

SDV Skånes Digitala Vårdsystem

*Principerna som utgör grunderna i Skånes
digitala vårdssystem*

Version: 2.1

DokumentID: DP001-beskrivning

Datum slutfört: 2024-01-16

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

Innehåll

1	Syfte med dokumentet	3
2	Bakgrund	3
3	Vad Region Skåne vill uppnå med förändringen	4
4	Principerna	5
4.1	Standardisering.....	6
4.2	Strukturerad dokumentation	6
4.3	Ordinationsdriven vårdprocess	6
4.4	Realtidsdokumentation	7
4.5	Rollstyrda vyer	7
5	Exempel	7
5.1	Utvecklade roller och flöden	7
5.2	All patienthistorik samlad och tillgänglig i journalen	8
5.3	Regionövergripande rehabiliteringsplan	8
5.4	Ordnation av laboratorieanalys.....	8
5.5	Sömlös övergång från primärvård till specialiserad vård	9
6	Summering	9

1 Syfte med dokumentet

Dokumentet definierar och beskriver de *principer* som den gemensamma IT-miljön Skånes digitala vårdssystem (SDV) grundar sig på, och syftar till att skapa en förståelse för den verksamhetspåverkan det medför. Målgrupp för dokumentet är primärt de medarbetare inom Region Skåne som ansvarar för att säkerställa förändringarna i verksamheten innan driftstart av SDV.

2 Bakgrund

Principerna utgör grunden till de flesta förändringarna vid införande av SDV. De enhetliga arbetssätt som SDV medför möjliggör realisering av de nyttoeffekter som Region Skåne satt upp.

Regionstyrelsen i Region Skåne beslutade 2016 att anta en strategi för sammanhållet digitalt vårdssystem¹. Utgångspunkten är att vi ska ta till vara på digitaliseringens möjligheter för att kunna förbättra kvalitet, patientsäkerhet och tillgänglighet, samtidigt som vi får en mer jämlik vård och använder våra resurser mer effektivt.

Förändringen inom hälso- och sjukvården innebär att vi börjar med digitala ordinationer och digitala beslutsstöd som utgår från standardiserade vårdprogram och vårdflöden.

Medarbetare inom hälso- och sjukvården ska alltid agera utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientjournal förs i första hand för att bidra till en säker vård av patienten, och ska spegla de olika delarna informationsinsamling, bedömning, planering, genomförande, resultat och utvärdering.

Journaluppgifter ska dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp, termer, kodverk (såsom ICD, ICF, ICNP, KVÅ, NCPT) och klassifikationer. Detta är av stor vikt för patientsäkerheten, informationsöverföringen och för att kunna sammanställa relevant statistik.

Genom en integrerad, ordinationsdriven vårdprocess i en gemensam IT-miljö hålls arbetet med patienten samman. Standardiserade processer ger bättre möjlighet till uppföljning av patientens vård. Relevanta beslutsstöd kan byggas in i systemet vilket kan förhindra felbehandlingar och medför förbättringar för medarbetarna och patienterna. Ett exempel på detta är en varning för läkemedelsinteraktioner vid ordination av ett nytt läkemedel.

Vissa områden inom Region Skåne är redan digitaliserade, såsom läkemedel. Nuvarande process kring läkemedel görs företrädesvis i realtid, och vi använder redan beslutsstöd integrerat i journalsystemet, bland annat i form av Skånelistan och Svenska Informationsdatabasen för Läkemedel (SIL). Detta gör läkemedelsordinationen standardiserad och strukturerad utifrån rådande riktlinjer.

Med införandet av SDV kommer de digitala ordinationsprocesserna att utökas även utanför området läkemedel. Den övergripande ordinationsdrivna vårdprocessen kommer att ge en samlad bild över patientens nuvarande och framtida vårdförlopp för alla som ger patienten

¹Länk:<http://samarbetsyta.i.skane.se/sites/SDV/utrullning/Delade%20dokument/02%20Transformation/13%20Regionala%20beslut%20vi%20h%C3%A4r%20visar%20till>

vård. I SDV kommer varje patients läkemedelslista att vara tillgänglig och uppdaterad utifrån senaste vårdhändelse.

SDV ger en möjlighet för Region Skåne till en mer omfattande digitalisering med införande av en gemensam IT-miljö som bygger på en ordinationsdriven vårdprocess med inbyggda beslutsstöd.

3 Vad Region Skåne vill uppnå med förändringen

Region Skåne vill vidareutveckla sin digitalisering för att uppnå följande fem nyttoeffekter.

Ökad tillgänglighet → Ett gemensamt system ger bättre förutsättningar att planera och utföra god hälso- och sjukvård.

Bättre upplevelse för patienter och medarbetare → Med enhetliga arbetssätt blir vården mer jämlik. Utökad digital kommunikation gör att patienter kan vara mer delaktiga i sin vård, och partnerskapet mellan patienter och hälso- och sjukvård stärks.

Bättre kvalitet → Strukturerad dokumentation i en sammanhållen patientjournal ökar kvaliteten på informationen.

Bättre befolkningshälsa → Med ett bättre underlag gällande sjukdomar och befolkningshälsa ges ökade förutsättningar att se mönster samt upptäcka och förebygga sjukdomar på både individ- och gruppnivå.

Effektivare processer → Med en sammanhållen och strukturerad patientjournal får vi bättre förutsättningar för standardiserade vårdförlopp och minskad dubbeldokumentation. Patienten behöver inte heller upprepa sig i lika stor omfattning.

Utvecklingen innebär en fortsatt översättning av våra nuvarande arbetssätt till digitala processer. För att bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården behöver vi förändra hur vi tänker när vi arbetar.

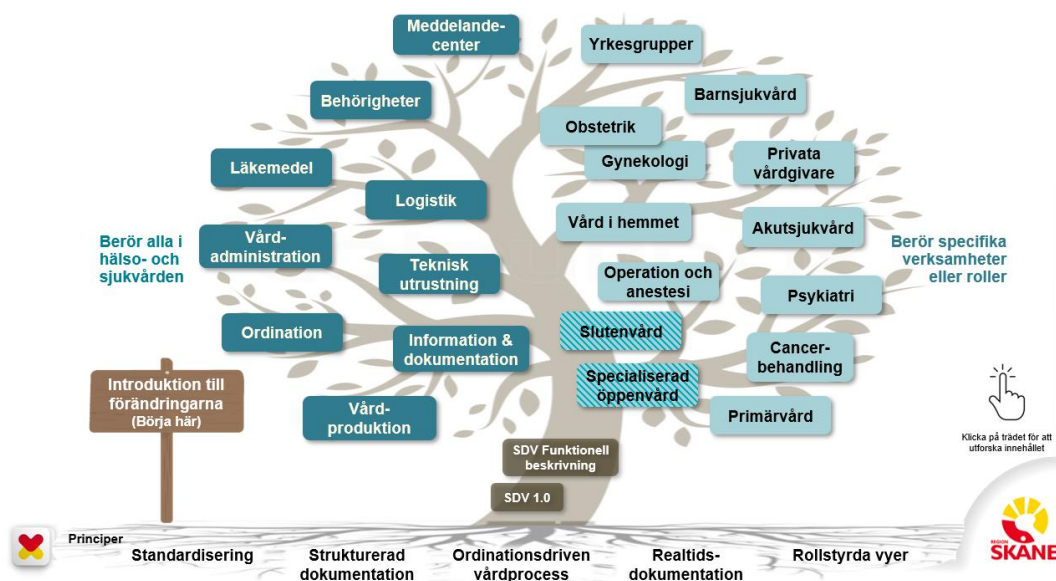
4 Principerna

SDV grundar sig på fem principer: standardisering, strukturerad dokumentation, ordinationsdriven vårdprocess, realtidsdokumentation och rollstyrda vyer. Dessa principer möjliggör för Skåne att realisera identifierade nyttoeffekter.

Nedan tabell visar och beskriver de fem principerna, och vilken effekt de möjliggör.

	Standardisering	Strukturerad dokumentation	Ordinationsdriven vårdprocess	Realtidsdokumentation	Rollstyrda vyer
VAD	Gemensam IT-miljö, enhetliga arbetssätt, samsyn kring dokumentation.	Fler mallar, mindre fritext och mindre dubbeldokumentation.	Digital ordination av de flesta aktiviteter som gäller patient.	Dokumentation ska ske så nära vårdhändelsen som möjligt.	Information anpassas till roll och situation, med olika behörigheter och inställningar.
EFFEKT	Ökad jämlikhet och säkrare hälso- och sjukvård över hela Region Skåne.	Den strukturerade informationen kan återanvändas och är mer tillgänglig.	Tydligt digitalt stöd för vad som har gjorts och vad som kvarstår att göra.	Vårdteamet och systemet har tillgång till uppdaterad information.	Enklare att hitta rätt information.

SDV medför förändringar inom ett antal områden i hälso- och sjukvården, både generella förändringar som berör alla och förändringar som berör specifika roller och verksamheter. Dessa förändringar beskrivs i separata dokument. Bilden på trädet med rotsystemet nedan ger en överblick över förändringsområdena (ej verksamhetsflöden) där de separata dokument som beskriver förändringarna sorterats in. Metaforiskt symboliserar rotsystemet de principiella förändringarna som digitaliseringen medför och stammen själva systemet som möjliggör digitaliseringen. Grenarna representerar de områden som identifierade förändringsbehov sorterats in i och löven symboliserar de dokument där specifika förändringsbehov i samband med införandet av SDV som beskrivits enligt en given mall.



4.1 Standardisering

Utgångspunkten för standardisering är enhetliga arbetssätt, termer, kodverk (såsom ICD, ICF, ICNP, KVÅ, NCPT) och begrepp. Inbyggda standarder stödjer arbetet och är en viktig förutsättning för säker och jämlik vård.

Vad ska vi BÖRJA göra → Arbeta enhetligt utifrån standardiserade processer och integrerade beslutsstöd. Dokumentera med vedertagna termer, kodverk och begrepp, och välja vad som ska dokumenteras utifrån de flervalsalternativ som IT-miljön tillhandahåller.

Vad ska vi SLUTA göra → Bedriva hälso- och sjukvård utifrån egenframtagna arbetssätt och processer. Dubbeldokumentera.

Vad ska vi FORTSÄTTA att göra → Bedriva hälso- och sjukvård enligt rådande behandlingsriktlinjer och använda beslutsstöd.

4.2 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.

Vad ska vi BÖRJA göra → Dokumentera i en förbestämd struktur och återanvända information om patient som dokumenterats av andra medarbetare.

Vad ska vi SLUTA göra → Dokumentera mestadels i fritext.

Vad ska vi FORTSÄTTA att göra → Bedriva hälso- och sjukvård enligt gällande riktlinjer.

4.3 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.

Vad ska vi BÖRJA göra → Använda digitala ordinationer för alla aktiviteter som berör patient.

Vad ska vi SLUTA göra → Ordinera muntligt, på papper, eller i fritext i anteckningar.

Vad ska vi FORTSÄTTA att göra → Ordinera och följa upp åtgärder gällande patient.

4.4 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.

Vad ska vi BÖRJA göra → Uppdatera information om patienten, planerad och utförd hälso- och sjukvård, under eller så nära vårdhändelsen som möjligt.

Vad ska vi SLUTA göra → Dokumentera i efterhand.

Vad ska vi FORTSÄTTA att göra → Digitalt dokumentera patientinformation.

4.5 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.

Vad ska vi BÖRJA göra → Arbeta mer strukturerat och aktivt vägledas utifrån den roll man har i systemet.

Vad ska vi SLUTA göra → Lägga kraft på att leta efter information och vara osäkra på vad medarbetare ska och får göra.

Vad ska vi FORTSÄTTA att göra → Bedriva hälso- och sjukvård i enlighet med vårt yrkeskunnande.

5 Exempel

5.1 Utvecklade roller och flöden

Redan idag arbetar vårdpersonalen i Region Skåne utifrån rollstyrda vyer. I både Melior och PMO anpassas dokumentationsmallar och funktioner i journaler utifrån vilken profession och enhet som behörigheten beställts till. När en patientjournal öppnas i PMO kan arbetsflöden väljas beroende på vad som skall dokumenteras, t ex arbetsflöde för vaccinationer, riktade hälsosamtal och specialistmottagningar.

Med SDV kommer flera nuvarande digitala processer kring journaldokumentation att kännas igen beroende på vilken tidigare erfarenhet medarbetaren har. Ett exempel är rollstyrda arbetsflödesvyer (*rollstyrda vyer*). De flesta åtgärder som ska dokumenteras eller ordinerars i journalen kan göras direkt i vyn (*ordinationsdriven vårdprocess*).

I vårdpersonalens arbetsflödesvy kan patientens historik granskas och tidigare dokumentation kan läsas. I arbetsflödesvyn kan granskning och kompletterande dokumentation ske parallellt, utan att vårdpersonalen behöva hoppa mellan olika delar i journalen. Arbetsflödet fungerar som ett strukturerat stöd för vårdpersonal (*strukturerad dokumentation*) och den information som behövs vid en viss situation uppmärksammas (*standardisering*).

Förändringen leder till ett mer enhetligt arbetssätt och en mer jämlik vård oavsett var medarbetaren eller patienten befinner sig i Region Skåne.

5.2 All patienthistorik samlad och tillgänglig i journalen

Inom Region Skåne finns idag olika sätt för vårdpersonalen att få tillgång till patientens tidigare journaluppgifter. I vissa fall kan relevant information sökas på andra enheter utifrån systemets sekretessregler och patientens samtycke. Exempelvis om en sjuksköterska i triaget eller en läkare på akutmottagningen behöver verifiera läkemedel ordinerade av primärvården behöver de kontaktas.

I SDV har vårdpersonalen tillgång till samlad information om patienten, inklusive läkemedel, oavsett vem som dokumenterat den (*strukturerad dokumentation*). Denna samlade information är uppbyggd enligt samma struktur för alla användare men med anpassat innehåll utifrån roll, specialitet och situation (*rollstyrda vyer*). Vårdpersonalen får härmed tillgång till den information och de funktioner som är relevanta i den aktuella situationen (*standardisering*).

Förändringen leder till att hälso- och sjukvården har tillgång till samma information oberoende av var patienten befinner sig i sin vårdprocess, vilket även medför att patienten får säkrare vård, inte behöver upprepa sig och därmed får en bättre upplevelse av vården.

5.3 Regionövergripande rehabiliteringsplan

Inom Region Skåne idag har varje verksamhet sitt eget sätt att dokumentera rehabiliteringsplan i journalen.

Standardisering och strukturerad dokumentation ger möjlighet för olika professioner att bidra till samma anteckning. Alla involverade medarbetare kan se andra medarbetares del av dokumentationen och slutprodukten kommer att innehålla all nödvändig information om patienten.

I SDV kommer det att finnas en tvärprofessionell mall för dokumentation av rehabiliteringsplan (*standardisering och strukturerad dokumentation*). När denna mall används dras relevant information som dokumenterats på andra ställen i journalen in och sammanställs till en gemensam anteckning som utgör rehabiliteringsplanen (*realtidokumentation*).

Förändringen leder till en ökad kvalitet och minskad dubbeldokumentation och inkluderar de professioner som arbetat med patienten genom hela vårdprocessen. Detta ger förutsättningar för effektivare arbetssätt och gynnar den personcentrerade vården.

5.4 Ordination av laboratorieanalys

I Region Skåne idag sker ordinationer på olika sätt beroende på vilket journalsystem som används och vilken laboratorieordination det handlar om. Om exempelvis en läkare som arbetar i Melior önskar få ett standardpaket med analyser, informeras oftast ansvarig sjuksköterska muntligt om detta. Sjuksköterskan anger sedan standardpaketets analyser på en pappersremiss tillsammans med personnummer, enhetens kundkod och läkar-id. Alla dessa uppgifter är en förutsättning för att laboratorieresultat ska hitta tillbaka till rätt beställare och rätt patientjournal i Melior.

SDV möjliggör likartade arbetssätt, ökad patientsäkerhet och tidsbesparing för medarbetaren (*standardisering*) i och med att dagens pappersbaserade laboratorieblanketter ersätts av digitala ordinationer (*ordinationsdriven vårdprocess*). Dessa digitala ordinationer styrs av

behörighet att ordinera själv eller ordinera i läkares namn (*rollstyrda vyer*). Vid ordinerings av provtagning kommer de viktigaste provtagningsanvisningarna finnas tillgängliga i systemet och de ordinerade analyserna finnas överskådligt samlade på patientens ordinationslista och enhetens arbetslista (*strukturerad dokumentation*).

Förändringen leder till en ökad kvalitet och en effektivare vårdprocess gällande ordination av laboratorieanalys.

5.5 Sömlös övergång från primärvård till specialiserad vård

Vid misstanke om bröstcancer vid besök inom primärvården idag, utreds patient enligt standardiserat vårdförlopp (SVF). Mammografi- och cytologiremiss ordinerar omgående, remissen skrivs ut från PMO och märks med "SVF bröstcancer", skickas till enhet som samordnar undersökningarna och koordinator kontaktas för ytterligare komplettering av SVF-remiss. Därefter informeras patienten om påbörjad process i enlighet med AKO-riktlinjer på Vårdgivare Skåne.

I SDV är det första steget i vårdförloppet att välja mallen för standardiserat vårdförlopp vid misstanke om bröstcancer och där besvara ett antal frågor (*realtidsdokumentation*). Svaren på frågorna medför att ett antal prover och/eller undersökningar rekommenderas (standardisering). Genom att användaren aktivt bekräftar ordinationsförslagen skickas remiss direkt digitalt (*ordinationsdriven vårdprocess*). Datum och kod för välgrundad misstanke fångas direkt när remissen skickas. De besvarade frågorna och de åtgärder som genomförts under patientbesöket sammanställs i en journalanteckning. När anteckningen sparats finns den tillgänglig i systemet, inga ytterligare åtgärder behövs (*realtidsdokumentation*). Patienten informeras om påbörjad utredning och får aktuell patientinformation som ingår i journalsystemet (*standardisering och strukturerad dokumentation*).

Förändringen skapar förutsättningar att minimera risk för missar i vårdkedjan, leder till en effektivare vårdprocess, ökad vårdkvalitet samt en förbättrad patientupplevelse.

6 Summering

Sammanfattningsvis behövs ett förändringsarbete inför övergången till SDV och övergången innebär ett antal utmaningar, då införandet till stor del handlar om att förändra hur vi tänker när vi arbetar. Digitala stöd skall underlätta för medarbetare att bedriva kvalitativ och patientsäker vård, men ersätter inte sunt förnuft och medicinsk kunskap. Införandet och utmaningarna behöver hanteras med hjälp av tydlig information och kommunikation till medarbetare redan i ett tidigt skede och utbildning i nära anslutning till införandet.