

Handbok för regionernas gemensamma arbete med strukturerad vårdinformation

NAG strukturerad vårdinformation

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

1. Inledning

Handboken för regionernas gemensamma arbete med strukturerad vårdinformation beskriver det som regionerna, via den nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation, kommit överens om ska gälla för det gemensamma arbetet inom området. Handboken syftar till att bidra till en enhetlig metodik och effektivare arbetssätt. Handboken ska också fungera som ett stöd i arbetet med strukturerad vårdinformation och bidra till att öka kunskapen inom området. Av denna anledning inleds dokumentet med avsnitt som beskriver området strukturerad vårdinformation och vikten av det i arbetet med kunskapsstyrning. Dessa avsnitt följs sedan av de principer och metoder som ska utgöra grunden för regionernas gemensamma arbete.

Innehållet i handboken utvecklas kontinuerligt allteftersom erfarenheter inhämtas från de regiongemensamma arbeten som sker inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning.

2. Introduktion till strukturerad vårdinformation och informatik

2.1. Vad avses med strukturerad vårdinformation?

Med vårdinformation avses i det här sammanhanget den information som används i vårdens processer. Informationen kan när den skapas uttryckas mer eller mindre strukturerat. Strukturerad vårdinformation innebär att informationen följer en enhetlig terminologi, att t.ex. tidsangivelser eller mätvärden registreras på ett enhetligt sätt och att termer i vissa fall kopplas ihop med en kod. Koden behövs bland annat för att det ska vara möjligt att använda olika termer för samma begrepp och för att termerna ska kunna tolkas lika oavsett it-system. Att verka för en mer strukturerad vårdinformation innebär inte att helt gå bort från fritext utan det handlar om att strukturera delar som behöver kunna tolkas enhetlig för att information ska kunna återanvändas på ett effektivt sätt i olika sammanhang utan att tappa i betydelse. I grunden handlar det om att ha ordning och reda på informationen i den ständigt växande floran av it-system som hanterar vårdinformation.

2.2. Varför är det viktigt med strukturerad vårdinformation?

Genom att ha ordning och reda på informationen blir det möjligt att använda den på ett effektivt och patientsäkert sätt i olika sammanhang. Det blir möjligt att styra vilken information som visas när och hur den presenteras. Det blir även möjligt att använda informationen i olika sammanhang exempelvis för att erhålla kunskap eller som input till kliniska beslutsstöd. Möjligheterna för ett patientsäkert informationsutbyte ökar om det är möjligt att tolka informationen korrekt för såväl maskin som människa.

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

2.3. Hur relaterar strukturerad vårdinformation till hälsoinformatik?

Hälsoinformatik spänner över hela området mellan vårdverksamhet och teknik där fokus ligger på informationshantering. Arbetet med hälsoinformatik omfattar bland annat att sträva efter att såväl inmatning och lagring som hantering och presentation av information sker systematiskt och strukturerat. Strukturerad vårdinformation blir därmed ett resultat av ett informatiskt arbete. Hälsoinformatik handlar även om att bearbeta och analysera information i olika syften, exempelvis genom text- och mönsterigenkänning. Att arbeta med hälsoinformatik innebär att ständigt ha ett "informationsperspektiv" i alla frågor. Det innebär också att tillämpa och utveckla standardiserade strukturer, klassifikationer och kodverk i strävan mot en mer enhetlig informationshantering över system- och vårdgivargränser.

Genom att applicera ett informatiskt förhållningssätt i alla situationer där vårdinformation i något avseende hanteras ökar möjligheten till en säker och kvalitetssäkrad informationshantering. Detta kan gälla exempelvis i arbetet med processkartläggning, kravanalys, design av användargränssnitt, arkitektur och programmering. Det finns inga tydliga ramar för det informatiska arbetet. Det bör istället genomsyra allt arbete i digitaliseringen av hälso- och sjukvården.

3. Strukturerad vårdinformation i kunskapsstyrningsarbete

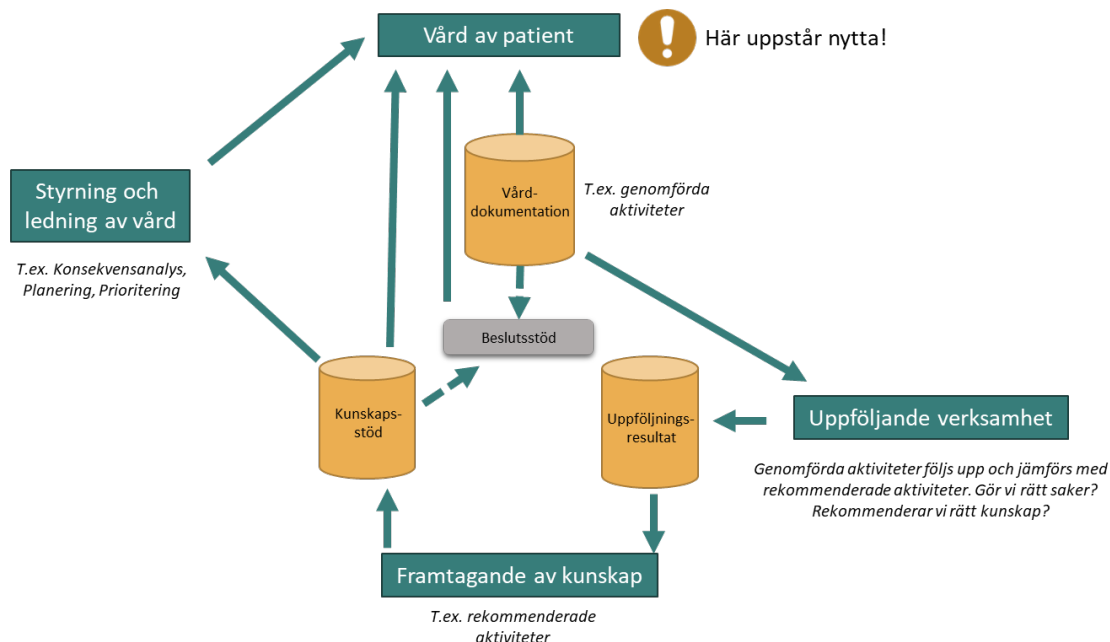
Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är bland annat att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte för att åstadkomma en god och jämlik hälsa och vård. För att möjliggöra detta behöver det finnas förutsättningar för att dels tillgängliggöra kunskapen på ändamålsenliga sätt i olika situationer, dels analysera hälso- och sjukvårdens verksamhet på sådana sätt att kunskapen kontinuerligt kan utvärderas och utvecklas. En grundläggande beståndsdel i detta är en fungerande informationshantering. Det inkluderar den information som samlas i kunskapsstöd för vården, liksom den som genereras varje gång en patient har kontakt med vården. Informationen behöver kunna tillgängliggöras och bearbetas för att stödja patientens fortsatta vård och för att utvärdera och utveckla vården som system. För att detta ska vara möjligt krävs en gemensam syn på informationen vilket förutsätter en enhetlig terminologi och struktur. Med andra ord är det informatiska arbetet centralt för att möjliggöra och utveckla kunskapsstyrningen.

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

Man kan se det som att kunskapsstyrning på en övergripande nivå består av tre huvudsakliga aktiviteter:

- Kunskap sammanställs till stöd för beslut som leder till en god och jämlik hälsa och vård
- Vård bedrivs
- Vård följs upp; lärandet vägleder kontinuerlig utveckling av kunskap, vård och resursfördelning

Dessa tre aktiviteter genererar alla olika typer av information som blir en avgörande del i att få till en fungerande helhet. Vården av en patient genererar information om den vård som bedrivs och uppföljningen av vård genererar resultat i form av t.ex. indikatorrapporter. Den kunskap som sammanställs utifrån uppföljningen samt annan kunskap (t.ex. kliniska studier) genererar olika typer av kunskapsstöd. Kunskapsstöden används i vården av en patient men påverkar också hur vården styrs och utvecklas. Digitala lösningar i form av beslutsstöd kan underlätta tillämpning av aktuell kunskap i en specifik situation för en specifik patient. De olika delarna illustreras i bilden nedan. Det som i slutänden betyder något är i vilken utsträckning de olika delarna bidrar till en god och jämlik hälsa och vård.



En enhetlig syn på informationen i de olika delarna i bilden ovan är en förutsättning för att få helheten att fungera. Boxarna i bilden representerar aktiviteter som görs, och burkarna representerar information som genereras i aktiviteterna. För att det informatiska arbetet ska leda till ändamålsenliga digitala lösningar behöver man ha kännedom om helheten och kunskap om beroendena delarna emellan, även om man endast har fokus på en av dem. Utöver att själva

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

vården av en patient ställer krav på vad som behöver dokumenteras (som framgår av bilden) så gäller även att:

- den uppföljning man vill kunna göra ställer krav på vilken information som måste dokumenteras i vården, och hur den informationen dokumenteras (struktur och kodning).
- den kunskap man vill ha lättillgänglig i vården av en patient ställer krav på hur ett kunskapsstöd utformas, och på hur vårddokumentationen utformas.
- den kunskap man vill utveckla ställer krav på vilken typ av uppföljning som görs.

Grunderna i det informatiska arbetet är desamma oavsett vilken del man fokuserar på, men de olika delarna kräver ofta olika arbetssätt.

3.1. Strukturerad vårdinformation i arbetet med kunskapsstöd

Nytan av kunskapsstöd uppstår i användningen. Kunskap som sammanställs inom Nationellt system för kunskapsstyrning ska innebära ”att bästa möjliga kunskap är tillgänglig och enkel att använda”. Det informatiska arbete som krävs för att bidra till detta handlar dels om att strukturera innehållet i ett kunskapsstöd på ett sådant sätt att rätt kunskap är tillgänglig i rätt situation, dels att innehållet använder enhetliga terminologier och kodverk så att kunskapsstöden kan integreras i en digital vårdinformationsmiljö och bidra till en mer enhetlig vårddokumentation.

En viktig förutsättning för utvecklingen av digitala kunskapsstöd är att det finns en enhetlig terminologi och informationsstruktur i bakgrunden. Samma information (t.ex. en viss typ av behandling, ett symptom eller en riskfaktor) måste uttryckas på samma sätt oavsett vilket kunskapsstöd den utgör en del av. För att möjliggöra en spårbarhet från kunskapsstöd, via vårddokumentation till uppföljningsresultat krävs att t.ex. en viss åtgärd eller ett hälsotillstånd benämns och kodas på samma sätt genom hela kedjan.

3.2. Strukturerad vårdinformation i arbetet med vårddokumentationsstöd

Hur dokumentationen utformas är helt avgörande för hur informationen sedan kan användas i olika sammanhang, t.ex:

- i en senare vårdsituation som stöd för en god och säker vård
- av patienten själv
- i kommunikationen mellan vårdgivare och patienten
- för att möjliggöra olika typer av systemfunktionalitet (sökning, filtrering, behörighetsstyrning, beslutsstöd etc.)
- för att möjliggöra spårbarhet
- som grund för olika typer av uppföljning eller forskning

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

Punkterna ovan visar att informationen behöver kunna tolkas av såväl människan som ska ta del av den som av det it-system som ska hantera den. Dessa två går inte alltid hand i hand. Utöver detta behöver användbarheten stå i fokus så att det är enkelt och intuitivt att registrera den information som är relevant. Dokumentationen behöver bli en naturlig del i vårdens processer och utformas på ett sätt så att den inte leder till en hög administrativ belastning. Sammantaget förutsätter detta ett analysarbete där olika perspektiv behöver beaktas. Vad som ska prioriteras varierar beroende på vilket problem som ska lösas, men också på hur vårddokumentationen på bästa sätt bidrar till en god och säker vård samtidigt som den följer de lagar, förordningar och föreskrifter som finns inom området.

3.3. Strukturerad vårdinformation i arbetet med uppföljning

För att nå en effektiv och kvalitetssäkrad uppföljning krävs tillgång till strukturerad information av hög kvalitet. Strukturerad vårddokumentation som följer en enhetlig terminologi, struktur och kodning, ger tillsammans med ändamålsenliga regelverk inom området goda förutsättningar för att kontinuerligt följa och utveckla vårdens verksamhet och resultat.

Idag används information från olika källor för att möjliggöra uppföljning av hälso- och sjukvårdens verksamhet exempelvis vårdinformationssystem, regionala datalager, nationella kvalitetsregister och hälsodataregister. Källorna använder inte sällan olika terminologi, struktur och kodning, vilket leder till att samma information kan behöva dokumenteras flera gånger eller mappas mellan olika terminologier och kodverk för att den ska kunna användas i olika syften. Detta medför bland annat en administrativ börda för hälso- och sjukvårdens medarbetare och en risk för att informationen tappar i kvalitet och innebörd. Istället bör vårddokumentationen utformas så att den i större utsträckning och på ett mer automatiskt sätt kan användas som grund för uppföljning.

Arbetet med en mer enhetlig och strukturerad dokumentation som utgör grund för uppföljning är långsiktigt. Dagens datakällor behöver användas så långt det är möjligt samtidigt som gemensamma terminologier, strukturer och kodverk behöver utvecklas för att skapa nya möjligheter.

4. Regiongemensamma principer och metoder för arbetet med strukturerad vårdinformation

I första hand är detta avsnitt utvecklat för att utgöra en grund i det regiongemensamma arbete som bedrivs inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning. Ett annat viktigt syfte är att bidra till mer enhetliga och effektiva arbetssätt regionalt. Målet är att de principer och den metodik som beskrivs nedan så långt det är möjligt även tillämpas i det regionala arbetet.

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

4.1. Grundläggande utgångspunkter

Vårdinformationens huvudsakliga syfte är att bidra till en god och säker vård för patienten¹. Den ska dock kunna återanvändas för exempelvis lokal uppföljning och som underlag för forskning och nationell statistik, på ett så automatiserat sätt som möjligt. För att uppnå detta ska informationen struktureras på ett enhetligt sätt med en gemensam terminologi, oavsett var och av vem den registreras.

Som ett steg i det gemensamma arbetet med strukturerad vårdinformation har regionerna enats om att sträva mot följande:

- Behoven i vårdens processer ska styra vårdinformationens innehåll och struktur.
- Vårdinformation ska registreras en gång, på ett strukturerat sätt med gemensam terminologi, och kan användas i olika sammanhang.
- Vårdgivare ska inte behöva mappa eller dubbeldokumentera information. Mottagare av information från vårdinformationssystem ansvarar för att mappa informationen till det format som är lämpligt för dem. Om detta inte är möjligt används en mappning som är gemensam för vårdgivarna.

5. Arbete med kodverk och urval

Just nu pågår flera stora projekt för att byta ut de äldre journalsystemen i olika regioner i Sverige. En stor del av dokumentationen i dessa system sker idag med fritext vilket innebär att den sällan är enhetlig, att olika termer används för samma begrepp utan att de är knutna till varandra och att samma term kan betyda olika saker i olika sammanhang. De kodverk som används är ofta regionala eller lokala. En del i regionernas arbete med att strukturera vårdinformation är att se till att gemensamma terminologier och kodverk eller urval finns tillgängliga och används i större utsträckning än idag.

De dokument som publiceras här är avsedda att stödja ett mer enhetligt och regiongemensamt arbete med kodverk och urval, både vad gäller utveckling och användning av dem. Sidan kommer att fyllas på med fler metoder och stöddokument allteftersom de tas fram inom NSG strukturerad vårdinformation.

5.1. Metod för utveckling av kodverk

Kodverk används i regionernas arbete med vårdinformationssystemens innehåll, och det behövs ibland även kodverk som har utvecklats regiongemensamt. För att arbeta mot en situation där nationellt gemensamma och kvalitetssäkrade kodverk finns tillgängliga behövs en generell process

¹ I enlighet med PDL 3 kap. 2 §

Kontaktperson:
Kristin Schoug Bertilsson,
Samordnare strukturerad vårdinformation
Nationella stödfunktionen
Kontaktuppgifter: kristin.bertilsson@skr.se

och metod för framtagande, kvalitetssäkring och förankring av innehållet i dem. Målet är att utvecklingen av kodverk ska resultera i användbara och brett accepterade kodverk som minskar risken för fel vid dokumentation samt informationsförluster och fel vid överföring av information. Detta dokument beskriver ett arbetssätt som kan tillämpas vid utveckling av sådana kodverk.

5.2. Användning av Snomed CT

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem och som syftar till att göra dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig.

Snomed CT innehåller ett stort antal begrepp från många olika delar av hälso- och sjukvården, och innehållet är utformat i en logisk struktur. Den första versionen av detta dokument består av en samling kunskapskällor riktade till användare av Snomed CT. Tanken är att dokumentet vidareutvecklas allt eftersom regionerna arbetar fram principer för hur de avser använda Snomed CT i sina vårdinformationssystem.