

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



Farmaceut

Version: 2.2

DokumentID: FP006-beskrivning

Datum slutfört: 2024-10-09

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.....	4
2.5	Rollstyrda vyer	4
3	Exempel på arbetsuppgifter som kommer att förändras.....	5
3.1	Registrering	5
3.2	Dokumentation	5
3.2.1	Uppmärksamhetsinformation (UMI)	5
3.2.2	Riskbedömningar	6
3.2.3	Vätskebalans och mat- och vätskeregistrering	6
3.2.4	Patientöversikt.....	6
3.3	Läkemedelshantering.....	6
3.3.1	Kliniskt beslutsstöd läkemedel.....	6
3.3.2	Obruten digital läkemedelskedja (skanning)	6
3.3.3	Recept	7
3.3.4	Cytostatikaordination	7
3.4	Remisshantering	7
3.5	Hantering av arbetslistor	7
3.6	Kvalitetsregister	7
3.7	Akutverksamhet.....	7
3.8	Anestesi – operation – pre/postoperativ vård.....	8
3.9	Intensivvård.....	8
4	Positioner	8

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 kliniska farmaceuter kommer arbetsuppgifterna i stort sätt vara de samma som idag, men dokumentationen kommer att ske på ett annat sätt. Exempelvis kommer kliniska farmaceuter ha möjlighet att dokumentera patientens läkemedelshistorik direkt i läkemedelslistan. För farmaceuter som iordningställer läkemedel på avdelningar/mottagningar kommer det att finnas en egen del i SDV där iordningsställande dokumenteras. Med införandet av generisk ordination tillkommer en ny farmaceutroll, så kallad produkttilldelande farmaceut.

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 kliniska farmaceuter betyder det att dokumentation som gäller patientens läkemedelsbehandling inkl genomförda läkemedelsavstämningar och läkemedelgenomgångar på annan vårdenhet blir lättare att söka fram.

Uppföljning mellan olika farmaceuter 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 dubbelddokumentation. 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.

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.

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.

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.

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.

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.

För farmaceuter finns tre olika roller i SDV; klinisk, iordningsställande respektive produkttilldelande farmaceut. Det innebär att utseendet och innehållet är anpassat utifrån om man arbetar som klinisk, iordningsställande eller produkttilldelande farmaceut.

3 Exempel på arbetsuppgifter som kommer att förändras

Nedan beskrivna arbetsuppgifter är övergripande för yrkesgruppen och påverkan på utövatet 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.

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.

Flera typer av dokumentation i SDV är gjord för att vara tvärprofessionell, till exempel slutenvårdsepikrisen. Detta ger en tydlighet i samarbetet mellan vårdens olika yrkesgrupper, verksamhetsområde och även patienten, vilket bidrar till ökad personcentrering.

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 trycksårsriskbedömningar 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 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 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.

3.3 Läkemedelshantering

Med SDV införs stora förändringar i läkemedelsprocessen/-hanteringen.

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.

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.

Införandet av SDV medför att en ny grupp farmaceuter kommer att rekryteras till slutenvård och delar av specialiserad öppenvård, så kallad produkttilldelande farmaceut. I majoriteten av ordinationerna kommer SDV att tilldela en produkt men då det inte fungerar behövs en manuell produkttilldelning som kan göras av antingen en farmaceut eller en sjuksköterska.

3.3.1 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.

3.3.2 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.

3.3.3 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.

3.3.4 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.

3.4 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 inbjudande konsultation, kommer istället att hanteras som ordinationer.

3.5 Hantering av arbetslistor

Mycket av farmaceutens arbete kommer att utgå ifrån olika arbetslistor. Via arbetslistorna utförs uppgifter kopplat till en vårdhändelse.

3.6 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.

3.7 Akutverksamhet

Även på akutmottagningarna kommer digital dokumentation att bli normen. Dagens dokumentation på RETTS-blad i pappersform försvinner.

3.8 Anestesi – operation – pre/postoperativ vård

Huvuddelen av den perioperativa dokumentationen kommer att ske i SDV, på samma sätt som man dokumenterar i övrig slutenvård, inklusive anestesijournal och läkemedel.

3.9 Intensivvård

Inom intensivvården blir den stora förändringen att alla övergår till digital dokumentation i samma journalsystem och med samma dokumentationssätt som övrig slutenvård.

4 Positioner

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

Farmaceut Iordningsställande
Farmaceut Produkttilldelning
Klinisk Farmaceut