



DANDERYDS Sjukhus

Namn på dokument Dokumentation och rapportering Akutkliniken		Dnr DS Version 1
Enhet: VO Akutkliniken		Urspr. version 2014-05-06
Fastställt/Gäller från: 2014-05-06	Fastställt av: Anna Färg Hagansbo Verksamhetschef	
Översyn/revision: 2015-05-05	Ansvarig: Malin Håkansson chefsjuksköterska	

Dokumentation

Akutens dokumentation sker företrädesvis via akutliggaren/akutuppgifter i TakeCare enligt följande

Registrering i akutliggaren

- Logga in på **aktuell klinik** för varje nytt patientbesök
- **Upplysning får lämnas** (Ja/Nej)
- **Sätt** – ange patientens ankomstsätt
- **Besöksorsak** – ange orsak till patientens besök
- Ange **”Ej trolig inskrivning”** i anvisad ruta
- Alla patienter ska tillfrågas om aktuell **remiss** finns, ange enligt [Remisshantering Akutkliniken](#)
- Lägg upp samtliga aktiviteter från **Ankomstmap**
 - kontrollera att aktuellt telefonnummer finns under patientuppgifter samt kvittera aktiviteten *Telefonkontakt*
 - kontrollera legitimation samt ange ID/ej ID samt signatur i aktiviteten *Identitetsband/Identifiering*
- Skapa dokumentationsmall (enligt akutens gemensamma fraslexikon) i akutliggarens kommentarsfält genom att trycka **s- shift- enter**. Uppdaterat gemensamt fraslexikon finns under **G:\Gemensamt akuten\Ansvarsområden\Dokumentation\Fraslexikon TC**
- Vid misstänkt eller verifierad smitta se riktlinje [Enkelrum vid smittorisk på akuten](#) samt [Multiresistenta bakterier – flöde på akuten](#)

Triage/första bedömningen

- Ange **Patientansvarig Sjuksköterska (PAS)**
- Dokumentera kortfattad anamnes och status under
 - **S** - situation (problem/anledning till kontakt)
 - **B** - bakgrund (relevant sjukhistoria)
 - **A** - aktuellt status (se, lyssna, känn)
 - **R** - rekommendation (planering/åtgärder för patient)
- Dokumentera obligatoriska uppgifter under
 - **Samtycke sammanhållen journal enligt fråga i gällande DS riktlinje** (Ja/Nej)
se sjukhusövergripande riktlinje [Patientdatalagen](#)
 - **Sjukvård/tandvård utomlands <6 mån** (Ja/Nej)
 - **Känd MRB** (känd multiresistent bakterie såsom MRSA, VRE, ESBL, ESBL carba) vid känd MRSA efterfrågas även ev. föreliggande av riskfaktorer såsom in- utfart, sår, eksem
 - **Överkänslighet** (Ja/Nej) om ja, ange vilken/vilka i fri text
 - **Blodsmitta** (Ja/Nej)
 - **Fallrisk** (Ja/Nej) om ja, skapa aktivitet ”fallrisk akutsjukvård” och dokumentera där vidtagna åtgärder
- Vid larmpatienter skapas dokumentationsmall genom att trycka **l- shift- enter**. Här används A-E enligt följande:
 - A – luftväg
 - B – andning
 - C – cirkulation
 - D- neurologi
 - E - exponering
- Vitalparametrar förs in under **Triageprioritet**
- Vald ESS-kod förs in under **Vitalhistoria** t.ex. ”ESS 1”. Efter det väljs prioritet i skrollistan
- Bedöm patientens omvårdnadsstatus enligt [CAS](#) samt notera aktuellt status under **Omvårdnadsbehov**

- Om läkarbedömning sker utan föregående triage – noterar patientansvarig läkare fortsatt övervakningsnivå enligt RETTS färger i akutliggaren. PAS noterar i kommentarsfältet i triagerutan ”bedömning enligt läkare xxx” – detta för att det ska vara synligt varför ev. inte alla vitalparametrar är genomförda på patienten

Dokumentation under akutbesöket

- Fortlöpande dokumentation kring patientens vistelse på akuten sker genom att skapa och kvittera aktiviteter via akutliggaren. Här finns [Lathund för aktiviteter](#) som ska användas
- När man skapar eller kvitterar en aktivitet anges tiden automatiskt i TakeCare. Så det är av stor vikt att ändra angiven tid när dokumentation sker i efterhand. Beakta speciellt vid akuta situationer
- Dokumentation kring läkemedel sker via läkemedelsmodulen i TakeCare, se riktlinje [Läkemedelsjournal Take Care – lokal rutin akuten](#)
- På akutens sektioner finns olika **mappar** upplagda som påminnelse och dokumentationsstöd
- Under Nytt→Blanketter/formulär finns diverse dokument att använda under vårdtiden
- Vid följande situationer ska alltid även en journalanteckning i TakeCare dokumenteras;
 - SoL-anmälan
 - Fall under vårdtiden (oavsett skada eller inte)
 - Sjuksköterskebesök/ ej läkarbedömda patienter som avviker
 - Gipsanteckning
 - Annan viktig händelse
- Vid utskrivning anges **Uadress** i högra nedre hörnet
- För DRG se [DRG-registrering Akutkliniken](#)

Rapportering

All intern och extern muntlig rapportering gällande patienter ska ske enligt **SBAR** och är främst en sjuksköterskeuppgift

Rapport internt på akuten

- För att få en smidig, effektiv och enhetlig rapportering vid alla dygnets skiftesbyten i följer alla vårdlag samma nedanstående rapporteringsrutiner
- Vid orange och röd prioritet sker **muntlig rapport** vid övergång till ny PAS
- Vid lägre prioriteter såsom gul, grön och blå sker **läsrapport** vid övergång till ny PAS. Vid behov sker komplettering muntligt
- För att läsrapporten vid prio gul, grön och blå ska bli så korrekt & aktuell som är möjligt måste vårdlaget (ssk/usk) ha en rutin för en gemensam ”avstämning” ca 5 min under sista 30-60 min innan skiftesbyte. Detta för att stämma av att aktiviteter/reevalueringar är utförda och dokumenterade.
- Vid två tillfällen under dygnet (21.30 & 07.00) är tiden för överlappning kort (ca:10 min) vilket medför att en effektiv rapportering bör ske enligt följande;
 - personalen går ut till sektion
 - sätter i kort för inloggning vid dator
 - tar rapport på orange prioritet samt speciella omständigheter kring övriga pat./situationer (som inte kan anges i dokumentationstext) vid avgående personalens dator medan inloggning på egen dator sker
 - efter muntlig rapport kan övriga patienter läsas in på egen inloggad dator

Rapport till extern enhet

- Vid förflyttning till extern enhet såsom alla enskilda boende samt till geriatriska kliniker, sker muntlig sjuksköterskerapport från akuten. Dokumentation av vem som tagit emot rapport på mottagande enhet noteras under aktiviteten **Rapport/överföring**