

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

SDV Skånes Digitala Vårdsystem

Vårdövergångar

Version: 2.1

DokumentID: FB032-beskrivning

Datum slutfört: 2024-01-22

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Problemformulering	3
3	Beskrivning av förändringsbehovet	3
3.1	Beskrivning av förändringens övergripande principer	3
3.2	Inskrivning	5
3.2.1	Inskrivning via akutmottagning	5
3.2.2	Inskrivning direkt på avdelning	6
3.2.3	Planerad inskrivning på avdelning	6
3.3	Överflyttning	6
3.3.1	Överflyttning till annan vårdutförande enhet, samma vårdinrättning	7
3.3.2	Överflyttning till annan vårdinrättning	7
3.3.3	Överflyttningar mellan somatik och psykiatri, gällande patient med slutenvård enligt LPT/LRV	8
3.4	Utskrivning	8
3.4.1	Utskrivning av avliden	9
4	Bilaga Exempel på nyttoeffekter	10

1 Sammanfattning

Förändringsbehovet beskriver hur den mottagande verksamheten behöver förbereda sig på driftsättning av SDV för att kunna hantera in- och utskrivning inom slutenvård samt överflyttningar mellan vårdavdelningar och/eller sjukhus. Förändringarna berör samtliga verksamheter som arbetar med dessa processer och vad en första linjen chef bör förbereda sig och sina medarbetare på inför implementering.

Viktiga aspekter är att en sammanhållen klinisk vårdhändelse används vid vård över flera medicinskt ansvariga vårdenheter, vilket möjliggörs genom och ställer krav på realtidsregistrering/-dokumentation, ofta genom s.k. ordinationer. Dokumentation/registrering av ansvarig medicinsk vårdenhet respektive patientens lokalisering är centralt. Detta ger en samstämmig bild i Journalen PowerChart, Akutmodulen FirstNet, Logistikmodulen Capacity Management och Patientadministrativa modulen Revenue Cycle avseende medicinskt ansvar och lokalisering vid en viss tidpunkt.

Integration av klinisk dokumentation och vårdadministrativ registrering leder till större krav på följsamhet till standardförfaranden. Klinisk personals kännedom om vårdprocessens patientadministrativa aspekt får större vikt när klinisk dokumentation genererar vårdadministrativ data.

2 Problemformulering

Nuläge: Melior och PASiS är helt separerade. Dokumentation och registrering sker företrädesvis i efterhand. Kommunikation sker i stor utsträckning muntligt eller skriftligt utanför journal- och patientadministrativa system.

Målläge: Genom införande av SDV integreras vårdadministration med dokumentationen av det kliniska arbetet. Detta innebär att vårdadministrativa registreringar måste ske i realtid. Kliniska beslut kan dokumenteras och kommuniceras via ordinationer, likaledes i realtid. Dokumentation av kliniska beslut ger ibland även upphov till administrativa registreringar. En sammanhållen klinisk vårdhändelse kräver realtidsdokumentation av medicinskt ansvarig vårdenhet och många olika yrkeskategorier blir involverade i denna dokumentation. Dokumentation av planerade och aktuella åtgärder följer patienten vid överflyttningar.

Dessa förändringar innebär att den mottagande organisationen behöver förbereda sig inför driftsättning genom att till exempel tillskapa rutiner för att hantera realtidsregistrering/-dokumentation och anpassa bemanning i enlighet med detta.

3 Beskrivning av förändringsbehovet

3.1 Beskrivning av förändringens övergripande principer

Genom införandet av SDV implementeras principerna ”Standardisering”, ”Strukturerad dokumentation”, ”Realtidsdokumentation”, ”Rollstyrda vyer” och ”Ordinationsdriven vårdprocess” vilka samtliga, på olika sätt, formar hur slutenvård och vårdövergångar kommer att hanteras.

Patienters slutenvård kommer att generera en sammanhållen klinisk vårdhändelse vid byte av medicinskt ansvarig vårdenhet under vårdförloppet. Detta gäller även vid övergångar mellan sjukhus. Undantag från detta är vid överflyttning mellan olika vårdgivare och mellan psykiatri-somatik. Korrekt vårdadministrativ hantering möjliggörs genom realtidsdokumentation/-registrering av medicinskt ansvarig vårdenhet och patientens lokalisering. Detta ger en samstämmig bild i Journalen PowerChart, Akutmodulen FirstNet, Logistikmodulen Capacity Management och Patientadministrativa modulen Revenue Cycle avseende medicinskt ansvar och lokalisering vid en viss tidpunkt.¹

Vinster av detta återfinns både i det korta och långa perspektivet, till exempel gällande vårdplatskoordinering; där en bättre bild kommer att skapas över både nuläge och beläggning över tid. Ägandeskapet över vårdhändelsens journaldata följer aktuell medicinskt ansvarig vårdenhet. Att registreringar sker i realtid är en förutsättning för att den kliniska dokumentationen ska kunna göras på ett korrekt sätt.

Dokumentation vid vårdövergångar är till stora delar standardiserad och strukturerad, vilket stödjer den enskilda klinikern i sitt arbete och skapar förutsättningar för en säker och jämlik vård. Detta genererar även strukturerad data, vilken systemet kan återanvända och klinikern kan ta del av informationen i olika rollstyrda vyer. Härigenom kan viktig information kommuniceras till rätt personal automatiskt och direkt. Dokumenterade beslut och åtgärder kan även generera aktiviteter (uppgifter) till omvårdnadspersonal på aktuell medicinskt ansvarig vårdenhet och följer patienten vid vårdövergångar inom SDV.

Strukturerad dokumentation utesluter inte möjligheten till fritextdokumentation när sådan bedöms lämplig. För mottagande verksamhet är det dock av vikt att skaffa tillräcklig kunskap om SDV:s standardflöden och funktionalitet för att undvika risker i form av att information inte presenteras för rätt personal i rätt tid. En viktig form av dokumentation för att driva vårdprocessen framåt är ordinationer. Ordination är ett begrepp som i SDV åsyftar de flesta åtgärder som gäller en patient. Sådan dokumentation ska ske i realtid.

Av vikt vid vårdövergångar är att när ordinationer används som ett sätt att dokumentera en åtgärd eller ett beslut om en patients vård kan detta även skapa en vårdadministrativ registrering. Sålunda är det viktigt för klinisk personal att vara väl förtrogen med de flöden som designats; inte bara för att de utgör ett stöd i att uppnå säker och lika vård utan även för att avsteg kan generera inkorrekt vårdadministrativ data.

! Tänk på:

- Realtidsdokumentation av medicinskt ansvarig vårdenhet och patientens lokalisering är central vid vårdövergångar.
- Klinisk personals kännedom om vårdprocessens patientadministrativa aspekt får större vikt när klinisk dokumentation genererar vårdadministrativ data.
- Inmatning av standardiserad data behöver ske för att spegla olika former av förflyttningar. Slutanvändaren behöver vara väl förtrogen med dessa flöden vid driftsättning.

¹ För information om hur denna förändring påverkar vårdkoordinering och lokalvård se förändringsbehoven ”FB001 - Standardiserade arbetsprocesser vid beställning av transport- och lokalvårdsuppdag” och ”FB009 - Effektiviserat vårdplatsflöde och standardiserat arbetssätt för vårdplatskoordineringen”.

3.2 Inskrivning

En sammanhållen klinisk vårdhändelse möjliggörs genom användning av administrativa vårdhändelser som tillskapas i bakgrunden vid byte av medicinskt ansvarig vårdenhet. Vid övergång från akutmottagning till slutenvård måste komplett registrering av öppenvårdshändelsen vara klar innan byte av medicinskt ansvarig vårdenhet kan ske. Diagnosregistrering och klinisk dokumentation avseende KVÅ-koder behöver vara färdigställd. Diagnoser dokumenteras i avsedd komponent och KVÅ-koder fångas via dokumentation eller ordination.

I SDV används ordinationer för att dokumentera beslut om inskrivning och vilka läkemedel, kontroller, undersökningar mm. som är aktuella och planerade som en del av vårdhändelsen vilket då kommuniceras automatiskt till berörd personal. Detta ger en mer patientsäker process, jämfört med nuläget då den information och de beslut som dokumenteras i inskrivningsanteckningarna blir tillgängliga först efter att diktaten har blivit utskrivna.

Genom att stora delar av dokumentationen av inskrivningsförfarandet är standardiserad och strukturerad guidas också klinikern på olika sätt, till exempel genom att systemet föreslår lämpliga åtgärder baserat på vad som har dokumenterats.

Tänk på:

- Standardisering och strukturering av dokumentation berövar inte mottagaren möjlighet till dokumentation genom fritext, men beslut om att frångå standardflöden behöver vara väl grundade för att undvika risker i informationsflödet.
- Det är av vikt att det finns en god kunskap om de vårdadministrativa flödena hos klinisk personal, för att förstå betydelsen av ett korrekt och konsekvenserna av felaktigt handhavande vid dokumentation genom ordinationer.

3.2.1 Inskrivning via akutmottagning

Vid inskrivning av patient till slutenvårdsavdelning läggs ordinationen "Beslut om inskrivning" vilket resulterar i att all personal får samma information i realtid och därmed kan de påbörja sin del av arbetet. Sålunda är vårdprocessen ordinationsdriven där man anger önskad medicinskt ansvarig vårdenhet, avdelning som önskas samt vid behov ytterligare information som vårdplatskoordinatör behöver för att hitta rätt vårdplats. Informationen om önskad vårdplats skickas direkt till Logistikmodulen Capacity Management vid ordination. När patienten erhållit en vårdplats och överflyttningen slutförs i Logistikmodulen Capacity Management uppdateras samtidigt typ av vårdhändelse och medicinskt ansvarig vårdenhet i samtliga applikationer.

Vid inskrivning via akutmottagning till avdelning överförs det medicinska ansvaret när patienten anländer till avdelningen och överflyttningen slutförs i Logistikmodulen Capacity Management. Överflyttningen slutförs i Logistikmodulen Capacity Management genom att transportör registrerar att transport är genomförd eller manuellt av omvårdnadspersonal via patienthanteringskonversationer. Vården som påbörjas vid akutmottagning hanteras tillsammans med efterföljande slutenvård som en sammanhållen klinisk vårdhändelse, vilket innebär att dokumentation skapad under akutsjukvården följer med till slutenvården.

Vid inskrivning via specialistakutmottagningar kommer barnakutmottagning och akutmottagning psykiatri att innefattas av sammanhållen klinisk vårdhändelse, enligt 3.2.1 medan övriga specialistakutmottagningar inte ingår utan följer 3.2.2.

3.2.2 Inskrivning direkt på avdelning

Vid inskrivning från hemmet eller mottagning, s.k. direktinskrivning, kontaktas vårdplatskoordinator som skapar en förinskrivning. Inskrivande läkare kan skapa anteckningar och lägga ordinationer på denna förinskrivning. Komplet registrering slutförs när patienten tas emot på avdelning.

Vid inskrivning från mottagning till slutenvård är det inte möjligt med en sammanhållen klinisk vårdhändelse. Öppenvårdshändelsen måste avslutas, med nödvändig kodning gjord, och en slutenvårdshändelse tillskapas.

Vid oplanerad inskrivning i samband med dagkirurgi kommer ett undantags att göras och detta kommer att bli en del av en sammanhållen klinisk vårdhändelse, dvs här lägger man en ordination för inskrivning. Öppenvårdskontakten kommer således att bli en del av slutenvårdstillfällen vilket innebär att öppenvårdskontakten inte är en separat vårdhändelse.

Tänk på:

- Att realtidsregistrering implementeras i inskrivningsförfarandet ger konsekvenser för kompetensförsörjning och bemanning, vilka måste beaktas innan driftsättning.
- Att en sammanhållen klinisk vårdhändelse inte kan uppnås vid direktinskrivning från mottagning allt vissa specialistakutmottagningar till avdelning.

3.2.3 Planerad inskrivning på avdelning

Vid planerad inskrivning för icke-kirurgiska åtgärder dokumenteras planeringen genom ordinationen "Framtida inskrivning, icke kirurgisk åtgärd". Önskad medicinskt ansvarig vårdenhets, avdelning m.m. anges samt när och varför man önskar att patienten ska skrivas in. Informationen går automatiskt vidare till en delad inkorg i meddelandecenter, där personal vid önskad medicinskt ansvarig vårdenhets kan återläsa informationen och upprätta en förinskrivning. Förinskrivning innebär att kommande inskrivning med behov av vårdplats är synlig för vårdplatskoordinatören. Vid behov kan den planerade tidpunkten för inskrivning flyttas framåt i tiden. Komplet registrering sker när patienten anländer till avdelningen.

Vid planerade inskrivningar för kirurgiska åtgärder lägger ansvarig läkare en operationsanmälan i Orbit. Förinskrivning tillskapas av väntelistkoordinator med uppskattat ankomstdatum i samband med att operationsplaneringen startar.

3.3 Överflyttning

Överflyttningar görs genom ändring av medicinskt ansvarig vårdenhets och/eller patientens lokalisering. Förfarandena kring hur detta ändras är olika beroende på om överflyttning sker inom samma sjukhus eller mellan sjukhus. Ändring av medicinskt ansvarig vårdenhets görs genom olika ordinationer. Ändring av patientens lokalisering sker i Logistikmodulen Capacity Management. Dessa ändringar sker ibland manuellt och ibland automatiskt, triggade av en annan händelse. Som beskrivet ovan är realtidsaspekten av dokumentationen viktig, då

informationen flödar automatiskt mellan vyer i systemet. Realtidsdokumentation av ansvarig medicinsk vårdenhet möjliggör en sammanhållen klinisk vårdhändelse i systemet.

En sammanhållen klinisk vårdhändelse och en ordinationsdriven vårdprocess innebär att ordinerade åtgärder och tillhörande arbetsuppgifter till omvårdnadspersonal följer patienten under överflyttningar. Det är därför viktigt att dokumenterade ordinationer ses över och uppdateras i samband med överflyttningar så att dessa är aktuella när överflyttningen är slutförd. Observera att klinisk dokumentation som görs i efterhand och genererar en kodning behöver bakåtdateras för att knytas till rätt vårdenhet.

Läkemedelslistan förblir densamma vid vårdövergångar. Skillnaden mot idag blir störst vid övergångar involverande verksamheter som idag använder läkemedelslista på papper.

En sammanhållen klinisk vårdhändelse innebär att ägandeskap över journaldata flyttas till aktuell medicinskt ansvarig vårdenhet vid överflyttningar. Eftersom spärr av journal, som patienten kan begära enligt Patientdatalagen, i SDV kommer träda i kraft även under pågående slutenvård, kan överflyttningar få påverkan på huruvida information blir spärrad eller inte.

Undantag från huvudregeln om en sammanhållen klinisk vårdhändelse är när en patient överförs från en vårdgivare till en annan. I dessa fall krävs liksom idag utskrivning från överlämnande vårdenhet följt av inskrivning på mottagande vårdenhet. Detta resulterar alltså i två olika vårdhändelser, på överlämnande respektive mottagande vårdenhet.²

3.3.1 Överflyttning till annan vårdutförande enhet, samma vårdinrättning

Inom samma sjukhus överförs medicinskt ansvar genom ordination ”Övertag av medicinskt ansvar”, som ska läggas av mottagande läkare. Om det även i samma ordination väljs att patienten ska byta vårdutförande enhet skapas automatiskt ordinationen ”Överflyttning till annan vårdutförande vårdenhet, samma sjukhus”. Flytt av medicinskt ansvar sker omedelbart i systemet genom att ordinationen signeras och därmed minskar risken för otydlighet när det gäller vem som har det medicinska ansvaret och patientsäkerheten ökar. Informationen syns direkt bland annat på flera olika ställen i Journalen PowerChart.

Vid tillfälliga överflyttningar till operationsavdelning och mottagningar under pågående slutenvård uppdateras lokalisation i Logistikmodulen Capacity Management. Medicinskt ansvarig vårdenhet kvarstår oförändrad och patienten har kvar sängplatsen på avdelningen.

3.3.2 Överflyttning till annan vårdinrättning

Vid överflyttning till annat sjukhus dokumenteras detta med en ordination; ”Överflyttning till annat sjukhus”. Övertaget av det medicinska ansvaret sker först när patienten anländer till mottagande vårdenhet och ändring av patientens lokalisation i Logistikmodulen Capacity Management uppdateras. Eftersom det är överlämnande läkare som dokumenterar ordinationen, behöver överflyttningen av medicinskt ansvar liksom idag först förankras muntligen med mottagande läkare. Patienten tillhör den överlämnande vårdenheten fram till att patienten anländer till den nya vårdenheten. Under transporten används virtuella sängar s.k. transitsängar på den överlämnande avdelningen. Förfarandet utgör en vårdadministrativ förändring eftersom vårdtiden på den överlämnande vårdenheten förlängs med tiden för

² För mer information om sammanhållen klinisk vårdhändelse se FB046 Vårdhändelser

transporten. Det medicinska ansvaret kvarstår hos överlämnande vårdenhet under transport, vilket följer nuvarande policy.

Undantag från ovan är när mottagande vårdenhet hämtar patienten på överlämnande vårdenhet. Detta gäller för patienter i behov av ECMO samt inom neonatalvård som skickas mellan sjukhus. I dessa fall tas det medicinska ansvaret över när mottagande vårdenhet fått överrapportering på den överlämnande vårdenheten genom att ordinationen Övertag av medicinskt ansvar läggs.

Palliativa och psykiatriska vårdavdelningar tillhör inte sjukhuset organisationsmässigt (annan vårdinrättning) varför detta arbetsflöde får nyttjas även vid flytt till en palliativ eller psykiatrisk vårdavdelning som lokalmässigt tillhör sjukhuset.

3.3.3 Överflyttningar mellan somatik och psykiatri, gällande patient med slutenvård enligt LPT/LRV

För mer information om överflyttning mellan somatik och psykiatri, se FB007³

Tänk på:

- Att det är viktigt att dokumenterade ordinationer ses över och uppdateras i samband med överflyttningar så att dessa är aktuella när överflyttningen är slutförd.
- Stor komplexitet uppstår i inmatning av standardiserade data för att spegla olika former av förflyttningar. Detta gjordes tidigare via telefonsamtal. Slutanvändaren behöver vara väl förtrogen med dessa flöden vid driftsättning.

3.4 Utskrivning

I arbetsflödet vid utskrivning blir en stor skillnad jämfört med dagens praxis i att dokumentationen görs före utskrivning i stället för efter.

Patientens utskrivningsprocess påbörjas redan dag ett, genom att relevanta delar av den löpande dokumentationen under vårdtiden, automatiskt dras in till epikrisen när denna skapas.⁴

I SDV finns det formulär innehållande en standardiserad checklista för utskrivning. Genom att följa denna säkerställer man att patientens hemgång blir säker och att all information som behövs för nästa vårdinstans utanför SDV, kommuniceras och lämnas ut korrekt.

Vårdpersonal får påminnelser om och beslutstöd för att kontrollera att t.ex. katetrar, drän och tuber är avvecklade. Dokumentationen i utskrivningsformulär är även tillgänglig i arbetsflödesvyer som ger vårdpersonalen en tydlig överblick över vad som är gjort och vad som är kvar att göra innan patienten säkert kan skrivas hem. Checklistan för utskrivningsplanering kan användas oberoende av om utskrivning planeras genom Mina Planer eller ej. Hanteringen av dokumentation i Mina planer kommer framledes att göras som idag, utöver att ett uthopp med patientkontext kan göras från Journalen PowerChart.

³ Se FB007 - Ny typ av dokumentation av tvångsvård genom realtidsdokumentation

⁴ Genom att läkaren lägger ordinationen "Utskrivning av patient" meddelas all vårdpersonal att patienten ska skrivas ut och de får därigenom en tydlig signal om att planering av hemgång kan påbörjas.

Sjuksköterskor och paramedicinare dokumenterar genom yrkesspecifik slutenvårdsdokumentation antingen i form av formulär eller genom arbetsflödesvy. Delar av denna information flödar automatiskt till epikrisen när läkaren skapar denna. För läkarna finns en speciell komponent på arbetsflödesvyer som heter Vårdförlopp. Denna komponent kan successivt fyllas i och uppdateras under vårdtiden för att slutligen dras till epikrisen. Utskrivningsarbetet underlättas framför allt vid långa vårdhändelser och leder till en förbättrad informationsöverföring till nästa vårdnivå.

För läkare finns det utskrivningskrav när det gäller dokumentation av diagnos/-er, läkemedelsavstämning vid utskrivning samt att ordinationen utskrivning av patient är lagd. Är dessa krav ej uppfyllda får läkaren när hen skapar epikrisen en varning och måste då dokumentera varför utskrivningskraven har åsidosatts. Vid utelämnad diagnos hamnar detta på en fellista för kodning som hanteras av medicinska sekreterare.

Även vid utskrivning krävs realtidsregistrering. Detta sker i Logistikmodulen Capacity Management. Med tanke på behovet av realtidsregistrering ställs krav på verksamheten om tillgänglighet gällande personal med administrativ kompetens dygnet runt.

För planering av uppföljning efter utskrivning var god se separat förändringsbehov.

Tänk på:

- Med tanke på behovet av realtidsregistrering ställs krav på verksamheten om tillgänglighet gällande personal med administrativ kompetens dygnet runt.



Minskad risk för att information om patient, som behövs för nästa vårdinstans, förvinns vid utskrivning. I SDV finns det formulär innehållande en standardiserad checklista för utskrivning. Genom att följa denna säkerställer man att patientens utskrivning blir säker och att all information som behövs för nästa vårdinstans, ex kommunen, kommuniceras och lämnas ut korrekt.

3.4.1 Utskrivning av avliden

När en patient avlider på avdelningen lägger, beroende på omständigheter kring dödsfallet, antingen sjuksköterska eller läkare ordinationen "Patient avliden". Genom att lägga ordinationen dirigeras klinikern till ifyllandet av formuläret "Konstaterande av dödsfall". Hela formuläret kan fyllas i direkt eller så kan en annan kliniker uppdatera med mer information senare. Formuläret innehåller bl a information som krävs av bårhuset. Dessa delar kan skrivas ut separat och utskriften kan skickas med patienten till bårhuset. På så sätt krävs inte dubbeldokumentation av de uppgifter som är relevanta både i journalen samt för bårhuset och hela dokumentationen kan göras i samma formulär.

Liksom idag kommer intygsmodulen att användas för utfärdande av dödsbevis respektive dödsorsaksintyg.

I utskrivningskonversationen i Logistikmodulen Capacity Management anger man att patienten är avliden. När denna registrering är slutförd kommer det att synas i Blå fältet att patienten är avliden. Patienten kan inte registreras som utskriven förrän transport till bårhuset är beställd och utförd.

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 Strukturerad dokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	3.4	I SDV finns det formulär innehållande en standardiserad checklista för utskrivning. Genom att följa denna säkerställer man att patientens hemgång blir säker och att all information som behövs för nästa vårdinstans utanför SDV, kommuniceras och lämnas ut korrekt.	Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	3.4	Relevanta delar av den löpande dokumentationen dras automatiskt dras in till epikrisen när denna skapas.	Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt

4.2.2 Ordinationsdriven vårdprocess

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
ORDINATIONSDRIVEN VÅRDPROCESS	3.1	Beslut om vårdåtgärder som dokumenterats genererar uppgifter till personal och följer patienten vid vårdövergångar inom SDV.	Kvalitet Tidsaspekt Personal Tidsaspekt Patient	Använd kompetensen rätt
ORDINATIONSDRIVEN VÅRDPROCESS	3.2	SDV föreslår lämpliga åtgärder baserat på vad som har dokumenterats.	Kvalitet Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
ORDINATIONSDRIVEN VÅRDPROCESS	3.3.1	Flytt av medicinskt ansvar sker omedelbart i systemet genom att ordinationen signeras och därmed minskar risken för otydlighet när det gäller vem som har det medicinska ansvaret och patientsäkerheten ökar.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt
ORDINATIONSDRIVEN VÅRDPROCESS	3.4	Vårdpersonal får påminnelser om och beslutstöd för att kontrollera att t.ex. katetrar, drän och tuber är avvecklade.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt

4.2.3 Realtidsdokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
REALTIDSDOKUMENTATION	3.1	SDV möjliggör vårdplatskoordinering där man får en bättre bild över beläggningen, både i nuläge och över tid.	Arbetsmiljö Tidsaspekt Personal Tidsaspekt Patient	Använd kompetensen rätt
REALTIDSDOKUMENTATION	3.1	Dokumentation vid vårdövergångar är till stora delar standardiserad och strukturerad, vilket skapar förutsättningar för en säker och jämlikvård. Den strukturerade datan återanvänds och viktig information kommuniceras till rätt personal automatiskt och direkt.	Kvalitet Tidsaspekt Personal Tidsaspekt Patient	Använd kompetensen rätt
REALTIDSDOKUMENTATION	3.2	I SDV ordinerar vilka läkemedel, kontroller, undersökningar mm. som är aktuella och planerade som en del av vårdhändelsen. Dessa kommuniceras automatiskt till berörd personal.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt
REALTIDSDOKUMENTATION	3.2.1	Vid inskrivning av patient till slutenvårdsavdelning läggs ordinationen "Beslut om inskrivning" vilket resulterar i att all personal får samma information i realtid och därmed kan de påbörja sin del av arbetet.	Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
REALTIDSDOKUMENTATION	3.2.3	Vid planerad inskrivning (icke-kirurgiska åtgärder) dokumenteras planeringen genom ordinationen "Framtida inskrivning, icke kirurgisk åtgärd". Önskad medicinskt ansvarig vårdenhets anges samt när och varför man önskar att patienten ska skrivas in. Informationen går automatiskt vidare till en delad inkorg i meddelandecenter där personal kan återläsa informationen och upprätta en förinskrivning. Förinskrivning innebär att kommande inskrivning med behov av vårdplats är synlig för vårdplatskoordinatören.	Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt