

Introduktion till regionernas gemensamma arbete med strukturerad vårdinformation

NSG strukturerad vårdinformation

1. Inledning

Detta dokument beskriver övergripande området strukturerad vårdinformation och vikten av det i arbetet med kunskapsstyrning.

Utöver detta dokument arbetar den nationella samverkansgruppen (NSG) strukturerad vårdinformation löpande med att ta fram metoder och principer som ska fungera som ett stöd i regionernas arbete med att strukturera och koda information. Syftet är att bidra till ökad enhetlighet och effektiva arbetsätt, men också att metoderna och principerna ska öka kunskapen inom området. De är i första hand utvecklade för att utgöra en grund i det regiongemensamma arbete som bedrivs inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning, men målet är också att de så långt det är möjligt även tillämpas i det regionala arbetet. Stödmaterialet utvecklas och publiceras kontinuerligt allteftersom behov uppstår och 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.

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.

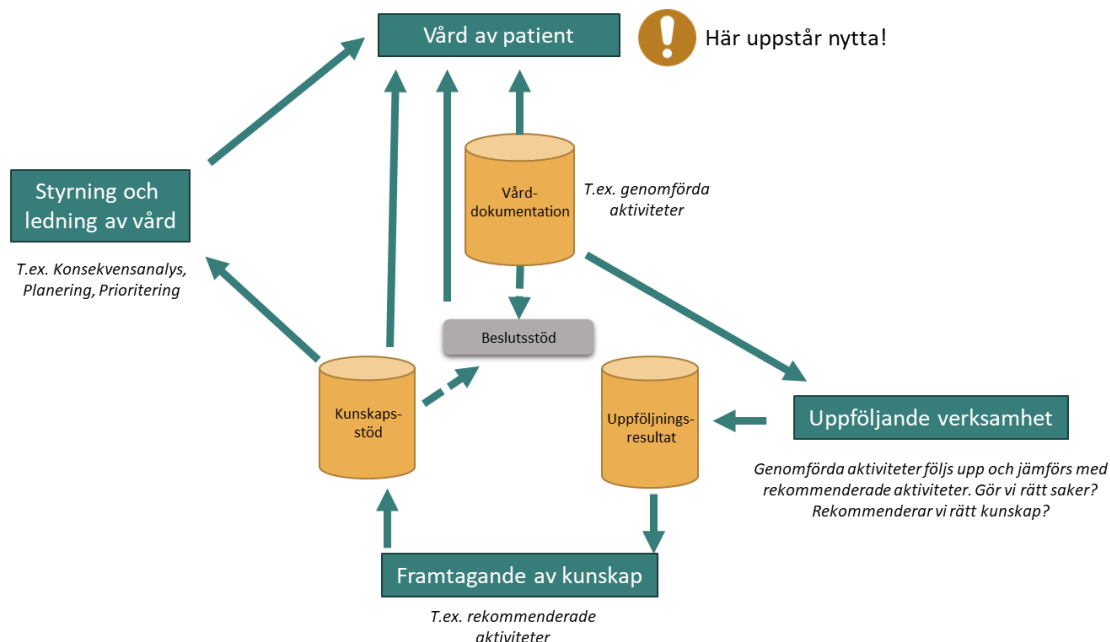
3. Strukturerad vårdinformation i kunskapsstyrningsarbete

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.

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

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

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. Grundläggande utgångspunkter

Vårdinformationens huvudsakliga syfte är att bidra till en god och säker vård för patienten. 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:

- Det som behövs för att bidra till en god vård är det som i första hand ska styra vårddokumentationens innehåll och struktur¹



Källa: Socialstyrelsen

- Arbetet med strukturerad vårdinformation ska även ta hänsyn till:
 - patientens informationsbehov
 - behov av information för uppföljning och utveckling av verksamheten
 - behov av information för tillsyn och rättsliga krav
 - uppgiftsskyldighet enligt lag
 - forskningens informationsbehov*
- Utöver detta ska arbetet med strukturerad information skapa förutsättningar för att information ska kunna registreras en gång i den samlade dokumentationen om patienten och återanvändas i olika sammanhang.

¹ I linje med Patientdatalag (2008:355) kap.3 §2)