

Dokumentationsriktlinje, Akutmottagningen AKM AS

Innehållsförteckning

Syfte och omfattning	2
Bakgrund	2
Beskrivning	2
Omvårdnadsanamnes	2
Omvårdnadsstatus	3
Larm	3
Triage.....	3
Omvårdnadsplanering och omvårdnadsåtgärder	3
Standardvårdplan för Höftspår	4
Vid utskrivning	4
Akutjournal.....	5
Rådgivning/hänvisning	5
Dokumentation vid hjärtstopp	5
Förfrågningar	5
Vårdkontaktsinformation	5
Aktivitetskolumnen.....	6
Roller och ansvar	8
Referenser	8
Dokumenthistorik	8
Bilaga Checklista	9

Syfte och omfattning

Syftet med dokumentet är att tydliggöra riktlinjer kring omvårdnadsdokumentationen på akutmottagningen. Dokumentet är riktat till sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar på akutmottagningen.

Bakgrund

Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) kapitel 3, 6 § ska patientjournalen innehålla den information och de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Journalen ska bland annat innehålla ställda diagnoser och vidtagna åtgärder (Svensk författningssamling, 2017).

Det är viktigt att dokumentera för att undvika missförstånd vid skiftbyten och för att personal vid mottagande enhet ska få korrekt information om vad som är utfört under vårdtiden på akutmottagningen.

Beskrivning

Omvårdnadsanamnes

Det åligger den sjuksköterska som skriver in patienten på akutmottagningen att öppna en vårdplan (VP) i Cosmic. Söker patienten vård på eget initiativ i receptionen öppnas VP av mottagande sjuksköterska i receptionen. I de fall då patienten kommer på remiss och skrivs in av undersköterska ska vårdplan öppnas av inskrivande undersköterska. Patienter som anländer med ambulans eller bårtaxi tas i regel emot av sjuksköterska i ambulanshallen. Då öppnas VP där. Informationen som dokumenteras i VP inhämtas från patienten genom att använda frågestrukturen AMLS, SOPQRST AMPLER, v.g. se lokal riktlinje [Sjuksköterska akutmottagningen AKM](#) och [Undersköterska akutmottagningen AKM](#).

I VP dokumenteras patientens anamnes under följande sökord:

Kontaktersak: Varför söker patienten vård på akutmottagningen? Kortfattad information.

Aktuellt hälsoproblem: Mer utförlig information om vad som föranlett besöket på akutmottagningen. Hur uppkom besvären? Smygande debut eller plötslig debut? Hur länge har besvären pågått, etcetera?

Pågående hälsoproblem: Patientens sjukdomshistoria, kortfattat det som patienten lider av och behandlas för och som påverkar vården på akutmottagningen.

Risk för smitta: Är eller finns det risk för att patienten är smittsam (ex. MRB, Covid)?

Kommunala insatser: Ska tillfrågas och dokumenteras i de fall då patienten har funktionshinder och/eller är äldre.

Socialt: Våldsutsatthet i nära relation bör tillfrågas. Information under detta sökord blir inte synligt om patienten går in i sin journal. Boende ska tillfrågas och dokumenteras i de fall patienten har funktionshinder och/eller är äldre samt är hemlös.

ID-band: Alla patienter ska erhålla ett signerat ID-band vid inskrivning och det dokumenteras.

Mottagande sjuksköterska, alternativt undersköterska, frågar även om sekretess och dokumenterar sedan uppgiften i vårdkontaktsinformationen.

Omvårdnadsstatus

Mottagande sjuksköterska och undersköterska ska dokumentera under sökorden **hud, smärta, kommunikation, nutrition, elimination** samt **aktivitet**. Dokumentera även under de sökord som är relevanta utifrån de symtom och sökorsak som patienten vårdas för. Gör riktade undersökningar och dokumentera under respektive sökord. Om patienten exempelvis söker vård på grund av andningsbesvär, bröstsmärta eller neurologiska besvär och/eller har påverkade NEWS-värden behövs ytterligare information dokumenteras under sökorden **lungor/andning, hjärta/cirkulation**. Om patienten exempelvis söker för extremitetssvullnad ska **distalstatus** utföras och dokumenteras. Det som dokumenteras ska vara relevant för vårdtillfället samt det som är avvikande. För mycket text gör att man kan missa den information som är viktig.

Larm

All dokumentation, förutom vid larm, förs i vårdplanen i Cosmic. Dokumentation i samband med omhändertagande av patient vid larm och trauman sker i respektive larmjournal. Vid dessa fall öppnas en vårdplan för patienten och där sker en hänvisning till larmjournalen: "Larmjournal inskannad i koVis" samt eventuellt larm som aktiveras.

Patienter som kommer via receptionen och som omhändertas enligt "Rädda hjärnan"-konceptet kan med fördel erhålla larmjournal, det underlättar den fortsatta hanteringen av patienten. På samma sätt som ovan öppnas en vårdplan där hänvisning till larmjournalen dokumenteras: "Larmjournal inskannad i koVis".

I de fall då patienter som kommit till akutmottagningen på larm bedöms vara stabila och planeras att läggas in på en slutenvårdsavdelning ska ansvarig sjuksköterska dokumentera i vårdplanen. Det säkerställer informationsöverföringen vid tyst rapport till avdelningen.

Triage

Triage ska utföras av sjuksköterska utbildad i triagering enligt DataProcessTriage, på alla patienter där läkarkontakt kommer att dröja mer än 60 minuter efter patientens ankomst till akutmottagningen. Triagen dokumenteras i Cosmic via akutliggaren i kolumnen för DataProcessTriage.

Omvårdnadsplanering och omvårdnadsåtgärder

Den fortsatta dokumentationen under vårdtiden ansvarar sjuksköterska och undersköterska för att dokumenterar utförda åtgärder i den nedre delen som kallas vårdplan. Här dokumenteras omvårdnadsproblem, risker, åtgärder, utvärdering och resultat under nedanstående sökord. Efter sökorden nedan finns tips om och exempel på information som kan vara viktig att dokumentera. Observera att det endast är förslag på vad som ska dokumenteras, det är upp till ansvarig sjuksköterska att avgöra vilken information som är relevant för respektive patient.

Lungor/andning: Om patienten exempelvis erhåller en inhalation dokumenteras effekt av givet läkemedel här under *läkemedelsbehandling/-hantering*.

Hjärta/cirkulation: Vid undersökordet *speciell omvårdnad* finns förval "telemetriövervakning".

Smärta: Här kan läkemedelsbehandling för smärtlindring dokumenteras och utvärderas.

Nutrition: Vid undersökordet *skötsel* finns förval "Fått fika".

Elimination: Här finns bland annat ett undersökord *urinkateter*. Där dokumenteras om patienten erhållit KAD, vem som ordinerat den, storlek, vilken sorts kateter samt "kuffvätska" inklusive mängd "kuffvätska". Dokumentera mängd urin samt färg och utseende.

Aktivitet: Här finns undersökordet *träning* där man kan välja olika förval exempelvis "Fått kryckor utlämnat".

In- och utfarter: Om patienten har erhållit, perifer venkateter och/eller subkutan venport, ska det dokumenteras här. Även när sond är inlagd dokumenteras det här.

Provtagning: Här finns undersökordet *blodgruppering* där man dokumenterar om blodgruppering och bastest utförts samt om blodprodukter är beställda.

Gipsning/bandagering: Här dokumenteras vilket sorts gips patienten erhållit samt vilken läkare som har ordinerat och godkänt gipsningen.

Stabilisering: Allt som rör stabilisering och immobilisering dokumenteras här.

Omläggning: Här dokumenteras hur omläggning av eventuellt sår utförts och vilka produkter som använts.

Rondanteckning: Här dokumenteras den fortsatta planeringen av patienten.

Standardvårdplan för Höftspår

När patienter omhändertas som Höftspår öppnas specifik standardvårdplan. Alla åtgärder som utförs för patienten dokumenteras här.

Vid utskrivning

Vid utskrivning ansvarar den som hjälpt patienten hem alternativt till avdelning för att dokumenterar nedstående:

Utskrivning/överflyttning: Vid utskrivning till hemmet skriver man här "Patienten går hem enligt samtal med" samt läkarens namn. Vid undersökordet *perifer venkateter* dokumenteras om patientens PVK är borttagen.

Samordning: Här dokumenteras all kontakt med distriktsköterska eller hemtjänst inför hemgång samt på vilket sätt patienten ska ta sig hem. Om patienten exempelvis får distriktssköterskeremiss för borttagning av suturer eller dragning av KAD dokumenteras det här.

Medicinskt ansvar: Vid inläggning på vårdavdelning ska medicinskt ansvarig enhet dokumenteras här.

Vårdande enhet: Här dokumenteras vilken avdelning som patienten blir inlagd på.

Hemavdelning: Fylls i om patienten blir inlagd på centralintensiven eller AIMA samt om patienten är utlokaliserad.

Rapportering: Här dokumenteras vem som har rapporterat till avdelningen och på vilket sätt rapporten givits, skriftligt eller muntligt.

Åtgärds kod: Fylls i om en Sol 14-anmälan skickas. Åtgärds kod GD008 dokumenteras här. Blanketter för orosanmälan återfinns i pärm "Sol 14" samt i Cosmic och lämnas till sekreterare på akutmottagningen.

Samtliga patienters vårdplan ska avslutas när patienten lämnar akutmottagningen, även de som erhållit en larmjournal. Detta är undantaget för de patienter som läggs in på ADA.

Akutjournal

Den främsta dokumentationen ska ske i vårdplanen. På akutjournalen (den gröna) dokumenteras ankomstorsak och anamnes främst i samband med att patienten anländer med ambulans. Det för att förenkla rapporteringen. Parametrar tagna under transporten in dokumenteras också på akutjournalen.

Baksidan av akutjournalen används endast vid Cosmic-avbrott. Den var tidigare till för att läkaren skulle kunna skriva fortsatt behandling till avdelningen vid inläggning. Numera skrivs detta i Cosmic under startanteckning, för mer information se dokument: [Digitaliserad akutjournal, startanteckning och tyst rapport AKM AS](#).

Rådgivning/hänvisning

All rådgivning och hänvisning ska dokumenteras i mallen "Rådgivning/Hänvisning". Har patienten inte ett personnummer ska ett reservnummer skapas för att dokumentation ska kunna ske.

Dokumentation vid hjärtstopp

I samband med vård av patient som drabbats av hjärtstopp dokumenterar ansvarig sjuksköterska i hjärtstoppshotokoll. I efterhand ska uppgifter registreras i Cosmic under mallen "Daganteckning hjärtstopp/HLR".

Förfrågningar

Förfrågningar ska alltid gå via LAS, från exempelvis polis, som medför att man behöver gå in i en patients journal ska dokumenteras. Använd mallen "Rådgivning/Hänvisning" och skriv varför du går in i journalen.

Vårdkontaktsinformation

Det som dokumenteras i kommentarsfältet i enhetsöversikten är inte klassat som journalhandling men sparas som logguppgifter i journalen. Enhetsöversikten är ett verktyg för att förenkla kommunikationen i teamet. Här bokförs exempelvis utförda timsrundor. Vid de fall då omvårdnadsåtgärder utförs i samband med timsrundan ska dokumentation ske i vårdplanen. Kortfattad dokumentation av övrig planering för patienten kan vara relevant. Rekommendationen är att använda de bestämda symbolerna som beskrivs nedan.

X3 Patienten är uppkopplad med telemetriövervakning. Tänk på att dokumentera i vårdplanen undersökordet *Hjärta/cirkulation* "Telemetriövervakning påbörjas".

HEM När beslut om hemgång är fattat ska rutan "Klar på akuten" under vårdkontaktsinformation fyllas i. Man kommer snabbast åt vårdkontaktsinformationen

genom att dubbelklicka på besöksorsaken. För att signalera till teamet att patienten är klar på akuten och ska skrivas ut till hemmet dokumenteras HEM i vårdkontakts-informationsrutan. Läkaren utför momentet utom vid sjuksköterskebesök.

INL För att kommunicera med teamet och vårdplatskoordinator att patienten ska läggas in samt att läkemedelslista är aktiverad och startanteckning är dokumenterad och signerad, skriver ansvarig läkare INL i vårdkontaktsinformationen. I samband med det klickar han/hon också i "klar på akuten", för mer information se dokument: [Digitaliserad akutjournal, startanteckning och tyst rapport AKM AS](#).

Aktivitetskolumnen

Aktiviteter är ett sätt att tydliggöra ordinationer och andra ordinerade åtgärder. Aktiviteter sparas som logguppgifter i journalen och är inte klassade som journalhandling, och fungerar som en slags checklista. Alla i teamet kan skapa en aktivitet; läkare, sjuksköterska och undersköterska. Både sjuksköterska och undersköterska ansvarar för att aktiviteterna utförs och dokumenteras i patientens journal.

- **Avlastningssond:** Kan användas för att ordinera en sondsättning. Satt sond dokumenteras som vanligt i patientens journal under sökord In- och utfarter/Sond.
- **Beställ tolk:** Kan användas vid tolkbeställning.
- **Bladderscan:** Kan användas för att ordinera bladderscan. Resultat dokumenteras som vanligt under Status/Elimination/Bladderscan.
- **Blodtryck:** Kan användas vid önskemål om ny kontroll av blodtryck.
- **Gips/omläggning:** Kan användas för att ordinera gipsning. Resultat dokumenteras som vanligt under sökord Gipsning/bandagering.
- **Odling:** Kan användas för att påminna om att rundodla, spara rör för en urinodling, etc. Observera att aktiviteten inte ersätter några ROS-etiketter, remisser måste skrivas precis som vanligt.
- **Ortostatiskt BT:** Kan användas för att ordinera kontroll av ortostatiskt blodtryck. Resultatet dokumenteras som vanligt under Hjärta/Cirkulation.
- **Läkemedelsordination:** I samband med införande av läkemedelsmodulen i Cosmic så försvinner ordinationslådorna på teamen. För att tydliggöra när det görs en läkemedelsordination används aktiviteten "läkemedelsordination". Observera att läkaren fortfarande måste göra en ordination i Cosmic precis som vanligt. Aktiviteten är alltså bara en checklista till ssk att en läkemedelsordination finns.
- **NEWS-Kontroller:** Kan användas vid önskemål om nya NEWS-kontroller.
- **Nytt EKG:** Kan användas för att ordinera nytt EKG.
- **Provtagning:** Ordinerade specifika provtagningar, exempelvis ta nytt el-status, leverstatus, trop nr 2, etc.
- **Röntgen:** Om pat. väntar på specifik röntgenundersökning kan detta skrivas här, liksom om det finns några speciella förberedelser inför undersökning, som grön pvk, fasta, etc.
- **Suturering:** Kan användas för att förbereda för suturering. Resultat dokumenteras som vanligt under sökord Hud/vävnad.
- **Transport:** Kan användas när patienten ska transporteras.

- **Uretrakateter:** Kan användas för att ordinera KAD. Resultat dokumenteras som vanligt under Elimination/Urinkateter.

Roller och ansvar

Avdelningschef ansvarar för att:

- Författningar och lagar följs.
- Enheten arbetar för enhetlig dokumentation.

Sjuksköterskan ansvarar för att:

- Författningar och lagar följs.
- Följa riktlinjen.
- Informera ansvarig författare om riktlinjen är felaktig eller behöver uppdateras.

Referenser

Patientdatalag (2008:355) Svensk författningssamling 2008:2008:355 t.o.m. SFS 2017:60- Riksdagen. (n.d.). Hämtad 12 september, 2017 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355.

Dokumenthistorik

Författare

Erica Lawson, tidigare dokumentationsansvarig sjuksköterska akutmottagningen
Charlotte Bjurbo, kvalitetssamordnare och utbildningssjuksköterska akutmottagningen.

Reviderat

November 2019, tillägg med bilaga Banderoll- stöd för sjuksköterska på akutmottagningen.
Federico Centurion Arce, ST-läkare i akutsjukvård och Åse Johansson utbildningsansvarig sjuksköterska akutmottagningen.

Maj 2021, Frida Vallgren, utbildningssjuksköterska akutmottagningen.

Maj 2021, Elisabeth Haddleton, kvalitet- och patientsäkerhetsansvarig, akutsjukvård och internmedicin.

Innehåller journalhandling

TILL:

FRÅN: Akutmottagningen

Rörpost: BD61

Telefon:

Checklista innan avfärd till avdelning:

	Ja	Nej
Finns startanteckning?		
Aktiverad/uppdaterad läkemedelslista?		
Är patienten i akut behov av analgetika?		
Har patienten PVK?		
Har patienten signerat ID-band från AKM?		
Är smittorisk kontrollerad?		
Nytagna NEWS-värden inskrivna i Cosmic?		
Skriftlig rapport dokumenterad till mottagande avdelning?		
	Cosmic	Pappersjournal
Ordinerade läkemedel på AKM givna och signerade?		

Rapport till avdelning enligt SBAR: Patient-ID

Situation: Vad är problemet/anledning till kontakt?	Ange: Aktuellt hälsoproblem:
Bakgrund: Kortfattad och relevant sjukdomshistoria.	Informera om: Pågående hälsoproblem som har betydelse för patienten just nu: Tidigare sjukdomar och ev. restsymtom Ev. smittorisk/vårdad utomlands eller på sjukvårdsinrättning där känd MRB-risk föreligger ev. smitta: MRSA, EHEC, hepatit, clostridier Ev. allergier
Aktuellt tillstånd: Status: Bedömning: Beskriv om till exempel andningsfrekvensen har förbättrats efter inhalation, blodtrycket förbättrats efter ett dropp, smärtan blivit mindre efter morfin.	Rapportera enligt A-E: A Luftväg B Ventilation: AF, Saturation C Cirkulation: puls, blodtryck, temp D Neurologi: RLS, förvirring, nedsatt känsel E Exponering: drän, utslag, KAD, gips, sond, sår Preliminär diagnos: _____
Rekommendation: Åtgärd: Tidsram:	Ordinationer från ansvarig läkare till avdelning: Omedelbar handläggning övervakning/utredning. till exempel till operation direkt Kontroller enligt akutjournal: T ex puls och blodtryck x4, strokekontroller? Op.-anmald? Mobilisering? Avvakta rtgsvar? Antibiotika givet? Fasta?
Bekräftelse på kommunikation:	Har du några frågor som rör rapporteringen? Vänligen kontakta avsändande klinik på akutmottagningen.