Gäller för: VO4 Akutsjukvård
Innehållsansvar: Josefine Nyström, (josan20), Enhetschef
Granskad av: Josefine Nyström, (josan20), Enhetschef
Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-08-06
Giltig till: 2028-03-02

Läkare vid akutmottagningen SkaS Skövde – arbetsbeskrivning

Förändringar sedan föregående version

Förtydligat stycket om kommunikation med sjuksköterska. Uppdaterat länkar till källor och andra rutiner. Lagt till rutin för hantering av ansvarig läkare vid jourbyte. Förtydligat stycket om planstyrt arbetssätt med vad en plan ska innehålla. Förtydligat stycket om läkemedelsavstämning och flyttat det till avsnittet om vad som ska göras vid inläggning. Lagt till möjlighet att dokumentera med taligenkänning och länk till sådan rutin. Lagt till information om telefonkontakt med röntgen vid akutröntgen nattetid.

Bakgrund, syfte och mål

Ett enhetligt arbetssätt och tydlig kommunikation är viktigt för god patientsäkerhet och arbetsmiljö på en akutmottagning. Denna rutin beskriver hur man ska arbeta som läkare på akutmottagningen vid Skaraborgs sjukhus Skövde för att uppnå detta.

Förutsättningar

Rutinen gäller läkare på samtliga jourlinjer på akutmottagningen i Skövde. Dokumentet fokuserar på hur vi samverkar och kommunicerar inom akutmottagningen och gentemot andra verksamheter. Allt arbete på akutmottagningen sker i enlighet med det som anges i rutinen Akutmottagningens uppdrag (vgregion.se).

Arbetsbeskrivning

Allmänt om kommunikation och ansvarsområden

- Läkare bär röd skylt märkt ”LÄKARE” (delas ut av hemklinik)

- Rapporter och konsultationer sker enligt SBAR (SBAR bruksanvisning (LÖF)).
- Kontinuerlig kommunikation med sjuksköterska på teamet är centralt för att ett välfungerande teamarbete och en patientsäker vård:
  - Kommunicera plan för bedömda patienter så fort möjlighet ges.
  - Stäm av patientlistan med sjuksköterskan under passets gång och prioritera åtgärder vid behov.
  - Meddela sjuksköterskan på jourlinjen när du kommer för dagen, när du tillfälligt lämnar akuten (undantag att springa på urakuta ärenden) och när du går hem för dagen.
- Signera provsvar och röntgenutlåtanden på egna patienter löpande och allra senast vid arbetspassets slut.
- Bedömning av EKG sker enligt separat rutin (EKG på akuten - indikation och bedömning).
- Utöver handläggning av patienter på den egna jourlinjen ska alla läkare på akutmottagningen utifrån sin kompetens bistå sjuksköterska i triage med medicinska bedömningar och sortering till rätt instans.

Akut omhändertagande och prioritering

Arbetet på akutmottagningen går ut på att ständigt prioritera bland många och hastigt växlande arbetsuppgifter och behov. De svårast sjuka och påverkade patienterna skall alltid handläggas i första hand. Prioritering sker med hjälp av triagesystemet WEST (WEST samt hänvisningsstöd SkaS). Livshotande och urakuta tillstånd identifieras och påverkan på vitala funktioner stabiliseras enligt principerna för omhändertagande enligt ABCDE.

Arbetsgång på AM

- Patienterna handläggs i turordning som styrs av triagefärg och väntetid. Regeln är att den som är högst triagerad och har väntat längst ska handläggas först. Patient som triagerats som skör äldre bedöms ”först i sin färg”. Sjuksköterska på respektive jourlinje ansvarar för att markera i ELVIS vilken turordning som gäller baserat på dessa principer. Turordningen omvärderas löpande och läkaren har det yttersta ansvaret för att patienterna handläggs efter medicinsk angelägenhetsgrad.
- När läkaren tar nästa patient på tur meddelas detta till omvårdnadspersonal på teamet som registrerar läkarens signatur i ELVIS. Om ingen omvårdnadspersonal finns tillgänglig registrerar läkaren själv sin signatur i ELVIS.
- Under akutbesöket dokumenteras det mesta kring patienten skriftligt på patientens akutjournal (“akutbladet”) som är en pappersjournal. Dessa ligger sorterade i fack motsvarande det rum/plats patienten befinner sig i

på respektive jourlinje. Efter att man läst på om sin patient på akutbladet läggs journalen tillbaka i facket eftersom det är ett kontinuerligt arbetsverktyg för sjuksköterska och undersköterska där vitalparametrar, undersökningsresultat och omvårdnad dokumenteras löpande. Ta en kopia vid behov men var medveten om att ny information antecknas på originalet.

- Efter varje läkarbedömning kommuniceras en plan för patienten till patientansvarig sjuksköterska (PAS). Se "Planstyrt arbetssätt" nedan.
- Läkemedelsordinationer görs i läkemedelsmodulen i Melior enligt Läkemedelsordinationer - akutmottagningen SkaS. I undantagsfall, som vid urakuta situationer eller driftstopp, får läkemedel ordineras på akutbladet.
- Vid jourbyte ska alla patienter som inte är planerade att åka hem rapporteras över från avgående jour till den som kliver på sitt pass. Signaturen på övertagande läkare ska registreras i ELVIS så att det är tydligt vem som ansvarar för patienten vid eventuell försämring.

Planstyrt arbetssätt

Ett planstyrt arbetssätt innebär att vi **så tidigt som möjligt** under patientens vistelse på akuten ska **fatta beslut om patientens fortsatta handläggning genom *hela* akutbesöket**. Syftet är att optimera patientflödet för att säkerställa en hög patientsäkerhet både för patienten framför oss och för den som ännu väntar på bedömning.

Beslut om följande behöver fattas för varje patient för att vi ska ha en tydlig plan:

- **Behandling** – vilken medicinsk behandling eller omvårdnad behöver patienten för sitt akuta problem? Stabilisering av vitala funktioner, antibiotika, gips, smärtlindring mm. Vad blir den fortsatta planen om patienten svarar respektive inte svarar på planerad behandling?
- **Utredning** – vilken utredning behöver göras (prover, röntgen, observation) som tydligt vägleder den akuta processen? Vad blir den fortsatta planen vid positivt respektive negativt utfall? Mer utredning? Överväg i så fall att göra utredningen parallellt i stället för seriellt för att undvika utdragna vistelser på akuten. Vid osäkerhet söks seniort stöd tidigt!
- **Inläggningsbehov** – behöver patienten läggas in oavsett resultatet av planerad behandling och utredning? Säkerställ i så fall tidig inläggning och prioritera vilken utredning och behandling som behöver göras på akuten och vad som kan göras på avdelningen. Om inläggningsbehov är svårt att avgöra behöver detta klargöras parallellt med akut behandling och utredning.

- **Övervakning och vårdinsatsbegränsningar** – vilken övervakning behöver patienten under sin vistelse på akuten? Hur ofta ska vitalparametrar kontrolleras? Behöver patienten vara uppkopplad på rytmövervak? Behöver patienten vara kvar på rum (Smitta? Undersökningsbehov?) eller kan hen ligga på observationsplats eller sitta i väntrum för att frigöra rum för bedömning av nya patienter? Ska vårdinsatsbegränsningar gälla på akuten (rimligt att aktivt fatta beslut om på instabila patienter där 0 HLR inte bedöms vara till gagn för patienten)?

Förankra planen med **patientansvarig sjuksköterska** och **patienten** så fort möjlighet ges. **Dokumentera** planen kort och koncist under ”läkarkommentar” i **ELVIS** (vad ska göras och vad händer vid det mest troliga utfallet av planerad handläggning?). Rutan ”Processarbete” på akutbladet kan vid behov användas som stöd.

Där det är möjligt bör man använda möjligheten till avslut via sjuksköterska vid specificerade resultat av en aktivitet (till exempel ”hem via ssk om TNI utan dynamik”, ”linda, kryckor och hem via ssk om ej fraktur”).

Det är patientansvarig läkares uppgift att upprätta den medicinska planen och patientansvarig sköterskas ansvar att de planerade aktiviteterna blir utförda.

Efter beslut om inläggning

Snarast efter beslut om inläggning skall läkaren:

1. **Informera PAS** om att patienten skall läggas in och vad som ska göras på akuten innan dess.
2. **Diskutera intensivvårdskrävande patienter med narkosläkare** (32020) för inläggning på IVA och gör gemensamt upp en plan för den fortsatta vården. Besluta om hemavdelning/”bakavdelning” och meddela PAS.
3. **Ta ställning till lämplig vårdavdelning** utifrån preliminär diagnos, behov av medicinsk övervakning, kontinuitet och vårdhygieniska behov (smittsamhet, infektionskänslighet). Använd ”SKA/BÖR-listan” som stöd (Vårdplatser och vårdplatskoordinering - avdelningsuppdrag SkaS Skövde (vgregion.se)).
4. Skapa och fyll i mallen ”**inläggningsrapport**” i Melior
5. **Diktera** inskrivningsanteckning med hög prio
6. Sök **vårdplatskoordinatorn** på *43*32858 och rapportera namn, personnummer och önskad vårdavdelning.
7. Genomför i möjligaste mån en **läkemedelsavstämning** (se ”enkel läkemedelsgenomgång” i Regional Medicinsk Riktlinje - Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse). Dokumentera under *Läkemedelsavstämning* i inskrivningsanteckningen om sådan är *genomförd, delvis genomförd* eller *ej genomförd,* vilka **källor** som använts, vilka **ändringar** som gjorts och eventuella kvarvarande **oklarheter.** Diktera *inte* in patientens hela läkemedelslista i anteckningen. **Uppdatera aktuella**

ordinationer samt lägg in och **”pila” läkemedel** på aktuellt slutenvårdstillfälle.

8. **Återkoppla till PAS** (i första hand muntligt, annars via ELVIS) när patienten är **medicinskt färdig** och kan hämtas till avdelningen. Patienten är medicinskt färdig när den är rapporterad, journalanteckningen dikterad, ordinerade akuta prover är tagna och läkemedel givna.
9. Säkerställ att patienten har en **plan till nästföljande rond**:
    - **Övervakningsbehov** och **vårdinsatsbegränsningar** dokumenterade under ”inläggningsrapport” (se ovan).
    - Ordinera och pila nyinsatta **läkemedel** till nästa morgon.
    - **Värdera och signera labbsvar och röntgenutlåtanden** från vistelsen på akuten.
    - **Remisser** för vidare inneliggande undersökningar eller konsultbedömningar är skrivna/dikterade. Konsultbedömningar av patienter som läggs in, som inte påverkar den akuta handläggningen ska göras på avdelningen för att inte förlänga vistelsen på akuten.

Efter beslut om hemgång

Säkerställ att:

1. **Patienten är informerad** om:
    a. Den medicinska bedömningen.
    b. Ordinationer och egenvårdsråd.
    c. Vid vilka symtom de skall söka akutmottagningen på nytt.
    d. Vart de kan vända sig med frågor eller vid försämring/utebliven förbättring.

    Om patienten ber om det, eller inte bedöms kunna ta till sig muntlig information, ges hemgångsinformation även **skriftligen** (vår skyldighet enligt patientlagen). Använd gärna förtryckt material där det passar.
2. **PAS är meddelad** om beslutet och kan avsluta och skicka hem patienten. Om läkare skickar hem patienten utan att passera PAS ansvarar läkaren för att alla praktiska göromål kring patienten är utförda, inklusive avlägsnande av PVK. Görs rimligen endast med fullt autonoma patienter och kommuniceras tydligt till PAS.
3. **Besöksanteckning** är dikterad, **provsvar** och slutgiltiga **röntgenutlåtanden** är signerade, **EKG** är bedömda och **recept** är skickade.
4. Om poliklinisk **uppföljning** planeras: att **återbesökslapp** är skriven enligt respektive jourlinjes rutiner, alternativt **remiss** till annan enhet är dikterad.
5. Ansvar för att bevaka resultat av specifika uppföljande prover och undersökningar beställda från akutmottagningen ligger på beställande läkare om de inte faller inom ramen för på förhand beslutade vårdförlopp eller utfärdad remiss till annan vårdnivå.

Samarbete mellan jourlinjer

Om en patient sorterats till en jourlinje och läkaren där misstänker att patienten bättre skulle handläggas på en annan linje skall direktkontakt tas med primärjour på berörd linje för diskussion om handläggning och eventuell flytt dit. Vi skriver inga internremisser på akutmottagningen i Skövde.

Patienter med problem som spänner över flera jourlinjers områden bedöms i möjligaste mån tillsammans av de läkare som berörs och man gör upp en gemensam plan för patienten. Detta både för patientflödets och den enskilda patientens bästa! Om patienten behöver läggas in, skall det största vårdbehovet styra var detta sker. Eftersträva att den läkare som har bäst kunskap om patienten (oftast den som bedömt patienten först) ordnar inläggning inklusive praktiska saker såsom läkemedelslista osv.

Ofta är det våra sköra äldre som hamnar i denna situation och det är allas vårt ansvar att se till att de inte far illa eller spenderar onödiga timmar på akuten om vi med samverkan kan effektivisera handläggningen.

Larmpatienter med flera involverade jourlinjer omhändertas gemensamt och ansvarsfördelningen görs upp mellan berörda läkare.

Dokumentation

Vid journalföring på akuten används antingen diktering eller taligenkänning (TIK). Använd det som du tycker går snabbast men undvik att skriva journalanteckningar själv eftersom det på sikt kommer att vara mer tidsödande.

Journalföring med TIK sker enligt rutinen Taligenkänning (TIK) för läkare på akutmottagningen.

Vid diktering gäller följande:

- Välj *avdelning* i Medspeech beroende på jourlinje: AM S för intermedicin/infektion, AMOrtS för ortopedi, AMKirS för kirurgi/urologi, AMBarS för barnmedicin, AmGynS för kvinnokliniken och AMÖNHS för ÖNH.
- Välj i Medspeech mallen ”Akutbesök” eller ”Besök läkare” för patient som går hem, och ”Inskrivning” för patient som läggs in. Detta till skillnad från vid TIK då ”* Läk Akutbesök” används både vid hemgång och inskrivning. Använd ”Telefonanteckning” vid dokumentation av en konsultation med ambulans, sjukvårdsrådgivning eller vårdcentral.
- Prioritera diktat enligt följande:
    - **Hög** – inskrivningar, hemgång då journalkopia ska med i handen eller faxas till boende, patient som bedöms av flera jourlinjer eller blir kvar på akuten för vidare handläggning samt akuta remisser.

    - **Medel** – patienter som går hem där det finns ett planerat besök/återbesök inom ett dygn. SVF-remisser.
    - **Låg** – hemgång utan snar uppföljning. Skrivs inom tre dygn.
- Tänk på att diktatet är sekreterarens arbetsmiljö. Prata tydligt och i lagom tempo, undvik att få med störande eller höga ljud i inspelningen.
- Alla diktat inleds med dagens datum, ditt namn, patientdata och under **vilken klinik** diktatet sker (kirurgi / urologi / medicin / ortopedi / barnmedicin / gyn / ÖNH). Det sistnämnda har stor betydelse för att administration ska hamna på rätt klinik för patienter som går hem.
- Följ ordningen på sökorden i journalmallen och kom ihåg att börja med patientens sökorsak. Diktatmall finns att hämta hos sekreterarna.
- Frånsett vedertagna diagnos- och operationsförkortningar skall förkortningar undvikas.

På akutmottagningen är det extra viktigt för patientsäkerheten och flödet att **journalföringen hålls kort och koncis**. Ta endast med information som bedöms relevant för aktuell vårdkontakt under ”tidigare sjukdomar”. Hänvisa vid behov till tidigare anteckningar (ange datum) för information om detaljer i stället för att göra långrandiga upprepningar av tidigare vårdförlopp. Undvik upprepning av tidigare sjukdomar och anamnes under ”bedömning”.

När du journalför på en patient som redan läkarbedömts av en annan jourlinje görs alltid en ny akutbesöksanteckning, men hänvisa gärna till den tidigare anteckningen när det är tillämpligt för att undvika dubbeldokumentation.

När patienten är primärt bedömd men väntar på resultat av någon aktivitet på akutmottagningen – diktera fram till din första bedömning och släpp diktatet till sekreteraren att skriva ut under väntetiden. När allt sedan är klart, diktera ett kort tillägg med slutgiltig bedömning och plan. Detta sparar mycket tid och ger ett jämnare arbetsflöde för sekreterarna. Observera att även **tillägget**, hur kort det än är, också ska **dikteras** och inte skrivas manuellt på grund av administrativa rutiner kopplade till patientregistrering.

För patienter som går hem ska diktatet göras snarast möjligt men senast vid arbetspassets slut. **Diagnos** skall sättas, det räcker ofta med symtomdiagnos. Sekreterare ansvarar för att sätta diagnoskod enligt ICD-10.

Remisser

- **Röntgenremisser** för undersökningar som ska göras från akuten skrivs alltid av läkare direkt i röntgenprogrammet. Undersökningar som ska göras inneliggande akutmärks och kan vid behov dikteras med inskrivningsanteckningen om man inte skriver dem själv. Notera i remissen var patienten läggs in. Vi behov av akut röntgen nattetid (01:30-

07:30) måste röntgenkliniken kontaktas för att undersökningen ska genomföras. Ring 31353 för slätröntgen och 31355 för DT.

- Alla andra inneliggande remisser (konsulter, endoskopi, klinfys osv) dikteras alltid eftersom de måste skrivas ut och skickas manuellt.
- Remisser för poliklinisk uppföljning dikteras och till dem bifogas akutanteckningen. Remissen hålls kort, koncis och med en tydlig frågeställning. Hänvisa vid behov till akutanteckningen för att undvika dubbeldokumentation.

Relaterade dokument

Akutmottagningens uppdrag (vgregion.se)

SBAR bruksanvisning (LÖF)

EKG på akuten - indikation och bedömning

WEST samt hänvisningsstöd SkaS

Läkemedelsordinationer - akutmottagningen SkaS

Vårdplatser och vårdplatskoordinering - avdelningsuppdrag SkaS Skövde (vgregion.se)

Regional Medicinsk Riktlinje - Läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse

Taligenkänning (TIK) för läkare på akutmottagningen

Arbetsgrupp

Martin Hellgren, specialistläkare akutsjukvård, akutmottagningen SkaS

Sekreterargruppen akutmottagningen SkaS

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO4 Akutsjukvård

Innehållsansvar: Josefine Nyström, (josan20), Enhetschef

Granskad av: Josefine Nyström, (josan20), Enhetschef

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9678-1600500551-20

Version: 9.0

Giltig från: 2026-08-06

Giltig till: 2028-03-02