OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Anestesi 5 Sahlgrenska, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska
Giltig från: 2026-08-27
Giltig till: 2027-01-15
Innehållsansvar: Tobias Bown, (tobbo2), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Arbetsrutiner narkosläkare Op 5

Revideringar i denna version

Tillägg samordning av externa åtgärder.

Syfte

Att beskriva ansvarsfördelning och arbetsinnehåll för narkosläkare på operation 5.

Arbetsbeskrivning

På operation 5 bedrivs elektiv neurokirurgi på sal 52, 53, 54. Akutsal är sal 51.

Dessutom bedrivs neurokirurgi på hybridsal med intraoperativ MR på sal 81 och ibland sal 82. Akutverksamheten omfattar neurokirurgi, plastikkirurgi, ÖNH och käkkirurgi.

Tidig start varje vardag. Läkaren som ska ta tidig start informeras dagen innan.

Narkosläkare genomför externa uppdrag såsom LP och CVK. ECT genomförs måndag, onsdag och fredag. Operationsansvarig sjuksköterska samordnar operationsavdelningens resurser (DECT 27999).

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Korridorsansvarig anestesisjuksköterska (DECT 28293) ansvara för att samordna externa åtgärder (CVK, sederingar mm.)

Stationsansvarig läkare (SA)

Ansvarig för att fördela salarna och markera fördelningen med numren på tavlan på läkarexpedition samt skriva narkosläkarnas namn samt DEC på tavlan vid bryggan. Salarna ska helst fördelas dagen innan. Ansvarig (eventuellt tillsammans med sina kollegor) för att kolla igenom morgondagens patienter dagen innan operation samt kontrollerar att preoperativa läkemedelsordinationer stämmer.

Ansvarig för att granska remisser för venösa infarter (’’ rätt infart till rätt patient’’).

Salsansvarig narkosläkare

Närvarar vid check-in och vara förtrogen med aktuell operation (ingreppsspecifik riktlinje) och ha kännedom om kirurgiska strategier, riskmoment och potentiella komplikationer (efter check-in).

Om salsansvarig narkosläkare lämnar avdelningen skall patienten rapporteras till annan kollega.

Underrätta SA tidigt om frånvarobehov under veckan (möten, tidig hemgång etc).

Akutsalsansvarig narkosläkare

Ansvarar, med stöd av SA, för att akuta patienter bedöms och prioriteras. Preoperativt narkosbedömning kan genomföras av annan narkosläkare.

Preoperativa bedömningar

Bedömningar sker på preopmottagningen

Efter avslutade bedömningar sker avstämningen av morgonens patienter med SA (DECT 28294).

Om patienten inte kan godkännas vid bedömningstillfället ska det finnas en plan för hur den kompletterande utredningen/optimeringen ska genomföras. Kompletterande utredning (t ex UCG, a-prov, spirometri) hos patienter med planerad operation <2 veckor ska stämmas av med specialistkompetent läkare. Patientansvarig läkare kontaktas för att utfärda remiss. Det räcker inte att enbart skriva detta i Orbit.

Om patient inte kan godkännas vid bedömningstillfället och planerad operation är nästkommande dag ska preop bedömande narkosläkare muntligt kommunicera utredningsbehov till preop sjuksköterska (DECT 22908) och följa upp utredningen innan arbetsdagens slut. Om kompletterande utredning inte är möjlig dagtid ska patienten överrapporteras i jourledet.

Om planerad operation är vid ett senare tillfälle kommuniceras istället utredningsbehovet till koordinator (DECT 21547 eller 30237).

Barn ≤6 år bör bedömas av sövande narkosläkare.

Vakenkirurgi ska bedömas av sövande narkosläkare.

För val av anestesimetod hänvisas till lathund och PM. Viktigt att avvikelser från rutinmetod förklaras i Orbit (exv TIVA om PONV).

Remisser neuroanestesi

Bryggansvarig sjuksköterska (27999) alternativt 28293 ger inkommande remisser till stationsansvarig läkare som fördelar remissen vidare.

Eventuella arbetsanteckningar (t ex tider, kontaktpersoner) kan dokumenteras på remissen.

Remisser som skall åtgärdas under dagen placeras på remisstavlan under ”**dagens**”,

Remisser som bokas i framtid men där allt annat är färdigplanerat placeras på remisstavlan under ”**bokade**”.

Om remissen inte avslutas placeras den istället under ”**oavslutade**”. Exempel på detta kan vara remisser som innebär kompletterande utredning. I dessa fall kan dokumentationen av vad som är gjort och vad som kvarstår att göras ske antingen i Orbit, Melior eller på pappersremissen. Om dokumentation sker digitalt behöver detta framgå på pappersremissen.

Remisserna makuleras efter uppdraget har uttförts.

Dokumentation

Alla åtgärder och bedömningar dokumenteras:

CVK/Kärlaccess under ”Infarter/Utfarter”

Lumbalpunktion i Melior

Sedering på anestesijournal.

Lumbala drän som operationsberättelse.

Alla externa åtgärder registreras i Orbit. Narkosläkare som utfört åtgärd (LP och IT-behandling) ansvarar för att så sker, vid behov med assistens från bryggansvarig ssk (DECT 27999).

Dokumentera alltid avvikande anestesiförlopp i Melior.

Ansvar

Verksamhetschef, An/Op/IVA, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och följer gällande författningar/lagar. Samtlig berörd personal på Anestesi 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ska delges direktivet via avdelningschef.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig avdelningslärare för rutinkort An/Op/IVA Op 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, ansvarar för att denna rutin uppdateras och revideras. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplas till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Annica Eliasson, Sektionsledare, Anestesi 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Ulf Gerenmark, Sektionsledare, Anestesi 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Nastassia Hilding Werner, Avdelningslärare Anestesi 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi 5 Sahlgrenska, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska

Innehållsansvar: Tobias Bown, (tobbo2), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-850

Version: 5.0

Giltig från: 2026-08-27

Giltig till: 2027-01-15