

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



Medicinsk Sekreterare

Version: 2.2

DokumentID: FP011-beskrivning

Datum slutfört: 2024-10-09

Original lagras elektroniskt. Användaren ansvarar för att gällande version används.

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
3.1.1	Efterregistrering.....	5
3.2	Dokumentation.....	5
3.2.1	Multidisciplinär konferens (MDK)	5
3.2.2	Standardiserat vårdförlopp.....	5
3.3	Diktering och taligenkänning (TIK)	5
3.4	Laboratoriemedicin	6
3.4.1	Hantering av laboratorieordinationer	6
3.4.2	Hantering av provsvar.....	6
3.5	Medicinsk klassificering.....	6
3.5.1	Åtgärds-koder (KVÅ-koder)	7
3.6	Remisshantering.....	7
3.7	Hantering av arbetslistor.....	7
3.8	Beställning av transporter och lokalvård.....	8
3.9	Hälsodeklarationer	8
3.10	Skanning av dokument.....	8
3.11	Posthantering	8
3.12	Kvalitetsregister.....	8
3.13	Sammanslagning identiteter	8
3.14	Akutverksamhet	9
3.14.1	Larm	9
4	Positioner	9

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 den medicinska sekreteraren kommer många arbetsuppgifter att förändras. Detta innebär att den medicinska sekreteraren kommer behöva arbeta mer koncentrerat med vissa arbetsuppgifter än man gör idag och därmed få utökad kompetens inom dessa områden, till exempel medicinsk klassificering.

2.1 Standardisering

Utgångspunkten för standardisering är enhetliga arbetssätt, termer, kodverk (såsom ICD, ICF, ICNP, KVA, 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.

För den medicinska sekreteraren betyder detta en bättre översikt i patientarbetet då all dokumentation, inklusive tidbokning, journalföring och medicinsk klassificering, finns samlat.

Det betyder också att det blir lättare att hitta dokumentation som är gjord på andra platser, att hjälpas åt inom olika specialiteter eller byta arbetsplats, då man oavsett fysisk plats eller medicinsk specialitet kommer att använda sig av samma struktur och mallar.

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.

Mycket av den dokumentation som medicinska sekreterare utför kommer att vara i form av formulär och urvalslistor eftersom den fritext som idag förs in i journalen via diktat försvinner. Om tidigare dokumentation finns på patienten kan denna återanvändas och behöver då endast hämtas in från tidigare vårdhändelser.

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.

Detta innebär att många av de arbetsuppgifter som den medicinska sekreteraren utför idag kommer att drivas av ordinationer i SDV. En del av dessa ordinationer kan den medicinska sekreteraren lägga själv, andra kräver kontrasignering och ytterligare andra måste läggas av till exempel en läkare innan sekreteraren kan utföra uppgiften. Exempel på sådana ordinationer är alla slutenvårdsinläggningar samt provtagning eller andra undersökningar inför besök eller återbesök.

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.

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 behöva göras direkt. I detta ingår registrering av patienter, journalföring och medicinsk klassificering.

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 den medicinska sekreteraren innebär detta exempelvis att de kommer kunna se en läkemedelslista i läsformat, men inte ha tillgång till ordinations- eller utdelningsvyerna. Inom specialiserad vård kommer man att ha tillgång till vårdplatsöversikt och transportbeställning, något som den medicinska sekreteraren inom primärvården inte har behov av och därmed inte tillgång till. Andra exempel är:

- Inom psykiatri kommer den medicinska sekreteraren att ha tillgång till tvångsvårdsinformation
- Inom obstetrik kommer de att ha tillgång till graviditetsinformation
- På akutmottagningarna kommer samtliga medicinska sekreterare att kunna slå samman identiteter och journaler utifrån identifierat behov
- Medicinska sekreterare som jobbar med medicinsk klassificering kommer att ha en vy anpassad för detta arbete

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.

3.1.1 Efterregistrering

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

Dock kommer viss dokumentation, framför allt medicinsk klassificering, att kunna göras i efterhand men fortfarande i nära anslutning till vårdhändelsen.

3.2 Dokumentation

3.2.1 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.

3.2.2 Standardiserat vårdförlopp

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 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.

3.4.1 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.

3.4.2 Hantering av provsvar

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

3.5 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 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.

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.

3.5.1 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. Även om större delen av KVÅ-koder registreras automatiskt baserat på införd dokumentation kommer det finnas en viss manuell hantering av koder.

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.

3.6 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.

En effekt av detta är att den administrativa hanteringen av remissflödet kommer att bli mer tids- och arbetskrävande till exempel när det gäller att flytta remisser, skicka vidare remisser av olika anledningar, hantera remisser för samordning och bevaka skickade remisser.

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.

3.7 Hantering av arbetslistor

Mycket av den medicinska sekreterarens arbete kommer att utgå ifrån olika arbetslistor. Via dessa kan hen utföra uppgifter både innan och efter en vårdkontakt. Många av de arbetsuppgifter som utförs via arbetslistor är beskrivna i andra rubriker i detta dokument, exempelvis:

- Registrering och in/utcheckning av besök
- Medicinsk klassificering
- Remisshantering
- Hantering av labordinationer och provsvar

Även annat som betalningsförbindelser, uteblivna besök och patientavgifter för registrerade besök där betalning inte blivit genomförd hanteras via arbetslistor.

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 Hälsodeklarationer

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

3.10 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. Exakt hur och var skanningen ska utföras är inte beslutat.

Giltiga och begärda handlingar avseende patienter som kommer från andra länder ska skannas in direkt i SDV. Exempel på giltiga underlag är EU- kort, pass och dokument för rätt till sjukvård.

3.11 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.

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 Sammanslagning identiteter

Sammanslagning av identiteter kommer att utföras av ett fåtal utsedda medarbetare som för detta får specifika behörigheter. Detta för att uppgifterna kräver tillgång till konfigurationsdelen av SDV och därmed en större förståelse för hur det kan påverka annan dokumentation.

Denna position kan naturligtvis och kommer troligen till stor del, att innehas av medicinska sekreterare.

Undantag

- Samtliga medicinska sekreterare på de stora akutmottagningarna kommer kunna slå samman identiteter och journaler.

3.14 Akutverksamhet

De stora akutmottagningarna kommer alla att använda samma patientloggare. 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.

3.14.1 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.

4 Positioner

Nedan positioner (inloggningsalternativ i journalsystemet) hanteras i detta dokument och är de som finns att tillgå för medicinska sekreterare, vid övergång till SDV i samband med införandet.

Positionerna kan komma att utvecklas och förändras över tid.

Medicinsk sekreterare
Medicinsk sekreterare - AKM
Medicinsk sekreterare - Obstetrik
Medicinsk sekreterare - Primärvård

Medicinsk sekreterare - Psykiatri
Medicinsk sekreterare – Ungdomsmott
Kodare
Administratör – BFM