

Gäller för: Verksamhet Medicin barn

Giltig från: 2024-05-14

Innehållsansvar: Jimmy Celind, (jimce1), Överläkare

Giltig till: 2026-05-14

Granskad av: Hannah Sjöstedt, (hansj3), Sektionschef

Godkänd av: Yvonne Simrén, (yvosi1), Verksamhetschef

Ledningsläkare Akutmottagning barn - arbetsbeskrivning

Förändringar sedan föregående version

Rutinen ersätter version 2022-06-22. Ändring av namn från LabBest som utgått till labmodul och ROSP. Förtydligande om signering av labsvar samt vem som får ha akutsökaren. Tillägg av information om granskare.

Bakgrund och syfte

Arbetsbeskrivning för ledningsläkare på Akutmottagning barn.

Utförande

1. Flöde

Tillsammans med lednings-ssk överse patientflödet och sträva efter att ingen onödig väntan uppstår och att ingen behöver vara mer än 4 timmar på akuten. Teamronda tillsammans med lednings-ssk (se "Utförlig genomgång flöde" nedan).

2. Introduktion av nya kollegor

Introduktion av nya läkare på akuten görs av ledningsläkare (LL). Följ checklista för introduktion.

3.Handledning

Handled underläkare på medicin och mixteam samt vb även underläkare från kirurgteam. Underläkarna kan vara AT, randande ST allmänmedicin, ST BUP, ST infektion eller ST akutsjukvård. Hjälp också amanuenserna i handläggningen. Kom ihåg att teamronda även kandidaternas patienter.

4. Akutrum

Du är ansvarig teamledare vid akutrum, och din underläkare är undersökande/patientnära läkare. Det betyder att du ansvarar för att driva

utredning, behandling och planering. Om du har en van ST läkare kan du som teamledare ha en mer passiv roll och låta ST läkaren driva arbetet framåt och du kan justera vid behov. Gör gärna sit-in/mini-CEX på utbildningsläkarna i larmsituationer. Efter svårare akutrum och dödsfall på akutmottagningen är det ledningsläkarens ansvar att tillse att debriefing blir av.

5. Telefonlista

Se till att det rings och åtgärdas enligt telefonlista. Denna uppgift kan vb delegeras till underläkare på akuten. Skriv en anteckning i melior efter åtgärd.

6. Provsvar

Läs, åtgärda och signera akutmottagningens provsvar i Labmodul och ROSP som hör till barnmedicin dagligen. Helst signerar ul sina egna provsvar, men för att undvika dubbelarbete är det bra att signera provsvar som man gått igenom. Kirurg/ortopedkliniken ansvarar för sina egna provsvar. Alla provsvar av "edi" signeras av ledningsläkare. Skriv en anteckning i melior efter åtgärder som vidtagits.

7. Röntgensvar

Signera av röntgensvar för kollegor som slutat. Gå in i röntgens signeringsmodul, välj enhet Akutmottagning barn BKAKUT och gå igenom efter svar till läkare som inte är kvar. Signera dessa.

8. Gula lappar för urinodlingar

I sköljen (rum 307) finns våra gula lappar för urinodlingar. Dessa ska varje dag gås igenom för att se att vi fått odlingsvar på de odlingar vi skickat. Gula lappar för odlingar som svarats ut läggs i sekretesslådan för makulering. Titta gärna i kylan om urinprov för kvarvarande gula lappar finns där - se i så fall till att odling kommer iväg. Om inget svar finns efter tre hela dygn, ring baktlab (249245) för att se var det blivit av. Om provet förkommit behöver du ta ställning till vidare handläggning utifrån rådande situation.

9. Inkommen post

Under telefonlistans fack finns ett fack för inkommen post. Denna inkomna post ska varje dag gås igenom och signeras av. Det rör sig mestadels om återkoppling efter utremittering, och dessa kan signeras och läggas i arkiveringslådan. Ibland kan akuta remisser dyka upp i detta fack.

10. Telefon och sökare

LL-telefonen 38201 används för frågor från vårdcentral och ibland ambulans. Akutsökaren larmar vid hjärtlarm barn på huset, och den som har sökaren (LL alt erfaren ST) behöver då springa på larm. Alla läkare får inte lämna akutmottagningen. Den som har larmsökaren måste både kunna driva ett hjärtstopp på egen hand och hitta på Barnsjukhuset. Därför ska akutläkare inte ha akutsökaren (annat än i undantagsfall om de är väl orienterade på Barnsjukhuset), även om de kan vara larmansvariga på akutmottagningen.

11. Möten

Morgonmöte barnmedicin kl 8.00 mån-tors. Uppstartsmöte på barnakuten startar kl 8.15 måndag-torsdag och kl 8.00 fredag, då skall LL vara på plats. Reflektionsmöte kl 15.15 för akutmottagningens dagläkare inklusive dagansvarig LL.

Utförlig genomgång flöde

Planstyrt arbete

Samtliga patienter ska så snart som möjligt efter läkarbedömning ha en plan. Planen ska inkludera de tänkbara möjliga utfallen av planerad aktivitet. Teamrönder används för att tillse att patienter har plan, att teamet känner till den, och att planen följs.

Planen ska:

1. Sträcka sig till dess att patienten är färdig på akutmottagningen. Planer som sträcker sig till nästa utrednings- eller behandlingsmoment räknas inte.
2. Innehålla uppgifter om
 - i. **Vad** som ska utföras
 - ii. **Gräns för acceptabelt resultat** (vad ska uppnås för att patienten ska kunna släppas hem) - helst numeriskt angivet
 - iii. **När** resultatet ska utvärderas (klockslag)
3. Vara känd för hela teamet och patientfamiljen
4. Vara dokumenterad på baksidan av akutjournalen

När alla dessa kriterier är uppfyllda kan patienten få ett "P" för plan i Elvis.

Exempel:

1. Patient Ingrid. Plan: inh Ventoline x2 så snart som möjligt
 - o Utvärdering (om en timme) kl 15.00

- Vid bra andningssituation (AF <50 **och** pox >95% på luft **och** inget/lindrigt ökat andningsarbete) kan patienten släppas hem av ssk
- Vid otillfredsställande effekt (AF > 50 **eller** pox < 95% **eller** uttalat ansträngt andningsarbete) -> ny inh Ventoline x 2 och 6 st Betapred. Ny utvärdering (en timme senare) kl 16.
- o Om bra andning då -> hem av ssk, annars inläggning av läkare för fortsatta inhalationsbehandlingar.

Genomloppstid barnakuten

Endast i undantagsfall behövs mer än fyra timmar på barnakuten för att handlägga ett barn och bestämma om det behöver läggas in eller inte. Målet är att alla barn ska vara färdiga från oss inom 4 timmar från att de anländer. För att uppnå det behöver du som LL ha koll på ledtiderna. Håll koll på Elvis. De flesta patienter söker på dag- och eftermiddagstid när vi är välbemannade - det är då vi har bäst möjlighet att förebygga köbildning och crowding.

Sträva efter att:

- Timme 1 - patientens problem identifieras, plan skapas
- Timme 2 - riktade utrednings- och behandlingsaktiviteter genomförs
- Timme 3 - aktiviteterna utvärderas, varvid beslut fattas om patienten kan släppas hem eller behöver läggas in för fortsatt utredning/behandling

Om man översätter detta till faktiskt handläggning betyder det att:

- o om en timme gått och patienten är läkarbedömd men fortsatt inte har någon plan – ta reda på vad detta beror på. Hjälpteamet att skapa en plan, tillse att planen kommuniceras till övriga teamet samt familjen.
- o om två timmar gått och inga utrednings- eller behandlingsaktiviteter startats – ta reda på vad detta beror på och hjälp teamet att skapa en plan.
- o på alla patienter som är kvar 3 timmar efter ankomst – ta reda på vad som kvarstår innan vi är färdiga med patienten – försök få dessa aktiviteter till stånd så snart som möjligt.

Aktivitetsnivåer för akutarbetet

Nivå 1. Läget är **lugnt**. Medicin och mixteam har tillsammans mindre än 5 opåtittade medicinbarn (dvs barn utan plan). Inflödet till medicinteam (inkl medicinbarn till mixteam) är <6 patienter/h. Bemanningen är ordinarie.

- Arbetet kan få löpa på enligt ovan. Inga särskilda åtgärder behöver vidtas av ledningsläkaren. Regelbundna teamronder utförs.

Nivå 2. Läget är **medelintensivt**. Medicin och mixteam har tillsammans >6 opåttade medicinbarn, **eller** inflödet till team är 6–8 patienter/h, **eller** flödet är lägre men bemanningen är reducerad/delar av personalstyrkan är upptagna på akutrum.

- Ledningsläkaren behöver lägga mer fokus på flöde, patienterna behöver få planer relativt omgående, vilket betyder att teamronder behöver utföras med ökad frekvens.
- Tillsammans med lednings-ssk, tillse att bemanningen i akutens team är optimerad för belastningen

Nivå 3. Läget är **högintensivt**. Medicin/mixteam har >10 opåttade barn, **eller** inflödet till team är >8 patienter/h, **eller** flödet är lägre men stora delar av ordinarie bemanning saknas/är upptagna.

Åtgärder:

- Ökad frekvens på teamronder, samtliga barn ska ha plan omgående efter första läkarbedömning
 - Rekommendera läkarna korta initiala besök hos patienterna (ca 5 min) där huvudsakligt problem identifieras varefter plan kan skapas och utredning/behandling startas upp. Vid uppföljande läkarbedömning kan anamnes/status kompletteras.
 - Varje läkare behöver ha 3–4 patienter igång samtidigt
 - Tillsammans med lednings-ssk, tillse att fördelningen av akutens personalstyrka är optimerad för belastningen i teamen, vb flytta personal från lugnare team till mer belastat team, styr över mixteamet till belastad sida, styr över patienter (exv buksmärter) till mindre belastad sida
 - Se över **rumssituationen** så att rumsbrist inte blir en hämmande faktor.
1. Endast barn med verkligt isoleringsbehov (inte ÖLI UNS, dessa kan sitta i väntrum) får kvarstanna på rum, resterande sätts i väntrum efter varje aktivitet så att patientrummen hålls lediga
 2. Vid sviktande utrymmesresurser trots dessa åtgärder, låna i första hand rum på kir/ort-sidan
 3. I andra hand används övriga biutrymmen för att uppehålla patientfamiljer (medicinexp 2, administrativa rum, oasen). I detta läge informeras bakjouren om det allvarliga läget.
 4. Krisläge: Om utrymmen trots dessa åtgärder inte räcker till kan medicinmottagningens korridor användas som uppehållsrum för familjer mellan aktiviteter. **OBSERVERA:** inga larmfunktioner finns kopplade från medicinkorridor till akutmottagningen, så denna lösning bör endast

komma i fråga för barn där försämringspotentialen bedöms som ringa. Medcontrol **ska** skrivas om detta alternativ behöver aktualiseras.

□ Om möjlighet finns mellan teamronder kan det göra stor skillnad för belastningen inne på akutmottagningen om du som ledningsläkare har möjlighet att gå och stämma i bäcken i intaget. Endast de med akut behov av läkarbedömning på akutmottagningen ska i detta läge tas in på akutmottagningen. Resterande kan antingen hänvisas till andra vårdnivåer/inrättningar, komma tillbaka påföljande morgon, eller få en mycket kort bedömning och allmänna råd på plats. En sådan intagsgenomgång bör i detta läge inte uppehålla ledningsläkaren från handledning inne på akutmottagningen i mer än 15 min.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning och utvärdering av innehållet i rutinen. Innehållsansvarig ansvarar för revision av rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Arbetsgrupp

Jimmy Cé Lind, överläkare, Medicin barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU

Hannah Sjöstedt, specialistläkare akutmedicin, sektionschef
Akutmottagning barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU

Katrin Adrian, överläkare, Medicin barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Område 1/SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin barn

Innehållsansvar: Jimmy Celind, (jimce1), Överläkare

Granskad av: Hannah Sjöstedt, (hansj3), Sektionschef

Godkänd av: Yvonne Simrén, (yvosi1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-203

Version: 2.0

Giltig från: 2024-05-14

Giltig till: 2026-05-14