

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



Dietist

Innehåll

1	Bakgrund och syfte	3
2	Beskrivning av förändringen	3
2.1	Standardisering	3
2.2	Strukturerad dokumentation	4
2.3	Ordinationsdriven vårdprocess	4
2.4	Realtidsdokumentation	5
2.5	Rollstyrda vyer	5
3	Exempel på arbetsuppgifter som kommer att förändras	5
3.1	Registrering	5
3.1.1	Obokade kontakter	6
3.1.2	Efterregistrering	6
3.2	Dokumentation	6
3.2.1	Uppmärksamhetsinformation (UMI)	6
3.2.2	Riskbedömningar	7
3.2.3	Katetrar, drän och tuber (KDT)	7
3.2.4	Vätskebalans och mat- och vätskeregistrering	7
3.2.5	Patientöversikt	7
3.2.6	Överrapportering	7
3.3	Diktering och taligenkänning (TIK)	7
3.4	Läkemedelshantering	8
3.4.1	Kliniskt beslutsstöd läkemedel	8
3.4.2	Recept	8
3.5	Laboratoriemedicin	8
3.6	Medicinsk klassificering	8
3.6.1	Åtgärds-koder (KVÅ-koder)	9
3.7	Remisshantering	9
3.8	Beställning av transporter och lokalvård	9
3.9	Skanning av dokument	10
3.10	Posthantering	10
3.11	Kalitetsregister	10
4	Positioner	10

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 inloggnings. 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 inloggnings, som berörs av detta dokument kan ses under rubrik 5 – Positioner.

För dietister kommer den största förändringen utgöras av sättet att dokumentera. En stor del av dokumentationen kommer fortfarande utgöras av mycket fritext, men med en tydligare uppdelning med fler sökord med terminologi från Nutrition Care Process Terminology (NCPT).

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.

För dietisten betyder detta en bättre översikt i patientarbetet då all dokumentation, inklusive tidbokning, journalföring och medicinsk klassificering, finns samlad.

I SDV bygger dietistens dokumentation på NCPT vilket kommer ge en standardiserad dokumentation för dietister i hela vårdkedjan. Uppföljning mellan olika dietister förenklas och blir tydligare med en enhetlig och standardiserad dokumentation.

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.

För dietisten utgörs dokumentationen fortsatt av mycket fritext, men med en tydligare uppdelning med fler sökord och terminologi från NCPT.

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 vikt eller längd 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.

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.

Baserat på ordinationer som läggs av en medarbetare kan SDV automatiskt skapa aktiviteter som påminner om nästa arbetsuppgift och på så sätt hjälpa till att föra vårdprocessen framåt. Om dietisten till exempel ordinerar ett kosttillskott till en patient får omvårdnadspersonal en uppgift att ge kosttillskottet vid den tidpunkt och i den mängd som dietisten ordinerat.

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, bedömningar, målsättningar 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. Realtidsdokumentation innebär också att informationen direkt finns tillgänglig för alla i teamet, till exempel överförs viss information till patientens översiktsvy och olika patientöversikter inom slutenvården.

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 innebär att utseendet på och innehållet i SDV styrs utifrån rollen som dietist. Utifrån var inom Region Skånes verksamhet medarbetaren arbetar finns situationsspecifika arbetsflöden att välja mellan. På så sätt sker en anpassning utifrån situationsspecifika behov.

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.

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

3.1.1 Obokade kontakter

För obokade besök (drop-in), telefonsamtal, utgående brev och 1177-meddelanden behöver dietisten 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.

3.1.2 Efterregistrering

Efterregistrering av besök kommer i stort att försvinna eftersom patienten måste registreras innan vårdpersonal kan dokumentera.

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.

Flera typer av dokumentation i SDV är gjord för att vara tvärprofessionell, till exempel:

- Slutenvårdsepikris
- Patientens mål samt målrelaterade åtgärder

Detta ger en tydlighet i samarbetet mellan vårdens olika yrkesgrupper, verksamhetsområde och även patienten, vilket bidrar till ökad personcentrering.

SDV erbjuder även tvärprofessionella vårdplaner inom slutenvården anpassade för olika hälsoproblem och situationer, där vården drivs av standardiserade planer som samtidigt är anpassningsbara till den enskilda patientens unika behov.

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 Riskbedömningar

Riskbedömningar samlas på ett ställe och SDV hjälper till med uträkning av poäng i de olika bedömningarna. Man kan följa poängen över tid och se hur riskerna ökar eller minskar.

Några andra förändringar i samband med riskbedömningar är att fallriskbedömningen förenklas och Downton fallrisk index fasas ut. För trycksår-riskbedömningar ersätts modifierad Norton med RBT (riskbedömning trycksår). Bedömning och dokumentation av munhälsa görs enligt ROAG (revised oral assessment guide) och finns i SDV tillsammans med övriga bedömningar.

3.2.3 Katetrar, drän och tuber (KDT)

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.

3.2.4 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 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.

3.2.5 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.

3.2.6 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.

3.3 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.

3.4 Läkemedelshantering

3.4.1 Kliniskt beslutsstöd läkemedel

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

3.4.2 Recept

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.

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.

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

3.6 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.

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 dietisten 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.

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.

3.6.1 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 dietisten 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 dietisten utför.

För att underlätta den manuella hanteringen har en specifik sektion med samtliga KVÅ-koder tagits fram i det formulär som dietisten använder i sin dokumentation. Där anger dietisten KVÅ-koder för de åtgärder som utförts vid besöket.

I primärvården finns det inga registreringskrav för dietister 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.

3.7 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. Likaså är vem som utför remisshantering beroende av varje enhets bemanning. Troligen kommer, precis som idag, större delen att hanteras av medicinska sekreterare där det finns.

3.8 Beställning av transporter och lokalvård

Förändringar gällande beställning av transporter och lokalvård gäller för närvarande enbart inom sjukhusområdena, där beställningarna omfattar både öppen och sluten specialiserad vård, samt de vårdcentraler som befinner sig fysiskt inom dessa geografiska områden. Om beslutet ändras till att

omfatta även vårdenheter utanför sjukhusområdena, kommer även till exempel primärvården stå inför samma förändringar som på sjukhusen.

Beställning av transporter och vissa typer av lokalvård, till exempel smittstädning, kommer att ske digitalt i SDV via specifika formulär som fylls i. Telefonsamtal i samband med detta blir avsevärt färre.

3.9 Skanning av dokument

Antalet papper som behöver skannas kommer att minska då en stor del av de dokument som idag skannas ska ersättas av digital dokumentation.

Vem som hanterar skanningen av dokument är naturligtvis beroende på varje enhets bemanning, men troligen kommer, precis som idag, större delen att hanteras av administrativ personal där det finns.

3.10 Posthantering

Med övergången till att hantera det mesta av vårddokumentationen digitalt, inklusive provsvar och remisser, kommer internposten att minska vilket medför att tiden som ägnas åt posthantering idag kommer att minska.

Vem som hanterar inkommande och intern post är naturligtvis beroende på varje enhets bemanning, men troligen kommer, precis som idag, större delen att hanteras av administrativ personal där det finns.

3.11 Kalitetsregister

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.

4 Positioner

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

Dietist

Medarbetare – habilitering