR	2 tabletter 3 gange daglig	F	12.05.22	TABMOD	N02	Panodil - 665 MG	OR	1330 mg x 3 dagligt	12.05.22
02.05.18	NASSPRIS	R01	Nasonex - 50 RGD	IN	2 pust 1 gang daglig - B...	F	14.11.18	NASSPRIS	R01	Mometasone Sandoz - 50 RGD	IN	100 mikg x 1 dagligt	12.05.22

- **Når en patient indlægges** skal lægen ajourføre og gemme ("ajourfør/gem") FMK, og overføre alle ordinationer til EPJ medicinmodul - så de to medicinlister stemmer overens.
- **Under indlæggelsen** bruges ordinationsoversigten i EPJ til at ordinere/pausere/seponere medicin.
- **Når patienten udskrives** skal eventuelle medicinændringer overføres til FMK, hvorpå der igen ajourføres/gem FMK. Husk at oprette eventuelle recepter via receptfunktionen i FMK. Ajourføringen skal ske efter, at sidste ordinationsændring er foretaget og skal være afsluttet senest to timer efter udskrivelsen.

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.

Faldgrupper ved FMK ajourføring:

- FMK er 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.

Behandlingsniveau

Der skal ved hver indlæggelse og udskrivelse tages stilling til fremtidigt behandlingsniveau, 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 let kan 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](#)
Beslutning om begrænsning i behandlingsniveau konfereres altid med en speciallæge

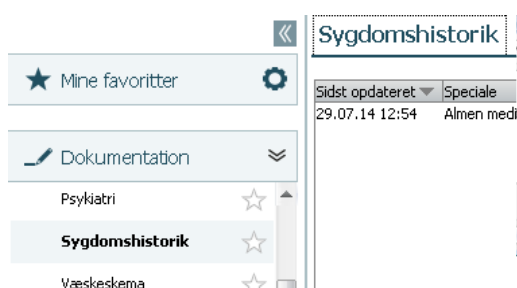
Fælles sygdomshistorik:

Fælles Sygdomshistorik erstatter feltet "tidligere" i indlæggelsesjournaler

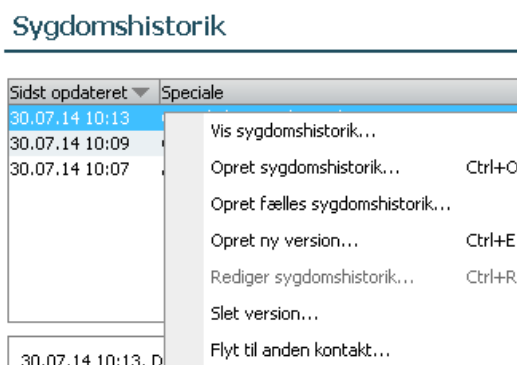
I praksis skal vi på alle patienter, der ikke allerede har oprettet en fælles sygdomshistorik, oprette den ved indlæggelse. Der skal stå det, man på studiet lærte, der skulle stå under punktet TIDLIGERE. Det skal nu skrives i fælles sygdomshistorik. Fokuser på at lave en opdatering, hvis der allerede foreligger en, altså nyttilkommet. Som øvrige notater indtaster man dette selv

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:



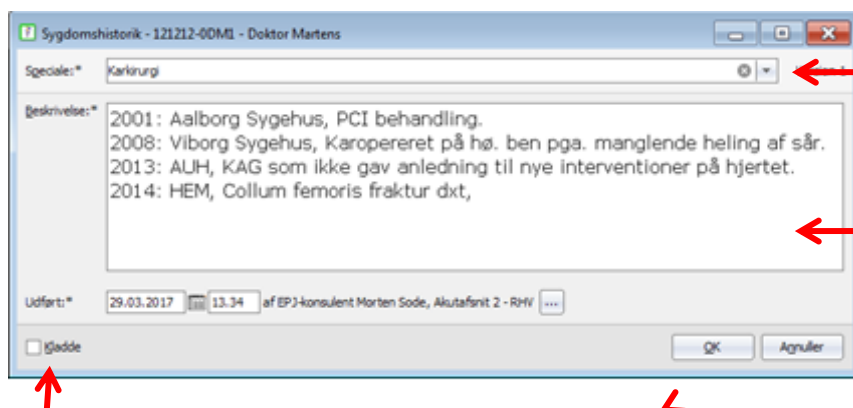
I værktøjskassen 'Dokumentation' vælger du værktøjet 'Sygdomshistorik'



Højreklik i oversigten

Vil du oprette Specifikt speciale Sygdomshistorik: 'Opret sygdomshistorik'

Vil du oprette Fælles Sygdomshistorik: 'Opret fælles sygdomshistorik'



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

Epikriser:

Epikriser dikteres umiddelbart i forbindelse med patientens udskrivelse/overflytning.

Der skal laves epikrise når patienten

- Udskrives fra Akutafdelingen
- Overflyttes til et andet hospital f.eks. AUH

Husk også at lave epikrise på patienter som er gået mod givet råd.

Der skal ikke laves epikrise ved overflytning til andre afdelinger i Randers, inkl psykiatrisk afdeling.

Epikriser SKAL dikteres, og IKKE skrives, da der skal foretages samtidig registrering som kun sekretæren kan. Der dikteres efter den skabelon, der ligger i EPJ (Find den under "Plan og resultater" i EPJ, eller lommekort). Følger epikrisen ikke formatet kan sekretærerne ikke danne epikrisen og så havner den på fejlliste.

Epikrisen dikteres til følgende overskrifter:

Koder: Husk altid at diktere diagnosekode OG sygdomsforløb (se næste side)

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.

Husk at få ajourført FMK, da den ajourførte medicinliste overføres til epikrisen

Vurdering af behov for opfølgning hos egen læge ved udskrivelse:

- **Hvid:** 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.

Epikrisen dikteres til følgende overskrifter:

Diagnosekode

Alle epikrise skal have dikteret en A-diagnose for indlæggelsen. Bidiagnoser er ikke nødvendige. Diagnosekoden skal være så præcis som muligt. Det er muligt at bruge opslag som www.ICDpedia.dk eller www.diagnosekoder.dk.

Aktionsdiagnosen (A-diagnose)

Der skal dikteres én og kun én aktionsdiagnose. Det er den diagnose der er den væsentligste for den aktuelle kontakt (indlæggelse, ambulante besøg, skadestuebesøg) – dvs. årsagen til de gennemførte undersøgelser og behandlinger. Endelig vurdering foretages, når patienten udskrives eller afsluttes.

Bidiagnoser (B-diagnose)

Er sygdomme (tilstande) som patienten har i tilslutning til den aktuelle A-diagnose. Skal afspejle det diagnostiske og behandlingskrævende relevante i forhold til den aktuelle kontakt (indlæggelse, ambulante/skadestuebesøg).

Sygdomsforløb/Forløbskode

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 også for mange DR-diagnoser, hvor f.eks. DR339 (urinretention) skal ind under "nyrer og urinveje (urologi)". Det samme gælder ved mistanke om kræft, underernæring, røgforgiftning osv.

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	Brystsmerter UNS	= andre forløb
DR060	Dyspnø	= sygdomme og infektioner i luftveje
DR073	Andre brystsmerter	= hjertesygdomme

På alle kontorer, og ved de fleste computere er en oversigt over alle sygdomsforløb.

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

Prøvesvar:

Alle undersøgelser og prøver man bestiller på en patient kommer der svar på i EPJ.

Svarene ligger under biokemi, mikrobiologi, billeddiagnostik, arkiv (EKG) osv. Når svaret foreligger, er det markeret med fed skrift. Når behandlende læge har set svaret, skal man højreklikke og godkende prøvesvaret. Når man trykker godkend indikerer det for øvrige personale, at der er taget stilling til og reageret på svaret.

- Inden udskrivelse af patient godkendes og reageres på alle prøvesvar. Vær særlig opmærksom på EKG'er. For de prøver, der ikke er indkommet svar på endnu, aftales med patienten, hvordan svar fås på disse, hvis det er relevant. Aftaler om dette skal dokumenteres i epikrisen.
- Inden man har fri, sikrer man sig, at alle svar på de patienter, man har haft i løbet af dagen, er set og godkendt.

Du vil nå at få svar på langt de fleste prøvesvar, inden din vagt er omme. Enkelte gange fremkommer svaret først efter patienten er udskrevet. I disse tilfælde vil det fremgå af

afdelingens liste over svar til godkendelse. Denne liste skal gennemgås og tømmes hver dag. Dette er en opgave, der tildeles en KBU-læge hver morgen til morgenkonference, 'Administrativ funktion'. Først når alle svar og epikriser er godkendt/dikteret må denne læge gå tilbage til det kliniske arbejde.

Administrativ opgave for mellemvagter

Opgaven er en uddannelsesopgave, der træner rollen som leder og administrator og kompetencer i samarbejde med primærsektor og andre afdelinger. Opgaven er en daglig opgave for mellemvagten, der i denne funktion er under supervision af bagvagt.

Opgaven er besvarelse af korrespondancebreve. De findes således

1. Stå på organisatorisk kontekst (F9)
2. Åbn fanen Modtaget
3. Åbn fanen Korrespondancebreve – modtaget (*Stjernemarker evt. for nemmere adgang fremadrettet*)
4. Vælg Akutafdelingen – Randers i drop down menuen (*Det skal være den øverste*)
5. Klik dig ind på korrespondancebrevet og håndter henvendelsen
6. Hvis det f.eks drejer sig om en afvist henvisning, skal vi sikre os, at patienten får besked om planen. Dikter et brev til patienten.
7. Hvis der i afvisningen er et ønske om at patienten går til egen læge for vurdering/opfølgning, skal vi sikre os, at egen læge får besked. F.eks gennem et kort journalnotat med plan, der sendes i kopi til egen læge.
8. Hvis korrespondancen er tydeligt fejlsendt eller drejer sig om en patient, der er overtaget af anden afdeling, der bør besvare korrespondancen, højre klik på korrespondancebrevet og vælg videresend til intern afdeling
9. Efter håndtering højre klik på korrespondancebrevet og marker som læst

Administrativ opgave for forvagter

Lægen med den administrative funktion skal diktere manglende epikriser og godkende afdelingen prøvesvar. 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 op, 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.

Grøn Teamlæge er din supervisor, når du skal konferere eller bruge hjælp

Når du åbner EPJ skal du favorisere afdelingsopgaverne

- Epikriser - ikke færdige
- Mine opgaver*
- Svar til godkendelse

✱ Afdelingsopgaver	
Epikriser - ikke færdige	★
Mine opgaver	★
Svar til godkendelse	★

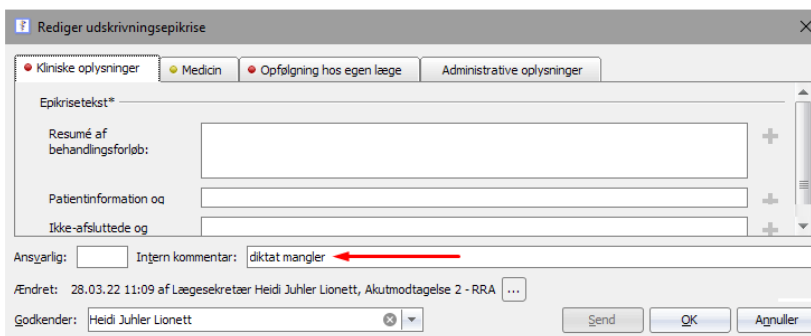
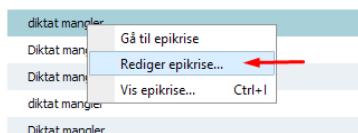
*skal tjekkes og løses hver gang du er på arbejde, dette er opgaver målrettet dig

Epikriser - ikke færdige

Arbejdsgang

- Sorter listen efter 'Note'
- Find dem, hvor der i noten står "diktat mangler"
- Dobbeltklik på patienten >> orienter dig i indlæggelsesforløbet >> dikter epikrise iht EPJ skabelonen

- Gå tilbage til oversigten og højreklik på samme patient >> Rediger epikrise >> i Pop-up vinduet redigerer du intern kommentar og skriver "dikteret/initialer"



Svar til godkendelse

Dette er en liste med prøvesvar på de patienter vi har eller har haft i akutmodtagelsen. Nogle patienter er gået hjem, andre er stadig på afdelingen eller kommet på anden afdeling. Fælles for alle prøvesvar er, at de skal godkendes af den behandlingsansvarlige læge/afdeling.

Arbejdsgang

Du skal forholde dig til om det enkelte prøvesvar har nogen konsekvens og om det ændrer på den behandlingsplan, der er blevet lavet.

1. Se prøvesvar
 2. Orienter dig i journalen, hvad der er lagt af plan og om der allerede er reageret på prøvesvaret
- Tag stilling til om der skal
 - ... ændres i behandlingsplanen
 - ... iværksættes behandling
 - ... iværksættes opfølgning
 - Du skal journalføre eventuelt iværksatte handlinger.

Prøvesvar uden betydning for planen og hvor patient ikke kontaktes, skal ikke journalføres, herunder eks.

 - EKG der godkendes uden ændringer i plan skal ikke dikteres med beskrivelse heraf, blot godkend
 - Mikrobiologi der er uden vækst eller betydning

Journalføring

Når der skal tilføjes et notat på det svar du godkender, kan du enten selv skrive det eller diktere det. Start notatet med at skrive eller diktere "Administrativ funktion".

Diktat Vælg kategorien "Ambulant" og dikter notat.

Hvis relevant dikteres, at der skal sendes en kopi til egen læge

Notat Når pt er udskrevet gøres følgende

"Plan og resultater" >> højreklik og vælg "Opret aktivitet" >> I feltet "Søg og tilføj" skriver du "journalnotat" og dobbeltklikker på dette og trykker OK. Så skriver du dit notat "Administrativ funktion: xxx". Når du er færdig med notatet, klikker du OK nederst. Så kommer der "vælg kontakt eller forløbsansvar" frem og her trykker du "Annuller"

Eksempel 1: Patient fået konstateret simpel cystitis som bifund under indlæggelse, og opstartes i standardbehandling med Penomax. Urindyrkning dagen efter viser resistens for dette præparat. Patienten skal ringes op med fund og ordineres ny behandling. Journalføring!

Eksempel 2: Patient er udskrevet fra akutmodtagelsen med henvisning til opfølgende ambulant scanning, hvor teksten skriver "obs tumor". Lægen skal her konferere med relevante specialer, informere patient og henviser til kræftpakkeforløb. Brug bjælken til at orientere dig i typen af prøvesvar, hvor patienten er indlagt, godkenderafsnit og svardato.

Indlagt

Indikerer hvor patienten er indlagt, eks. akut2, medicinsk afdeling a/b/c, kirurgisk osv.

Godk. person

Godkender person har INGEN betydning. Lægen kan være vikar, på ferie, fratrådt osv.

Alle godkender derfor prøvesvar uden at tage hensyn til, at der er anført en bestemt person.

Godk. afs.

Godkender afsnit illustrerer, om ansvaret på prøvesvaret er placeret på en specifik afdeling.

Er der angivet et andet godkender afsnit end akutafdelingen, skal det ikke godkendes af os.



Prøvesvar angivet med det **gule** ikon, er prøver rekvireret af en anden afdeling, hvorfor vi IKKE skal gøre noget. Det figurerer på vores liste så længe patienten er i vores afdeling.



Prøvesvar angivet med det **blå** ikon, indikerer at patienten er overflyttet til en anden afdeling på sygehuset, hvorfor godkenderansvaret nu også skal placeres på den afdeling.

→ Hvis der er et blå ikon uden angivet godkender afsnit, skal du redigere dette

- Højreklik på bjælken med prøvesvar >> Tryk på rediger ansvarlig godkender
- Vælg det godkender afsnit som patienten er indlagt på (aldrig person) >> tryk OK

Prøvesvar, der oplagt skal godkendes af et andet afsnit, f.eks. hjerte-CT eller myocardiescintigrafier videresendes til hjertemedicinsk klinik ved at redigere ansvarlige godkenderafsnit.

Alle kardiopulmonale svar (EKG) SKAL godkendes af os - uanset om patienten er gået til anden afdeling.

Prøvesvar du kan godkende uden at forholde dig til svaret og uden at lave notat i journalen:

- Negative dyrkningsvar (urin, blod mv)
- Normale eller uændrede forhold på røntgen og scanning
- Normalt EKG
- Normale blodprøvesvar (sorte tal) – røde tal, der er uændret fra tidligere må også godkendes
- Blodprøver ifbm. DVT forløb via egen læge jf [Patientforløb for DVT \(Dyb venetrombose\)](#)

Ligsyn:

Akut FV 1 går ligsyn. De bliver ringet med til tlf 23357. Hvis der afventes ligsyn og afgående FV ikke har nået det i vagten, videreleveres denne information mundtligt til morgenkonference eller ved vagtoverlevering kl 17.30. Ud over mundtlig information kan man se hvilke ligsyn, der mangles udført på anywhere.

I Anywhere vælges fanebladet **Kapel Akutafd.** Her vil patienter i akut regi med behov for ligsyn figurere. Der er i højre side en drop down menu, hvor der enten er markeret én af fire muligheder. Hvis den er markeret **orange Afv Ligsyn**, er det Akut FV, der skal lave ligsynet. Når dette er lavet ændres til **grøn Ligsyn udført** og patienten placeres i kølerum.

KAPEL AKUTAFD RRA AMA AKUTMODTAGELSE OG -SENGEAFSNIT				
KAPEL - Indbragt Mors				
MELDT TID	NAVN	CPR-NUMMER	STED / LIGSYN	SPECIALE
			Stor kølerum	Akut
			✓ Ligsyn udført	
			Stor kølerum	Akut
			✓ Ligsyn udført	
			Stor kølerum	Akut
			✓ Ligsyn udført	
			Stor kølerum	Akut
			!! Retslægelig ligsyn	
			Intervalstue	Akut
			★ Afv. ligsyn	
KAPEL -Tidl. indlagt på Akutafdeling				
MELDT TIL KAPELET	NAVN	CPR-NUMMER	STED / LIGSYN	SPECIALE
			Intervalstue	Akut
			★ Afv. ligsyn	

Se vejledning i [eDok](#)

Dødskonstatering

- En persons død konstateres ved uopretteligt ophør af åndedræt og hjertevirksomhed -> auskultation af hjerte og lunge
- Ligblanket udfyldes og patient køres på intervalstue.

Ligsyn

Find vej: Gå til sekretær på plan 3 eller 4 og tag trappen ned til plan 2 (nu står du ved akutmodtagelsens hovedindgang på Skovlyvej). Gå igennem dobbeltglasdør til du når ned til den lyserøde dør på venstre side. Gå igennem lyserød dør og til højre. Nu er du i kælderen hvor du fortsætter ligeud indtil du ikke kan gå længere. Her vil du se en elevator på højre hånd. Brug dit ID kort til at bruge elevator og tryk på 3. etage (intervalstuer).

Lægen kontrollerer, om der er overensstemmelse mellem afdødes journal, identitetsarmbånd og ligblanket.

Ligsyn foregår ved at lægen:

- Konstaterer sikre dødstegn (rigor mortis, livores, cadaverositas).
 - Påfører dato, klokkeslæt, initialer og underskrift i ligblankettens felt for "sikre DØDSTEGN konstateret".
 - Fastslår dødsårsagen (naturlig død, ulykke, selvmord, drab) og tager stilling til, om dødsfaldet er anmeldelsespligtigt
 - Udfylder den elektroniske [dødsattest](#), såfremt der ikke skal være retsmedicinsk ligsyn.
- Dødsattest side 1: Indeholder oplysninger om, hvor og hvornår en person er død samt dødstegn (livores, rigor mortis etc.)
 - Dødsattest side 2: Udfyldes af behandlingsansvarlige læge, oftest fra et stamafsnit eller praktiserende læge. Indeholder oplysninger dødsårsagen og dødsårsagen.
 - Når dødsattesten indberettes elektronisk, sker der samtidig dødsanmeldelse til det centrale personregister. Det betyder fx, at afdødes bankkonti lukkes.

I akutafdelingen vil du oftest blive bedt om at gå ligsyn mhp. udfyldning af dødsattest side 1.

Såfremt der skal konstateres sikre sene dødsteget og senere retsmedicinsk ligsyn, skal side 1 IKKE udfyldes.

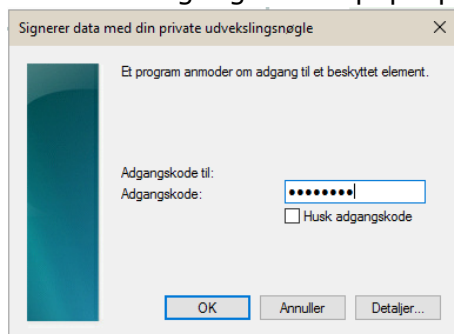
Side 2 udfylder vi på akutafdelingen når patienten er død i vores regi, og så vil det som oftest være den patientansvarlige læge der gør dette. Når du laver ligsyn skal du udfylde blanketten i systemet SEI2. Det finder du i citrix under apps.

Vejledning SEI2

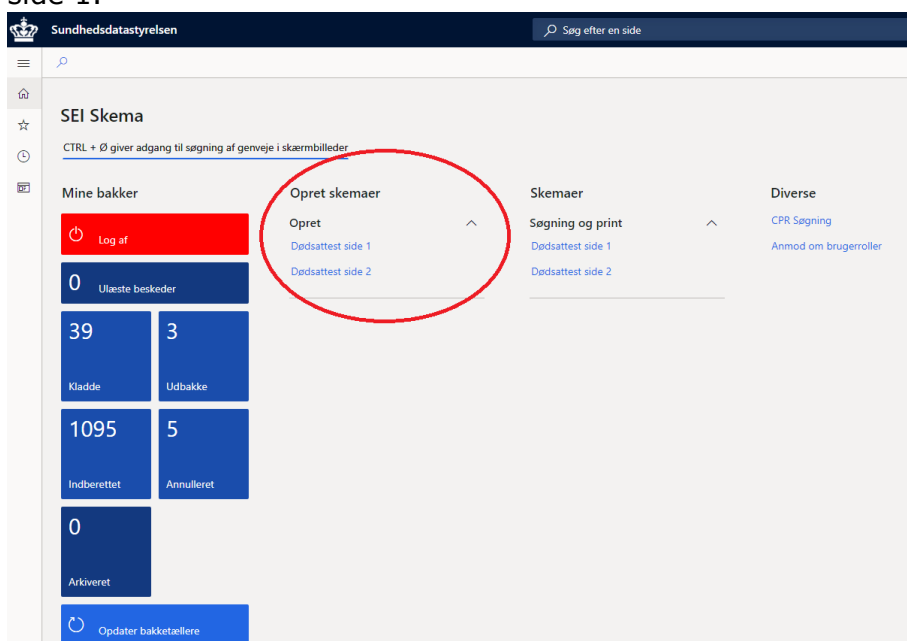
- Find SEI2 under apps i Citrix
- Log på med nøglefil. Første gang du logger på skal du muligvis trykke gennemse og finde din nøglefil.



- Skriv din adgangskode i pop-up vindue



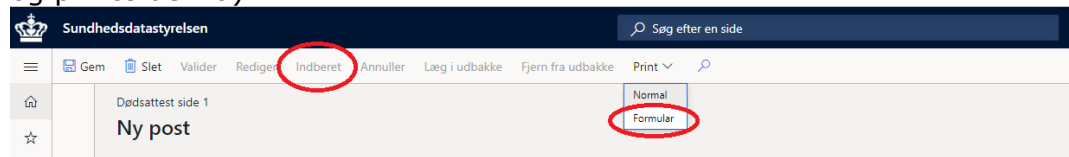
- Nu er du inde på hjemmesiden, hvor du skal oprette et skema. Tryk på dødsattest side 1.



- Du udfylder attesten slavisk. NB! Du kan lave CPR opslag, hvorved patientens data automatisk indskrives.
- Når du har udfyldt attesten skal du
 1. Tryk indberet i toppen

OG

2. Printe formular og placere den foran computer i kælderen
(hvis printeren ikke vil printe, kan du gå op ad trapperne til deres kontor og printe derfra)



Rekvisition af billeddiagnostik

Undersøgelse rekvireres under fanebladet billeddiagnostik. Alle akutte undersøgelser skal der ringes om, på nær rtg thorax i tidsrummet 8-15.

Henvielse til røntgen og scanning

Røntgen		CT		UL		MR
Henviende enhed samt funktion på den der henviser*						
Den kliniske problemstilling der berettiger undersøgelsen – Kliniske og parakliniske fund samt tentativ(e) diagnose(r). Husk sideangivelse når relevant.*						
Tidligere relevante sygdomme og undersøgelser*						
Når relevant: Graviditet*, behov for tolk (husk der opkræves gebyr), Behov for støtte/ilt, kan pt. samarbejde til undersøgelsen eller indgrebet?						
Patientinformation og samtykke til undersøgelsen / indgrebet*						
Kategori:	Akut Husk at ringe	Haste Angiv tidsramme	Pakke 4-6 dage	Udredning Startdato!	Rutine 12-16 uger (CT/UL/MR)	Kontrol Ønskes hvornår?
E-doc: Bestilling af akutte radiologiske undersøgelser. Henvielse til radiologiske undersøgelser.		eGFR (min. 30 hvis + kontrast) Tidl. kontrastreaktion? Thyreotoksikose? Faste (ikke-akutte)		Ved dræn/biopsi/punktur: AK-behandling? AK-tal Evt. faste / fyldt blære		Metalskema Klaustrofobi eGFR hvis + kontrast

Paraklinik forud for billeddiagnostik

	CT Biokemi → eGFR. Hvis < 30 ml/min, skal der tages stilling til evt kontrastindgift og samtykke skal anføres i EPJ	Intervention • Biokemi → INR, APTT, trombocyt • Blodfortyndende → pausering UL obs galdesten → faste 4 timer	Se ovenfor
--	--	---	------------

Billeddiagnostik i tidsrummet 24-08

Her er der andre retningslinjer gældende, da der ikke er radiolog til stede på Randers sygehus, men kun radiografer til at udføre undersøgelserne. Ved hver ønsket undersøgelse, skal der således tages stilling til om det skal gøres om natten eller kan vente til næste dag.

Undersøgelser, der skal tages næste dag rekvireres som vanlig, men skal IKKE ringes med før 7.45 næste morgen. Undersøgelsen vil blive visiteret straks, når dagholdet møder ind.

Undersøgelser, der ønskes om natten, gælder følgende

- **Røntgen og Ct-skanning** ringes til radiograf på Randers sygehus (20600)
- **MR** udføres IKKE i vagten 15-08, hvis akut opsættende skal pt til AUH
- **UL** udføres IKKE i vagten 24-08, hvis akut opsættende skal pt til AUH
- **Rgt. perifere skelet:** Kan ikke konfereres.
- **Rgt. oversigt over abdomen:** Beskrives lokalt næste dag.

Fælles beskriverenhed i tidsrummet 23-08

I tidsrummet 23-08 er der ikke radiolog til stede i Randers. Ved behov for akutte CT-scanninger benyttes den [fælles beskriverenhed](#).

Kliniker skal som minimum oplyse følgende:

- Sygehus/afdeling
- Undersøgelse
- Indikation
- Patientens CPR-nr./navn
- Eget telefonnr./navn

Det er vigtigt, at telefonnummeret på henvisende læge fremgår af den elektroniske henvisning mhp. at kunne ringe tilbage med svar eller ved yderligere spørgsmål

Der gælder følgende retningslinjer vedr. CT om natten

- CT obs. absces, som forventes dræneret af radiolog næste dag, meldes som ovenfor anført for undersøgelser, der ikke skal være akut om natten.
- CT obs. lungeemboli på ikke akut truet patient, bedes udskudt til efter kl. 8 under dække af fragmin. (Ved kontraindikation for fragmin skannes akut).
- CT obs. fokus med kun let eller moderat forhøjet CRP kan foretages næste dag ifølge lokal instruks hurtigst muligt efter kl. 8.
- 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.
- Ved tvivlstilfælde skal der konfereres med bagvagt/kirurg inden FBE-vagten kontaktes.

Der gælder følgende retningslinjer vedr. MR kl.15-08 og weekend

[Udredning af patienter på mistanke om cauda equina syndrom og nyopstået lammelse pga. diskusprolaps, regional retningslinje](#)

Procedure ved Ct-angio af cerebrum

[Håndtering af rekvirering af akut cerebral CT angiografi](#)

Vigtige politikker i afdelingen

Akutafdelingens kommunikationspolitik

Det er dokumenteret gennem forskning, at den måde, vi kommunikerer med patienterne, påvirker de kliniske resultater. Det er også påvist at den kommunikation, vi anvender internt mellem os påvirker den måde, vi kommunikerer med patienterne. I akutafdelingen i Randers har vi derfor vedtaget denne kommunikationspolitik

1. Kommunikation med patient og pårørende:

- Vi hilser på patienten og pårørende med navn og titel
- Vi lytter til og inddrager patientens perspektiv, og laver behandlingsplanen i fællesskab

2. Kommunikation med hinanden:

- Vi taler ligeværdigt og respektfuldt med hinanden
- Vi taler om private emner, når patienten ikke lytter med
- Vi taler med hinanden og ikke om hinanden, og vi rummer uenighed

3. Generel adfærd:

- Vi hilser på alle, vi møder på gangen
- Vi bruger 3 meter reglen.
- Vi er ordentlige i vores ordvalg og non-verbale kommunikation

Pausekultur i Akutafdelingen

Pausekultur handler om:

Patientsikkerhed:

Uden pauser i en travl arbejdsdag/vagt kører hjernen på et tidspunkt træt og man begynder at tage langsommere og dårligere beslutninger til fare for patienterne.

Arbejds miljø og trivsel:

Det er legitimt at holde en pause, når der er tid til det.

Måltider væk fra skærm/personalerum og ud i personalerum.

En pause er ikke en pause, hvis man arbejder.

Fælles ansvar, at der er en stemning, der gør, at man gerne vil ud til pauserum.

Kollegialitet:

Tavlemøder er oplagte til også at planlægge pauser (det 6. P).

Vi laver aftaler med kollegaer inden pause.

Vi hjælper hinanden til at holde pauser. Tage klokker, evt aflevere telefoner.

Mine kollegaer hjælper mig, hvis jeg hjælper dem.

Vi bruger muligheden for at holde pause sammen, når den er der.

Der kan være god kollegialitet, både mono-/ og tværfagligt i at holde pauser sammen, men det er legitimt at have behov for at holde pause alene.

Vi skal alle være gode rollemodeller til god pausekultur

Vi har særlig opmærksomhed på introduktion til nye medarbejdere, der ikke nødvendigvis kender kulturen og forventningerne.

Ordenskultur i akutafdelingen

Orden i Akutafdelingen handler om

- Patientsikkerhed
- Trivsel og arbejdsglæde
- Vores ansigt udadtil

Overordnede principper:

Vi har ansvaret for det, vi ser.

Vi har ansvaret for vores eget arbejdsmiljø.

Vi har ansvar for at hjælpe vores kollegaer til at tage ansvar for eget arbejdsmiljø.

Når man er ny i afdelingen og alt er nyt, kan det være svært at huske.

Man skal kende normen, for at kunne følge den.

Orden på stuer, procedurebakker og i afdeling, er en hjælp til os selv, når vi har travlt.

Vi slutter vagten af med at se os om, i de rum, vi har været: "har jeg fjernet mine ting og efterlader jeg arbejdspladsen til mine kollegaer, som jeg gerne selv vil finde den?"

Procedurebakker:

Den, der har brugt, fylder op. Det gælder læger og sygeplejersker.

Den, der tager den sidste af en ting i et depot, bestiller nyt.

Patientstuer:

Vi tager det, vi har brugt på stuen med ud.

Kommer man ind på en stue, hvor en kollega har efterladt noget, er det måske fordi vedkommende har haft travlt og er blevet kaldt til noget akut. Så hjælper vi og tager det med ud.

Bruger jeg det sidste på en stue, fylder jeg selv op. Det gælder også på akutstuerne.

En ordentlig stue er en hjælp i travlhed. Få styr på dine stuer fra vagtens start og når der er tid/inden, der bliver travlt.

Teamkontorer:

Private tasker er i taskeskabet.

Vi må godt tage en kop kaffe med i et teamrum, hvis vi tager den med ud igen.

En efterladt kop skyldes nok en kollega, der er blevet kaldt til noget akut. Lad os hjælpe den kollega og tage koppen med ud.

Sund pausekultur er vigtig. Vi spiser ikke frokost i teamkontorer.

Vi tager ikke dyner med i teamrum.

Vi efterlader ikke medicin i teamrum.

Vi efterlader ikke løse papirer i teamrum. Hverken med eller uden CPR-numre.

Private mobiltelefoner bruges ikke i patienter og pårørendes nærvær.

Personalerum / konferencelokalet:

Man må altid gerne tømme opvaskemaskinen og man må gerne prale med det.

Vi vil ikke have private varer liggende fremme til salg i personalestuen, men vi vil gerne se det gode tilbud på en opslagstavle eller på afdelingens Facebookside.