

Förändringsbeskrivning per yrkesgrupp som måste
tas hänsyn till i samband med införandet av



Läkare

Version: 2.2

DokumentID: FP010-beskrivning

Datum slutfört: 2024-10-09

Innehåll

1	Bakgrund och syfte	4
2	Beskrivning av förändringen.....	4
2.1	Standardisering	4
2.2	Strukturerad dokumentation.....	5
2.3	Ordinationsdriven vårdprocess.....	5
2.4	Realtidsdokumentation.....	6
2.5	Rollstyrda vyer	6
3	Exempel på arbetsuppgifter som kommer att förändras.....	6
3.1	Registrering	6
3.1.1	Obokade kontakter	7
3.2	Dokumentation	7
3.2.1	Uppmärksamhetsinformation (UMI)	7
3.2.2	Katetrar, drän och tuber	8
3.2.3	Vätskebalans och mat- och vätskeregistrering	8
3.2.4	Patientöversikt.....	8
3.2.5	Överrapportering	8
3.2.6	Dödsfall i slutenvård	8
3.2.7	Multidisciplinär konferens (MDK)	9
3.2.8	Standardiserat vårdförlopp (SVF)	9
3.3	Diktering och taligenkänning (TIK)	9
3.4	Läkemedelshantering.....	9
3.4.1	Kliniskt beslutsstöd läkemedel.....	9
3.4.2	Obruten digital läkemedelskedja (skanning)	9
3.4.3	Recept	10
3.4.4	Cytostatikaordination	10
3.5	Laboratoriemedicin.....	10
3.5.1	Hantering av laboratorieordinationer	10
3.5.2	Hantering av provsvar.....	11
3.6	Bild- och funktionsmedicin (BFM).....	11
3.7	Medicinsk klassificering	12
3.7.1	Åtgärds-koder (KVÅ-koder)	13
3.8	Remisshantering	13
3.8.1	Begäran om öppenvårdsåtgärd	13
3.9	Medicinteknisk utrustning	13

3.10	Vårdplatsöversikt/-koordinering.....	14
3.11	Hälsodeklarationer.....	14
3.12	Kvalitetsregister	14
3.13	Akutverksamhet.....	14
3.13.1	Larm	14
3.13.2	Kvälls- och helgmottagning.....	14
3.14	Anestesi – operation – pre/postoperativ vård.....	15
3.14.1	Endoskopi.....	15
3.15	Intensivvård.....	15
4	Positioner	16

1 Bakgrund och syfte

För närvarande har Region Skåne separata och parallella system för journaldokumentation och administrativ hantering, vilket för personalen i många fall innebär flertalet olika inloggningar. I samband med att Skånes digitala vårdssystem (SDV) införs kommer patientjournalen att bli mer sammanhållen, strukturerad och tillgänglig i realtid samt erbjuda beslutsstöd till hälso- och sjukvårdens personal, i de flesta fall med endast en inloggning. Detta leder till att arbetsfördelningen kommer att utvecklas och förändras över tid.

Dessa dokument syftar till att ge en generell beskrivning av några av de vanligast förekommande arbetsuppgifterna för vårdens olika yrkesgrupper, i hopp om att underlätta för verksamheterna i det förberedelsearbete som behöver göras inför införandet av SDV.

Vid varje verksamhet behöver man analysera ur ett verksamhets- och kompetensperspektiv hur man skapar störst verksamhetsnytta utifrån förändrade arbetssätt, omfördelning av arbetsuppgifter och eventuella behov av kompetensutveckling. Tills dess att de nya arbetssätten är etablerade kommer en stor del av arbetet innebära en ökad tidsåtgång för verksamheten.

Dokumentet ska ses som en komplettering till övriga högnivåsummeringar och beskrivning av förändringar/förändringsbehov och förutsätter att man tagit del av dessa innan man läser och kan tillgodogöra sig informationen i detta dokument.

2 Beskrivning av förändringen

I det kommande journalsystemet kommer det att finnas rollstyrda vyer för olika yrkesgrupper vilket bidrar till att skapa goda förutsättningar för patientsäkerhet, god arbetsmiljö, vidareutveckling och korrekt uppföljning. De positioner, eller inloggningar, som berörs av detta dokument kan ses under rubrik 5 – Positioner.

För läkaren kommer den största förändringen att utgöras av dokumentationssättet eftersom traditionell diktering försvinner och annat skapande av fritext kommer att utgöra en mindre andel i SDV. Istället kommer mycket av den information som idag upprepas i många journalanteckningar att dokumenteras strukturerat i SDV. Om informationen redan finns dokumenterad behöver den vid en ny patientkontakt enbart kontrolleras, men inte läggas in på nytt om den redan finns. Detta arbetssätt gör att dubbeldokumentationen minskar och att det blir lättare att hitta relevant information.

2.1 Standardisering

Utgångspunkten för standardisering är enhetliga arbetssätt, termer, kodverk (såsom ICD, ICF, ICNP, KVÅ, NCPT och NPU) och begrepp. Inbyggda standarder stödjer arbetet och är en viktig förutsättning för säker och jämlik vård. Att vi alla arbetar enhetligt och i samma digitala miljö är viktiga utgångspunkter för att vi ska uppnå dessa. Standardisering ger förutsättningar för smidiga övergångar mellan olika vårdenheter och vårdnivåer. Det ger oss även möjlighet att dra nytta av SDVs alla möjligheter.

Genom att all vårdpersonal använder samma språk (samma termer och begrepp) blir dokumentationen entydig vilket ökar informationens tillförlitlighet. SDV möjliggör på så sätt att få underlag för kvalitetsförbättring på ett enklare sätt.

Läkaren kommer använda samma kodverk som tidigare, ICD-10 och KVÅ (Klassificering av vårdåtgärder).

2.2 Strukturerad dokumentation

Med hjälp av olika mallar och formulär kommer vi att dokumentera information om patienten på ett mer strukturerat och enhetligt sätt än tidigare. Den strukturerade informationen är lättare att återanvända, informationen blir mer lättillgänglig och detta bidrar till minskad dubbeldokumentation. Information om patient kan visas i diagram och tabeller, och återanvändas som underlag för beslutsstöd samt kvalitetsregister och uppföljning/forskning. Möjlighet till fritext kvarstår vid behov.

Läkarens dokumentation kommer till större del än tidigare bestå av fasta frågor med föreslagna svarsalternativ, som vid behov kan kompletteras med fritext. Detta nya arbetssätt kräver god förståelse för värdet av att dokumentera information korrekt så att denna kan återanvänds.

Strukturerad dokumentation gör att det går att se variabler över tid i tabellvyer i stället för att läsa genom stora textmassor för att följa en utveckling över tid. Det blir då mycket lättare att ta del av information om hur exempelvis rörlighet i en led, blodtrycket, vikten eller längden har utvecklats.

2.3 Ordinationsdriven vårdprocess

Begreppet ordination omfattar i SDV de flesta aktiviteter som gäller en patient. Detta inkluderar allt från omvårdnad, läkemedel till patientadministration, remisser och rehab. Digitala ordinationer skapar transparens och spårbarhet. Det ger ett tydligt stöd för att hålla ordning på vad som har gjorts och vad som finns kvar att göra.

Till skillnad från idag, då ordination oftast associeras med läkemedel, kommer den ordinationsdrivna vårdprocessen istället att bygga på Socialstyrelsens definition av termen ordination. Denna definition lyder "beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd".

SDV är baserat på att allt som ska ske med patienten ska ordinerar digitalt. Detta för med sig att många av de åtgärder som idag meddelas muntligt, via lappar eller diktat kommer att behöva ordinerar. Detta gäller oavsett om det rör sig om laboratorieprover, radiologiska undersökningar, kost, läkemedel eller annat.

Flertalet ordinationer kan läggas av olika yrkeskategorier, men många kräver att man anger en ansvarig läkare, som godkänner ordinationen i efterhand. För varje ordination är det beslutat vilka personalgrupper (positioner) som kan lägga den helt i eget namn, och vilka som kan lägga den genom att ange namn på en ansvarig läkare. Ordinationer som läggs på detta sätt, i en ansvarig läkares namn, kan utföras direkt i SDV. Läkarsigneringen sker i efterhand, på liknande sätt som dagens arbetssätt med muntliga läkemedelsordinationer i Melior.

Arbetssättet med digitala ordinationer kommer att ge vinster i form av transparens och tydlighet gällande vad som har hänt och vad som ska hända med patienten, vilket ger stöd för att planera arbetet och säkra att alla moment blir utförda. Vinsterna antas bli störst inom slutenvård där potential finns för ökad effektivitet, ökad patientsäkerhet och mer jämlik vård.

För att underlätta arbetet kan man i SDV lägga ordinationer i form av färdiga ordinationsplaner, där många uppgifter redan är förifyllda. Dessa ordinationsplaner ger också ett stöd i att komma ihåg allt som ska göras i en viss situation.

För att optimera den ordinationsdrivna vårdprocessen är det av vikt att alla yrkesgrupper lägger sina ordinationer i så nära anslutning till beslut som möjligt, för att inte försena vårdprocessen.

2.4 Realtidsdokumentation

När medarbetare dokumenterar behöver det ske under eller i nära anslutning till vårdhändelsen. Alla i vårdteamet har då tillgång till uppdaterad information om patienten och kan driva vårdprocessen vidare sömlöst med hjälp av SDV.

För att nyttja SDVs optimala kapacitet med bland annat inbyggda beslutsstöd i givna situationer och visuella notifikationer kommer realtidsdokumentation utgöra en av de större förändringarna.

Att alla arbetsuppgifter som görs i SDV ska göras i realtid eller så nära vårdsituationen som möjligt är en stor förändring som innebär att saker som tidigare kunnat göras i efterhand nu kommer att behöver göras direkt. I detta ingår registrering av patienter, journalföring och medicinsk klassificering.

För att få ett bra flöde vid exempelvis ett mottagningsbesök är det rekommenderat att dokumentera bakgrundsdata i form av tidigare sjukdomar (diagnoser), social bakgrund, överkänslighet, och även fylla på med fritext där så behövs tillsammans med patienten.

Realtidsdokumentation gör att lite mer dokumentation behöver ske vid själva besöket men däremot kommer efterarbetet i form av diktering, annan dokumentation, signering av gamla anteckningar med mera att minska.

2.5 Rollstyrda vyer

Informationen i SDV anpassas till den roll och det medarbetaruppdrag medarbetaren har. Roller och tillhörande behörigheter underlättar arbetet med patienter och är en förutsättning för att uppfylla gällande lagstiftning.

Det finns olika läkarpositioner i SDV, dessa styr både vad man kan se och vad man får göra i SDV. Alla läkarpositioner har likartade förutsättningar för att agera i systemet, det vill säga att läkare får göra ungefär samma saker oberoende av specialitet. Vad läkaren ser när de är inloggade kommer att skilja sig något åt mellan olika specialiteter. För läkare inom samma specialitet (position) är utseendet det samma. Läkare som tjänstgör på akutmottagning kommer ha en egen position som de använder där.

3 Exempel på arbetsuppgifter som kommer att förändras

Nedan beskrivna arbetsuppgifter är övergripande för yrkesgruppen och påverkan på utövandet är beroende av flertalet faktorer, inklusive vilken typ av enhet och storleken på denna.

3.1 Registrering

Att en patient är registrerad i SDV är en förutsättning för all vidare dokumentation. Det innebär att samtliga patienter, vare sig de är akuta, bokade, drop-in eller slutenvårdstillfällen, måste registreras med en så kallad vårdhändelse innan någon annan dokumentation kan påbörjas. Processen för detta blir mer omfattande än idag i de fall patienten inte är bokad i förväg, men i de fall patienten är bokad kommer det tvärtom att vara något enklare.

Läkaren har behörighet att registrera vårdhändelser på patienter, men precis som idag kommer patienter till stor del att bokas in och registreras av annan personal.

Det innebär att läkaren så gott som alltid kommer att arbeta med redan registrerade vårdhändelser när de har fysisk patientkontakt och således inte behöver göra någon sådan besöksregistrering.

3.1.1 Obokade kontakter

Vid obokade kontakter behöver också en ny vårdhändelse registreras för att man ska kunna dokumentera. För obokade besök (drop-in) kommer registreringen alltid vara gjord innan läkaren träffar patienten.

För obokade besök (drop-in), telefonsamtal, utgående brev och 1177-meddelanden behöver läkaren själv skapa vårdhändelse om det inte redan är gjort. För Melioranvändare är detta en ändring men för PMO-användare är det ganska likt dagens situation.

3.2 Dokumentation

En patientjournal innehåller till stor del bakgrundsdata som är mer eller mindre konstanta över tid, till exempel ärftlighet, sociala förhållanden, tidigare och nuvarande diagnoser samt överkänslighet. Denna information förs in i SDV vid första kontakten med patienten och när den väl är dokumenterad finns den kvar tills vidare.

Vid varje patientkontakt stäms befintlig bakgrundsinformation av tillsammans med patienten, och uppdateras vid behov. Arbetssättet med att lägga in bakgrundsinformationen en gång och därefter kontrollera den regelbundet vid alla vårdkontakter ger ökade förutsättningar för korrekt data i journalen och minskar onödig dubbeldokumentation.

SDV möjliggör för både farmaceuter, sjuksköterskor och läkare att dokumentera patientens läkemedelshistorik i samma vy. Detta är en ny och användbar funktionalitet som efterfrågats länge.

I SDV finns det som tidigare sagt ordinationsplaner och dokumentationsmallar anpassade för olika diagnoser och situationer. Dessa planer underlättar för att komma ihåg allt, samtidigt som de kan anpassas till varje patients behov.

Även för in- och utskrivningar i slutenvård finns framtagna ordinationsplaner och dokumentationsmallar. Kopplat till dessa ordinationer finns många av de arbetsuppgifter som utförs i samband med en in-/utskrivning eller överflyttning, till exempel föreslås vid inskrivning olika riskbedömningar baserat på patientens ålder och hälsotillstånd. I samband med utskrivning finns standardiserade dokumentationsmallar som ger stöd i utskrivningsprocess.

De flesta åtgärder som idag ordinerar muntligt eller via papperslappar kommer i SDV att ordinerar digitalt. Många ordinationer är direktkopplade mot en arbetsuppgift (kallas aktivitet i SDV) som är avsedd att utföras av till exempel omvårdnadspersonal. När aktiviteten signeras som utförd blir ordinationen markerad som slutförd, vilket ger en tydlighet i det löpande omvårdnadsarbetet gällande vad som är gjort och vad som återstår.

För att kunna nyttja SDVs fulla potential krävs att dokumentationen utförs korrekt och i realtid, eller i så nära anslutning till utförandet som möjligt. Om detta sker kommer ordinationer, grunder för beslutsstöd, påbörjad dokumentation med mera att följa med vid överflyttningar mellan vårdens olika delar vilket leder till ökad patientsäkerhet och minskad dubbeldokumentation.

3.2.1 Uppmärksamhetsinformation (UMI)

Uppmärksamhetsinformation definieras av Socialstyrelsen och kommer ersätta tidigare information i fritext i form av "VMI", "utropstecken" och "gula lappen". UMI innefattar även överkänslighet, som precis som tidigare, kommer dokumenteras i strukturerad form.

Det räcker att dokumentera uppmärksamhetsinformation så som överkänslighet, implantat eller icke-invasiv ventilation på rätt sätt en gång i SDV för att det ska resultera i ett UMI-meddelande i relevanta situationer. Om överkänsligheten avskrivs, implantatet tas ut eller dokumentationen om icke-invasiv ventilation ändras försvinner motsvarande UMI-meddelande automatiskt.

3.2.2 Katetrar, drän och tuber

I SDV benämns det som i muntligt tal kallas ”infarter”, ”utfarter”, ”tuber” och andra slangar av olika slag som Katetrar, drän och tuber (KDT). Dokumentation av KDT kommer ske strukturerat i SDV. Det är alltid den som sätter in/tar ut en KDT eller utför skötsel och tillsyn av en befintlig KDT som ska dokumentera vad som gjorts. Dokumentationen följer med patienten i de olika delarna av vården, från slutenvård till öppenvård och vidare till primärvården. Detta leder till bättre översikt och dokumentation avseende skötsel, behandling och uppföljning inom dessa områden, till exempel driver dokumentationen relevanta beslutsstöd för vårdhygien.

För läkare som lägger in urinkatetrar, kirurgiska drän, pleuradrän, trakealkanyler och andra produkter inom kategorin KDT medför detta att de måste dokumentera detta strukturerat i ett tabelliknande format för att det ska synas i relevanta sammanhang, och inte som idag i fritext.

3.2.3 Vätskebalans och mat- och vätskereregistrering

Utifrån både inmatad och automatiskt inhämtad information, till exempel från infusionsvolym, blödningsregistrering, övrig elimination samt mat- och vätskereregistrering, kan SDV sammanställa och summera både vätskebalans och mat- och vätskereregistrering automatiskt.

I samband med införandet av SDV är målet att de mat- och vätskelistor på papper som används idag att tas bort och ersätts med standardiserat utformade listor som harmoniserar med uppbyggnaden av SDV. Detta för att förenkla överföringen av informationen och säkra att all information kommer med.

I kombination med realtidsdokumentation kommer detta att vara en stor förbättring och förenkling för personalen och ge bättre förutsättningar att vidta rätt åtgärder i tid.

3.2.4 Patientöversikt

Oavsett om man arbetar inom primärvård, specialiserad öppenvård eller slutenvård kommer det att finnas möjlighet att skapa översikter och patientlistor med anpassat utseende, innehåll och funktion för varje yrkesgrupp och vårdtyp. Dessa uppdateras kontinuerligt utifrån de registreringar som görs i SDV och ger medarbetarna ett visuellt stöd i det dagliga arbetet.

Inom slutenvården finns för läkare en ny funktionalitet i form av arbetslistor som uppdateras automatiskt utifrån de registreringar som görs till exempel vid överflyttningar och in- och utskrivningar. Dessa listor ger ett visuellt stöd och underlättar både vid rondning och till exempel jourarbete.

3.2.5 Överrapportering

Överrapportering av patienter kommer att följa ett strukturerat flöde, där båda parter kan följa både muntlig och skriftlig överrapportering i likvärdiga vyer och man slipper leta i journalen efter den korrekta och senaste informationen.

3.2.6 Dödsfall i slutenvård

Vid dödsfall i slutenvård kan både läkare och sjuksköterska påbörja dokumentationen, och samma flöde används under hela dokumentationsprocessen på avdelningen. Dessa uppgifter hämtas sedan in i transportsedeln. Det finns även strukturerade frågor som säkrar att exempelvis förhållningsregler utfärdade av polismyndighet dokumenteras på avsedd plats. Dödsbevis och dödsorsaksintyg utfärdas som tidigare av läkare i intygsmodulen.

När patienten skrivs ut från avdelningen med utskrivningsorsak ”avliden” markeras patienten automatiskt som avliden i patientjournalen. För patienter som avlider utanför sjukhus i Skåne kommer uppgiften om att patienten är avliden hämtas in via uppdateringar från folkbokföringen (Skatteverket / PU-tjänsten).

3.2.7 Multidisciplinär konferens (MDK)

För de största multidisciplinära konferenserna (MDK) finns ett eget flöde för elektronisk anmälan av patient och standardiserad dokumentation vid själva konferensen. Alla i teamet kommer att ha tillgång till uppdaterade listor över aktuella patienter för respektive konferenstillfälle.

3.2.8 Standardiserat vårdförlopp (SVF)

I SDV kommer det finnas beslutsstöd och formulär för att dokumentera SVF vid misstanke om cancer.

3.3 Diktering och taligenkänning (TIK)

Traditionell diktering till sekreterare är det dominerande dokumentationssättet i sjukvården idag, även om taligenkänning (TIK) är breddinfört. Eftersom diktering inte lämpar sig för realtidsdokumentation har beslut tagits om att detta inte ska användas, varför TIK i kombination med strukturerad dokumentation, kommer att vara de dokumentationssätt som används i SDV.

Detta innebär att majoriteten av läkardokumentationen kommer att göras av läkaren själv. En följd blir att den innehållskontroll av journalanteckningar som idag utförs av en medicinsk sekreterare där hen fångar upp och rättar till brister, uppmärksammar saknade remisser med mera framöver kommer att läggas på läkaren själv. Även den språkliga kontroll som idag görs av medicinska sekreterare (korrigering av språk och förtydligande av icke-etablerade förkortningar) kommer till stor del att försvinna.

3.4 Läkemedelshantering

Med SDV införs stora förändringar i läkemedelsprocessen/-hanteringen.

En annan stor förändring är införandet av generisk ordination, det vill säga ordination på substansnivå istället för på produktnivå. ”Pilning” av läkemedel i slutenvården försvinner. En läkemedelsordination gäller tills vidare om utsättningsdatum inte är angivet.

En av de stora vinsterna med SDV är införandet av en gemensam läkemedelslista som följer med i hela vårdkedjan. Den gemensamma listan ställer höga krav på korrekt dokumentation i realtid eftersom felaktigheter i läkemedelslistan påverkar alla användare och vårdenheter.

I samband med SDV införs även regiongemensamma ordinationer enligt generella direktiv, så kallade generella ordinationer (GO).

För patienter med öppenvårdsdos (Pascal) är hanteringen i SDV beroende av den framtida integrationen till NLL (Nationella läkemedelslistan).

I de fall annan personal med delegering övertar läkemedel är ordinationen lagd av läkare och därefter granskad och läkemedlet iordningsställt av sjuksköterska.

3.4.1 Kliniskt beslutsstöd läkemedel

I SDV finns flera olika beslutsstöd kopplat till läkemedelsordination och -administrering. Förutom interaktioner och överkänslighet finns även beslutsstöd för vissa läkemedel kopplat till vikt och njurfunktion.

3.4.2 Obruten digital läkemedelskedja (skanning)

SDV innehåller en separat vy där iordningsställande av läkemedel dokumenteras. I samband med iordningsställande och administrering av läkemedel i slutenvård och på specialistmottagningar kommer

både patientens ID-band och läkemedlet att skannas. Detta skapar en så kallad obruten läkemedelskedja, där systemet hjälper sjuksköterskan att säkerställa att rätt patient får rätt läkemedel i rätt dos och vid rätt tillfälle. Om enheten inte använder ID-band finns möjlighet att manuellt dokumentera administreringen.

När läkemedel skannas får man automatiskt in batch-numret i SDV, vilket underlättar vid administrering av till exempel vacciner, blodprodukter och vissa biologiska läkemedel, där batchnummer alltid ska dokumenteras. För biologiska läkemedel behöver skanning ske i separat vy.

3.4.3 Recept

Även läkemedel som förskrivs på recept börjar med en generisk ordination. Produktnamn och förpackningsstorlek väljs i sista steget.

I SDV kommer man kunna se alla läkemedelsrecept som utfärdats. Man ser däremot inte förskrivningshistorik för läkemedelsnära produkter (exempelvis kanyler, teststickor) då denna informationen enbart är synlig på respektive vårdhändelse där förskrivningen skedde. Vill man få full översikt över alla förskrivna läkemedelsnära produkter behöver man logga in i den externa webbtjänsten Förskrivningskollen, för vilket patientens aktiva samtycke krävs.

För hanteringen av receptförnyelse via till exempel 1177 pågår ett arbete med att säkra funktionaliteten. Detta är i dagsläget inte beslutat.

3.4.4 Cytostatikaordination

Ordination av antitumoral läkemedel så som exempelvis cytostatika och immunterapi ordinerar generiskt och på liknande sätt som andra läkemedel. Det innebär att beslutsstöd för interaktioner och överkänslighet används kan användas för cytostatikaordinationer.

Ordinationen görs med hjälp av ordinationsplaner som utöver det antitumoral läkemedlet även innehåller understödjande behandling som exempelvis antiemetika, laboratorieprover och besöksbokningar. För att begränsa risken för att ordinera för höga doser finns begränsningar i form av låsta måldoser och maxdoser i doskalkylatorn samt varningsdoser i rimlighetskontrollen.

3.5 Laboratoriemedicin

Flödet för ordination, utförande och resultat/utlåtande av laboratorieundersökningar blir helt digitalt och utförs i en sluten ordinationskedja med spårbarhet, det vill säga en digital ordination, skanning av patientens ID-band och utskrift och skanning av etiketter till provtagningsmaterialet i samband med provtagningen. Om enheten inte använder ID-band finns möjlighet att manuellt dokumentera provtagningen.

Det digitala flödet ställer högre krav på att ordinationerna är korrekt och exakt angivna, vilket minskar risken för feltolkningar och missförstånd hos provtagaren.

Alla laboratorieresultat kommer samlas i SDV och behovet av att efterlysa laboratoriesvar minskar i och med att hela processen från ordination till resultat är en sluten cirkel.

För PKU-provet (metabol screening av nyfödda) har arbete kring digitalisering påbörjats, detta arbete är i dagsläget inte klart.

3.5.1 Hantering av laboratorieordinationer

All hantering av laboratorieordinationer kommer att ske digitalt och det blir möjligt att ändra i ordinationen fram till dess att provtagning sker.

I situationer då prover ska tas inför ett besök kommer de att ordinerars i SDV, antingen i samband med att patienten läggs på väntelista för besöket, eller i samband med att kallelse skickas. Inga separata pappersremisser behöver fyllas i eller bifogas till kallelsen.

Även analyser som utförs vid laboratorier utanför Region Skåne kommer hanteras på samma sätt, det vill säga ordinerars digitalt och skickas till mottagaren via laboratoriemedicin Skåne.

Undantag

- Patienter som ska genomgå provtagning på Bild- och funktionsmedicin (BFM), till exempel ultraljudsledda punktioner. I dessa fall behöver den rekvisition som tillhör laboratorieordinationen skrivas ut och skickas med patienten till BFM. Detta arbetssätt kvarstår så länge BFM inte fullt ut börjat använda SDV.
- Patienter som ska genomgå provtagning i hemmet, till exempel av ASIH. I dessa fall behöver den rekvisition som tillhör laboratorieordinationen skrivas ut och följa med till patienten.

3.5.2 Hantering av provsvar

Att alla provsvar blir digitala innebär att hantering, registrering och/eller skanning av papperssvar som kommer via post minskar.

Så fort ett nytt resultat föreligger syns det i patientens lab-lista. Den ursprungliga ordinatören får dessutom ett meddelande om att det kommit ett resultat. I slutenvården går det att se alla osignerade resultat för en patient vid aktuell vårdhändelse.

3.6 Bild- och funktionsmedicin (BFM)

Ordinationer till Bild- och funktionsmedicin kommer även de att vara digitala i SDV. Då beslut tagits att BFM inte kommer att gå in i SDV fullt ut förrän i senare skede, och även då kommer att använda sig av Sectra RIS/PACS, kommer röntgenordinationerna precis som idag att skrivas i SDV, och sedan skickas automatiskt till Sectra. Men till skillnad från idag kommer kedjan alltid behöva inledas med en ordination i SDV, det kommer inte längre att fungera att först utföra en undersökning i Sectra och sedan återkoppla den till journalen i efterhand.

En annan skillnad är att varje undersökning som önskas ordinerars med helt specifika ordinationer. Exempelvis kommer man få beställa röntgen höger handled och röntgen höger hand som två olika undersökningar. Önskad sida (höger/vänster) är inkluderat i ordinationsnamnet och måste anges rätt från början för att informationen ska följa med rätt genom hela processen från ordination till utlåtande.

Även för ordinationer till BFM finns inbyggt beslutsstöd i form av meddelande till ordinator om det föreligger en känd (dokumenterad) överkänslighet mot jod eller kontrastmedel.

Svar (utlåtanden) på BFM-undersökningar kommer på samma sätt som idag att skrivas i Sectra. När de är skrivna skickas de över till SDV. För att se bilderna behöver man precis som idag gå in i Sectra.

För undersökningar som sker utan medverkan av personal från BFM (exempelvis genomlysning) behöver en ordination läggas i SDV för att det ska gå att knyta ihop undersökningen i Sectra RIS/PACS med rätt patientjournal i SDV.

3.7 Medicinsk klassificering

Den medicinska klassificeringen innebär att välja en lämplig statistisk kod för det tillstånd som patienten bedöms ha och eventuellt också för de åtgärder som är utförda. Statistiska koder kan baseras på olika kodverk så som ICD-10, Snomed CT eller KVÅ.

I SDV kan den medicinska klassificeringen, det vill säga angivelse av ICD-10- och KVÅ-koder, ligga till grund för både vidare klinisk dokumentation och trigga olika beslutsstöd. Som en följd av detta krävs att medicinsk klassificering (val av rätt koder) görs av behandlande personal i direkt anslutning till besök eller vårdtillfälle.

Detta är ett nytt arbetssätt för läkare inom specialistvården, men inte för läkare i primärvården där detta görs redan idag.

Eventuella brister i den medicinska klassificeringen kan ge negativa effekter i vidare hantering:

- Sjukvårdspersonal och patient kan få fel information om patientens diagnoser och behandlingar.
- Fakturering och ekonomisk ersättning utifrån avtal mellan olika aktörer blir felaktig.
- Felaktig extern rapportering, vilket påverkar statistik som exempelvis används vid öppna jämförelser på nationell nivå.

I specialiserad öppenvård innebär detta att läkaren behöver ange besöksdiagnoser enligt ICD-10 i SDV vid varje öppenvårdsbesök. Diagnoser kan inte läggas in i efterhand när patienten har gått, då även dokumentationen i öppenvården är beroende av att rätt diagnos registreras tidigt i flödet.

Inom primärvården gör man detta redan idag, men de som inte bytt från KSH-97-P till fullständig ICD-10 behöver göra detta byte.

I slutenvården kommer läkaren precis som i öppenvården ange diagnos- och åtgärds-koder samt annan relevant information som kodaren behöver. I slutenvården kommer alla epikriser som tidigare att kontrolleras manuellt av medicinsk kodare. Vidare bearbetning och koppling av diagnoser kommer som tidigare att utföras av kodare. Läkaren behöver som tidigare ange tillräckligt med information för att kodaren ska kunna göra detta arbete.

I både primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård behöver läkaren granska och eventuellt uppdatera listan över långvariga diagnoser (pågående och tidigare) vid varje läkarkontakt samt markera vilka av dessa diagnoser som är relevanta för den aktuella kontakten (besöksdiagnos). Vid utskrivning från slutenvård kommer läkare behöva granska listan över kroniska diagnoser och avgöra vilka av dessa som har relevans för vårdhändelsen och därför ska med i epikrisen. I epikrisen behöver det som tidigare finnas minst en diagnos för vårdtillfället. Huvuddiagnosen för vårdhändelsen kan anges av läkare redan under vårdtiden eller som senast i samband med utskrivning. Om arbetet med diagnosregistrering sköts kontinuerligt under vårdtiden är det lätt att hämta in rätt diagnoser till epikrisen.

Som hjälp vid diagnosregistreringar finns det sökmöjligheter i SDV, både för statistisk diagnoskod och för beskrivande text. Läkaren bör i många situationer ändra den statistiska kodtexten för att få en bättre beskrivning i klartext som bättre beskriver just den patientens diagnos. Som tidigare är det den statistiska kodtexten som visas för patienten på 1177.se.

Vidare hantering och bearbetning av koder i det specifika kodningsverktyget rekommenderas att utföras av särskilt utsedda medarbetare som får positionen Kodare i SDV. Kodningsverktyget kommer inledningsvis endast att användas inom specialiserad vård, både öppen- och slutenvård, då beslut tagits att inte använda denna funktionalitet i primärvården.

3.7.1 Åtgärds-koder (KVÅ-koder)

KVÅ-koder kommer till stor del att registreras automatiskt i SDV baserat på att en medarbetare strukturerat dokumenterar den utförda åtgärden. Eftersom läkare i SDV inte använder strukturerad dokumentation i lika hög grad som andra yrkesgrupper kommer viss manuell hantering behövas för att få in KVÅ-koder för de åtgärder som läkare utför.

I primärvården är det generellt sett färre registreringskrav avseende KVÅ-koder vilket gör att KVÅ-registrering får en mer begränsad omfattning där.

Kodning som tidigare förekommit enbart grundat på statistikbehov i verksamheterna och inte på Socialstyrelsens anvisningar kommer att försvinna. Många medarbetare kan därför uppleva att antalet KVÅ-koder för typbesök av olika slag kan komma att minska.

3.8 Remisshantering

Begreppet remiss kommer i SDV att få en mer begränsad betydelse än det har idag. Remiss kommer endast omfatta polikliniska remisser till mottagningar. Andra förfrågningar som idag benämns remiss, till exempel beställningar av bild- och funktionsundersökningar, laboratorieundersökningar eller ett önskemål om en inläggande konsultation, kommer istället att hanteras som ordinationer.

Remisser till öppenvårdsmottagningar kommer helt och hållet att hanteras digitalt. De finns samlade i ett verktyg, som även innehåller funktion för uppföljning av remisser. Hela förfarandet, från skapande och signering av remiss, remissbedömning, remissbekräftelse, bokning och remissvar till remittent sker i en sluten digital kedja med spårbarhet.

Pappersremisser som kommer från vårdgivare utanför SDV behöver hanteras och ankomstregistreras samma dag som de inkommer för att datum ska stämma, då det inte är möjligt att bakåtdatera dessa.

Hela arbetet med remisshantering är naturligtvis beroende av hur stort remissflöde varje enhet har och kommer att vara en större förändring inom specialiserad vård.

3.8.1 Begäran om öppenvårdsåtgärd

Det kommer att finnas ett förenklat sätt att be om en uppföljning för utvalda standardärenden som distriktssköterska på vårdcentralen vanligtvis hanterar. Detta kommer inte att hanteras i remissflödet, utan med hjälp av specifika ordinationer kan ett meddelande enkelt skickas vederbörande vårdcentral om att patienten kommer höra av sig. Denna ordination används när man bedömer att patienten själv kan ta ansvar för tidbokning och återkoppling från vårdcentralen endast behövs om något oväntat uppkommer.

3.9 Medicinteknisk utrustning

Medicinteknisk utrustning, så som exempelvis blodtrycksmätare, kommer i mycket högre grad än idag vara direkt uppkopplade med realtidsöverföring till journalen. Mätresultaten från sådan utrustning kommer vara omedelbart tillgängliga i SDV. Inledningsvis kommer uppkopplad utrustning endast användas i specialiserad vård.

Instrument för patientnära analyser (exempelvis blodgasapparater) kommer på samma sätt som idag vara direkt uppkopplade med realtidsöverföring till journalen, vilket gör att resultaten kommer vara omedelbart tillgängliga i SDV.

3.10 Vårdplatsöversikt/-koordinering

I SDV kommer all administration kring vårdplatser att ske digitalt. Många av de vanligaste flödena, så som inskrivning och överflyttning till annan enhet, kan ske med hjälp av särskilda ordinationer. Fördelen med att vårdövergångar och ändrat medicinskt ansvar är ordinationsdrivet är att eventuella otydligheter kring vem som har ansvaret för en slutenvårdspatient förebyggs.

3.11 Hälsodeklarationer

Hälsodeklarationer inför planerade ingrepp kommer till stor del att bli regionalt enhetliga och hanteras digitalt, vilket minskar pappersarbete och gör informationen mer lättillgänglig.

3.12 Kvalitetsregister

De kvalitetsregister som har direktöverföring från befintliga journalsystem kommer även ha detta även från SDV. För övriga register kommer manuell överföring av data att behöva ske även framöver. På sikt är tanken att utveckla direktöverföring för allt fler register, vilket kommer minska behovet av att medarbetare lägger in data manuellt.

3.13 Akutverksamhet

De stora akutmottagningarna kommer alla att använda samma patientliggare. Denna visar grafiskt hur långt en patient har kommit i sitt besök, och har en rad interaktiva funktioner som ger en betydligt tydligare överblick än idag. Vissa specialitetsakuter kommer inte använda sig av denna funktionalitet, utan kommer att hanteras på samma sätt som planerad specialiserad öppenvård.

Dagens dokumentation på RETTS-blad i pappersform försvinner och blir digital, även för patienter som inkommer med ambulans. Ambulansens RETTS-papper kommer att skickas över till SDV i form av ett PDF-dokument och kan läsas i patienten journal. För samtliga patienter och framför allt för de som inkommer med ambulans måste vårdhändelsen registreras utan dröjsmål för att dokumentation ska kunna göras.

Triage-dokumentationen kommer också att bli digital och utgör en del av den totala dokumentationen. Det visuella stödet avseende prioritet och ESS (Emergency Symptoms and Signs, gruppering av akuta symtom) på RETTS-pappersunderlag kommer att försvinna och den numeriska RETTS-beteckningen ersätts av en ny indelning. Man kommer fortsatt att ha tillgång till RETTS online i arbetet.

3.13.1 Larm

För patienter som inkommer med ambulans till akutmottagningen kan dokumentation av det akuta omhändertagandet ske digitalt i realtid genom ordinationer som får tidsstämpel efterhand som de skapas och signeras. Vid komplexa larm som traumalarm har man beslutat att fortsätta med pappersdokumentation i det akuta skedet, för att sedan föra in informationen i SDV.

För larm inom sjukhuset gällande patienter som blir akut försämrade under sjukhusvistelsen (inklusive HLR-larm) används digital dokumentation. Om lokala förhållanden kräver det kan pappersdokumentation med införande i SDV i efterhand användas.

3.13.2 Kvälls- och helgmottagning

På vissa Kvälls- och helgmottagningar används en något förenklad version av akutens patientliggare. Denna ger bättre förutsättningar för en jämnare fördelning av arbetsbelastningen, utifrån vilka patienter som väntar och varför de väntar.

3.14 Anestesi – operation – pre/postoperativ vård

Operativa åtgärder utförda på central operationsavdelning kommer att dokumenteras i både SDV och Orbit, vilket innebär att dubbeldokumentation inte helt kan elimineras. Mindre ingrepp som utförs på specialistvårdmottagningar hanteras helt i SDV, på liknande sätt som vanliga mottagningsbesök i specialiserad vård.

Operationsanmälan för ingrepp på central operationsavdelning sker i Orbit. Preoperativ diagnos anges som tidigare i Orbit, men ska även dokumenteras i SDV tillsammans med andra diagnoser som patienten har. Utifrån vilken operation som ska utföras läggs i SDV en ordinationsplan innehållande övriga åtgärder som ska utföras i samband med operationen, till exempel preoperativa utredningar och intraoperativa provtagningar. Om anmälade läkare eller operatör har information som ska förmedlas direkt till operations- eller anestesipersonalen kommer detta även fortsättningsvis att skrivas i Orbit.

Anestesibedömning dokumenteras till största del i SDV, men viss information behöver även dokumenteras i Orbit. Det finns framtagna ordinationsplaner för anesthesiologen att välja bland för att underlätta arbetet, dessa kan inkludera allt från läkemedelsordinationer till omvårdnadsåtgärder.

Huvuddelen av den intraoperativa dokumentationen kommer att ske i SDV, på samma sätt som man dokumenterar i slutenvård, inklusive omvårdnadsåtgärder, anestesijournal och läkemedel. Detta ger en total överblick över vätskebalans, sårbehandling, katetrar, drän och tuber (KDT). I Orbit kommer framför allt klockslag, personal och teknisk information att dokumenteras.

Operationsberättelsen kommer att skapas i SDV, via både formulär och strukturerad information. Åtgärds-koder kommer att behöva dokumenteras i både Orbit och SDV.

3.14.1 Endoskopi

Specialiserade endoskopimottagningar kommer att använda SDV för dokumentation. Endoskopi med sederig utförd av anestesipersonal kräver en operationsanmälan i Orbit och hanteras som övriga operationer i Orbit.

3.15 Intensivvård

Inom intensivvården blir den stora förändringen att alla övergår till digital dokumentation i samma journalsystem och med samma dokumentationssätt som övrig slutenvård. Detta medför att såväl medarbetarna inom intensivvården som medarbetare på enheter som tar emot patienter från intensivvården slipper leta efter korrekt information, dubbeldokumentera eller föra in information på papperslistor då tidigare gjord dokumentation följer med patienten.

Den avancerade medicintekniska utrustningen som används inom intensivvården kommer att föra över data till journalen. I journalen finns IVA-specifika ordinationsplaner för läkemedelsordinationer och omvårdnadsåtgärder.

4 Positioner

Nedan positioner (inloggningsalternativ i journalsystemet) hanteras i detta dokument och är de som finns att tillgå för läkaren, vid övergång till SDV i samband med införandet. Positionerna kan komma att utvecklas och förändras över tid.

Läkare - AKM	Läkare - Minnessjukdomar
Läkare - Anestesi och intensivvård	Läkare - Neonatal
Läkare - Barnanestesi och intensivvård	Läkare - Neurokirurgi
Läkare - Barnkardiologi	Läkare - Neurologi
Läkare - Barnkirurgi	Läkare - Njurmedicin och dialys
Läkare - Barnmedicin	Läkare - Obstetrik och gynekologi
Läkare - BFM	Läkare - Onkologi
Läkare - Endokrinologi och diabetologi	Läkare - Ortopedi
Läkare - Geriatrik	Läkare - Palliativ medicin
Läkare - Habilitering	Läkare - Plastikkirurgi
Läkare - Handkirurgi	Läkare - Primärvård
Läkare - Hematologi	Läkare - Psykiatri
Läkare - Hud- och könssjukdomar	Läkare - Rehabiliteringsmedicin
Läkare - Infektionssjukdomar	Läkare - Reproduktionsmedicin
Läkare - Intensivvårdsplacering	Läkare - Reumatologi
Läkare - Internmedicin	Läkare - RLS
Läkare - Kardiologi	Läkare - Sjukhusläkare
Läkare - Kirurgi	Läkare - Smärtrehab
Läkare - Koagulations- och blödningsjuk	Läkare - Thoraxkirurgi
Läkare - Käkkirurgi	Läkare - Ungdomsmottagning
Läkare - Kärlkirurgi	Läkare - Urologi
Läkare - Laboratoriemedicin	Läkare - Vårdhygien
Läkare - Lungmedicin	Läkare - Ögonsjukdomar
Läkare - Medicinsk angiologi	Läkare - Öron, näsa och hals
Läkare - Medicinsk gastroenterologi	Röntgentandläkare - BFM
Läkare - MHV/Kvinnohälsa	