

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Marcus Andersson, (maran389), Specialistläkare, ST

Granskad av: Sinan Abdulla, (senab1), Enhetschef

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-05-07

Giltig till: 2026-05-07

Introduktion för nya läkare på akutmottagning

Revidering i denna version

Rutinen reviderad.

Syfte

Introduktion avseende rutiner och arbetssätt för nya läkare på ortopedkliniken.

Vilka berörs

Ortopedkliniken

Innehållsförteckning

	Sida
Att tjänstgöra på akutmottagningen.....	2
Arbetsplatsen.....	2
Komplett undersökning.....	3
Mallar	3
Läkemedel.....	3
Femoralblockad	3
Diktering	3

Röntgenbilder	3
Medicinska vårdprogram	4
Dokumentation	4
Utredning	5
Antikoagulantia	6
Operationsanmälan	6
Telefonkontakt	7
Märkning	7
Hjälpmedel	7
Återbesök	8
Sjukgymnast	8
Arbetsterapeut	8
Traumapatient på NÄL	8
Patient från annat sjukhus eller från utlandet	8
Checklista/minneslista vid inläggning	8
Ryggsmärta	9
Luxationsfrakturer i fotleden	10

Att tjänstgöra på Ortopedklinikens akutmottagning

Tjänstgöring på Ortopedklinikens akutmottagning är en utmaning för alla! Hit kommer patienter både på egen hand med bil eller på bår med ambulans. Arbetet präglas av stor variation på både problemfrågeställningar, ålder och olika bakgrund hos patienterna. För många läkare är det stressande att arbeta på akutmottagningen, ofta kommer patienterna i ojämna mängder. Ibland kan man ha ”för lite” att göra, men minst lika ofta kommer det fler patienter än man kan klara av på egen hand.

Man ska dock alltid påminna sig själv om att alltid arbeta i den takt som man klarar av och den takten är individuell, beroende på en mängd olika faktorer. Det kommer alltid att vara skillnader, av naturliga orsaker – och det får vara så!

Försök att jobba på det mest strukturerade sättet och håll en god dialog med dina kollegor och medarbetare på akutmottagningen. Prioritera efter behovsprincipen och sträva efter att göra ”lagom mycket”. Om det är stora flöden kanske ”lagom” är lite mindre än när det finns gott om tid. Sträva dock alltid efter att göra ”rätt från början”.

Arbetsplatsen

På ortopedakuten, NÄL finns det en läkarexpedition med sex arbetsplatser. Det kan ibland vara trångt på rummet, då får man hjälpas åt, turas om och alltid visa hänsyn. Du bör tänka på att det ibland kan stå någon anhörig eller patient i korridoren utanför rummet.

Det finns en del referenslitteratur på läkarexpeditionen. Om du har egen referenslitteratur som du vill använda ska du självklart ta med den.

En rekommendation är att ta som vana att alltid börja dagen/arbetspasset med att starta om den dator som du tänker jobba med. Genom att göra så minskar du risken för att bli utsparkad ”mitt i någonting” eller att arbetsstationen låser sig. Det är lämpligt att alltid använda det gemensamma login som finns till varje arbetsstation, det underlättar för övriga.

Om du använder ett individuellt login så måste du logga ut när du lämnar arbetsstationen och/eller avslutar för dagen.

Sköterskorna vid ortopeddisken och i triageringen hjälper till att prioritera i vilken ordning patienterna ska/bör/måste få hjälp. Börja arbetspasset med att prata med dem om vilken patient som bör handläggas härnäst.

Patientmapparna står i hyllan bakom ortopeddisken, på respektive markering för vilket rum patienten befinner sig.

När man börjar arbeta med en patient så ska man markera med sitt användarnamn i datorn i Elvis. Fråga hur!

Om det inte är urakut är det en god idé att förbereda sig genom att bland annat gå igenom eventuell remiss, tillgängliga parametrar och eventuell ortopedjournal samt röntgenbilder, om sådana finns innan man går in till patienten.

Komplett undersökning

En del saker måste vara med från början och göras på akutmottagningen. Vi vet av erfarenhet att patienter sällan blir mer undersökta någon annanstans än på akutmottagningen. Om vi inte upptäcker en skadad fotled under byxor, strumpor och skor när den mer eller mindre dementa patienten söker för överarmsfraktur, så vet vi att det är stor risk att skadan upptäcks alltför sent.

Ta gärna kort på sår etc och lägg in i medicinskmedia/picsara och inte bara i mobilen.

Sträva alltså alltid efter en komplett undersökning på akutmottagningen!

Mallar

Ortopedkliniken så som en opererande klinik använder många olika IT-plattformar i det dagliga arbetet. I våra plattformar finns det också en del ”genvägar” eller förberedda ”mallar” att använda – de sparar tid och ökar kvaliteten. Använd lite tid till att bekanta dig med ”ordinationsmallarna”, ex ”smärtlindring fraktur äldre”.

Läkemedel

- Smärtlindring?
- Antibiotika?
- Trombosprofylax?
- Vätska?
- Övriga eller ordinarie läkemedel?
- Pausa läkemedel inför kirurgi? Ex. blodförtunnande.

Femoralblockad

Alla höftfrakturer ska ha femoralblockad enligt PM

Diktering

- Uppge patientens namn och personnummer tydligt
- Alla inläggningar ska läggas under ”Nakut” i Medspeech
- Hög prio = inläggningar och snabba återbesök som ska skrivas inom ett dygn
- Mellan prio = anteckningar som ska skrivas inom tre dygn
- Låg prio = övriga diktat
- Röntgenremisser skrivs i EDI. Remisser för återbesök kan dikteras. Glöm inte att ange sida.
- Diagnoser ska sättas på alla patienter som inte läggs in.
- Patienter som läggs in ska inte ha diagnos dikterad

- Diktera gärna namnet på kollega du diskuterat fallet med.

Röntgenbilder

Genom SECTRA som du återfinner under Startmenyn och Applikationer (röntgenbilder SECTRA) har du tillgång till alla röntgen, MR, ultraljud och nukleärmedicinska undersökningar som gjorts i hela VGR.

Medicinska vårdprogram

Observera att Ortopedkliniken har ett flertal medicinska vårdprogram som underlättar och kvalitetssäkrar det kliniska arbetet.

Sök på hemsidan under Rutiner, ortopedklinikens rutiner (Barium).

Dokumentation

Det kan inte nog påtalas vikten av att dokumentera de undersökningar och de bedömningar som görs. Detta är viktigt både för att patienten ska få den bästa, säkraste vården och för att vården ska vara så effektiv som möjligt. Det är också viktigt för dig personligen som läkare!

I många avvikelseärenden vid IVO eller Lex Maria från förvaltningen finner vi bristande dokumentation. Många gånger brister som man med stor säkerhet kan anta bara beror på att dokumentationen saknas, men att undersökningen ändå är utförd.

Påminn dig också själv om det faktum att patienten sällan blir bättre undersökt än på akutmottagningen.

Om någonting saknas för kommande steg t.ex. blodtryck inför operation, så riskeras vårdtillfället att bli förlängt, förutom att det tar ”onödig tid” för den kollega som måste söka upp/återkalla patienten för ett enkelt blodtryck.

Detta är viktigt att tänka på:

- Alla patienter som ska opereras ska fylla i och **underteckna** en hälsodeklaration
- Alla patienter som ska opereras måste ha ett dokumenterat status som utöver status av själva skadan också innehåller:
 - aktuell medicinering
 - allergi, och i så fall vilken typ av reaktion?
 - allmänstatus inklusive gångförmåga och boendeform
 - cor
 - puls
 - blodtryck
 - pulm
 - lokalstatus

Ta för vana att alltid ta med detta i status, på alla patienter, alltid... Det tar inte lång stund, du kan prata med patienten nästan hela tiden och det ger både dig och patienten lite ”ställtid”.

Frakturregistret

Alla frakturer som vi ser på akutmottagningen inklusive ryggar och barn under 16 år, ska registreras i Frakturregistret.

Diagnoser

Diagnos ska alltid uppges vid akutanteckning. Observera att traumadiagnoser (S-diagnoser) ska kompletteras med en orsakskod (V-, W-, X- eller Y-diagnos).

I ”*Lathunden*” från SOF finns mer information.

Utredning

Provtagning

MRB-screening (MRSA, VRE & ESBL) ska utföras enligt anvisning från

Vårdhygien på patienter inklusive gravida i samband med inläggning, större eller återkommande poliklinisk behandling om:

- Patienten senaste året har vårdats på sjukhus eller genomgått avancerad poliklinisk behandling och/eller större tandingrepp **utomlands**. Observera definitionen enligt Vårdhygiens anvisningar!
- Patienten senaste året sjukhusvårdats eller genomgått avancerad poliklinisk behandling **utanför NU-sjukvården**. Observera definitionen enligt Vårdhygiens anvisningar!
- Patienten har eller har haft nära kontakt med känd bärare av någon MRB (t.ex. hushållskontakt eller vård av anhörig)
- **Det är mycket viktigt att den läkare som tar emot positivt odlings svar också märker patientjournalen med ”Smitta” under ”Varning”, se anvisning från Vårdhygien.**

Se ”lokala anvisningar” från Vårdhygien, för mer information, som du finner via område Medicin >Vårdhygien>lokala anvisningar.

Se ”*peroperativa anesthesiologiska riktlinjer* Lathund” för information kring preoperativa bedömningens innehåll. Länken finner du på NU-sjukvårdens hemsida under fliken ”*Vårda*”, högst upp, därefter ”*Perioperativ vård*” till vänster och därefter ”*Dagkirurgi/24-timmarsvård*” till vänster. [Dagkirurgi och 24-timmarsvård](#).

För ”övrigt friska” patienter som är yngre än 70 år och ska opereras på dagkirurgen/polikliniken ska status innehållande ovan beskrivet, vara dokumenterat.

För patienter som:

- är 70 år eller äldre och/eller
- har hypertoni (även behandlad) och/eller
- har hjärt-/kärlsjukdom och/eller
- har njursjukdom och/eller
- blödningsrisk och/eller
- har diabetes och/eller
- har litiumbehandling

ska, förutom EKG, provtagning av B-Hb, P-Na, P-K, P-Krea och INR beställas. P-glukos beställs vid behov, efter bedömning.

För patienter med Hepatit C-smitta ska provtagning av leverstatus, APTT och INR beställas.

För dagkirurgiska/polikliniska patienter som ska opereras för klavikelfraktur och/eller humerusfraktur ska även blodgruppering beställas.

Patientens tillstånd, övriga sjukdomar och eventuell behandling styr ytterligare provtagning.

På patienter som läggs in planerat på avdelningen för operation av knä, höft eller rygg d.v.s. lite större kirurgi beställer inskrivningssköterskan samma blodprover och några till, på alla patienter med B-Hb, B-LPK, B-TPK, B-EVF, P-Na, P-K, P-Krea, CRP, SR och blodgruppering. P-glukos beställs vid behov, efter bedömning.

För patienter som läggs in akut för operation kan man i princip använda samma mallar som ovan, men via akutmottagningen används ofta så kallade "GOA-prover". Dessa är B-Hb, B-LPK, B-TPK, EVF, P-Na, P-K, P-Krea, P-Alb, P-Ca, P-Asat, P-Alat, CRP, SR samt P-glukos. Även blodgruppering och EKG beställs

Om patienten behandlas med Waran ska INR alltid beställas.

EKG

EKG tas på alla patienter som är 70 år eller äldre eller om anamnesen av någon annan anledning talar för det.

Antikoagulantia

Observera att det är skillnad på högriskpatient (mekaniskt hjärtklaff eller nyligen tromboembolism) och lågriskpatient.

Trombosprofylax ska ges till patienter med vissa skador och/eller riskfaktorer enligt "*PM för Trombosprofylax vid Ortopedkliniken i NU-sjukvården*". Sök på hemsidan via "*Medicinska PM Ortopedkliniken*". Observera att inj Fragmin inte ska ges efter kl 21.00 på grund av ökad risk för stickblödning vid narkosläkarens anläggning av spinal.

Patienter som behandlas med Waran och som ska opereras, ska i samband med en akut inskrivning ordinerats Konaktion samtidigt som Waran seponeras. Efter seponering av Waran följs INR och patienten ska substitueras med inj Fragmin antingen när operationen är utförd och fram till att INR åter nått terapeutisk nivå efter återinsättande av Waran alternativt om operationen av någon anledning dröjer och INR nått subterapeutisk nivå. Om operation kan ske tidigt nästkommande dag bör Oxplex övervägas i dialog med narkosjour.

Ytterligare värdefull information finner du på Regionens vårdprogram ”*Venös tromboembolism och antikoagulantibehandling*” via länk nedan eller via Ortopedklinikens egna PM.

http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/medinfo/Vardprogram_20_tromb.pdf

Operationsanmälan

Operationsanmälan görs i Orbit. Orbit är även journalsystem för anestesi/operation/iva.

Läkare under utbildning som inte är helt säkert på indikation och metodik, måste rådgöra med mer erfaren kollega.

Operationsanmälan ska beskriva:

- Vem som operationsanmäler
- Diagnos
- Vad som ska göras med patienten
- Vem som ska operera
- Assisterande operatör
- När patienten ska opereras
 - Akut 2,6,24 eller >24h
 - elektivt 7,14,30,60 eller 90dagar

Operationsanmälan ligger därefter som grund till svaren för:

- Hur lång tid beräknas ingreppet ta
- Vilka förberedelser behöver göras
- Vilken utrustning behövs
- Vilka instrument behövs

Den perfekta eller optimala operationsanmälan innehåller svar på alla frågor. Det är t.ex. önskvärt att operatör alltid är namngiven i operationsanmälan. Det är också önskvärt att operatören alltid får lämna sin synpunkt på om ingreppet bör göras och vilket ingrepp som ska göras.

I verkligheten, på akutmottagningen, är det dock många gånger som anmälade läkare inte vet vem som till syvende och sist kommer till att operera patienten.

- Det kan vara sent på dygnet och det är oklart hur programmet följande dag ser ut och hur akutoperatörerna fördelar arbetet sinsemellan.
- Det kan vara en patient som ska opereras akutplanerat d.v.s. inom två dygn. Ibland får ”akutplanerade” patienter vänta både en och två veckor – då är det svårt att veta vem som blir operatör i förväg.

Patienter som ska opereras akut (snarast) ska anmälas som akuta (inom 24 timmar). Prata och fråga helst operatören eller konsulten om patienten kan bli opererad samma dag. Om ortopedkonsulten eller planerare vet att operationen blir tidigast nästa dag avvakta fasta till 00.00.

Patienter som ska opereras inom närmaste veckan t.ex. radiusfraktur, ska anmälas som elektiv operation (inom sju dagar).

Telefonkontakt

Om patienten ska opereras samma dag, som första patient nästa morgon eller om det är någon konstighet ska du ringa till

- Narkosjouren 50760

Märkning

Patienter som ska opereras måste sidomarkeras med permanent tuschpenna.

Hjälpmedel

Vi har ett OTA-joureförråd om man behöver t.ex. knäortos, walkerortos eller halskrage jourtid som finns utanför ortopedakuten. Remiss skrivs på akutmottagningen och lämnas samtidigt i avsedd låda i förrådet

Återbesök

Vid behov av akuta återbesök ska detta dikteras och anmälas till personalen vid ortopeddisken som antecknar på särskild lista. Listan lämnas upp till mottagningen varje dag av akutens personal. Kom ihåg att diktera röntgenremiss till nästa mottagningsbesök om patienten då ska röntgas. Detta är viktigt även från avdelningen eller vanliga mottagningen.

Sjukgymnast

Det är inte ofta vi har behov av sjukgymnast på akutmottagningen, men ibland kan det hända. Det går alltid att ringa och fråga, tel 54550.

Arbetsterapeut

Vid behov av ”akut” hjälp av arbetsterapeuterna, t.ex. om en patient behöver en (eller två) vagga/vaggor till droppfinger för att kunna jobba, så hjälper de gärna till om de kan och hinner. Oftast gör de det – så ring till tel 54444 och fråga!

Traumapatient på NÄL

Traumapatienter som markeras ”röda” ska den som bär traumasökaren alltid närvara på (D1 eller primärjour). Vid ”orange” larm ska endast närvaro ske vid behov om efterfrågan görs från kirurgjouren.

Det är vid dessa tillfällen extra viktigt att avdelningsläkare snarast och senast närmaste dag gör en förnyad undersökning av patienten!

Det har visat sig att det alltför ofta upptäcks associerade skador först i ett senare skede.

När traumapatient som bedömts av kirurgjour/akutläkare på NÄL och avskrivits som traumapatient ska

patienten överförs till ortopedakuten för vidare handläggning, som om ”vanlig ortopedpatient”. Överrapportering sker sedvanligt på morgonmöte.

Det är vid dessa tillfällen extra viktigt att mottagande läkare närmar sig patienten förutsättningslöst och verkligen gör en förnyad och komplett undersökning!

Det har visat sig vid upprepade tillfällen att dessa patienter annars löper stor risk att ha en associerad skada som inte uppmärksammas/upptäcks initialt.

Patient från annat sjukhus eller från utlandet

Handlägg enligt medicinska riktlinjer, utskrivningsanteckningar och/eller epikris om den är adekvat.

Kontakt bör tas med behandlande sjukhus snarast för diskussion om det är några oklarheter.

AÖL (avdelningsöverläkare) skall informeras och ansvarar för evt. ytterligare planering.

Checklista/minneslista vid inläggning

- Är ett, per definition, komplett och adekvat **status** utfört och dokumenterat?
- Är **namn på** eventuella associerade beslutsfattare dokumenterade?
- Är läkemedel införda korrekt och pilade i **läkemedelsmodulen** i Melior på patient som ska läggas in?
- Är **läkemedelslista** (i pappersformat) ifylld för patient som ska ligga på ”obs-avdelningen”?
- Är **sidomärkning** utförd på patient som ska opereras?
- Är **operationsanmälan** ifylld på patient som ska opereras?
- Är **operatör/mellanjour/bakjour** informerad/informerade?
- Är **narkosläkare/narkosjour** underrättad, inför operation och preoperativ bedömning?
- Är ”**akutjournalen**” hos patient som ska läggas in eller ligga på obs-avdelning ifylld på ordinationer, beställningar och beskrivning?
- Är ”akutjournalen” **signerad** på baksidan?
- Är **provtagningar** övervägda och ordinerade?
- Är patienten uppskriven på ”**rapportbladet**”?
- Förbered dig på att vid behov **komplettera** avgående jourens morgongenomgång inför kollegorna.

Viktiga medicinska rutiner

Ryggsmärta

Anamnes: Ålder på patienten, tidigare sjukdomar, malignitet i sjukhistorien, debut och duration av besvären, tidigare ryggbesvär, social situation, besvär med miktions eller avföring, andra upplevda neurologiska störningar såsom svaghet, motoriska- eller sensibilitetsstörningar. Trauma eller annan utlösande faktor?

Klinisk undersökning: Hjärta och lungor, blodtryck, palpation av kotpelaren, rörlighet i halsrygg och övrig rygg. Rörlighet och grov kraft i extremiteterna, sensibilitetsundersökning av extremiteter och bål, reflexer i nedre och övre extremiteter, Babinskis tecken, stortåextension samt plantarflexion (tå- och hälgång). Droppfot, tonus eller klonusfenomen i nedre extremiteter. Per rektumundersökning – sfinktertonus samt känsel perianalt, perineum och yttre genitalia. Ridbyxeanestesi. Bukpalpation (pulserande resistens?), dunkömhet över njurloger?

Lab-prover: Bladderscan efter miktion, urinsticka, CRP, SR, LPK, Krea, Hb. Utvärdera.

Smärtlindring: Ex peroral Paracetamol 500 mg x 2, Diklofenak/Voltaren 75 mg im, tabl Oxynorm 5 mg. Om inga kontraindikationer föreligger. Utvärdera.

Röntgen: Om trauma i första hand CT, om patienten läggs in på avdelning på grund av ryggsmärta beställ lika så en CT. Vid misstanke om cauda equina föreligger indikation för akut magnetröntgen (MR), i dessa fall skall bakjour kontaktas. Vid progredierande neurologiska fynd bör också akut/subakut MR-undersökning övervägas.

Bedömning: Alla patienter med ryggsmärtor ska diskuteras med primärjour innan hemgång eller inläggning. Efterfråga eventuell läkemedelsöverkänslighet.

Luxationsfrakturer i fotleden

Anamnes: Typ av våld, när hände traumat, tidigare sjukdomar, aktivitetsgrad, social situation.

Klinisk undersökning: Vid misstanke om en luxerad/subluxerad fotledsfraktur ska reponering genomföras innan röntgen utförs. Snabbt omhändertagande av dessa patienter är av vikt. På akuten finns en genomlysningsapparat (Fluoroscanner) som kan användas vid misstanke på luxerad/subluxerad fotledsfraktur. Fotleden är nästan alltid lateraliserad och ibland ligger talus posterioert subluxerad; därför skall hälen och foten dras i medial och anterior riktning i förhållande till underbenet. Reponera under genomlysning och därefter förses patienten med en gipsskena. Därefter konventionell röntgenundersökning.

Status: Distalstatus i foten ska tas innan och efter reposition. Exkorationer, sår, svullnadsgrad och eventuella blåsor ska dokumenteras och rapporteras. Operationsanmälan efter diskussion med primärjour. Glöm ej att undersöka proximala underbenet, om misstanke om hög fibulafraktur tas även en röntgen av underben.

Hjärta, lungor och blodtryck.

Labprover: Om patienten ska opereras.

Smärtlindring: 20ml Lidokain intraartikulärt. Tillägg efter patientbehov och erfarenhet IV opioid, Midazolam och Ketamin. Vid osäkerhet, be gärna överrapporterande ambulanspersonal eller ledningsläkare om hjälp. **Röntgen:** Efter reposition samt statusfynd. Underben, fotled och fot.

Bedömning: Handläggning av dessa frakturer sker med primärjour, diskutera behandlingsstrategi, operation, högläge, smärtlindring och eventuellt behov av förnyad kontroll av patienten på avdelning (vid misstanke på kompartmentsyndrom).

Operationsanmäl patienten, men tänk på mjukdelsstatus och om detsamma föranleder senareläggning operation. Sidomarkera patienten.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Ortopedi

Innehållsansvar: Marcus Andersson, (maran389), Specialistläkare, ST

Granskad av: Sinan Abdulla, (senab1), Enhetschef

Godkänd av: Hans Svensson, (hansv16), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10097-1520354460-38

Version: 8.0

Giltig från: 2024-05-07

Giltig till: 2026-05-07