

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



Undersköterska och skötare

Version: 2.2

DokumentID: FP015-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	5
3	Exempel på arbetsuppgifter som kommer att förändras	5
3.1	Registrering	5
3.1.1	Obokade kontakter	5
3.2	Dokumentation	5
3.2.1	Riskbedömningar	6
3.2.2	Katetrar, drän och tuber (KDT)	6
3.2.3	Vätskebalans och mat- och vätskeregistrering	6
3.2.4	Sårbehandling	7
3.2.5	Patientöversikt	7
3.2.6	Överrapportering	7
3.3	Läkemedelshantering	7
3.4	Laboratoriemedicin	7
3.4.1	Hantering av laboratorieordinationer	7
3.4.2	Hantering av provsvar	8
3.5	Bild- och funktionsmedicin (BFM)	8
3.6	Medicinteknisk utrustning	8
3.7	Vårdplatsöversikt/-koordinering	9
3.8	Beställning av transporter och lokalvård	9
3.9	Hälsodeklarationer	9
3.10	Kvalitetsregister	9
3.11	Akutverksamhet	9
3.11.1	Larm	10
3.11.2	Kvälls- och helgmottagning	10
3.12	Anestesi – operation – pre/postoperativ vård	10
3.12.1	Endoskopi	10
3.13	Intensivvård	10
4	Positioner	11

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 undersköterskan och skötaren blir SDV ett mer ändamålsenligt verktyg i den kliniska vardagen baserat på principerna nedan.

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.

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 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.

Undersköterskans och skötarens 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 återanvändas.

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.

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

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.

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.

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

Realtidsdokumentation stöds av inbyggda beslutsstöd till exempel NEWS2 där undersköterskan eller skötaren kopplar/startar utrustning för vitalparametrar på patient, mätvärdena överförs digitalt till SDV, som i sin tur bearbetar värdena mot beslutsstöd och återkopplar visuellt med aktuella poäng och nästa önskvärda åtgärd utifrån beslutsstödet. Detta stärker det patientnära arbetet.

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 dels utifrån rollen som undersköterska eller skötare, dels utifrån var inom Region Skånes verksamhet medarbetaren arbetar. 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.

3.1.1 Obokade kontakter

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

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

- Slutenvårdsepikris
- Dokumentation vid dödsfall
- Inskrivning i psykiatrisk slutenvård
- 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.

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 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.

3.2.2 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. Dokumentation 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.

Undantag

- Då slutenvårdspatienter får någon typ av KDT eller en befintlig sådan avlägsnas på Bild- och funktionsmedicin kommer dokumentation även fortsättningsvis ske på papper, vilket sen behöver föras in i journalen av personal som tar emot patienten när undersökningen är klar. Detta arbetssätt kvarstår så länge BFM inte fullt ut börjat använda SDV.

3.2.3 Vätskebalans och mat- och vätskeregistrering

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

Precis som för KDT blir dokumentationen kring sårbehandling strukturerad och standardiserad och följer med i de olika delarna av vården, från slutenvård till öppenvård och vidare till primärvården. Detta leder till bättre översikt och dokumentation avseende behandling och uppföljning.

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.

Inom slutenvård finns en ny funktionalitet för undersköterskan och skötaren som ger en överblick av aktuella patienter; planerade aktiviteter, nya ordinationer, resultat av NEWS-bedömningar med mera. Detta gör informationen mer överskådlig och åtgärder kan påbörjas direkt. Aktiviteterna visas även i form av en tidsgraf vilket förenklar både planering och resursfördelning.

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 Läkemedelshantering

I de fall en undersköterska eller skötare med delegering överräcker läkemedel är ordinationen lagd av läkare och därefter granskad och läkemedlet iordningsställt av sjuksköterska.

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 ordinerar digitalt och skickas till mottagaren via laboratoriemedicin Skåne.

Detta innebär att arbete kring provtagning delvis kommer att utföras på nytt sätt, då det inte längre finns någon pappersremiss. Istället kommer SDV att beskriva vilka rör/vilket provtagningsmaterial som ska användas. Förhoppningen är att digitala beställningar via eLAB RS redan är utrullat då SDV införs och då kommer själva provtagningsdelen påminna om hur man arbetar i eLAB RS.

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.

3.4.2 Hantering av provsvar

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

3.5 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.

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.

3.6 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.

3.7 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.

Den transparens i vårdplatssituationen som detta medför förväntas underlätta arbetet både för den som arbetar övergripande med vårdplatskoordinering och för den som jobbar lokalt på den egna avdelningen. Här finns även möjlighet för undersköterskan eller skötaren att skapa personliga listor som ytterligare stöd i denna arbetsprocess.

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 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.

3.11 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.

3.11.1 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.

3.11.2 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.

3.12 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. 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 anestesilogiska ordinationsplaner som inkluderar 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.

3.12.1 Endoskopi

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

3.13 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 undersköterskor och skötare, vid övergång till SDV i samband med införandet. Positionerna kan komma att utvecklas och förändras över tid.

DG Undersköterska	Undersköterska - Intensiv-och postopvård
DG Undersköterska - AKM	Undersköterska - MHV/Kvinnohälsa
DG Undersköterska - Andningsvård	Undersköterska - Neonatal
DG Undersköterska - Anestesi & Operation	Undersköterska - Obstetrik, Slutenvård
DG Undersköterska - Barnintensivvård	Undersköterska - Obstetrik, Öppenvård
DG Undersköterska - Intensiv-och postopv	Undersköterska - Onkologi
DG Undersköterska - Neonatal	Undersköterska - Primärvård
DG Undersköterska - Onkologi	Undersköterska - Ungdomsmottagning
DG Undersköterska - Primärvård	Undersköterska - Öppenvård
DG Undersköterska - Öppenvård	DG Medarbetare – Psykiatri, Slutenvård
Undersköterska	DG Medarbetare – Psykiatri, Öppenvård
Undersköterska - AKM	Medarbetare – Psykiatri, Slutenvård
Undersköterska - Andningsvård	Medarbetare – Psykiatri, Öppenvård
Undersköterska - Anestesi & Operation	Medarbetare - Ögonsjukvård, Öppenvård
Undersköterska - Barnintensiv/postopvård	DG Medarbetare - Ögonsjukvård, Öppenvård
Undersköterska - Gynekologi, Slutenvård	Gipstekniker
Undersköterska - Gynekologi, Öppenvård	Administratör - BFM