

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



Vårdhändelser

Version: 2.1

DokumentID: FB046-beskrivning

Datum slutfört: 2024-01-23

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Problemformulering	3
3	Beskrivning av förändringsbehovet.....	5
3.1	Vårdhändelse – ett helt nytt begrepp	5
3.1.1	Vårdhändelser påverkas av realtidsdokumentation	7
3.1.2	Några specifika vårdhändelsetyper som är värda att känna till	9
3.2	Sammanhängande vårdhändelse i slutenvård	10
3.2.1	Exempel på sammanhängande vårdhändelse.....	11
3.2.2	Klinisk information flödar utan avbrott.....	11
3.2.3	Dokumentationen tillhör den enhet som har medicinskt ansvar för tillfället.....	12
3.2.4	Ordinationer används för registrering vid överflyttning	12
3.2.5	Undantag från principen om sammanhängande vårdhändelse i slutenvård.....	13
4	Bilaga Exempel på nyttoeffekter	14

1 Sammanfattning

I dagens sjukvård använder vi begrepp som vårdkontakt, besök och vårdtillfälle. Efter införandet av SDV kommer vi dessutom använda det nya begreppet vårdhändelse.

Begreppet vårdhändelse och tillhörande logik skiljer sig avsevärt från de principer för registrering som tidigare använts i Sverige. I SDV öppnar man faktiskt inte patientjournalen i sig, utan väljer i varje enskilt fall vilken enskild vårdhändelse som ska öppnas. Detta innebär bland annat ett helt nytt sätt att tänka kring vårdadministrativa registreringar. För att kunna förstå SDV är det helt centralt att förstå vad vårdhändelser är och hur de fungerar.

Införandet av vårdhändelser kommer att ha stor påverkan på alla former av vårdadministrativt arbete för alla medarbetare i sjukvården, även de som idag inte har några direkta vårdadministrativa arbetsuppgifter.

2 Problemformulering

Vid införandet av SDV i Region Skåne kommer det nya begreppet *Vårdhändelse* att införas. Både lagring och koppling av journaldata är i SDV till stor del baserat på vårdhändelser och en förståelse av begreppet vårdhändelser är därför helt centralt för att förstå hur SDV fungerar.

Vårdhändelse har vissa likheter med ett antal begrepp som används i Region Skåne idag, så som *vårdkontakt*, *kontaktregistrering*, *besök*, *slutenvårdstillfälle* mm, men är på inget sätt entydigt med något av dessa tidigare begrepp.

När du öppnar en patientjournal i SDV är det inte patientjournalen i sig du öppnar, utan du behöver välja en viss vårdhändelse och öppnar denna. I regel öppnar du den vårdhändelse (besök eller motsvarande kontakt) som är aktuell.

Att det är vårdhändelsen du öppnar, och inte hela patientjournalen, illustreras bland annat av att du behöver ange vårdrelation för varje ny vårdhändelse du öppnar, även om du nyss haft en annan vårdhändelse öppen för samma patient.¹

Den vårdhändelse du väljer att öppna systemet med påverkar vad du kan se och göra i systemet. Du kan tänka på vårdhändelsen som ”det nyckelhål du tittar in i journalen genom”, och din rollprofil som ”vilken sorts nyckelhål du får titta in genom”.

För att dokumentera, beställa, boka, planera eller ordinera något i SDV måste du alltid välja en vårdhändelse som åtgärden knyts till. Detta val styr vem som i efterhand kan se dokumentationen och påverkar också en del ekonomiska parametrar (betalningsansvar för prover mm).

Kravet på att allt du dokumenterar i journalen ska kopplas till rätt vårdhändelse ställer nya krav på att klinisk dokumentation och administrativ registrering går hand i hand.

I tidigare system har vi varit vana vid att klinisk dokumentation kan utföras helt oberoende av vårdadministrativ dokumentation (bild 1).

¹ Se FB056 - En gemensam journal

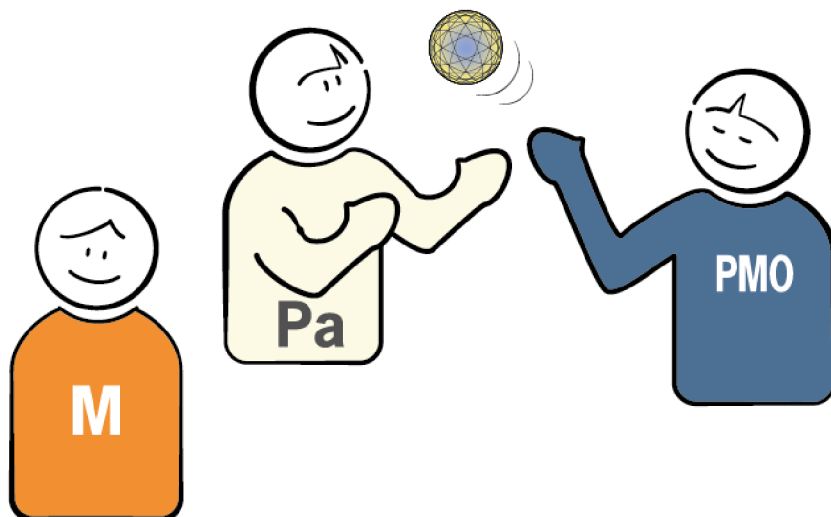


Bild 1. Vissa registreringar i PMO (bollen på bilden) överförs till PASiS. I övrigt kan man idag dokumentera fritt i PMO och Melior utan att det påverkar någon vårdadministrativ registrering i PASiS.

I SDV kommer journalen och den vårdadministrativa delen av systemet att vara sammankopplade på ett sätt som vi inte är vana vid sedan tidigare.

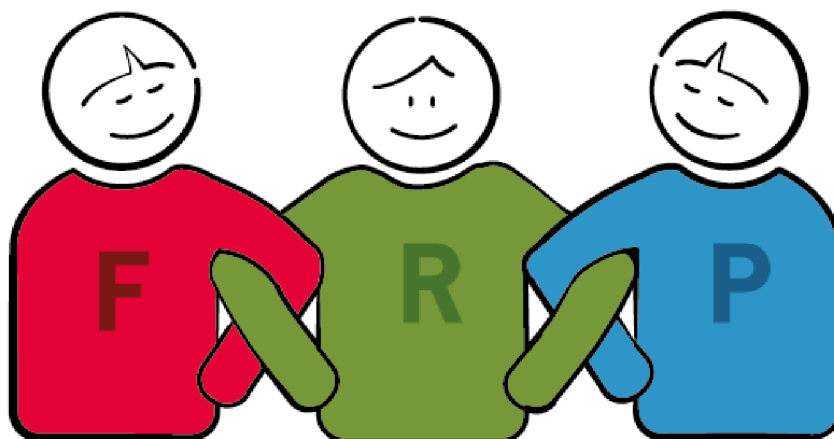


Bild 2. I SDV kommer de kliniska journalapplikationerna Journalen PowerChart (P) och Akutmodulen FirstNet (F) att vara tätt sammankopplade med den Patientadministrativa modulen Revenue Cycle (R).

Det kommer alltså inte längre gå att frikoppla klinisk och vårdadministrativ dokumentation så som vi varit vana vid från tidigare system (bild 3).

Melior	Vårdkontakt öppenvård			
	Reumatologi 2023-01-01 – 2023-12-31			
PASiS	Öppenvårdsbesök Reuma Malmö	Telefonkontakt Reuma Malmö	1177-ärend Reuma Malmö	Uteblivet besök Reuma Malmö
SDV	Vårdhändelse Specialiserad öppenvård (1)	Vårdhändelse Specialiserad öppenvård (2)	Vårdhändelse Kontakt utan besök	Vårdhändelse Uteblivet besök

Bild 3. I Melior (orange) har man kunnat använda samma vårdkontakt under ett helt kalenderår. Parallellt har man gjort separata registreringar i PASiS (gult) för varje kontakt. I SDV (blått) krävs det en ny vårdhändelse för varje enskild kontakt. Patienten i detta exempel har haft fyra olika kontakter med reumamottagningen under ett kalenderår.

Tidigare har man i den specialiserade öppenvården skapat en helårskontakt i Melior, exempelvis *Reumatologi 2023-01-01 - 2023-12-31*. Parallellt med denna helårskontakt har varje enskild vårdkontakt registrerats med datum och kontakttyp i PASiS. Kontakterna i Melior och i PASiS har kunnat göras helt oberoende av varandra och varit helt frikopplade från varandra.

PMO-användare är vana vid att göra ny kontaktregistrering vid varje ny kontakt.

3 Beskrivning av förändringsbehovet

3.1 Vårdhändelse – ett helt nytt begrepp

Vårdhändelse är ett helt nytt koncept som införs i samband med SDV. Vårdhändelse har viss likhet med begreppet ”vårdkontakt” men är på inget sätt ett synonymt begrepp. Alla vårdkontakter är vårdhändelser, men alla vårdhändelser är inte vårdkontakter (bild 4).

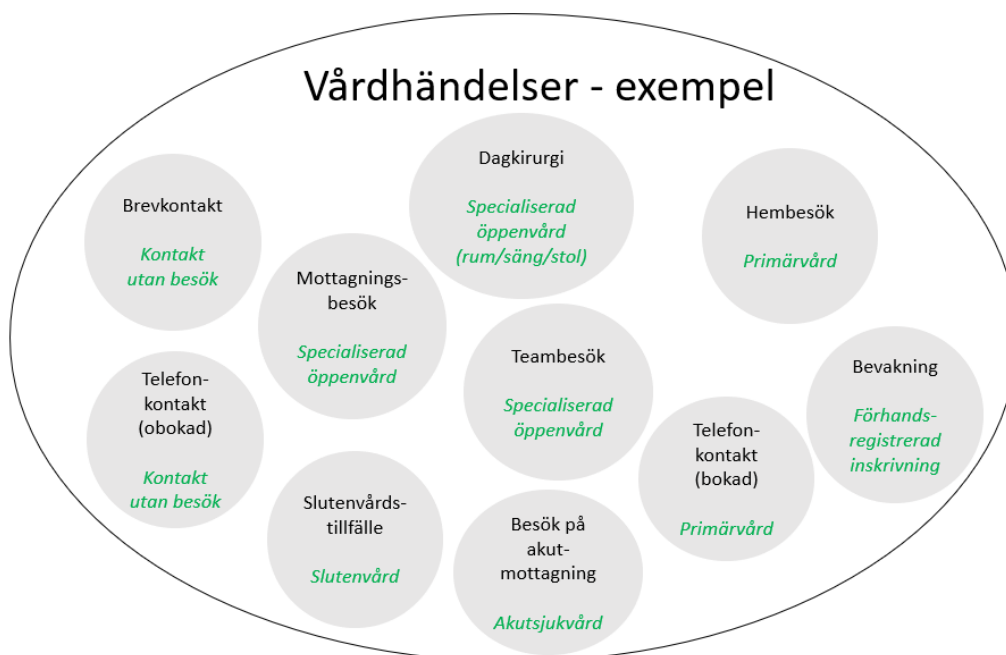


Bild 4. Kända begrepp i dagens sjukvård visas med svart text, motsvarande vårdhändelsetyp i SDV visas med grön text. För vissa vårdkontakter finns det flera möjliga vårdhändelser, exempelvis kommer hembesök och bokade telefonkontakter registreras med vårdhändelse *Specialiserad öppenvård* respektive *Primärvård* beroende på utförande organisation.

I SDV finns det ett antal vårdhändelser av olika slag. De olika vårdhändelserna är anpassade för olika situationer så att användaren ser den information som är relevant för situationen och få stöd för att registrera rätt.

I SDV har man valt att skapa ett relativt generöst utbud av vårdhändelsetyper där den information som är förfylld vid registrering är unik för varje typ. Syftet är att användaren ska få så mycket förfylld information som möjligt, och inte behöver knappa in alla standarduppgifter varje gång. På så sätt kan innehållet i registreringsfälten skräddarsys i förhållande till regionens registreringskrav i respektive situation. Fördelen med denna anpassning är att medarbetare som utför ett stort antal likartade registreringar under en arbetsdag får en snabbare arbetstakt i exempelvis receptioner, men också i andra registreringssituationer.

Kompetensutveckling behöver fortgå över tid för att ge alla medarbetare en god förståelse av varför, hur och när olika moment ska utföras i systemet. Det är nödvändigt att medarbetarna tillägnar sig förståelse av logiken kring de olika vårdhändelsetyperna som används i respektive verksamhet.

I SDV kommer ordinationer användas för att påverka vårdhändelser (påbörja, avsluta mm) så att vårdpersonal kan sköta vanliga registreringar vid exempelvis inskrivning och överflyttning utan att behöva öppna upp ett administrativt verktyg.

Många medarbetare som har kompetens på PASiS har tillägnat sig denna kompetens gradvis över många år. Startsträckan för att läsa sig arbeta självständigt med registreringar i SDV förväntas bli kortare än startsträckan för nya medarbetare som ska lära sig PASiS.

Det är väsentligt att medarbetare av alla kategorier (även klinisk vårdpersonal) tar till sig kunskapen om vårdhändelser och har respekt för att man inte kan gissa sig fram när det gäller

patientregistreringar i SDV. Både god kunskap och god förståelse krävs för att göra rätt. Ledarskap som är närvarande och lyhört kommer behövas när SDV införs.

På sikt förväntas det dagliga arbetet med registreringar av olika slag inte ha någon högre svårighetsgrad än idag. Under inkörningsperioden kommer ett aktivt och närvarande ledarskap att behövas.

Några användare vid varje enhet bör uppmuntras att skaffa sig fördjupad kunskap om logiken bakom vårdhändelseregistreringar, både för att kunna informera och hjälpa sina arbetskamrater samt att kunna utföra viss felsökning och rättning.

En annan viktig poäng att ta med sig är att alla bokade vårdhändelser behöver checkas in. Incheckningen kan i många fall göras av patienten, exempelvis med mobil incheckning. Hjälpen från personal kan behövas för patienter som inte kan checka in själva.

Utcheckning är obligatoriskt inom specialistvård när handläggningen av patienten är klar vid kontakten. Utcheckning används för att besluta om uppföljning (eller avslut) inom enheten. I primärvården checkas vårdhändelsen automatiskt ut vid midnatt.

Utöver utcheckningen behöver alla vårdhändelser även skrivas ut när de är avslutade. Utskrivningen innebär att själva vårdhändelsen avslutas i systemet och sker för det mesta automatiskt vid midnatt. Utskrivningen kan i vissa lägen behöva göras manuellt.

! Tänk på:

- Införandet av begreppet vårdhändelser innebär ett helt nytt sätt att tänka kring patientregistrering, vilket kräver medvetenhet initialt hos alla medarbetare, både de med helt kliniska roller och de med vårdadministrativa roller.

3.1.1 Vårdhändelser påverkas av realtidsdokumentation

Realtidsdokumentation är en av de principer som SDV är baserad på. Realtidsdokumentation påverkar både vårdadministrativ registrering i stort och vårdhändelser specifikt.

I dagens sjukvård går det bra att utföra klinisk dokumentation och ordination i patientjournalen utan att behöva tänka på de administrativa registreringar och arbetsuppgifter som sker i de vårdadministrativa verktygen (bild 5).

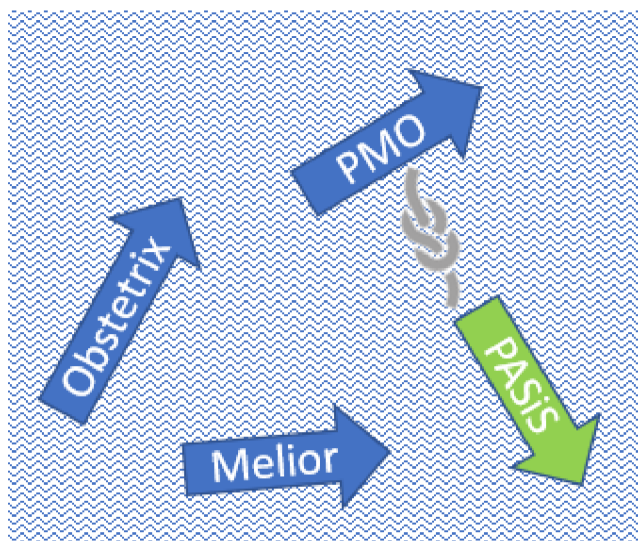


Bild 5. I Melior och Obstetrix kan medarbetarna skapa klinisk dokumentation helt oberoende av de registreringar som sker i PASiS. Dokumentation i PMO är i viss mån kopplad till registreringar i PASiS.

Vårdpersonal är vana vid att dokumentera kliniska uppgifter i patientjournalen, och förlitar sig på att medarbetare med vårdadministrativt uppdrag löser allehanda administrativa utmaningar i efterhand.

Efter införandet av SDV kommer det inte längre vara möjligt att frikoppla de kliniska registreringarna från de vårdadministrativa registreringarna på samma sätt som tidigare (bild 6).

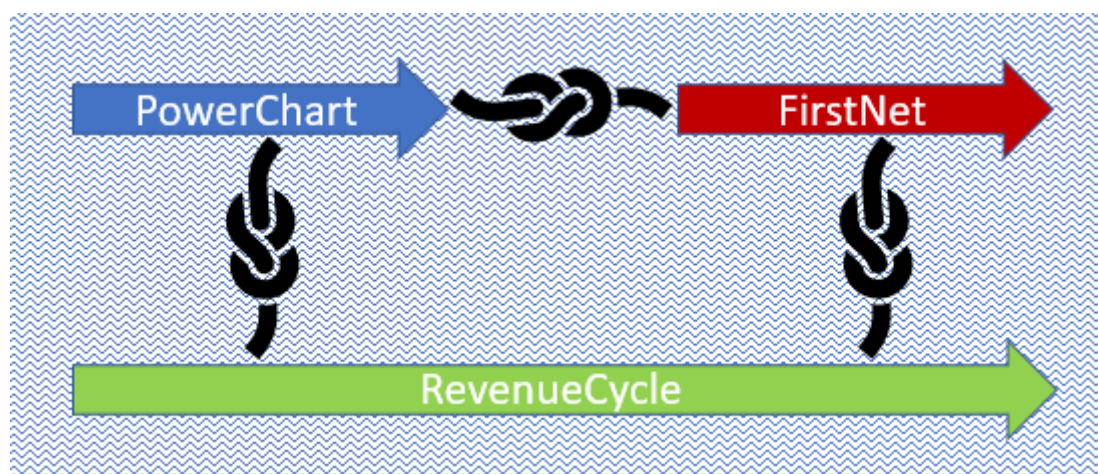


Bild 6. I SDV är den kliniska dokumentationen i Journalen PowerChart samt akutmodulen FirstNet tätt sammankopplad med den administrativa registreringen i Patientadministrativa modulen Revenue Cycle.

Att Region Skåne får ett IT-system där klinisk och vårdadministrativ hantering är sammankopplade är i de flesta avseenden positivt. Sammankopplingen av klinisk och vårdadministrativ dokumentation minskar onödig dubbelregistrering och ger möjlighet för mer korrekta data från sjukvården.

Kopplingen medför dock att det inte längre går att lägga vissa arbetsuppgifter åt sidan och förlita sig på att administrativ personal kan lösa registreringsfrågan vid en senare tidpunkt. Den innebär också att eventuella felaktiga registreringar i patientjournalen följer med in i vårdadministrationsverktygen vilket i sin tur kan ge felaktiga data för vårdplatssituation, myndighetsrapportering mm.

Ett exempel på hur delarna hänger ihop är att alla registreringsmoment för en inskrivning i slutenvården (vårdhändelse *Slutenvård*) behöver vara utförda innan patienten kan kopplas till en konkret vårdplats (säng) i Logistikmodulen Capacity Management. Administrativ registrering av inskrivning på en slutenvårdsavdelning kan därför inte vänta tills påföljande vardag, utan måste göras direkt vid inskrivning för att patientens ska kunna knytas till en fysisk vårdplats med möjlighet för övervakningsutrustning. Om patienter skrivs in vid tider på dygnet då vårdadministrativ personal inte är i tjänst måste någon i arbetslaget ha kompetens att registrera nya patienter rätt. Det behövs också kompetens att vid behov lägga upp nya individer (som inte har en patientjournal i Region Skånes system sedan tidigare) i systemet. Enheter som idag har vårdadministrativ personal på plats endast under delar av verksamhetens öppettid behöver därför se över sin bemanning och/eller ta ställning till omfördelning av vissa vårdadministrativa arbetsuppgifter.

Tänk på:

- Sammankoppling av kliniska system och vårdadministrativa system kräver att alla medarbetare har god kunskap om hur systemen fungerar tillsammans, och förstår konsekvenserna av olika registreringar.
- Det är väsentligt att göra rätt från början då det är mer komplicerat än tidigare att rätta felaktiga registreringar i efterhand.
- Kraven på realtidsdokumentation gör att vårdadministrativa registreringar behöver kunna utföras under alla tider på dygnet då verksamheten pågår.
- För att vårdadministrativa registreringar ska kunna utföras dygnet runt kan administrativt skolade medarbetare behöva tjänstgöra på jourtid i högre grad än tidigare.
- Omfördelning av vissa arbetsuppgifter och/eller kompetensutveckling hos vårdpersonal inom området vårdadministration kan bli nödvändigt för att säkra att korrekt registrering sker i realtid.

3.1.2 Några specifika vårdhändelsetyper som är värda att känna till

I detta avsnitt förklaras kort några av de vårdhändelsetyper som skiljer sig mest från dagens kontakttyper och som därför är bra att ha viss kännedom om.

3.1.2.1 Förhandsregistrering

En vårdhändelse skapas i förväg för att förbereda inför en planerad kontakt. På så sätt kan ordinationer, klinisk dokumentation eller vårdplatstilldelning i förväg knyts till den planerade kontakten. När patienten ankommer för att få vård omvandlar personalen den förhandsregistrerade vårdhändelsen till en komplett vårdhändelse. Ordinationer och dokumentation som redan skapats för vårdhändelsen kommer då följa med och kan utföras när patienten ankommit.

3.1.2.2 Specialiserad öppenvård (rum/säng/stol)

I stort fungerar denna vårdhändelse som ett vanligt besök i specialiserad sjukvård, men med finessen att det går att koppla besöksbokningen till bokning av en fysisk vårdplats (rum/säng/stol) i Logistikmodulen Capacity Management. Denna vårdhändelsetyp används för besök i specialiserad öppenvård där patienten behöver tilldelas en behandlingsplats, så som exempelvis cytostatikamottagningar och dagkirurgi.

3.1.2.3 Nyfödd

Vårdhändelsen *Nyfödd* används för att registrera friska nyfödda som medföljer moder på sjukhuset.

I PASiS har det inte funnits krav på att registrera friska nyfödda som medföljer modern, men i SDV är det nödvändigt för att kunna registrera barnet på en vårdplats (säng) och för att barnet ska ha en egen journal. Man får också en översikt över alla individer som vistas på en enhet.

3.1.2.4 Diagnostik

Vårdhändelsetypen *Diagnostik* har skapats för situationer där det saknas annan aktuell vårdhändelse som kan användas för dokumentation av diagnostisk åtgärd. Detta är aktuellt vid kontakter vars enda syfte är diagnostik/utredning, och där det inte fattas några behandlingsbeslut, exempelvis provtagning och annan undersökning.

3.1.2.5 Akutsjukvård

Tidigare har besök vid akutmottagningar registrerats på respektive behandlande specialitet. I SDV får akutsjukvården en helt egen vårdhändelsetyp som används vid alla akutmottagningar som använder akutliggaren LaunchPoint. Det kommer i SDV således inte att utläsa direkt i den vårdadministrativa registreringen om patienten har träffat ortoped, kirurg eller medicinare. Informationen om vilken specialitet som handlagt patienten finns givetvis tillgänglig i den kliniska dokumentationen. Övergången från grenindeld till mer generell akutmedicinsk handläggning speglar utvecklingen mot akutsjukvård som egen specialitet generellt.

Akutmottagningar som inte använder akutliggaren LaunchPoint (vissa specialistakutmottagningar) bokar in sina akutbesök på samma sätt som man bokar in planerade mottagningsbesök inom respektive specialitet.

3.1.2.6 Observation

Inom projektet har det tagits fram förslag på en vårdhändelse som kan användas vid observationstillfällen som sträcker sig utanför tidsramarna för ett ordinärt besök, men som inte är så långvariga att det blir ett regelrätt slutenvårdstillfälle. Syftet med vårdhändelse observation är att få tillgång till slutenvårdens verktyg för patientövervakning och läkemedelsutdelning utan att behöva skriva in patienten formellt. Beslut är ännu ej fattat (2023-02-09) om och när denna vårdhändelse ska användas.

3.1.2.7 Slutenvård

Vårdhändelse *Slutenvård* används för nästan samtliga slutenvårdstillfällen och beskrivs mer ingående i avsnittet nedan om sammanhängande vårdhändelse.

3.1.2.8 Kontakt utan besök

Vårdhändelse *Kontakt utan besök* används för obokade kontakter där inget fysiskt möte sker med patienten. I begreppet ingår obokade telefonsamtal, obokade videokontakter, skriftlig kommunikation av olika slag, kontakt med annan sjukvårdspersonal kring patienten, administrativa anteckningar mm.

En vårdhändelse av typen *Kontakt utan besök* är i SDV alltid obokad. För bokade kontakter som inte är fysiska används andra sedvanliga bokade vårdhändelser, exempelvis får ett bokat telefonsamtal inom specialiserad vård vårdhändelsen *Specialiserad öppenvård*.

3.1.2.9 Admin

Administrativa vårdhändelser betecknas *Admin* och används enbart av kliniska kodare för rent vårdadministrativa ändamål. Vårdhändelsetypen *Admin* ska aldrig öppnas eller användas av vårdpersonal som dokumenterar kliniskt. Om vårdpersonal försöker öppna en *Admin* vårdhändelse får de ett meddelande om att de inte ska använda den.

3.2 Sammanhängande vårdhändelse i slutenvård

I SDV kommer begreppet *sammanhängande vårdhändelse* införas, vilket innebär att ett slutenvårdstillfälle får ett större omfång än tidigare. Som tidigare kan ett slutenvårdstillfälle innefatta vårddygn inom olika specialiteter (exempel: patienten ligger först som ortopedpatient och blir sedan medicinpatient). Det nya i SDV är att en vårdhändelse även inkluderar tiden på akutmottagningen samt vårddygn vid olika sjukhus inom regionen, förutsatt att patienten flyttas mellan enheterna utan att passera hemmet.

Den sammanhängande vårdhändelsen innebär en stor förändring jämfört med tidigare praxis och gör att alla delar av slutenvårdstillfället hänger ihop på ett sätt som vi inte har varit vana vid.

3.2.1 Exempel på sammanhängande vårdhändelse

Nedan visas ett exempel på en patient som flyttas flera gånger (bild 7). Patienten söker på akutmottagningen i Malmö, blir inskriven på en medicinavdelning i Ystad, överflyttas till thoraxkirurgi i Lund och därefter vidare till en kardiologavdelning i Lund.

	Akutmottagning Malmö	Medicinavdelning Ystad	Thoraxkirurgi Lund	Kardiologiavdelning Lund
				
Melior	Slutenvårdstillfälle 1	Slutenvårdstillfälle 2	Slutenvårdstillfälle 3	Slutenvårdstillfälle 4
PASiS	Öppenvårdsbesök Akut Malmö	Slutenvårdstillfälle Medicin Ystad	Slutenvårdstillfälle Thoraxkirurgi Lund	Slutenvårdstillfälle Kardiologi Lund
SDV Powerchart	Slutenvård Sammanhängande slutenvårdshändelse "Single encounter"			
SDV Revenue Cycle	Admin Akut	Admin Medicin	Admin Thoraxkirurgi	Admin Kardiologi

Bild 7. Sammanhängande slutenvårdshändelse i form av en sammanhängande vårdhändelse (blå rad) i journalen PowerChart. Patienten söker akut i Malmö, skrivs in på medicinavdelning i Ystad, överförs sedan till thoraxkirurgen i Lund och därefter till kardiologen i Lund. I Patientadministrativa modulen Revenue Cycle (grön rad) blir det fyra *Admin* - vårdhändelser, vilket möjliggör separata uppföljningsdata från var och en av de fyra olika enheterna som patienten vistas på. Motsvarande registreringar i dagens system visas i orange (Melior) och gult (PASiS).

Begreppet sammanhängande vårdhändelse innebär att ett slutenvårdstillfälle kan spänna över flera specialiteter, inkludera akutbesöket där inskrivning skedde samt även inkludera vistelser på sjukhus på flera orter i Skåne. Så länge patienten är inskriven på något av offentliga sjukhusen fortsätter samma vårdhändelse och all dokumentation sker på denna.

3.2.2 Klinisk information flödar utan avbrott

Den stora fördelen med den sammanhållna vårdhändelsen är att ordinationer och dokumentation i övrigt följer med i alla kliniska vyer, utan avbrott eller informationsglapp, när patienten flyttar eller får en ändrad medicinskt ansvarig vårdenhhet. Utöver tidsbesparing och ökad översikt får man också en ökad patientsäkerhet då klinisk information som driver olika beslutsstöd och varningar följer med under hela vårdtiden. Ordinationer kopplade till vårdhändelsen inaktiveras automatiskt enligt särskilda regler vid fasta tider efter avslutad vårdhändelse.

En patient har i SDV ett antal attribut eller data kopplade till sig som individ, vilket benämns *data på patientnivå*. Exempel på information som räknas som data på patientnivå är överkänslighet och långvarigt pågående diagnoser. Data på patientnivå är alltid tillgängliga

för alla användare oavsett vilken vårdhändelse användaren har valt för att öppna patientjournalen och utan att användaren har gjort ett aktivt val enligt Patientdatalagen.²

3.2.3 Dokumentation tillhör den enhet som har medicinskt ansvar för tillfället

Vid ändring av medicinskt ansvar inom slutenvården tar den mottagande medicinskt ansvariga enheten över ägarskapet för den kliniska vårdhändelsen och även för den information som är dokumenterad på vårdhändelsen. Personal vid den enhet som är medicinskt ansvarig för tillfället ser därför direkt all information från hela vårdhändelsen, utan att behöva göra något aktivt val. En effekt av detta som kan upplevas märklig är att personal vid den föregående medicinskt ansvariga enheten i detta läge kan behöva göra ett aktivt val för att se information dokumenterad vid egen medicinskt ansvariga vårdenhet.

Om en patient exempelvis kommer in via akutmottagningen och skrivs in på en vårdavdelning kan personalen på akutmottagningen efter att patienten har flyttat inte omedelbart komma åt dokumentationen från akutmottagningen. Informationen från akutmottagningen kommer efter inskrivningen att tillhöra den medicinskt ansvariga enheten i slutenvården och personalen på akutmottagningen behöver därför göra ett aktivt val för att se den dokumentation de själva skapat på sin enhet vid akutbesöket.³

Efter utskrivning från en sammanhållen vårdhändelse tillhör dokumentationen den senaste medicinskt ansvariga vårdenheten, det vill säga den enhet som patienten skrevs ut från.

3.2.4 Ordinationer används för registrering vid överflyttning

I dagens system registreras överflyttningar eller helt nya registreringar i PASiS antingen när de äger rum, eller vid en senare tidpunkt då det är lämpligt. Vården kan idag utföras obehindrat även om rätt enhet inte är registrerad i PASiS.

I SDV kommer övergångar i slutenvård att dokumenteras (registreras) med hjälp av olika ordinationer som ändrar en eller flera av följande tre parametrar:

- Medicinskt ansvarig vårdenhet
- Enhet
- Vårdhändelse

Både inskrivning i slutenvård, ändring av ansvarig specialitet och överflyttningar av olika slag innebär att den registrerade vårdhändelsen i SDV ändras.

Ordinationerna som används vid överflyttning sätter en tidsstämpel i systemet, vilket fångar en dokumentation kring när, hur och av vem ändringen gjordes. Dessa ändringar kan också göras via Logistikmodulen Capacity Management.

Möjligheten att ändra medicinskt ansvarig vårdenhet, enhet eller vårdhändelse för patienten med hjälp av ordinationer i patientjournalen ger vårdpersonal möjligheten att sköta rutinregistreringar direkt från patientjournalen (Journalen PowerChart och Akutmodulen FirstNet) utan att behöva gå in i den Patientadministrativa modulen Revenue Cycle.

² Se FB056 – En gemensam journal

³ Se FB056 – En gemensam journal

Idag är det endast utvalda medarbetare som behöver lära sig alla funktioner i PASiS, samma princip kommer gälla i SDV där ett fåtal behöver lära sig alla funktioner i Patientadministrativa modulen Revenue Cycle och Logistikmodulen Capacity Management. Medarbetare som arbetar i slutenvård på tider utan bemanning med administrativ personal kan behöva lära sig använda några funktioner i logistikverktyget. Läs mer i förändringsbehov – Vårdövergångar.⁴

3.2.5 Undantag från principen om sammanhängande vårdhändelse i slutenvård

En vårdhändelse behöver i vissa fall brytas (avslutas) i samband med en överflyttning. Detta kan exempelvis vara aktuellt vid flytt mellan olika huvudmän, eller till eller från enhet som ännu inte infört SDV. När en sammanhängande vårdhändelse bryts är det samma sak som att patienten skrivs ut fullständigt från slutenvården. Kompletta utskrivningsdokumentation inklusive läkemedelsgenomgång och epikris behöver därför skapas. Om patienten fortfarande ska få slutenvård efter att en vårdhändelse har brutits får patienten därefter skrivas in för en ny vårdhändelse på den mottagande enheten.

Den sammanhållande slutenvårdshändelsen bryts alltid när patienten skrivs ut till annan plats utanför sjukhus (kommunalt boende eller liknande).

Tänk på:

- Sammanhängande vårdhändelser inom slutenvården ger ett kliniskt informationsflöde utan avbrott
- Den sammanhängande vårdhändelsen kompletteras med administrativa vårdhändelser som säkrar att detaljerade behov av uppföljningsdata och registreringar av olika slag kan tillgodoses.
- Ordinationer kan i ett antal rutinsituationer användas för att ändra en eller flera av faktorerna: medicinskt ansvarig enhet, enhet eller vårdhändelse.
- I situationer där sammanhängande vårdhändelse inte kan användas får patienten skrivas ut fullständigt innan hen skrivs in på nästa enhet.

⁴ Se FB032 – Vårdövergångar

4 Bilaga Exempel på nyttoeffekter

4.1 Inledning

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

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

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

4.2 Lista av exempel på identifierade nyttoeffekter

4.2.1 Standardisering

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STANDARDISERING	1	I SDV finns olika vårdhändelsetyper där innehållet i registreringsfälten skräddarsys i förhållande till regionens registreringskrav i respektive situation.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt

4.2.2 Strukturerad dokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	1	I SDV finns olika vårdhändelsetyper där innehållet i registreringsfälten skräddarsys i förhållande till regionens registreringskrav i respektive situation.	Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt
STRUKTURERAD DOKUMENTATION	1	Vårdhändelsen gör att medarbetare som utför ett stort antal likartade registreringar under en arbetsdag får en snabbare arbetstakt i exempelvis receptioner, men också i andra registreringssituationer.	Tidsaspekt Personal	Använd kompetensen rätt

4.2.3 Rollstyrda vyer

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
ROLLSTYRDA VYER	1	I SDV öppnas inte patientjournalen i sig, utan endast en enskild vårdhändelse som är aktuell. Följsamhet PDL.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt
ROLLSTYRDA VYER	1	Den typ av vårdhändelse du väljer att öppna systemet i kombination med din rollprofil påverkar vad du kan se och göra i systemet. Följsamhet PDL.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt