

Beskrivning av förändringar som verksamheter
måste ta hänsyn till i samband med införandet av

SDV Skånes Digitala Vårdsystem

Tvärprofessionell dokumentation

Version: 2.1

DokumentID: FB039-beskrivning-original

Datum slutfört: 2024-01-17

Original lagras elektroniskt. Användaren ansvarar för att gällande version används.

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Problemformulering	3
3	Beskrivning av förändringsbehovet	3
3.1	Tvärprofessionell dokumentation	3
3.1.1	Metoder och verktyg	4
3.1.1.1	Komponenter	4
3.1.1.2	Formulär	5
3.1.1.3	Sparade formulär i menyn	7
3.1.1.4	Standardiserade vårdförlopp (SVF)	7
3.1.1.5	Arbetsflödesvyer	8
3.1.1.6	Interaktiv vy	9
3.1.1.7	Tvärprofessionell vårdplan	10
3.1.1.8	Dynamisk dokumentation	11
3.2	Gruppanteckning	11
3.3	Exempel på tvärprofessionell dokumentation	12
3.3.1	Komponent: Överenskomna mål, journalövergripande	12
3.3.2	Dynamisk dokumentation: Epikris	13
3.3.3	Dynamisk dokumentation: Psykiatrisk vårdplan	13
3.3.3.1	Komponent Bedömning och planering	14
3.3.3.2	Komponent Vårdplanering	14
3.3.3.3	Komponent Överenskomna mål, journalövergripande	14
3.3.3.4	Komponent Information om vårdplan	14
3.3.3.5	Komponent Psykiatrisk vårdform	14
3.3.3.6	Komponent Aktuella beslut enligt LPT och LRV	14
3.3.3.7	Skapa anteckning PSY Vårdplan/PSY Vårdplan LPT/LRV	14
3.3.3.8	Anteckning PSY Vårdplan	15
3.3.3.9	Skapa anteckning Kris- och säkerhetsplan	15
3.3.4	Dynamisk dokumentation: Rehabiliteringsplan	16
4	Bilaga Exempel på nyttoeffekter	17

1 Sammanfattning

I Melior och PMO görs dokumentation till största del i fritext och möjliggör inte att dokumentationen kan återanvändas i systemet vilket medför dubbeldokumentation som är tidskrävande och ineffektivt.

SDV erbjuder standardiserad, strukturerad och tvärprofessionell dokumentation som återanvänds i systemet vilket medför att olika professioner bidrar till samma anteckning. På så sätt minskar dubbeldokumentation, journalföringen effektiviseras samt att det ger helt andra möjligheter att i våra uppföljningssystem (QlikView) följa upp fler faktorer i jämförelse med dagens Melior och PMO.

Vid implementering av tvärprofessionell dokumentation kommer det vara nödvändigt att följa nya vårdprocesser baserade på framtagna arbetsflöden för att systemet ska ge användaren optimalt dokumentationsstöd.

2 Problemformulering

I dagens journalsystem Melior och PMO sker primärt dokumentation i mallar med sökord där inmatningen övervägande sker i fritextfält, ofta förekommande dubbeldokumentation, dokumentation sker i efterhand och utifrån lokala lösningar, vilket är resurskrävande och mindre patientsäkert. Nuvarande journalföring kan beroende av inmatningen inte nyttjas optimalt för kommande utdata för till exempel forskning.

3 Beskrivning av förändringsbehovet

Förändringsbehoven som ingår i detta dokument avser tvärprofessionell dokumentation såsom:

- Gruppanteckning
- Överenskomna mål, journalövergripande
- Tvärprofessionell vårdplan
- Epikris
- Psykiatrisk vårdplan
- Rehabiliteringsplan

De yrkesroller som påverkas av förändringsbehoven är medarbetare som samarbetar tvärprofessionellt, samt chefer i klinisk verksamhet.

Verksamheten behöver förbereda sig på att skapa enhetliga arbets- och dokumentationssätt, utifrån tvärprofessionella arbetsflöden baserade på SDVs fem principer: Standardisering, Strukturerad dokumentation, Ordinationsdriven vårdprocess, Realtidsdokumentation och Rollstyrda områden.

3.1 Tvärprofessionell dokumentation

Tvärprofessionell dokumentation kommer genom driftsättning av SDV att bli möjlig att genomföra på flera nya sätt. Implementering av standardiserad strukturerad dokumentation ger möjlighet till att olika professioner bidrar till samma anteckning. Alla involverade medarbetare kan se andra medarbeters del av dokumentationen och slutprodukten kommer att innehålla all nödvändig information. Efterhand som vanan att arbeta i SDV blir större kommer alla få en bättre gemensam förståelse för dokumentationsprocessen och då kommer

möjligheterna för tvärprofessionell dokumentation bli både tidsbesparande, effektiva och mer översiktliga.

Tänk på:

- Kraven på samarbete och god kommunikation inom arbetslaget ökar när man ska skapa sin dokumentation tillsammans.
- Kraven på enhetlighet i dokumentationssätten och inbördes tajming av dokumentation i teamet kommer att öka.
- Det kommer finnas behov av att bygga upp arbetssätt och rutiner lokalt för att åstadkomma en patientsäker och effektiv klinisk dokumentation.
- Det är helt centralt att följa de arbetsflöden som är designade i SDV och som tränas ut i SDV träning för att få de kliniska processerna att fungera bra och nyttja systemet optimalt.

3.1.1 Metoder och verktyg

Det utbud av metoder eller verktyg som används i SDV exempelvis enskilda komponenter, formulär, arbetsflödesvyer, interaktiva vyer, tvärprofessionella vårdplaner, anteckningar som skapas med hjälp av dynamisk dokumentation används för individuell och tvärprofessionell dokumentation inom en eller flera yrkesgrupper.

3.1.1.1 Komponenter

I SDV används komponenter av olika slag för att samla all information inom ett visst område. Ett exempel på en sådan komponent kan vara ärftlighet. Alla användare som dokumenterar ärftlighet gör det i komponenthistorik vilket ger en samlad bild av informationen om just ärftlighet. Den dokumenterade informationen om ärftlighet kan i sin tur hämtas in från komponenten till olika andra sammanhang där det är relevant. Samma princip gäller för all dokumentation som utförs i komponenter i SDV.

Komponenter i SDV kan vara gemensamma i den mening att användare ur många olika yrkesgrupper har behörighet att både läsa och dokumentera i komponenten och informationen kan på så sätt återanvändas i många situationer. Dokumentation som görs i fritextkomponenter sparas och blir inte synlig för andra användare förrän en skapad anteckning (dynamisk dokumentation) är gjord och signerad.

En av de enklaste formerna för tvärprofessionell dokumentation i SDV är således när samma komponent används av flera yrkesgrupper och finns tillgängliga genom deras respektive arbetsflödesvyer.

Exempel på komponenter som används av flera professioner:

- Överkänslighet
- Förskrivna och receptfria läkemedel
- Ingrepp och åtgärder
- Ärftlighet
- Historik
- Diagnoser och hälsoproblem
- Överenskomna mål, journalövergripande

Tänk på:

- Rutiner och riktlinjer kan behövas för dokumentation i dessa komponenter då användarna kan ha teknisk möjlighet att utföra dokumentation som inte är lämpligt i varje sammanhang. Exempel på riktlinjer: Vilka yrkesgrupper ska/bör/får dokumentera överkänslighet respektive ärtflighet inom respektive verksamhet?
- Dokumentation som görs i fritextkomponenter sparas och blir inte synlig för andra användare förrän en skapad anteckning (dynamisk dokumentation) är gjord och signerad.

3.1.1.2 Formulär

Formulär i SDV kan påminna om blanketter i den analoga världen. Formulären är ofta anpassade för specifika yrkesgruppers behov men kan också vara mer generella. Formulär används för att dokumentera strukturerade data och slutanvändaren bör känna till vilka formulär som ska användas i vilka situationer. Som generell princip ska rena fritextanteckningar undvikas så långt det är möjligt i SDV.

Formulär ska alltid signeras när användaren är klar med sin dokumentation. Funktionen "Spara" formulär ska bara användas vid helt tillfälliga avbrott i dokumentationsarbetet, eftersom osignerade formulär ignoreras av systemet i en rad sammanhang. Osignerade formulär kan inte driva beslutsstöden i SDV och osignerade (men relevanta) data flödar inte hellre vidare och blir synliga i kollegornas vyer för återläsning av information.

Ett signerat formulär kan ändras vid ett senare tillfälle och denna ändring kan antingen göras av formulärets ursprungliga skapare eller av någon annan användare.

Om ingenting annat har kommunicerats i specifik träning bör användaren som generell regel alltid öppna upp ett nytt exemplar av ett formulär när ny dokumentation påbörjas. Detta kan liknas vid att ta en ny pappersblankett från hyllan i den analoga världen. Däremot om man ska fortsätta dokumentera i en process som är påbörjad inom samma vårdhändelse eller rätta felaktig dokumentation utförd på samma vårdhändelse bör det tidigare signerade formuläret öppnas upp och rättas.

Ett formulär skapat i öppenvård tillhör formellt och praktiskt den medicinska vårdenhet och den vårdhändelse där det först signerades. Formulär upprättade i slutenvård knyts också till medicinsk ansvarig vårdenhet och vald vårdhändelse men ägarskapet följer därefter aktuell medicinskt ansvarig enhet om denna ändras, exempelvis vid överföring från akutmottagning (en medicinskt ansvarig enhet) till vårdavdelning (med annan medicinskt ansvarig enhet). Som huvudregel ska man inte korrigera i ett formulär som är skapat på en annan enhet, utan upprätta ett eget exemplar av samma formulär, som då blir knutet till aktuell vårdhändelse på din enhet. Detta är helt analogt till principen att man i regionens tidigare journalsystem inte går in hur som helst och ändrar i tidigare journaldokumentation oavsett om den är skapad på den egna eller på någon annan vårdenhet.

I några formulär finns det en funktion ("Last charted value") som gör att delar av tidigare dokumenterad information eller generella referensvärden hämtas in som ett förslag när någon öppnar ett nytt exemplar av formuläret. Det går att styra denna funktion på formulärnivå så att tidigare information kan hämtas in antingen från den aktuella vårdhändelsen eller från alla tillgängliga vårdhändelser bakåt i tid. Syftet med denna funktion är att underlätta genom att

användaren slipper skriva eller klicka något för att dokumentera dessa inhämtade förslag på dokumentation. Detta ger förutsättningar för en förenklad dokumentation i ett antal rutinsituationer samt vid upprepad dokumentation av samma karaktär för samma patient. Informationen som hämtas in kan både vara mer generell, exempelvis namn på dig som inloggad användare, uppgift om aktuellt datum och tidpunkt eller referensvärde/normalvärde för vissa uppgifter. Den kan också vara mer specifik, i form av faktiska journaluppgifter dokumenterade för patienten vid ett tidigare tillfälle.

Som ett exempel på det senare dras tidigare fattade beslut om Livsuppehållande behandling ("Behandlingsbegränsningar") in som förslag i varje nytt formulär av samma sort som skapas. Tanken är att användaren ser tidigare dokumenterade begränsningar och antingen signerar om formuläret i en ny version med samma innehåll som tidigare eller väljer att aktivt ändra på någon eller några punkter om patientens situation har ändrats i något avseende.

Om ett formulär automatiskt hämtar in tidigare information eller referensinformation är detta markerat med en särskild ikon som ser ut som ett anteckningsblock med en röd horisontell pil (tre inringade exempel nedan).

Bild 1 När information hämtas in i ett formulär visas en ikon som ser ut som ett anteckningsblock med en röd pil (inringat). Samma ikon används både för inhämtad information om inloggad användare (rött), datum och klockslag (rött) som för information som tidigare är dokumenterad om just denna patient (grönt).

Det går inte utifrån ikonens utseende att avgöra om indragen information är av mer generell karaktär, inlagd automatiskt av systemet (exempel i bilden ovan - röd ring vid namn på inloggad medarbetare samt vid aktuell tidpunkt) eller om det är mer specifik patientdokumentation inlagd av en annan medarbetare vid ett tidigare tillfälle (exempel i bilden ovan - grön ring som markerar att patienten tidigare haft en dokumenterad behandlingsbegränsning).

Om information tidigare är dokumenterad av annan medarbetare får man gå till en annan vy (Sparade formulär) för att se vem som har dokumenterat uppgiften och när. Vissa data kan dras in över klinik/enhetsgränser men andra följer strikt dessa gränser. Enklaste sättet att hitta varifrån uppgiften kommer ifrån när det handlar om information som rör den enskilda patienten är att granska tidigare exemplar av samma formulär.

I formulär där man valt att dra in referensvärden eller normalvärden visas detta med samma ikon. Som exempel visas nedan det formulär som används när njurmedicinare dokumenterar urinsediment. I detta fall är normalvärden (radioknappar markerade med svart) inhämtade per automatik i formuläret för att njurmedicinaren ska slippa att klicka så många gånger för att

Uninsediment (Njurmottagning) - Physdoc, KST-Ped

*Utförd: 2021-12-02 1626

Av: Cerner Test, Physician - Ne

Fynd vid mikroskopi av urinsediment

Erythrocyter	☒ 0-5 Normalt	☐ 6-10 Sparsamt	☐ 11-24 Måttligt	☐ >25 Rikligt		
Erythrocyter, dysmorfia	☒ 0 Normalt	☐ 1-10	☐ 11-29	☐ 30-49	☐ >50	
Erythrocytcylindrar	☒ 0 Normalt	☐ 1-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25	
Leukocyter	☒ 0-5 Normalt	☐ 6-10 Sparsamt	☐ 11-24 Måttligt	☐ >25 Rikligt		
Leukocytcylindrar	☒ 0 Normalt	☐ 1-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25	
Tubuliepitelceller	☒ 0 Normalt	☐ 1-5 Enstaka	☐ 6-10 Måttligt	☐ 11-24 Rikligt	☐ >25 Mycket rikligt	
Tubuliepitelcylindrar	☒ 0 Normalt	☐ 1-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25	
Korniga cylindrar	☒ 0 Normalt	☐ 1-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25	
Vaxcylindrar	☒ 0 Normalt	☐ 1-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25	
Hyalina cylindrar	☒ 0-5 Normalt	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25		
Krystaller	☒ 0-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25		
Typ av krystaller						
Lipoidkors	☒ 0 Normalt	☐ >1				
Decoyceller	☒ 0 Normalt	☐ Förekommer				
Vid förekomst av Decoyceller: Misstänk BK virusinfektion.						
Plattepitel	☒ 0-5	☐ 6-10	☐ 11-24	☐ >25		
Fynd av plattepitel förekommer i urin från KAD eller från kastade prov med felaktig metod (mittstråleurin ska användas).						

Överväganden kring hur brett informationen ska kunna dras in i formulär har baserats både på patientsäkerhetsaspekten och Patientdatalagens bestämmelser om spärrhantering.

Sparade formulär i menyn, bereder en översikt av alla formulär som dokumenterats på patienten oavsett om formulären är signerade eller sparade. Vid högerklick på önskat formulär, finns valmöjlighet i snabbmenyn att; visa, ändra, ta bort journalföring, skriv ut, historik, ändra datum/tid. Om endast en medarbetare har dokumenterat framgår medarbetarens namn, om flera har dokumenterat på samma "exemplar" av ett formulär står det "Flera medarbetare". Vid val Historik i snabbmenyn återläses åtgärdsdatum/tid då respektive medarbetare dokumenterat i formuläret.

För standardiserade vårdförlopp (SVF) används särskilt anpassade formulär som kan dokumenteras av olika yrkesgrupper, var god se separat transformationsdokument för SVF.

Tänk på:

- Goda möjligheter för kommunikation och kunskapsutbyte inom arbetsplatsen behövs vid införandet av SDV för att medarbetarna ska bli förtrogna med innebörden av information som hämtas in i formulär.
- Fenomenet att information kan dras in i vissa formulär innebär också att slutanvändaren behöver etablera vanan att alltid kontrollera all dokumentation i ett formulär innan det signeras, och särskilt när ikonerna för indragen information visas.
- Det är alltid den som senast har signerat ett formulär som står som ansvarig för helheten i dess signerade innehåll.
- I "Sparade formulär" kan man se alla formulär som är sparade eller signerade på patienten. Om endast en medarbetare har dokumenterat framgår medarbetarens namn, om flera har dokumenterat på samma "exemplar" av ett formulär står det "Flera medförfattare".

3.1.1.5 Arbetsflödesvyer

Många användarpositioner har arbetsflödesvyer som kan användas för att ta del av andra användares dokumentation på en och samma patient inom en vårdhändelse. Arbetsflödesvyn är uppbyggd av komponenter som bereder återläsning av journalförd dokumentation från exempelvis anteckning (dynamisk dokumentation), formulär och interaktiv vy etcetera.

Arbetsflödesvyn kan användas för tvärprofessionell dokumentation av olika slag inom en vårdhändelse.

Informationen i SDV syns endast om den är signerad. Det är därför oerhört väsentligt att dokumentera så som det lärs ut i SDV träning samt att signera informationen efterhand för att den ska flöda vidare och bli synlig i alla arbetsflödesvyer.

I Melior och PMO har många varit vana vid att spara sin dokumentation under pågående arbetspass utan att signera. Detta har varit patientsäkert då det finns full läsbarhet för andra användare. Det är väsentligt att förstå att man i SDV måste signera för att information ska bli läsbar för andra användare.

Även här krävs en förståelse för verktygets funktionalitet hos slutanvändaren, till exempel med anledning av att komponenter som innehåller fritext i arbetsflödesvyn töms på information när informationen dras in i en anteckning.

Tänk på:

- Det är viktigt att skapa rutin för att signera dokumentation för att den ska bli synlig och användbar i realtid.
- Dokumentation i en arbetsflödesvy avslutas alltid med att skapa en anteckning som måste signeras för att den ska bli synlig för medarbetare.

3.1.1.6 Interaktiv vy

Interaktiv vy används primärt för dokumentation av det patientnära arbetet; patientstatus/-behandling/-åtgärder/observationer såsom vitalparametrar, pupillstatus, distalstatus, medvetandegrad etcetera. Interaktiv vy är uppbyggt av olika band och varje band består av sektioner där dokumentationen sker, till exempel:

- Allmän vy – Barn och ungdom
- Allmän vy Vuxen
- Katetrar – Drän – Tuber Barn och ungdom
- Katetrar – Drän – Tuber Vuxen

Viktigt att signera utförd dokumentation innan dokumentationsvyn byts – annars går dokumentationen förlorad.

The screenshot shows the 'Interaktiv vy' interface. The left sidebar contains a menu with various options. The main area is split into two panes. The left pane lists sections under 'Allmän vy - Vuxen', with 'Vitalparametrar' selected. The right pane displays the 'Vitalparametrar' section, showing a table of vital signs. The table has columns for 'Resultat', 'Kommentar', and 'Flagga'. The table includes parameters like 'Andningsfrekvens', 'Syremättnad, perifer', 'Syremättnad, perifer lokalisation', 'Syremättnad, byte av lokalisation', 'Syrigas, administrationssätt', 'Syrigasflöde', 'Tillförd syrgas', 'Andningsstöd', 'FiO2', 'Endtidal CO2', 'Perifer pulsfrekvens', 'Hjärtfrekvens, monitorerad', 'Pulsfrekvens, monitorerad', 'Blodtryck', 'Medelartärtryck, monitorerad', 'Blodtryck lokalisation', 'Blodtrycksmätare', 'Medvetandegrad, ACVPU', 'Temperatur, monitorerad', 'Temperatur, panna', 'Temperatur, rektalt', 'Temperatur, hörselgång', 'Kapillär återfyllnad (sekunder)', 'Kapillär återfyllnad, lokalisation', and 'P-Glukos, kapillärt'. The 'Early Warning Scores' section is also visible, showing 'Typ av EWS-skala' as 'NEWS 2' and 'Notifikation' as 'Aktivera'.

Bild 3. Skärmbild Vitalparametrar en sektion under Allmän vy vuxen. Varje gång användaren öppnar en sektion öppnas en ny kolumn (datum och klockslag) för dokumentation.

Sektioner kan vara uppbyggda med Dynamisk grupp:  ikon, till exempel perifer venkateter, urinkateter etcetera. Dynamisk grupp innebär att dokumentationen följer patienten oavsett vårdutförande enhet.

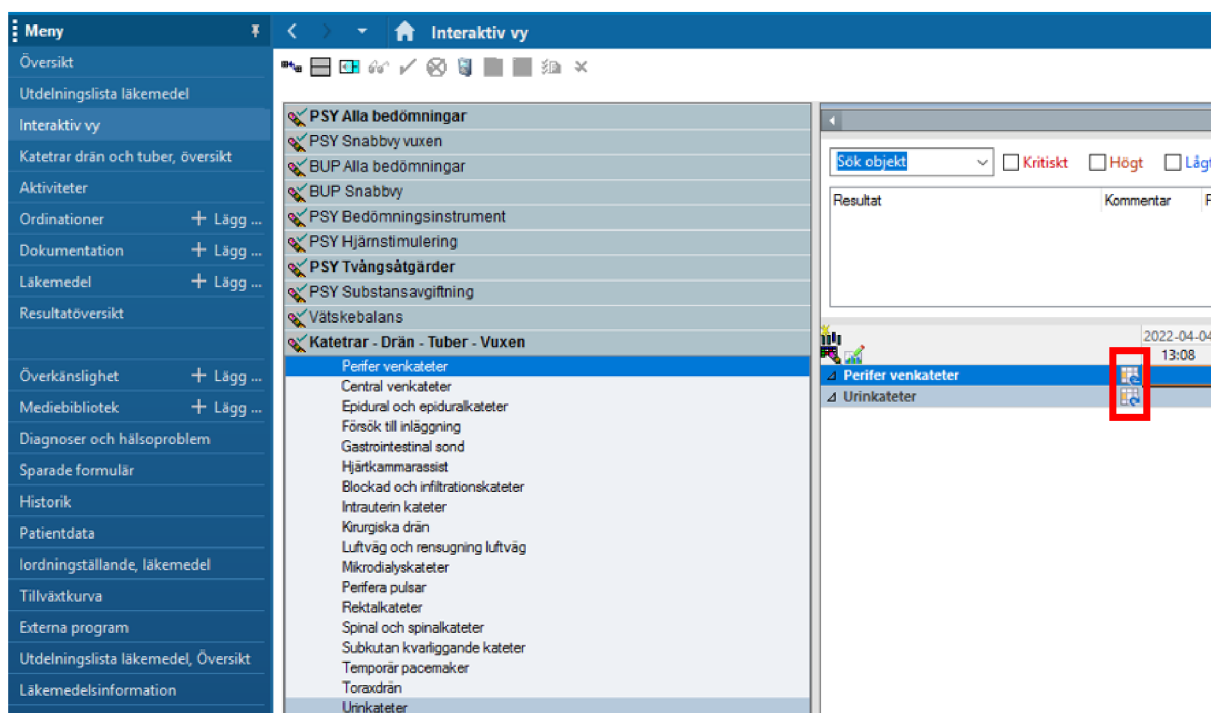


Bild 4. Skärmbild röd markering – ikon Dynamisk grupp; sektion Perifer venkateter och Urinkateter, band Katetrar – Drän -Tuber - Vuxen Interaktiv vy

Om användaren vill återläsa - ta del av dokumentation gjord i Interaktiv vy, blir det oftast mer översiktligt att återläsa i Resultatöversikt i menyn.

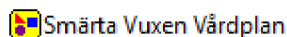
! Tänk på:

- Viktigt att signera utförd dokumentation innan dokumentationsvyn byts – annars går dokumentationen förlorad.

3.1.1.7 Tvärprofessionell vårdplan

Tvärprofessionell vårdplan (kan likställas vid strukturerad omvårdnadsplan) är ett samlingsbegrepp för olika interdisciplinära planer bestående av ordinationer i flera faser. Verktöget är tvärprofessionellt och flera yrkeskategorier kan arbeta samtidigt i samma vårdplan.

Tvärprofessionella vårdplaner används inom många områden. Ett exempel på en tvärprofessionell vårdplan är **Smärta Vuxen Vårdplan**. Vårdplaner och andra ordinationsplaner markeras i systemet med en gul ikon som kallas "pizzakartongen" (se exempel nedan).



En vårdplan ordinerar på samma sätt som alla andra ordinationer och går att se under Ordinationer.

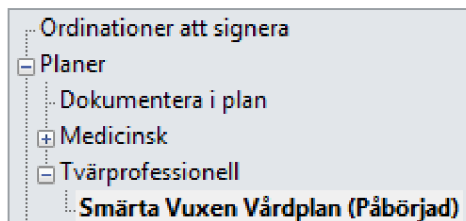


Bild 3. Vårdplan syns under ordinationer.

! Tänk på:

- Tvärprofessionella vårdplaner består av ordinationspaket och aktiveras genom ordination.
- Utgör ett strukturerat och patientsäkert sätt att dokumentera på.
- Tvärprofessionella vårdplaner dras in i epikris och psykiatrisk vårdplan.

3.1.1.8 Dynamisk dokumentation

Tvärprofessionell dynamisk dokumentation sker både inom öppen- och slutenvård.

En dynamisk dokumentation skapas av klinikern genom att välja typ av anteckning och val av SDV designad mall för att skapa en anteckning med önskat innehåll för situationen. Mallen styr vilken signerad information, oberoende av profession som dras in till anteckningen. Informationen dras från exempelvis olika komponenter (i arbetsflödesvyn), formulär och Interaktiv vy.

Exempel på dynamiska dokument som beskrivs mer ingående längre ner i dokumentet är:

- Epikris
- Psykiatrisk vårdplan
- Rehabiliteringsplan

! Tänk på:

- Att användande av gemensam dynamisk dokumentation vid tvärprofessionellt arbete inom en vårdhändelse kräver en mycket god förståelse för verktygens funktionalitet.
- Komponenter där dokumentation görs i fritext kan endast sparas. Denna blir inte synlig för andra användare förrän en skapad dynamisk dokumentation är gjord och signerad.
- Det är avgörande att varje användare signerar sin del av dokumentationen för att denna ska vara tillgänglig att dras in i en anteckning

3.2 Gruppanteckning

I Melior och PMO sker dokumentation efter medverkan i en grupp genom en anteckning i respektive patients journal. Detta innebär att medarbetaren behöver öppna varje patients journal för att skriva en anteckning.

Systemfunktionen Gruppanteckning i SDV baseras på en skapad patientlista för gruppbesökets deltagare. Systemfunktionen möjliggör dokumentation, vid ett och samma dokumentationstillfälle, på grupp- och individnivå. Dokumentationen på grupp-nivå rör det generella innehållet för respektive gruppstillfälle och dokumentation på individnivå rör

patientens individuella faktorer. Vid signering flödar dokumentationen gjord på grupp- och individnivå in i varje deltagande patients journal.

Att använda denna funktion bidrar till att användaren på ett smidigt sätt kan dokumentera information på gruppnivå men samtidigt göra individuell dokumentation om behov finns. På så vis bidrar denna funktion till en effektivare journalföring.

Gruppsession		
Information		
Sessionens starttid	Sessionens sluttid	Varaktighet för grupp
10:00	11:00	1 Timme
Arrangör	Starttid för arrangören	Sluttid för arrangören
RS Test, C-Clin Doc 6	10:00	11:00
Tidåtgång för arrangören	Resttid för arrangören	Dokumentationstid för arrangören
1 Timme	--	--

Enskild tjänst		
Information		
Enskildtjänst	Tidrum	Tidåtgång
Full Attendance	10:00 - 11:00	1 Timme
Diagnos	--	--

Bild 6. Gruppanteckning. Den övre röda rutan visar den information som hamnar i alla gruppdeltagares journal. Den nedre rutan visar exempel på information som hamnar i den enskilde patienten, i detta fall "C-Knut Hanssons", journal.

! Tänk på:

- Det är viktigt att känna till skillnad på den dokumentation som hamnar i alla deltagares journal och den information som enbart tillhör en enskild patients journal.
- Funktionen Gruppanteckning kan användas för att förenkla och effektivisera dokumentationen vid gruppbesök.
- Gruppbesök i öppenvården behöver bokas på namngiven medarbetare som kommer att hålla i gruppen, det går inte att boka enbart på "fysioterapeut" eller liknande. Om gruppledare behöver ändras måste även bokningen ändras.
- Det blir eventuellt även möjligt att boka andra resurser i samma bokning (lokal, grupprum eller liknande). Om detta blir möjligt bör denna funktion användas.

3.3 Exempel på tvärprofessionell dokumentation

3.3.1 Komponent: Överenskomna mål, journalövergripande

Region Skåne har som mål att arbeta personcentrerat. I tidigare IT-system har det inte funnits något regionövergripande sätt att dokumentera patientens mål. Dokumentation av mål har därför utförts på olika sätt i olika verksamheter.

I SDV finns komponenten Överenskomna mål, journalövergripande. I denna komponent kan de mål som sätts tillsammans med patienten dokumenteras. I komponenten syns alla patientens mål oavsett om patienten har ett eller flera mål hos en eller flera olika behandlare

och/eller verksamheter. Här kan även åtgärder för att uppnå målet dokumenteras. För att se mål dokumenterade utanför egen vårdenhet måste aktivt val måste göras.

! Tänk på:

- Aktivt val måste göras för att se mål dokumenterade utanför egen vårdenhet

3.3.2 Dynamisk dokumentation: Epikris

En epikris är ett dokument som skapas vid avslutningen av ett slutenvårdstillfälle (utskrivning). Målgruppen för epikrisen är i första hand den personal som ska följa upp patienten i öppenvård efter utskrivning men epikrisen utgör också en viktig dokumentation för den vårdande enheten där man vid kommande slutenvårdsvårdstillfälle relativt snabbt kan få en bra bild av patienten genom att läsa igenom tidigare epikriser.

Efter införandet av SDV kommer epikrisen på samma vis som tidigare vara en tvärprofessionell epikris där utvalda delar av dokumentation från sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut med flera att dras in i en enda gemensam epikris under rubriken "Tvärprofessionell bedömning". Epikrisen skapas, precis som tidigare, av utskrivande läkare och vid tillskapandet av epikrisen måste, fortsatt, de yrkesgrupper som skriver "utlåtanden" enligt ovan ha färdigställt sina dokumentationsdelar innan läkaren ska öppna epikrisdokumentet. Idag brukar läkaren vara den i teamet som gör sin dokumentation sist vid en utskrivning, så någon större ändring i praxis på denna punkt torde inte behövas.

Epikrisen kommer efter införandet av SDV inte behöva skickas ut på papper till SDV-användare men däremot fortfarande skrivas ut på papper för att skickas till användare utanför SDV.

Det tidigare arbetssättet att skicka epikriser "för kännedom" baserades till relativt stor del på att exempelvis primärvården inte hade omedelbar tillgång till specialistvårdens anteckningar. Efter samexistensperioden kommer behovet av att skicka epikriser i det närmaste försvinna.

! Tänk på:

- Läkaren kommer fortsatt vara den som skapar och slutför epikrisen.
- Bibehåll samma rutiner som i dagsläget för att säkerställa att övriga informationslämnare har färdigställt sina delar när läkaren slutföra epikrisen så att patienten kan skrivas ut som planerat.
- Epikriser behöver inte skrivas ut på papper för att skickas till SDV-användare.

3.3.3 Dynamisk dokumentation: Psykiatrisk vårdplan

Psykiatrisk vårdplan används både i öppen- och slutenvård.

Psykiatrisk vårdplan skapas, utvärderas genom dokumentation i arbetsflödesvyn Vårdplanering där anteckning skapas; "PSY Vårdplan" alternativt "PSY Vårdplan LPT/LRV". Anteckning "PSY Vårdplan" och "PSY Vårdplan LPT/LRV" är designade för att drar in gjord dokumentation från komponenterna i denna arbetsflödesvyn och arbetsflödesvyn är identiskt uppbyggd för alla professioner.

Arbetsflödesvyn Vårdplanering består av olika komponenter:

3.3.3.1 Komponent Bedömning och planering

I början av vårdhändelsen kan det också finnas ett behov av att snabbt skapa en preliminär psykiatrisk vårdplan. Denna initiala plan innehåller en kort preliminär bedömning och planering i fritext, för att tydliggöra den personcentrerade vård och behandling som avtalats mellan patient och sjukvård/behandlare.

Denna komponent används även när en fullständig strukturerad vårdplan har skapats.

3.3.3.2 Komponent Vårdplanering

För att planera vården används något av de tre olika framtagna formulären som utgör grundstommen för den psykiatriska vårdplanen. Vilket formulär som ska användas beror på situation:

- PSY Underlag vårdplan frivillig öppenvård
- PSY Underlag vårdplan frivillig slutenvård
- PSY Underlag vårdplan LPT och LRV

Genom att använda formulär med fasta dokumentationspunkter får medarbetarna stöd för att skapa en fullständig och genomarbetad vårdplan där alla aspekter täcks in. Formulärens struktur bidrar till fullständig och systematisk dokumentation.

Vid behov av utvärdering, uppdatering av vårdplanen öppnar användaren ett nytt formulär, genomför sin dokumentation, signerar formulär och skapar anteckning PSY Vårdplan/PSY Vårdplan LPT/LRV. Innehållet i den nyaste versionen av formuläret förs in i anteckningen som valt för den psykiatriska vårdplanen.

3.3.3.3 Komponent Överenskomna mål, journalövergripande

Bereder möjlighet att dokumentera (och ta del av) mål och insatser som patienten vill att hela sjukvården ska vara medveten om.

3.3.3.4 Komponent Information om vårdplan

Bereder återläsning av resultat och formulär.

3.3.3.5 Komponent Psykiatrisk vårdform

I SDV dokumenteras beslutad vårdform med en ordination som skapas i samband med inskrivning. Möjliga vårdformer är Hälso- och sjukvårdslagen, Lagen om psykiatrisk tvångsvård eller Lagen om rättspsykiatrisk vård. För att läsa vilken vårdform som är aktuell för patienten går man till komponenten psykiatrisk vårdform som är inkluderad i olika arbetsvyer till exempel Omvårdnadskompassen, Översikt i verktygsfältet, komponenten Psykiatrisk vårdform i många arbetsflödesvyer. Psykiatrisk vårdform visas även i Smartzone i fall då en patient som vårdas enligt tvångsvårdsparagraf överförs tillfälligt för somatisk slutenvård.

3.3.3.6 Komponent Aktuella beslut enligt LPT och LRV

Tvångsvårdsbeslut dokumenteras i form av särskilda ordinationer som skapas av läkare för detta ändamål. I komponenten ”Aktuella beslut enligt LPT och LRV” kan all personal ta del av alla fattade tvångsvårdsbeslut och denna komponent utgör således beslutsjournalen.

3.3.3.7 Skapa anteckning PSY Vårdplan/PSY Vårdplan LPT/LRV

Anteckning (dynamisk dokumentation) PSY Vårdplan eller PSY Vårdplan LPT/LRV är slutsteget vid dokumentation i arbetsflödesvyn Vårdplanering. Anteckningen som skapas drar

även in slutenvårdens pågående tvärprofessionella vårdplaner (strukturerade omvårdnadsplaner).

När den dynamiska dokumentationen skapad på detta sätt signeras ger det upphov till en sammanhållen och mer traditionell journalanteckning som kan återläses under Dokumentation i menyn.

3.3.3.8 Anteckning PSY Vårdplan

Bild 7. Skärmbild PSY Vårdplan (Dynamisk dokumentation).

3.3.3.9 Skapa anteckning Kris- och säkerhetsplan

Anteckning Kris- och säkerhetsplan skapas med en egen dynamisk dokumentation och utgör också en del av den psykiatriska vårdplanen. Risk och säkerhetsplanen dokumenteras direkt i anteckningen, ingen information hämtas in från andra delar av journalen.

Bild 8. Kris- och säkerhetsplan (Dynamisk dokumentation).

! Tänk på:

- Preliminär psykiatrisk vårdplan kan initialt skapas genom fritextdokumentation i komponent Bedömning och planering och därefter skapa och signera anteckning PSY Vårdplan, för att tydliggöra den personcentrerade vård och behandling som avtalats mellan patient och sjukvård.

- Rutiner bör ses över för att möjliggöra att upprätthålla realtidsdokumentationen av psykiatrisk vårdplan.
- Realtidsdokumentationen bidrar till ett levande och uppdaterat dokument för patient och personal.

3.3.4 Dynamisk dokumentation: Rehabiliteringsplan

I dagsläget finns ingen strukturerad regionövergripande mall för Rehabiliteringsplan, varje mottagning/verksamhet har sitt eget sätt att dokumentera detta i journalen.

I SDV kommer det att finnas en standardiserad och strukturerad tvärprofessionell mall för dokumentation av Rehabiliteringsplan. När denna mall används dras aktuell information som dokumenterats på andra ställen i journalen in och sammanställs till en gemensam anteckning som utgör Rehabiliteringsplanen. Således återanvänds tidigare dokumentation och samlas på ett och samma ställe. Detta innebär att dubbeldokumentation kan undvikas. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter kommer att få mer information om Rehabiliteringsplanen i samband med träning, se ämne Rehabiliteringsplan.

Tänk på:

- Att rehabiliteringsplanen behöver skrivas i strukturerad form enligt det sätt som användarna kommer att lära sig i SDV träning.
- Att verksamheten kan behöva ta fram lokal plan för kompetensutveckling gällande dokumentation i Rehabiliteringsplanen för alla medarbetare som arbetar med rehabilitering.

4 Bilaga Exempel på nyttoeffekter

4.1 Inledning

Den omställningen som Region Skåne genomgår för att kunna nå önskade effektmål möjliggörs med systemet SDV och de principer SDV bygger på. Avsikten med att exemplifiera nyttoeffekter är att de ska kunna användas som diskussionsunderlag och stöd i arbetet med att identifierade nyttor och effektmål i och med SDV.

Exempel på nyttoeffekter har identifierats som konsekvens av respektive princip som den gemensamma IT-miljön Skånes digitala vårdssystem (SDV) grundar sig på. Nyttoeffekterna har klassificerats inom följande områden:

- Kvalitet
- Tidsaspekt personal
- Tidsaspekt patient
- Arbetsmiljö
- Kostnader

4.2 Lista av exempel på identifierade nyttoeffekter

4.2.1 Standardisering

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STANDARDISERING	3.1.1	I SDV används komponenter av olika slag för att samla all information inom ett visst område. Ett ex är ärftlighet. Alla användare som dokumenterar ärftlighet gör det i komponenthistorik vilket ger en samlad bild av informationen om just ärftlighet. Denna information kan i sin tur hämtas in från komponenten till olika andra sammanhang där det är relevant.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt

4.2.2 Strukturerad dokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	1	SDV erbjuder standardiserad, strukturerad och tvärprofessionell dokumentation som återanvänds i systemet vilket medför att olika professioner bidrar till samma anteckning. På så sätt minskar dubbeldokumentation, journalföringen effektiviseras samt att det ger helt andra möjligheter att i våra uppföljningssystem (QlikView) följa upp fler faktorer i jämförelse med dagens system.	Kostnader Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	1	Dynamisk dokumentation är en systemfunktion som samlar patientinformation från skilda delar i systemet och sammanfogar denna i en skapad anteckning.	Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	1	Gruppanteckning förenklar och effektiviserar dokumentationen vid gruppbesök. Systemfunktionen möjliggör dokumentation, vid ett och samma dokumentationstillfälle, på grupp- och individnivå.	Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt

STRUKTURERAD DOKUMENTATION	3.1	Standardiserad strukturerad dokumentation ger möjlighet till att olika professioner bidrar till samma anteckning. Alla involverade medarbetare kan se andra medarbetares del av dokumentationen och slutprodukten kommer att innehålla all nödvändig information.	Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	3.1.1	I SDV används komponenter av olika slag för att samla all information inom ett visst område. Ett ex är ärfthet. Alla användare som dokumenterar ärfthet gör det i komponenthistorik vilket ger en samlad bild av informationen om just ärfthet. Denna information kan i sin tur hämtas in från komponenten till olika andra sammanhang där det är relevant.	Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt

4.2.3 Rollstyrda vyer

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
ROLLSTYRDA VYER	1	Arbetsflödesvy ger en samlad vy av patientinformation för den inloggade yrkesrollen och arbetssituationen.	Kvalitet	Attraktiv arbetsplats