

Kartläggning av kliniska processer

Vägledning med fokus på informationsstruktur



Innehållsförteckning

Inledning och syften	3
Samband mellan information för de olika syftena.....	5
Syftena och CeHis målbild.....	6
Vägledningen och NI:s generiska processmodell.....	7
Aktiviteter	8
Hälsorelaterade tillstånd	8
Hälsoproblem	9
Arketyper och templates	10
Terminologibindning	11
Kartläggning av informationsbehoven i kliniska processteg enligt den nationella, gemensamma informationsstrukturen	12
1. Framställa hälsofrågeställning (eller inte framställa...)	12
2. Uppfatta hälsofrågeställning	14
3. Bedöma behov av tillståndsidentifierande aktiviteter	17
4. Upprätta/komplettera aktivitetsplan/vårdplan för tillståndsidentifierande aktiviteter	21
5. Utföra tillståndsidentifierande aktiviteter	24
6. Analysera och bedöma hälsorelaterade tillstånd som är utfall av utredande aktiviteter	26
7. Bedöma om det hälsorelaterade tillståndet utgör behandlingsmotiverande hälsoproblem	28
8. Bedöma behov av hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter.....	30
9. Upprätta aktivitetsplan för hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter	33
10. Utföra hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter	36
11. Utvärdera effekt av åtgärder på hälsobehov	38
Bilaga 1: Nationell Informationsstruktur: Generisk processmodell, vård och omsorg:.....	40

Inledning och syften

Denna vägledning/mall för kartläggning av kliniska processer med fokus på informationsinnehåll och informationsstruktur har tagits fram av Karl-Henrik Lundell och Lars Midbøe vid CeHis' Arkitekturledning. Vägledningen utgår från Nationell Informationsstruktur (NI)¹ och tillämpar samtliga NI:s modeller - process-, flödes-, begrepps- och informationsmodeller - och följer stegen i processmodellen.

NI:s modeller täcker all vård och omsorg och alltså även socialtjänst. Denna vägledning för kartläggning är däremot anpassad och begränsad till hälso- och sjukvård. Vägledningen är uppbyggd med de processteg som identifierats i NI:s generiska processmodell. Avsikten är att vägledningen ska kunna användas separat för varje processteg, respektive separat för varje perspektiv. Därför innehåller detta dokument en mängd upprepningar. Detta gör dokumentet omfattande i volym men underlättar förhoppningsvis för användaren som slipper hoppa fram och tillbaka i dokumentet.

Syftet med vägledningen är att utgöra stöd för:

- verksamhetsföreträdare i kartläggning av informationsbehov för sina specifika kliniska processer;
- projekt som hanterar kliniska processer samt tillämpar RIV-metoden
- utveckling av processspecifika arketyper utifrån referensarketyper
- terminologibindning av data i kliniska processer
- utveckling av formulär/mallar för dokumentation, uppföljning och kunskapsstyrning av kliniska processer

Vägledningen ska också utgöra underlag för utarbetande av nationella regelverk och generella informationsstrukturer för:

- dokumentation i kliniska processer;
- uppföljning och kvalitetsregister;
- kunskapsstyrning av kliniska processer via standardiserade vårdplaner baserade på kunskapsunderlag;
- planering och uppföljning av resursaspekter på kliniska processer;

Med klinisk process menas den kärnprocess inom hälso- och sjukvård som omfattar hela vårdkedjan för patientgrupper med samma typ av hälsoproblem och därmed likartade vårdbehov. En klinisk process ska täcka samtliga aktiviteter i kedjan ur patientens perspektiv, oavsett organisatoriska gränser, inblandade professioner eller vårdnivåer. Den heltäckande vårdkedjan för patienter med stroke är ett typexempel på en klinisk process. Tillsammans med eventuella

¹ Socialstyrelsens projekt Nationell Informationsstruktur, rapporterat 2009

insatser enligt socialtjänstlagen kan den kliniska processen utgöra en hel vård- och omsorgsprocess.

NI har identifierat ett begrepp för att hålla ihop vård- och omsorgsprocessen i ett helhetsperspektiv - hälsoärende. Detta begrepp är tillämpligt både när processen omfattar en del – t ex hälso- och sjukvård - eller helheten av flera delar av vård och omsorg, som också inkluderar socialtjänst. Hälsoärende anger alltså identiteten och utgör också den administrativa beteckningen på en sammanhållen klinisk process ur patientens perspektiv, tvärs över utförarnas organisatoriska gränser.

Information angående kliniska processer måste kunna användas för flera syften:

1. **Dokumentation**

För att dokumentera det som är viktigt att veta om den enskilda processen för en enskild patient.

En viktig aspekt av detta är återanvändning av information för optimal samverkan mellan olika aktörer – en viss aktör dokumenterar och andra agerar utifrån den dokumenterade informationen.

2. **Uppföljning**

För att följa upp hur det går för grupper av patienter som har samma typ av hälsoproblem och därmed följer samma typ av klinisk process.

Exempel på detta är olika kvalitetsregister (nationella eller lokala). Sådan uppföljning kräver att man identifierar indikatorer som kan användas för analys och slutsatser om vad som är bra eller dåligt i processen.

3. **Kunskapsstyrning**

För att kunna tillhandahålla och tillämpa kunskap om vad som är bästa kända sätt att ge vård till patienter med aktuell typ av hälsoproblem.

När sådan information påverkar vad som utförs i processen kallas det för kunskapsstyrning. Exempel på detta är standardiserade vårdplaner..

4. **Resursperspektiv**

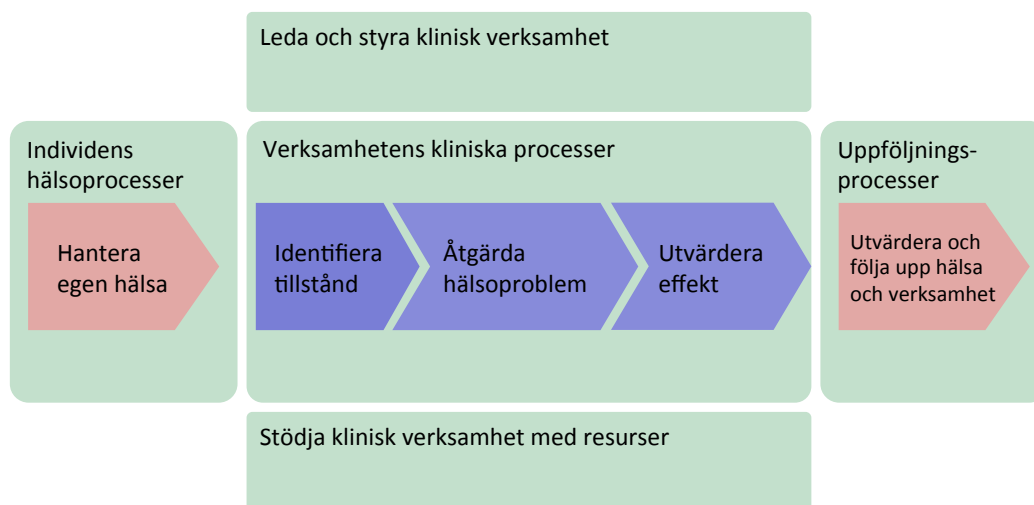
För att hantera resurser som krävs för utförande av kliniska processer.

Resurser förbrukas i aktiviteterna i kliniska processer. Aktivitetshantering är ett område inom kärnprocessen för vård och omsorg i NI:s processmodell. Genom aktivitetshanteringen förändras status på aktiviteterna i processen. Exempelvis bokas resurser samt redovisas vilka resurser (både typ och mängd) som använts i aktiviteterna.

Samband mellan information för de olika syftena

Det finns naturliga samband mellan information för kunskapsstyrning, dokumentation för samverkan i en klinisk process, uppföljning av kliniska processers resultat respektive resursförbrukning. Kunskapsstyrningen talar om vad som rekommenderas för en viss process, dokumentationen visar om detta gjorts och utgör samtidigt underlaget för uppföljning. Om man använder kunskapsunderlag och önskade data för uppföljning för att bygga upp dokumentationsmallar, som stöder samverkan i processen för den enskilde patienten, inklusive resurshantering, kommer hela informationsbehovet att täckas av dokumentationsmallen. Vid kartläggning av en klinisk process bör man därför bygga dokumentationsmallar som tar hänsyn till alla fyra perspektiven. Dokumentationsmallen kommer då att kunna tjänstgöra som kunskapsstyrning. Dokumentationen enligt mallen kommer att tjänstgöra som grund för samverkan i den enskilda processen men också som ”informationsbank” för uppföljning av kliniska resultat och resursförbrukning.

Samband mellan olika perspektiv



Dokumentationsmallar som byggts upp utifrån denna gemensamma informationsstruktur och som inkluderar de fyra perspektiven i denna vägledning kommer därmed att kunna utgöra den enda nödvändiga ”arbetsytan” i klinisk praxis, men ändå ge funktionalitet för alla fyra syftena/perspektiven. På så sätt reduceras komplexiteten i såväl informationsstruktur som syften/perspektiv för användaren till ett minimum, samtidigt som IT-stöd kan utvecklas för bättre vård.

Syftena och CeHis målbild

Dessa fyra syften samspelar i det övergripande syftet att bidra till att de kliniska processerna presterar bra resultat – alltså God vård. I Center för eHälsa i samverkan (CeHis) övergripande målbild för IT-stöd ingår dessa syften eller perspektiv där:

- Kunskapsstyrning sker genom att kunskapsunderlag konkretiserats i standardiserade vårdplaner för såväl utredning (inklusive riskanalys och riskbedömning) som behandling av det aktuella hälsoproblemet (inklusive riskhantering).
- Den standardiserade vårdplanen som tillhandahålls utgör också grunden för den dokumentation som krävs i själva genomförandet av processen.
- Dokumentation kompletteras med nödvändiga data för den specifika processen och dess utfall. Dokumentationen är enhetlig, entydig baserat på den nationellt gemensamma informationsstrukturen med tillhörande regelverk och utgör en god grund för samverkan.
- Data i register används för att komplettera det kunskapsunderlag som ligger till grund för de standardiserade vårdplanerna och utgör därmed ett bidrag till förbättringar.

Delar i CeHis målbild för IT-stöd



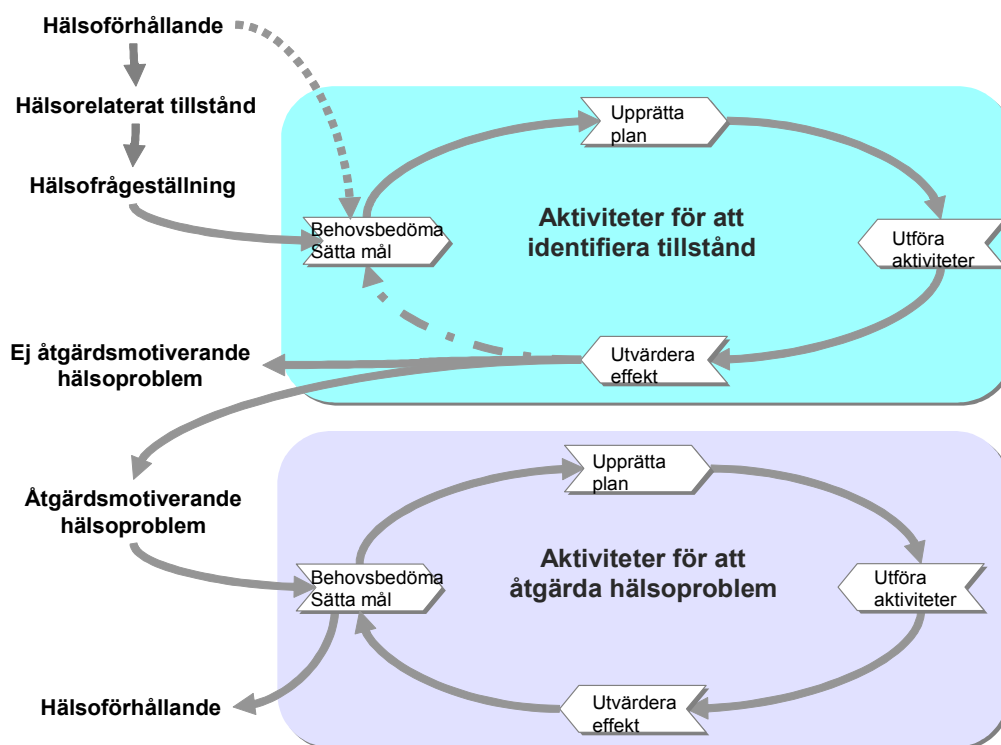
Vägledningen och NI:s generiska processmodell

NI:s generiska processmodell innehåller 11 olika processteg. Vid kartläggning av en specifik process bör experterna på den aktuella processen ange vilken typ av information som identifierats för varje steg, för att kunna utnyttja potentialen med ett processorienterat IT-stöd.

Kartläggningen avser aktuella kliniska data för genomförande av en klinisk process, sammanhållen ur patientens perspektiv – alltså oberoende av organisatoriska gränser.

I genomförande av en klinisk process behövs andra typer av data såsom patientadministrativa uppgifter, identifiering av patient, identifiering av professionell aktör etc. samt kliniska data från tidigare eller parallella processer i andra hälsoärenden. Dessa omfattas inte av denna vägledning för kartläggning av en enskild klinisk process.

NI:s generiska processmodell visas nedan, i en schematisk, förenklad bild. I bilaga i slutet av dokumentet finns en utförligare, mera formaliserad graf.



Processmodellen visar pilar för hur värde tillförs till patientens hälsoförhållande. Pilarna avser alltså inte att visa ett tidsmässigt flöde som i en flödesmodell. De olika aktiviteterna med olika syften kan också upprepas gång efter gång såväl inom som mellan båda syftena.

Kartläggning av en klinisk process bör i möjligaste mån omfatta hela processen och det kompletta flödet oavsett vårdnivåer och organisatoriska gränser, och alltså ofta omfatta såväl primärvård som sjukhusbunden vård samt alla olika enheter/kliniker som kan vara engagerade. Vägledningen är tillämpbar även på delar av den kliniska processen eftersom det grundläggande mönstret i processen också är giltigt för delarna. Därför kan exempelvis en medicinklinik kartlägga sin del av hjärtsviktsprocessen utifrån denna modell, även om man inte lyckas täcka in även primärvård, radiologi, sjukgymnastik mm.

Kliniska data i en klinisk process omfattar i huvudsak aktiviteter och aktivitetshantering samt tillstånd och olika samband mellan dessa. NI har identifierat ett antal begrepp för dessa förekomster. För att underlätta användningen av denna vägledning för kartläggning ges här en kort beskrivning av begreppen för aktiviteter och tillstånd.

Aktiviteter

Aktiviteter har två olika huvudsyften:

- tillståndsidentifierande/utredande (inklusive identifiering av ökad risk för tillstånd, s.k. risktillstånd).
- hälsoproblemsåtgärdande/behandlande (inklusive prevention av risker för tillstånd).

Vissa aktiviteter kan samtidigt ha båda syftena.

Ett annat perspektiv för kategorisering av aktiviteter är på vilket sätt patienten är involverad. Detta uttrycks som direkt eller indirekt interaktion med patientens hälsoförhållande.

Direkta aktiviteter är i grova drag de som görs med patienten, indirekta görs för patienten eller patientens behov utan direkt medverkan av patienten. Direkta aktiviteter kan vara röntgenundersökning, kirurgisk operation, såromläggning eller ett terapeutiskt samtal. Indirekta kan vara att bedöma behov, planera aktiviteter eller att utvärdera effekt av en serie direkta behandlande aktiviteter.

Hälsorelaterade tillstånd

Olika aspekter av patientens hälsoförhållanden kan observeras och uppfattas av aktörer i vård- och omsorgsprocessen, såväl apparater/artefakter (enbart observera) som mänskliga aktörer (både observera och uppfatta). När en

mänsklig aktör observerat, uppfattat, tolkat och eventuellt bedömt vissa aspekter (såsom svårighetsgrad) av tillståndet benämner vi det för uppfattat tillstånd. I Uppfattat tillstånd ligger också en grundläggande tolkning och bedömning av vilken betydelse tillståndet har i den aktuella situationen; dvs. aktören sorterar medvetet eller omedvetet bort sådan information som anses irrelevant.

När en professionell aktör dessutom bedömt det uppfattade tillståndets relevans i form av orsak/uppkomstmekanism och/eller dess konsekvenser/prognos benämner vi det Bedömt tillstånd.

Hälsoproblem

Hälsoproblem är något som en aktör (patient och/eller professionell aktör) uppfattar vara ett problem med hälsan som föranleder kontakt med och/eller åtgärd inom hälso- och sjukvård. Det vanligaste är att ett hälsoproblem utgörs av ett hälsorelaterat tillstånd (uppfattat eller bedömt) En annan grund för att söka sjukvård eller motiv för att utföra aktiviteter är någon form av potentiellt tillstånd. Med detta menas att tillståndet just då inte föreligger (har inte observerats eller uppfattats) men av något skäl tror man att det kan komma att föreligga och uppfattas senare.

Sådana potentiella tillstånd finns av olika slag:

- risktillstånd då man kan identifiera att personen löper risk att ett visst hälsorelaterat tillstånd kan uppkomma;
- förmodat tillstånd, då vissa hälsorelaterade tillstånd (symtom) föreligger och man kan misstänka att de härrör från en viss sjukdom (bedömt tillstånd eller diagnos);
- prognostillstånd, då man förutser att ett visst tillstånd kommer att utvecklas inom en viss tid;
- måltillstånd, då man sätter upp mål för att ett visst tillstånd ska komma att föreligga vid en viss tidpunkt.

Förutom faktiska hälsorelaterade tillstånd (uppfattade och bedömda tillstånd), potentiella tillstånd (risk-, förmodat-, prognos-, och måltillstånd) finns ytterligare en typ av hälsoproblem. När en individ behöver ett intyg av något slag utgör det också skäl för att söka vården liksom det också utgör motiv för vården att utföra aktiviteter. Därför är behov av intyg också ett hälsoproblem.

I informationshanteringen inom hälso- och sjukvård kommer hälsoproblem att återkomma i många sammanhang. Därför är kännedom om detta begrepp viktigt i processanalysen.

Arketyper och templates

CeHis strategi för det nationella arbetet innefattar ett övergripande beslut att tillämpa ”den europeiska standardansatsen”. En ambition som tillägg till detta beslut är att vårddata ska struktureras på ett standardiserat sätt redan vid källan, dvs. i originaldokumentationen för varje patient. Det huvudsakliga skälet till detta är att lägga grunden för entydighet och enhetlighet, det som brukar kallas god interoperabilitet.

Ett av de viktigaste inslagen i ”den europeiska standardansatsen” är att använda en särskild form av återanvändningsbara, standardiserade mallar för all information som är viktig att uppnå entydighet för. De återanvändbara mallarna kallas arketyper och kan liknas vid legobitar som man bygger upp informationen av. Arketyperna är ofta relativt specifika och kan behöva kombineras på olika sätt för att skapa ett kliniskt meningsfullt sammanhang. Kombinationer av arketyper kallas templates.

Inom CeHis har utvecklats ett antal så kallade referensarketyper. Dessa kan sägas vara guttormar för legobitar/arketyper. Exempelvis finns referensarketyper för uppfattat tillstånd, tillståndsidentifierande respektive behandlande aktivitet.

Referensarketyperna används som utgångspunkt för att specificera arketyper som är specifika för en viss typ av klinisk process. När man exempelvis genomför en kartläggning av hjärtsviktsprocessen, och ska definiera och gradera en viss typ av symtom som man vill hålla entydig information om, utgår man från referensarketyperna för uppfattat tillstånd. Referensarketyperna innehåller relativt många kännetecken (attribut) som kan specificeras med värden som är relevanta för just detta symtom på hjärtsvikt. Då skapar man en processspecifik arketyper för detta symtom. Denna arketyper kan sedan återanvändas vid samtliga tillfällen när man dokumenterar detta symtom för enskilda patienter. I många sammanhang är det praktiskt att använda en referenstemplate för hälsoproblem där hälsorelaterade tillstånd är en av de ingående referensarketyperna (se hälsoproblem ovan). Ibland vill man konsekvent koppla ihop vissa hälsoproblem/symtom med en viss utredande/behandlande aktivitet. Då kan man koppla ihop arketyperna för hälsoproblem med arketyperna för aktiviteten och skapa en template, som sedan kan återanvändas som en fastställd mall för dokumentation.

Hälsoproblem utgör motiv för aktivitet men alla aktiviteter har också ett annat hälsorelaterat tillstånd/hälsoproblem som utfall av aktiviteten kan det vara lämpligt att använda en template som omfattar alla tre komponenterna; motivet för aktiviteten (hälsoproblem), aktiviteten som sådan (utredande eller

behandlande) och resultatet av aktiviteten (hälsorelaterat tillstånd eller hälsoproblem).

En stor del av arbetet vid kartläggning av en klinisk process med fokus på informationsstruktur kommer att ske just genom att de informationsbehov man identifierat kopplas till en eller flera referensarketyper/referenstemplates, som sedan specificeras med de värden som är specifika för den aktuella kliniska processen.

Terminologibindning

Genom projektet Nationellt Fackspråk har begreppssystemet Snomed CT översatts till svenska i Socialstyrelsens regi. Den svenska nationella strategin innefattar att i möjligaste mån tillämpa Snomed CT för terminologibindning. Detta kan uttryckas som att Snomed CT är den svenska referensterminologin och att övriga klassifikationer och kodverk i möjligaste mån ska mappas till Snomed CT.

Terminologibindning innefattar att koppla specifika urval av koder till de informationsmängder man har skapat processspecifika arketyper/templates för. Användandet av Snomed CT för detta ändamål underlättas av att referensarketypernas kännetecken/attribut i möjligaste mån är hämtade från Snomed CT:s begreppsmodell.

Vid nationella projekt för kartläggning av kliniska processer är ambitionen att även kompetenser för mappning och terminologibindning till Snomed CT deltar i arbetet. De förslag till kodverk som anges i denna vägledning ska alltså ses som utgångspunkter för mappning till Snomed CT där så anses lämpligt/möjligt.

Kartläggning av informationsbehoven i kliniska processteg enligt den nationella, gemensamma informationsstrukturen

1. Framställa hälsofrågeställning (eller inte framställa...)

Grunden för en hälsofrågeställning är att en individ (eller någon annan för individens räkning) upplever ett hälsoproblem och därmed ett behov av att komma i kontakt med någon kompetens inom hälso- och sjukvård. Detta hälsoproblem kan bestå av symtom på sjukdom, risk för sjukdom eller krav på friskintyg mm. Individen eller individens företrädare kan då söka kontakt med någon professionell aktör inom en hälso- och sjukvårdsorganisation. Individen kan göra val för vilken organisation eller vilken kompetens hon/han tar kontakt med. Dessa val kan grundas på olika typer av information om utbud, tillgänglighet och kvalitet.

Individen kan också välja att själv skaffa svar på sina frågeställningar genom allmänt tillgänglig rådgivningsinformation, t ex på 1177.se. Om denna typ av information tillgodoser individens behov utan att individen identifierats, framställs formellt ingen hälsofrågeställning och ingen klinisk process kommer till stånd. Däremot kan både orsak och åtgärd vara mycket viktiga för individens egen hälsoprocess, och kanske i framtiden dokumenteras i "patientens hälsojournal".

Om individen verkligen väljer att ta kontakt med en hälso- och sjukvårdsorganisation utgör denna kontakt det som i NI benämns en hälsofrågeställning.

Den grundläggande informationen i själva framställan av en hälsofrågeställning utgörs av individens skäl för framställan. Det kan då handla om:

- symtom (uppfattade tillstånd);
- fråga om man har en viss sjukdom/tillstånd (förmodat tillstånd)
- befarad risk för symtom (risktillstånd);
- oro för konsekvenser/förlopp av tidigare känt tillstånd (prognostillstånd);
- fråga om rimliga mål för framtiden (måltillstånd);
- begäran om intyg av något slag.

Alla dessa sex skäl till en hälsofrågeställning kallas hälsoproblem. Förutom att individen formulerar ett hälsoproblem kan hälsofrågeställningen också innefatta en mera specifik hälsofråga som handlar om sitt hälsoproblem såsom:

- Behöver jag medicin mot detta? (fråga om vårdbehov)
- Är detta farligt? (fråga om prognostillstånd)
- Har jag en tumör? (fråga om förmodat tillstånd)

För alla hälsoproblem och för hälsofrågan finns referensarketyper. Dessa har använts för att skapa en template som benämns hälsoproblem. Denna template används för att definiera informationsmängderna i kliniska processer i exv. hälsofrågeställningen.

Av personen angivna hälsoproblem ska svara på frågan ”Varför framställer personen en hälsofrågeställning?” Redan i inledningen är alltså vårdtagarens roll som aktiv aktör och informatör tydlig. Dokumentation i processteget framställa hälsofrågeställning:

- Beskrivning av hälsoproblem, kontaktorsak eller symtom i form av uppfattade tillstånd, beskrivna i fri text eller utifrån listade möjliga kontaktorsaker, t ex baserade på Klassifikation av Kontaktorsaker (KKO) eller ICF;
- Individens hälsofråga;
- Tidsutdräcker/fenomentid för symtomen, anges som tidpunkt för symtomdebut;
- Svårighetsgrader för symtom om lämpliga skalor finns;
- Konsekvenser för kroppsfunction, aktivitet o delaktighet, ev. baserade på ICF.

2. Uppfatta hälsofrågeställning

Innan en klinisk process formellt startar ligger en fas där vanligtvis vårdtagaren själv uppfattar något problem med sin hälsa. Eftersom denna fas ligger utanför vård och omsorg inkluderas den inte i processmodellen men är naturligtvis viktig för en eventuellt kommande klinisk process även ur informationsperspektivet.

Processteget att uppfatta hälsofrågeställning omfattar att professionell aktör uppfattar såväl att en hälsofrågeställning framställs som vilka symtom/hälsoproblem respektive hälsofrågor individen framför som skäl för sin hälsofrågeställning. När den professionelle aktören uppfattar individens symtom-/hälsoproblemsbeskrivning gör han/hon också en egen tolkning av det som beskrivs. Detta innebär att ett utfall av processteget att uppfatta hälsofrågeställning är ett eller flera av professionell aktör uppfattade hälsorelaterade tillstånd/hälsoproblem. Förutom att de av individen uppfattade tillstånden tolkas kan också den professionelle aktören redan i detta processteg formulera ett sammanfattande uppfattat tillstånd eller ett sammanfattande bedömt hälsorelaterat tillstånd. Dessa sammanfattande tillstånd kan utgöras av även potentiella tillstånd (förmodat-, risk-, prognos- måltillstånd). Ett ev. preliminärt bedömt tillstånd inkluderar en åsikt om uppkomstmekanism och/eller prognos för de hälsoproblem som konstaterats. (refererar till template för uppfattande av hälsofrågeställning).

I framtiden bör det finnas förutsättningar för vårdtagaren att ta del av anpassade kunskapsunderlag för sin typ av problem, dokumentera sin uppfattning om problemet på ett strukturerat sätt och eventuellt även få in denna uppfattning i den ordinarie vårddokumentationen. Ännu finns det inte utarbetat någon informationsstruktur för denna fas, men i den fortsatta utvecklingen av så kallade invånartjänster bör detta hanteras.

Det första steget i en klinisk process är alltså att en hälso- och sjukvårdspersonal uppfattar att en person framställer en hälsofrågeställning. Detta processteg är därmed också startpunkten för ett nytt hälsoärende. Ett alternativ till att hälsofrågeställningen startar ett nytt hälsoärende är att den har så starka samband med redan pågående klinisk process/hälsoärende att den nya hälsofrågeställningen inkluderas i detta.

Dokumentation

En del av dokumentationen är att avgöra om den aktuella hälsofrågeställningen ska leda till att ett nytt hälsoärende öppnas eller om den ska adderas till ett redan befintligt hälsoärende. Detta avgörs av den professionella aktören utifrån av denne uppfattade och/eller bedömda tillstånd.

Dokumentationen bör kunna omfatta:

- Av mottagande professionell företrädare tolkat och uppfattat hälsoproblem/hälsorelaterat tillstånd – klassificerat och namnsatt enligt t ex ICF, ICD eller Snomed CT;
- Beslut om att öppna nytt hälsoärende eller att inkludera hälsofrågeställningen i ett befintligt – regelverk för hantering av hälsoärenden inklusive hälsoproblemskatalog.

I ett framtida nationellt regelverk bör ingå en förteckning över vilka hälsoproblem/hälsorelaterade tillstånd som motiverar sammanhållen information över gränser i sammanhållna hälsoärenden. Detta behövs för att uppföljning och kunskapsstyrning ska kunna utgå från dessa identifierade hälsoproblem. Exempel kan vara stroke, bröstcancer och KOL.

Vissa hälsoproblem som behöver separat kunskapsstyrning och uppföljning är av en typ som ingår i många olika typer av kliniska processer. Exempel på detta är många hälsoproblem inom omvårdnad såsom nutrition, trycksår etc. Dessa bör utgöra välavgränsade och strukturerade, kompletterande delar av hälsoärenden med egen hälsoproblemsidentitet för att möjliggöra uppföljning och kunskapsstyrning men är inte vanligtvis motiverade att utgöra separata hälsoärenden.

Uppföljning

För uppföljning av angivna skäl till hälsofrågeställning kan uppföljning av ”Av personen angivna uppfattade hälsoproblem” behöva registreras utifrån något kodverk. Exempel kan vara klassifikation av kontaktorsaker (KKO). Den mottagande/uppfattande vårdpersonalens tolkning av kontaktorsaker kan också vara aktuell att följa upp.

Uppföljning bör kunna omfatta:

- Av patienten/företrädare angivna kontaktorsak/symtom i form av hälsoproblem/uppfattade tillstånd – KKO, ICF;
- Vårdpersonalens tolkning av kontaktorsak – hälsoproblem/hälsorelaterat tillstånd enligt ICF, ICD, Snomed CT.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning av steget ”att uppfatta hälsofrågeställning” kan vara att visa på möjliga/troliga bedömda tillstånd utifrån debutsymtom (som motsvarar av personen uppfattade hälsorelaterade tillstånd). Detta utgör en delmängd av stöd för rådgivning som finns för exempelvis telefonrådgivning eller 1177.se. Symtom/uppfattade tillstånd som pekar mot ett visst bedömt tillstånd kan också uttryckas som att tydliggöra inklusionskriterier (eller villkor) för vissa typer av hälsoproblem.

Kunskapsstyrning vid uppfattande av hälsofrågeställning bör kunna omfatta:

- Hälsoproblemskatalog med sökbarhet på inklusionskriterier/vanliga symtom.

Resursperspektiv

Utifrån resursperspektiv kan information om hälsofrågeställning vara av intresse avseende:

- Vilken organisation/strukturenhet har uppfattat hälsofrågeställningen?
- Vilken professionell aktör med vilken kompetens/roll som uppfattat hälsofrågeställningen?
- Hur mycket tid har tagits i anspråk för att uppfatta hälsofrågeställningen?

3. Bedöma behov av tillståndsidentifierande aktiviteter

Att bedöma en patients behov av vårdaktiviteter kallas för vårdbehovsbedömning. Grunden för den första vårdbehovsbedömningen i en klinisk process är uppfattande av en hälsofrågeställning.

Att uppfatta hälsofrågeställning kan göras i olika sammanhang. En vanlig variant är när en sjuksköterska tar emot och uppfattar en hälsofrågeställning i telefon. Under telefonsamtalet uppfattar sjuksköterskan hälsofrågeställningen, avlyssnar individens beskrivning av sina symtom och tolkar utifrån sin professionella kompetens det som individen beskriver. Detta ligger inom processteget att uppfatta hälsofrågeställning. Om sjuksköterskan beslutar att sätta upp ett läkarbesök har hon/han redan gjort en första vårdbehovsbedömning; behov av läkarbesök har ansetts föreligga. Beskrivning av behovsbedömning under denna punkt 3 i vägledningen kan användas för att beskriva sjuksköterskans bedömning vid telefonsamtalet men är närmast beskrivet utifrån den behovsbedömning av vidare utredande aktiviteter som utförs vid det första besöket, exempelvis hos en läkare på en vårdcentral.

När hälsofrågeställningen är uppfattad och professionell aktör eventuellt bedömt patientens hälsorelaterade tillstånd görs en vårdbehovsbedömning – i detta steg avser behovsbedömningen om tillstånden behöver tydliggöras genom tillståndsidentifierande/riskidentifierande/utredande aktiviteter. Vårdtagaren ska betraktas som ”specialist på sin egen hälsa” och vara en aktiv aktör i alla processteg.

Behovsbedömning är ett typexempel på aktivitet som sker i dialog med vårdtagaren. Den professionelle behovsbedömaren avgör om det finns indikation för utredande aktiviteter – ett positivt svar kan anses utgöra ett åtagande. Patienten gör sitt ställningstagande till åtagandet genom samtycke eller icke samtycke. Om både åtagande och samtycke finns föreligger ett vårduppdrag i form av planerade aktiviteter. Om behovsbedömningen i samband med uppfattande av hälsofrågeställning har lett till ett första besök eller inläggning på sjukhus inkluderar detta som regel en kroppsundersökning av patienten. Även denna inledande, undersökande/tillståndsidentifierande aktivitet föregås av en behovsbedömning även om detta vanligen sker som en självklarhet. Utförande av kroppsundersökning blir då en första utredningsslinga som i sin tur ger underlag för bedömning av vilka övriga utredande aktiviteter det finns behov av.

Underlag för den första slingan av utredande aktiviteter är det som framkommit vid uppfattande av hälsofrågeställningen. Efter exv. kroppsundersökning (som ofta utgör första utredningsslinga) finns ytterligare underlag i form av fynd vid kroppsundersökningen. Dessa fynd kan ge motiv för exv. laboratorieprover, radiologiska undersökningar, EKG etc. När varje sådan slinga av undersökningar

genomförts har ytterligare underlag tillförts för ny behovsbedömning osv. På detta sätt blir utredande aktiviteter återkommande i flera slingor utifrån det just då kända underlaget i form av allt mer förfinade uppfattade tillstånd och preciseringar av hälsoproblem. Även behandlande aktiviteter och resultat av dessa kan ge underlag för ytterligare utredande aktiviteter. Detta innebär att man också ”hoppas” mellan slingorna för utredning och behandling under processens förlopp.

Behovsbedömningen går ut på att bl.a. svara på nedanstående frågor:

- Vad säger tillgänglig kunskap om indikationer för utredning – finns standardiserade vårdplaner för det/de hälsorelaterade tillstånd som är aktuella (vårdpersonals tolkning av kontaktorsak)?
- Föreligger indikation för utredande aktivitet för just denna patient utifrån hälsoproblem/uppfattade tillstånd och helhetssituation?
- Vilka utredande aktiviteter (inklusive identifikation av risker) finns det indikation för?
- Kan mål (i form av frågeställning för den samlade utredningen) sättas för just denna patient – vad är önskvärt och rimligt att uppnå beträffande tydliggörande av patientens tillstånd?
- Vad är patientens ställningstagande till utredningsaktiviteter?

Dokumentation

Bedömning av behov av aktiviteter grundas på identifierade hälsoproblem, vanligen uppfattade och eventuellt bedömda tillstånd. De av patienten presenterade hälsoproblemen/uppfattade hälsorelaterade tillstånd (som dokumenterats under uppfatta hälsofrågeställning) tolkas av vårdprofessionell aktör vilket leder till dokumentationen av professionell aktör identifierade hälsoproblem/uppfattade hälsorelaterade tillstånd. Ett eller flera av dessa kan redan i detta skede leda till en mera sammanfattande bedömning som omfattar uppkomstmekanism/orsak och/eller prognos och som därmed dokumenteras som bedömt hälsorelaterat tillstånd. Ett initialt bedömt tillstånd kan likställas med det vi kallar för preliminär diagnos/omvårdnadsdiagnos t ex misstänkt stroke eller malnutrition .

Efter dialog mellan vårdtagare och professionell aktör föreligger ett förslag på aktiviteter utifrån vilket patienten gör ett ställningstagande, och detta ska kunna dokumenteras och kopplas till hälsofrågeställning, hälsoärende och hälsoproblem i behovsbedömningsaktiviteten.

Konklusion av behovsbedömning utgörs av konkreta förslag på vilka utredande aktiviteter som planeras att utföras. Förslagen i form av utredande aktiviteter eller förslag att icke utreda bör dokumenteras och kunna kopplas till de registrerade tillstånden.

Innehållet i dokumentation av behovsbedömning bör kunna vara:

- Vilar bedömningen på något formaliserat beslutsstöd (vårdprogram, kunskapsöversikt etc.)? – Katalogtjänst.
- Grundas bedömningen på ytterligare symtombeskrivningar från patienten – ytterligare av patienten uppfattade hälsorelaterade tillstånd?
- Vilka professionellt uppfattade och/eller bedömda tillstånd grundar sig behovsbedömningen på?
- Vad vill vi åstadkomma med tillståndsidentifierande aktiviteter? (Syfte/frågeställningar för aktiviteterna). Detta kan uttryckas som en hälsofråga och utgöra målbeskrivning för de utredande aktiviteterna.
- Patientens ställningstagande – ja, nej.
- Utfall av behovsbedömningen – dokumenteras som ”inga vårdbehov” eller som aktiviteter i nästa steg (upprättande av aktivitetsplan).

Uppföljning

För uppföljning av uppfattade respektive bedömda tillstånd behöver dessa registreras enligt kodverk. Exempel kan vara ICF och/eller Snomed CT för uppfattade tillstånd och Snomed CT/ICD för bedömda tillstånd. Konklusion av behovsbedömning i form av föreslagna aktiviteter för utredning bör kunna kopplas till de registrerade tillstånden.

- Tillämpat formaliserat beslutsstöd (vårdprogram, kunskapsöversikt etc.)? – Katalogtjänst.
- Grundades bedömningen på några uppfattade och/eller bedömda tillstånd utöver de som ingår i hälsoproblem och inklusionskriterier för dessa? – ICF, ICD, Snomed CT.
- Mål för förtydligat hälsorelaterat tillstånd? – ICF, Snomed CT
- Patientens ställningstagande – ja, nej.
- Utfall av behovsbedömningen – vårdbehov avseende utredande aktiviteter ja/nej.

Kunskapsstyrning

För kunskapsstyrning kan finnas inklusionskriterier för vilka uppfattade tillstånd som bör föreligga för att ett bedömt tillstånd ska sägas vara troligt/korrekt. Detta ger indirekt indikationer för att utreda om dessa inklusionskriterier i form av uppfattade tillstånd föreligger.

Kunskapsstyrning kan även omfatta förslag till aktiviteter för såväl utredning, riskövervakning som behandling baserat på uppfattade och/eller bedömda tillstånd.

För att kunna tillämpas måste inklusionskriterier och förslag på aktiviteter vid vissa tillstånd (standardiserade vårdplaner) identifieras och specificeras samt göras tillgängliga av IT-stödet.

Standardiserade vårdplaner utgår vanligen från av professionen uppfattade och/eller bedömda tillstånd. Aktivering av standardiserad vårdplan sker genom angivande av tillstånd. Observera att risk för tillstånd också är tillstånd som kan vara indikation för aktiviteter. På detta sätt inkluderas utredande aktiviteter som grund för behandling i form av prevention.

- Föreligger inklusions-/exklusionskriterier för identifierade eller förmodade hälsorelaterade tillstånd?
- Finns standardiserade vårdplaner för identifierade/förmodade hälsorelaterade tillstånd?
- Utifrån helhetsperspektiv – finns indikation/kontraindikation för rekommenderade aktiviteter i standardiserad vårdplan?

Resursperspektivet

När aktiviteter utförs används resurser. Kostnader inom hälso- och sjukvård består huvudsakligen av kostnader för aktiviteter i de kliniska processerna. Resursperspektivet är därför alltid relevant för information om aktiviteter. Den begränsade resursramen för hälso- och sjukvård nödvändiggör prioriteringar avseende vilka tillstånd som ska motivera vilka aktiviteter. Resursåtgång ställs då i relation till vilken nytta aktiviteten kan vara för vårdtagaren. I de fall det finns olika typer av aktiviteter/olika metoder med likvärdig effekt för utreda hälsorelaterade tillstånd, är hälso- och sjukvården skyldig att välja den minst resurskrävande. Detta framgår av kostnadseffektivitetsprincipen i den etiska plattformen.

Redan i behovsbedömningssteget är information om resursåtgång för olika aktiviteter alltså relevanta. Detta bör kunna omfatta:

- Personella resurser – typ av kompetens och tidsåtgång
- Materiella resurser – typ och mängd
- Samband med andra typer av aktiviteter med dess resursåtgång

4. Upprätta/komplettera aktivitetsplan/vårdplan för tillståndsidentifierande aktiviteter

Om konklusionen av behovsbedömningen är att utredande aktiviteter är motiverade/indicerade för att identifiera antingen manifesta tillstånd och/eller risktillstånd, och patientens ställningstagande är positivt (ett vårduppdrag föreligger), ska en aktivitetsplan upprättas. Aktivitetsplanen kan baseras på relevanta standardiserade vårdplaner, när sådana finns tillgängliga. Eftersom processen ofta fortgår i flera iterativa loopar gäller detta steg även komplettering av tidigare existerande vårdplan i samma hälsoärende.

Dokumentation

Aktivitetsplanerna ska dokumenteras och kodas för att ge enhetlig och entydig information om vad som ska göras. Aktiviteterna ska kunna kopplas till uppfattade och/eller bedömda tillstånd som utgör motiv/indikation till aktiviteterna – enskild eller grupp av aktiviteter. Även vald metod för att utföra aktiviteten ska kunna dokumenteras. Mål för hur och till vilken grad ett tillstånd ska förtydligas av enskild och/eller grupp av aktiviteter ska kunna dokumenteras.

Patienter kan ha olika former av intolerans eller känd avvikande reaktion för substanser som används i olika aktiviteter. Dessa kan innebära risker för försämrade hälsoförhållande t ex blodtrycksfall, andningspåverkan. Dokumentation om dessa typer av patientspecifika risker bör ske senast i samband med att en aktivitetsplan upprättas. Detta kallas vanligen varningsinformation. Varningsinformation ska innehålla såväl utlösande aktivitet/agens/substans som vad patienten riskerar att få för reaktion i form av hälsorelaterat tillstånd (risktillstånd).

För den samlade aktivitetsplanen för hälsoärendet (hälsoärendeplan) ska en kontinuitetsansvarig professionell aktör/koordinator kunna anges. Möjligheter bör även finnas för att ange kontinuitetsansvariga för delar av hälsoärendeplan, exempelvis för en vårdepisod. HSA-katalogen är ett lämpligt kodverk.

Sammanfattningsvis bör dokumentationen kunna omfatta:

- Föreslagna aktiviteter – KVÅ, Snomed CT,
- Indikationer/motivering (hälsofrågor i form av potentiella/förmodade hälsorelaterade tillstånd) för föreslagna aktiviteter – ICF, ICD, Snomed CT,
- Har standardiserad vårdplan använts? – Ja/nej och katalogtjänst
- Mål för hur de samlade aktiviteterna ska tydliggöra de hälsorelaterade tillstånden i form av potentiella/förmodade hälsorelaterade tillstånd - ICF, ICD, Snomed CT,
- Vilka av de föreslagna aktiviteterna är förenade med förutsebara patientspecifika risker och risktillstånd? Kodad varningsinformation

över patientspecifika riskfaktorer (utlösande agens etc.) och risktillstånd– ICF, ICD, Snomed CT

- Patientens ställningstagande till planen.

När aktivitetsplanen har upprättats vidtar fortsättning av aktivitetshantering som att boka resurser, boka tid, samordna aktiviteter mm. Detta innefattas dock inte av denna redovisning utifrån det renodlade kliniska perspektivet.

Uppföljning

För uppföljning ska föreslagna utredande aktiviteter, motiv/ indikationer för dessa samt utfall i form av uppfattade och/eller bedömda tillstånd kunna registreras. Kodverk kan vara KVÅ, Snomed CT eller möjligen kommande åtgärdsklassifikation från WHO.

Uppföljning bör kunna omfatta:

- Föreslagna aktiviteter – KVÅ, Snomed CT,
- Indikationer/motivering (i form av hälsoproblem) för föreslagna aktiviteter – ICF, ICD, Snomed CT,
- Mål för hur enskild aktivitet eller grupper av aktiviteter ska tydliggöra de hälsorelaterade tillstånden – hälsofrågor i form av möjliga hälsorelaterade tillstånd - ICF, ICD, Snomed CT.

Kunskapsstyrning

Upprättande av aktivitetsplan är det processteg där kunskapsstyrning är mest tillämpbar. Tillhandahållande av kunskapsunderlag baserat på identifierade hälsoproblem som ett beslutsstöd, men utan konkretiserade förslag till aktivitetsplan, är en möjlighet för kunskapsstyrning. Utifrån de uppfattade och/eller bedömda tillstånd som anges i behovsbedömningen kan också ett operativt kunskapsstöd generera standardiserade vårdplaner. Standardiserade vårdplaner är alltså operationaliserade kunskapsunderlag som kan tillämpas direkt i upprättande av aktivitetsplan för en enskild vård- och omsorgstagare. Kliniska experter kan utarbeta standardiserade vårdplaner för ett eller flera av de hälsoproblem som hälsoärendet hanterar.

Kataloger över hälsoproblem som motiverar ett ”obrutet, sammanhållet” hälsoärende samt hälsoproblem som inte har samma sambands- eller kontinuitetskrav (men som ändå bedöms lämpligt att utveckla kunskapsstyrning av), bör utvecklas nationellt för att möjliggöra bl.a. god vård och gemensam bas för ledningssystem.

Om varningsinformation föreligger från tidigare ska denna påverka utformande av aktivitetsplan genom att förslaget till aktivitet genererar specifik varning för vilket risktillstånd som kan utlösas av något moment i aktiviteten.

För kunskapsstyrning av upprättande av aktivitetsplan kan således behövas:

- Kataloger över kodade uppfattade och/eller bedömda tillstånd som kan utgöra villkor för tillämplighet av beslutsstöd och standardiserade vårdplaner. Kodverk kan vara ICD, ICF eller Snomed CT
- Tillhandahållande av kunskapsunderlag/beslutsstöd för hantering av hälsoproblem
- Kataloger över standardiserade vårdplaner som kan tillämpas. Koppling till motiverande tillstånd krävs.
- Tillhandahållande av standardiserade vårdplaner utifrån dokumenterade uppfattade och/eller bedömda tillstånd
- Kataloger över kodade uppfattade och/eller bedömda tillstånd som kan utgöra motiv för enskilda eller grupper av aktiviteter
- Kända risker vid utförande i form av risk för hälsorelaterade tillstånd (risktillstånd– Snomed CT, ICF, ICD).

Resursperspektivet

Att upprätta/komplettera vårdplan innebär att planera de aktiviteter som anses motiverade utifrån behovsbedömningen. Olika aspekter på planering såsom ordningsföljd, val av metod, val utförare (kompetens och enhet) mm. kan påverka den totala resursförbrukningen. Aktivitetshandlingen är därmed viktig ur resursperspektivet. För resurs- och tidsbokning av tillståndsidentifierande aktiviteter kan information behövas angående:

- Vilken resursåtgång (kompetens och tid) krävs för olika aktiviteter och metoder?
- Finns flera olika metoder för att svara på aktuell frågeställning?
- Kan ordningsföljd få konsekvenser i form av att vissa aktiviteter inte behöver utföras?

5. Utföra tillståndsidentifierande aktiviteter

Dokumentation

Aktiviteterna i hälsoärendepåsen samordnas, bokas, resurssätts mm i det som benämns aktivitetshandlingen, som är integrerad i kärnprocessens utförande av aktivitet. Patienten är en självklar aktör även i detta steg. Aktivitetshandlingen pågår under hela genomförandet av de planerade aktiviteterna. Utförande av aktivitet omfattar aktivitetsmoment från planerad till utvärderad och täcker alltså hela aktivitetens livscykel. Man kan med andra ord säga att aktivitetshandling är administrativa åtgärder som ändrar status (planerad, bokad, påbörjad etc.) på aktiviteter.

Denna kartläggning omfattar inte de administrativa perspektiven och här kommenteras enbart de kliniska delarna av själva utförandet av aktiviteter.

Metodval och riskhantering är viktiga kliniska aspekter/moment vid utförande av aktivitet.

För dokumentation av utförande aktivitet bör kunna dokumenteras:

- Patientens ställningstagande till utförandet (så som det bokats med utförare, tid, plats samt metodval)
- Avvikelse (Negativa händelser) i samband med utförandet – nationell kategorisering?
- Vald metod för utförande – om möjligt från katalog som är lokal eller nationell
- Resursåtgång för utförande – personal i HSA-katalog, lokal och utrustning?
- Ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal för utförande – HSA-katalog
- Utfall av aktivitet – nya/kompletterade observerade och/eller uppfattade tillstånd och/eller bedömda tillstånd - ICF, Snomed CT, ICD.

Utvärdering av aktivitetens effekt – jämför identifierade tillstånd omedelbart före aktiviteten med utfallet.

Uppföljning

För uppföljning av utförande av aktivitet nyttjas en delmängd av dokumentationen:

- Negativa händelser i samband med utförandet – nationell kategorisering?
- Vald metod för utförande – katalog som är lokal eller nationell

- Resursåtgång för utförande – personal i HSA-katalog, lokal och utrustning?
- Utfall av aktivitet – nya/kompletterade observerade och/eller uppfattade tillstånd och/eller bedömda tillstånd - ICF, Snomed CT, ICD
- Utvärdering av aktivitetens effekt – jämför identifierade tillstånd omedelbart före aktiviteten med utfallet. Jämför med mål om sådant formulerats.

Kunskapsstyrning

För kunskapsstyrning av utförande av aktivitet kan handledningar, anvisningar, metod-PM, Vårdhandboken eller motsvarande för hur man bör utföra aktiviteten tillämpas. Här utgör riskanalys en viktig grund – vilket moment är riskfyllt och vilka tillstånd riskerar patienten att drabbas av? Tillhandahållande av kunskapsunderlag i form av avvikelserapporter och händelseanalyser från utförande av den aktuella typen av aktivitet är en annan möjlig kunskapsstyrning.

För kunskapsstyrning av utförande av aktivitet bör kunna anges:

- Använd metoanvisning för utförande av aktivitet – lokal eller nationell
- Risktillstånd för utförande av viss typ av aktivitet/ viss metod – ICF, Snomed CT, NANDA
- Kända tidigare negativa händelser vid utförande av aktivitet – nationell kategorisering?

Resursperspektivet

Utförande av aktiviteter innebär att resurser förbrukas. Information om faktisk resursförbrukning vid utförande av olika aktiviteter kan användas som underlag för resursplanering, prioriteringar, värdering av nytta och effektivitet, produktivitetmätningar mm. Aktivitetsbaserad kostnadsinformation kan utgöra en god bas för ekonomisk/resursmässig ledning och styrning. Sammantaget finns intresse av att hålla information om faktisk resursförbrukning vid utförande av aktiviteter i kliniska processer. Detta kan avse tidsinsats för personal med viss kompetens, utrustning, lokaler, förbrukningsmaterial mm.

För resursperspektivet av utförande av aktivitet bör kunna anges:

- Utförande personal och enhet (produktivitetsaspekt)
- Tidsåtgång för personal (kostnad per aktivitet)
- Förbrukat material (kostnad per aktivitet)

6. Analysera och bedöma hälsorelaterade tillstånd som är utfall av utredande aktiviteter

Varje utredande/tillståndsidentifierande aktivitet leder till att man registrerar någon form av hälsorelaterat tillstånd. Detta sker för varje enskild aktivitet som en del av utförande av aktiviteten. I detta processteg avses en sammanfattande analys av samtliga genomförda utredande aktiviteter. Denna analys kan registreras i form av ett eller flera uppfattade tillstånd (av profession eller patient) och/eller i form av ett eller flera bedömda tillstånd (av professionell aktör). Identifierad ökad risk för ett visst hälsorelaterat tillstånd betraktas i sig självt som ett hälsorelaterat tillstånd. Utfall av tillståndsidentifierande/utredande aktiviteter kan därmed också vara att ett eller flera risktillstånd som ännu inte föreligger har identifierats. Analys av dessa inkluderas i detta processteg.

Dokumentation

Dokumentation av analysen bör omfatta:

- Sammanfattande uppfattade tillstånd – ICF, Snomed CT
- Bedömda tillstånd – ICD, Snomed CT
- Eventuella inklusionskriterier för bedömda tillstånd i form av utfallen av aktiviteterna i form uppfattade tillstånd – ICF, Snomed CT
- Eventuella inklusionskriterier för bedömda tillstånd i form av andra bedömda tillstånd – ICD, Snomed CT
- Risktillstånd – vilka tillstånd kan de uppfattade tillstånden riskera att utvecklas till? – ICF, ICD, Snomed CT.

Uppföljning

För uppföljning används en delmängd av eller hela ovanstående dokumentation.

Kunskapsstyrning

För analys av utfall av utredande aktiviteter kan inklusionskriterier för olika uppfattade och/eller bedömda tillstånd tillhandahållas i kunskapsstyrningen. Inklusionskriterier består av uppfattade tillstånd (ICF, Snomed CT) och/eller av bedömda tillstånd (ICD, Snomed CT). Kunskapsstyrning kan även användas för att koppla risktillstånd till det analyserade utfallet. I praktiken kan alltså kunskapsstyrningen ange ett eller flera risktillstånd (ICF, ICD, Snomed CT) baserat på de uppfattade och/eller bedömda tillstånd som dokumenteras som utfall av analysen.

- Eventuella inklusionskriterier för bedömda tillstånd i form av utfallen av aktiviteterna i form uppfattade tillstånd – ICF, Snomed CT
- Eventuella inklusionskriterier för bedömda tillstånd i form av andra bedömda tillstånd – ICD, Snomed CT
- Risktillstånd – vilka tillstånd kan de uppfattade tillstånden riskera att utvecklas till? – ICF, ICD, Snomed CT.

Resursperspektivet

Faktisk resursförbrukning av aktiviteter är en form av utfall vid utförande av aktiviteter. Jämförelser mellan ”normal/planerad” och faktisk resursåtgång kan finnas intresse att göra. Negativa händelser och avvikelser i samband med genomförande av aktiviteter kan påverka resursförbrukningen. Omfattningen av sådan resursförändring kan också finnas intresse av att få information om.

7. Bedöma om det hälsorelaterade tillståndet utgör behandlingsmotiverande hälsoproblem

De uppfattade och/eller bedömda tillstånd som är resultat av analysen utgör det som i processmodellen benämns för hälsoproblem. Detta processteg innebär bedömning av om denna typ av hälsorelaterade tillstånd/risk för tillstånd utgör motiv för åtgärder/behandling eller inte (åtgärdsmotiverande/behandlingsmotivierande eller icke).

Dokumentation

Utfallet av bedömningen dokumenteras. Utfallet kan vara åtgärdsmotiverande eller icke behandlingsmotiverande hälsoproblem.

- Föreligger kunskapsbaserad indikation/kontraindikation för behandling?
- Föreligger patientspecifika förhållande som förändrar indikation/kontraindikation?
- Föreligger generell eller patientspecifik risk vid ev. behandling?
- Har formaliserat kunskapsstöd använts vid bedömningen?

Uppföljning

Uppföljning av bedömningen kan vara efterfrågad i vissa kliniska processer. Detta förutsätter att dokumentationsmallen är konstruerad för att på ett förvalt sätt svara på frågan behandlingsmotiverande eller icke behandlingsmotiverande hälsoproblem.

- Har indikation/kontraindikation angivits för/emot behandling?
- Har riskbedömning dokumenterats?
- Har formaliserat kunskapsstöd använts vid bedömningen?

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning bör inkludera katalog över relativt frekvent förekommande hälsoproblem. Typ av hälsoproblem bör vara det övergripande begreppet för flera perspektiv på kunskapsstyrning. Ett kännetecken på hälsoproblem i katalogen bör vara om det generellt är att betrakta som ett behandlingsmotiverande hälsoproblem. Vid behov ska tilläggs-kriterier för åtgärds-motivering kunna anges i katalogen. Hälsoproblem är beteckning på bl.a. hälsorelaterade tillstånd och dessa är möjliga att ange enligt ICF, ICD eller Snomed CT.

- Ingår identifierade hälsoproblem i katalog/tillgängliga beslutsstöd?
- Finns standardiserade vårdplaner för identifierade hälsoproblem?

Resursperspektivet

Vad som anses utgöra motiv för olika behandlande insatser är inte oberoende av resursåtgång. Hälsoproblem som kräver mycket omfattande resurser för att åtgärda har i allmänhet större inverkan på hälsförhållanden för att anses motiverande. Nyttan av åtgärderna bör anses stora om kostnaderna är höga. Detta är en konsekvens av behovsorienterad vård och omsorg. Även i detta processteg är därmed information om resursåtgång relevant.

8. Bedöma behov av hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter

I de fall behandlingsmotiverande hälsoproblem identifierats ska i nästa steg de generella åtgärdsmotiven prövas mot helhetssituationen för den aktuella patienten. Alla standardiserade motiveringar och rekommendationer måste ställas mot de specifika förhållanden som gäller för just den aktuella patienten. Detta görs i behovsbedömningarna som ingår i båda huvudsyftena i processmodellen. Behov kan analyseras ur två olika perspektiv. Först och främst gäller att identifiera om patienten har behov av bättre hälsoförhållande – detta kallas i NI för hälsobehov. Hälsobehovet gäller för hälsoförhållande men uttrycks som önskvärda hälsorelaterade tillstånd som kallas måltillstånd. Det andra perspektivet på behov handlar om att identifiera om vårdaktiviteter kan bidra till att patientens hälsobehov kan tillfredsställas – detta kallas vårdbehov och uttrycker alltså behov av aktiviteter för att tillgodose hälsobehov.

Innehållet i vårdbehovsbedömningarna för tillståndsidentifierande respektive behandlande vårdaktiviteter är likartade:

- Vad säger tillgänglig kunskap om indikationer för vårdaktiviteter – finns standardiserade vårdplaner för det/de hälsoproblem/ risk för hälsoproblem som är aktuella?
- Vilka vårdaktiviteter finns det i normalfallet indikation för?
- Föreligger indikation för behandling utifrån hälsoproblem och helhetssituation?
- Kan mål (i form av måltillstånd) för behandlingar mot detta hälsoproblem /risk för hälsoproblem sättas för just denna patient – vad är önskvärt och rimligt att uppnå beträffande patientens hälsoförhållande?
- Vilka risktillstånd identifieras utifrån att vissa aktiviteter inte utförs? – ICF, ICD, Snomed CT
- Vilka generella risktillstånd identifieras vid genomförande av övervägda aktiviteter vid denna typ av hälsoproblem? – ICF, ICD, Snomed CT
- Vad är patientens ställningstagande till behandling?

Dokumentation

Indikationer för behandling består av uppfattade och/eller bedömda hälsorelaterade tillstånd. Även en viss genomförd aktivitet kan ibland utgöra indikation för utförande av en följdaktivitet. Oftast är det åtgärdsmotiverande hälsoproblemet uttryckt som ett bedömt hälsorelaterat tillstånd. Som grund för detta bedömda tillstånd finns ofta ett antal inklusionskriterier som vanligen är uppfattade tillstånd. Dessa har dokumenterats i processteget ”Analysera och bedöma hälsorelaterade tillstånd som är utfall av utredande aktiviteter” ovan. Inklusionskriterier och indikationer utgör grund för behovsbedömningen. Dokumentationen av själva behovsbedömningen bör kunna inkludera:

- Vilar bedömningen på något formaliserat beslutsstöd (vårdprogram, kunskapsöversikt etc.)? – Katalogtjänst.
- Vilka indikationer och inklusionskriterier för dessa utgör grund för vårdbehovet?
- Grundades bedömningen på några uppfattade och/eller bedömda tillstånd utöver de som ingår i åtgärds motiverande hälsoproblem och inklusionskriterier för dessa? – ICF, ICD, Snomed CT.
- Måltillstånd för behandling? – ICF, Snomed CT
- Vilka risktillstånd identifieras utifrån att vissa aktiviteter inte utförs? – ICF, ICD, Snomed CT
- Vilka generella risktillstånd identifieras vid genomförande av övervägda aktiviteter vid denna typ av hälsoproblem? – ICF, ICD, Snomed CT
- Patientens ställningstagande – ja, nej.
- Utfall av behovsbedömningen – dokumenteras som ”inga vårdbehov” eller som vårdaktiviteter i nästa steg (upprättande av aktivitetsplan).

Uppföljning

Samtliga ovanstående punkter bör vara möjliga att följa upp. Detta innebär att de ska kunna hämtas till register och vara lämpade för statistisk bearbetning. ICD, ICF och Snomed CT är möjliga för dessa ändamål. För uppföljning kan följande vara av intresse:

- Tillämpat beslutsstöd (vårdprogram, kunskapsöversikt etc.)? – Katalogtjänst.
- Indikationer och inklusionskriterier för dessa utgör grund för vårdbehovet – Snomed CT, ICD, ICF
- Grundades bedömningen på några uppfattade och/eller bedömda tillstånd utöver de som ingår i hälsoproblem och inklusionskriterier för dessa? – ICF, ICD, Snomed CT.
- Måltillstånd för behandling? – ICF, Snomed CT
- Patientens ställningstagande – ja, nej.
- Utfall av behovsbedömningen – vårdbehov avseende behandlande aktiviteter ja/nej.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning är av största vikt i behovsbedömningar. Två nivåer av kunskapsstyrning av kliniska processer kan identifieras. Den första är när hälsoproblemorienterade kunskapsöversikter kan tillhandahållas i bedömningssituationen i form av t ex Nationella riktlinjer, vårdprogram eller andra kunskapsöversikter. Dessa kan benämnas beslutsstöd. Den andra och mera direkt operativa formen av kunskapsstyrning är när IT-stödet tillhandahåller en standardiserad vårdplan som experter på detta hälsoproblem utarbetat baserat på

kunskapsunderlag. Vid tillämpning av standardiserade vårdplaner bör alltid även kunskapsunderlaget kunna göras tillgängligt. Tillämpning av standardiserade vårdplaner ingår i steget att upprätta aktivitetsplan.

För kunskapsstyrning av behovsbedömningar bör alltså finnas:

- Tillgång till katalog över beslutsstöd via kataloger över hälsoproblem
- Tillgång till katalog över standardiserade aktivitetsplaner via kataloger över hälsoproblem

Såväl beslutsstöd som standardiserade vårdplaner bör finnas för olika hälsoproblem. Ett annat sätt att uttrycka detta är att säga att alla hälsoproblem som man anser det meningsfullt att styra utredning/behandling av bör avgöra om beslutsstöd/standardiserade vårdplaner bör tillhandahållas. De hälsoproblem som vanligen betraktas som motiv för eget eller sammanhållet hälsoärende (såsom de medicinska diagnoserna stroke, diabetes, höftfraktur) är en naturlig kategori. Denna typ av hälsoproblem kräver därför också en egen katalog eller identifikation i en sådan. En annan typ av hälsoproblem är av sådan art att de är en återkommande del i hälsoärenden för de ”omfattande” hälsoproblemen. Exempel på detta kan vara malnutrition, risk för trycksår etc. Denna typ av hälsoproblem kräver samma typ av beslutsstöd och standardiserade vårdplaner men utgör sällan eller aldrig ensamma hälsoproblem som ”bärare” av ett hälsoärende.

Resursperspektivet

När aktiviteter utförs förbrukas resurser. Resursperspektivet är därför alltid relevant för information om aktiviteter. Den begränsade resursramen för hälso- och sjukvård nödvändiggör prioriteringar avseende vilka tillstånd som ska motivera vilka aktiviteter; såväl för att utreda som för att behandla. Grunden för prioriteringar är behovsprincipen – det är behoven av vårdaktiviteter som avgör. Resursåtgång ställs inom vårdbehovsbedömningen i relation till vilken nytta aktiviteten kan vara för patienten. I de fall det finns olika typer av aktiviteter/olika metoder med likvärdig effekt för att åtgärda hälsoproblem, är hälso- och sjukvården skyldig att välja den minst resurskrävande. Detta framgår av kostnadseffektivitetsprincipen i den etiska plattformen.

Redan i behovsbedömningssteget är information om resursåtgång för olika aktiviteter alltså relevanta. Detta bör kunna omfatta:

- Personella resurser – typ av kompetens och tidsåtgång
- Materiella resurser – typ och mängd
- Samband med andra typer av vårdaktiviteter med vilken resursåtgång

9. Upprätta aktivitetsplan för hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter

Utfall av behovsbedömningen av vårdbehov är en identifiering av vilka vårdaktiviteter som anses motiverade – i detta processteg avses behandlande aktiviteter. Dessa motiverade vårdaktiviteter utgör förslag som skapar/kompletterar aktivitetsplanen för det aktuella hälsoärendet – hälsoärendeplanen. Aktivitetsplanen är navet för hälsoärendet som hela processen snurrar runt.

Förslag på aktiviteter kan upprättas ”fritt” och/eller med hjälp av standardiserad vårdplan för hela eller delar av planen och är i de flesta fall en kombination.

Ökad risk för hälsoproblem betraktas i sig självt som hälsoproblem. Därmed utgör också aktiviteter för att minska risken behandlande aktiviteter. Denna typ av riskhantering utgår alltså från att risk för specifika tillstånd utgör identifierade hälsoproblem. Annan typ av riskhantering där negativa händelser under processen utgör grunden för risken beskrivs nedan.

Riskhantering sker till stor del i detta processteg. Det är här risker med att utföra aktiviteter måste belysas och beaktas. Det finns risker med utförande av alla aktiviteter och det finns risker med att underlåta att utföra aktiviteter. Båda dessa typer av risker måste beaktas vid upprättande av aktivitetsplan. En risk definieras av sannolikhet och konsekvens. Sannolikheten avser den negativa händelse som leder till konsekvensen. Konsekvens av en händelse ur den enskilda patientens perspektiv är förändrat hälsoförhållande. Förändrade hälsoförhållanden beskriver vi som hälsorelaterade tillstånd. Risk för en patient att hälsoförhållandet påverkas negativt kan alltså beskrivas i form av hälsorelaterade tillstånd – risktillstånd. Utifrån Socialstyrelsens definitioner av negativa händelser och patientsäkerhet utgör risktillståndet också en aspekt på patientsäkerhet.

Dokumentation

Den grundläggande dokumentationen av att upprätta aktivitetsplan utgörs helt enkelt av aktiviteter, med status planerade, registrerade i en hälsoärendeplan. Hur detaljerat aktiviteter ska registreras är en fråga med många aspekter. Detaljerad registrering ner på nivå arbetsmoment har vissa fördelar när det gäller att aktiviteter blir utförda exakt på avsett sätt. Mera övergripande registrering i grupper av aktiviteter skapar enklare och säkrare överblick. En möjlig kombination av detaljeringsgrad kan vara att bygga upp mallar där aktiviteter inkluderande arbetsmoment slås samman till ”aktivitetsblock” som ofta eller alltid utförs i ett visst sammanhang. Med andra ord kan man säga att man gör arketyper (detaljerade småmallar) för enskilda aktiviteter som kan slås samman i aggregerade aktivitetsmallar som kan återanvändas i olika typer av hälsoärendeplaner. Detaljer och mer konkreta arbetsmoment kan ligga dolda och

klickas fram vid behov. Kodverk uppbyggda på detta sätt saknas för närvarande. KVÅ skulle kunna vidareutvecklas i denna riktning. Snomed CT innehåller också koder för de flesta aktiviteter.

Dokumentation om upprättande av aktivitetsplan bör kunna omfatta:

- Föreslagna aktiviteter i hälsoärendeplan – KVÅ, Snomed CT,
- Mål för hur de samlade aktiviteterna ska påverka patientens hälsoförhållande i form av möjliga hälsorelaterade tillstånd – måltillstånd - ICF, ICD, Snomed CT,
- Har standardiserad vårdplan använts? – Ja/nej och katalogtjänst
- Vilka av de föreslagna aktiviteterna är förenade med förutsebara generella respektive patientspecifika risktillstånd? Kodad varningsinformation över patientspecifika riskfaktorer (utlösande agens etc.) och risktillstånd– ICF, ICD, Snomed CT.

Uppföljning

För uppföljning av upprättande av aktivitetsplan bör samtliga ovanstående fyra punkter registreras på ett uppföljningsbart och statistiskt bearbetningsbart sätt. Kodverken för tillstånd anges ovan men dessutom krävs således en uppföljningsbar katalog över standardiserade vårdplaner.

- Föreslagna aktiviteter i hälsoärendeplan – KVÅ, Snomed CT,
- Mål för hur de samlade aktiviteterna ska påverka patientens hälsoförhållande i form av möjliga hälsorelaterade tillstånd – måltillstånd - ICF, ICD, Snomed CT,
- Har standardiserad vårdplan använts? – Ja/nej och katalogtjänst
- Vilka av de föreslagna aktiviteterna är förenade med förutsebara generella respektive patientspecifika risktillstånd? Kodad varningsinformation över patientspecifika riskfaktorer (utlösande agens etc.) och risktillstånd– ICF, ICD, Snomed CT.

Kunskapsstyrning

Det huvudsakliga operativa sättet att tillämpa kunskapsstyrning för att upprätta aktivitetsplan är standardiserade vårdplaner. Dessa innehåller kunskapsbaserade förslag på aktiviteter utifrån identifierad hälsoproblem/hälsorelaterade tillstånd.

En annan viktig kunskap omfattar vilka generella respektive patientspecifika risker som finns med varje hälsoproblem/tillstånd respektive med varje föreslagna aktivitet. Dessa risker bör analyseras vid upprättande av såväl beslutsstöd som standardiserade vårdplaner. I tillämpning kan ett IT-stöd antingen visa riskerna eller ställa frågor om förhållanden som innebär att ökad risk föreligger.

För kunskapsstyrning av detta processteg kan behövas:

- Beslutsstöd som visar kunskapsläget för utfall av aktiviteter vid respektive hälsoproblem
- Standardiserade vårdplaner för respektive hälsoproblem/hälsorelaterat tillstånd
- Möjliga patientspecifika riskfaktorer som ger vilka möjliga risktillstånd - ICF, ICD, Snomed CT.

Resursperspektivet

Att upprätta aktivitetsplan omfattar att planera de aktiviteter som ansetts motiverade utifrån behovsbedömningen. Olika aspekter på planering såsom ordningsföljd, val av metod, val utförare (kompetens och enhet) mm. kan påverka den totala resursförbrukningen. Aktivitetshanteringen är därmed viktig ur resursperspektivet. För resurs- och tidsbokning av hälsoproblemsåtgärdande aktiviteter kan information behövas angående:

- Vilken resurstillgång krävs för olika aktiviteter och metoder?
- Finns flera olika metoder för att åtgärda aktuellt hälsoproblem?
- Kan ordningsföljd få konsekvenser i form av att vissa aktiviteter inte behöver utföras?

10. Utföra hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter

Hälsoproblem åtgärdas genom att utföra planerade aktiviteter. Ökad risk för hälsoproblem är i sig självt att betrakta som hälsoproblem. Därmed inkluderas aktiviteter för att åtgärda risk för hälsoproblem i hälsoproblemsåtgärdande/behandlande aktiviteter. På samma sätt som för tillståndsidentifierande aktiviteter samordnas, bokas och resurssätts de hälsoproblemsåtgärdande aktiviteterna i hälsoärendepLANEN genom det som benämns aktivitetshantering.

Aktivitetshanteringen är integrerad i kärnprocessens steg för utförande av aktivitet. Aktivitetshanteringen pågår under hela genomförandet av de planerade aktiviteterna. Utförande av aktivitet omfattar aktivitetsmoment som förändrar status på aktiviteten från planerad till utvärderad och täcker alltså hela aktivitetens livscykel. Metodval och riskhantering är viktiga aspekter vid utförande av aktivitet.

Dokumentation

För dokumentation av utförande aktivitet bör kunna dokumenteras:

- Utfall/effekt av aktivitet – nya/kompletterade observerade och/eller uppfattade tillstånd och/eller bedömda tillstånd - ICF, Snomed CT, ICD
- Patientens ställningstagande till utförandet
- Negativa händelser i samband med utförandet – nationell kategorisering?
- Vald metod för utförande – katalog som är lokal eller nationell
- Resursåtgång för utförande – personal i HSA-katalog, lokal och utrustning?

Uppföljning

För uppföljning av utförande av aktivitet nyttjas en delmängd av dokumentationen:

- Utfall av aktivitet – nya/kompletterade observerade och/eller uppfattade tillstånd och/eller bedömda tillstånd - ICF, Snomed CT, ICD
- Negativa händelser i samband med utförandet – nationell kategorisering?
- Vald metod för utförande – katalog som är lokal eller nationell
- Resursåtgång för utförande – personal i HSA-katalog, lokal och utrustning?

Kunskapsstyrning

För kunskapsstyrning av utförande av aktivitet kan handledningar, anvisningar eller motsvarande för hur man bör utföra aktiviteten tillämpas. Här utgör riskanalys en viktig grund – vilket moment är riskfyllt och vilka tillstånd riskerar patienten att drabbas av? Tillhandahållande av avvikelserapporter och händelseanalyser från utförande av den aktuella typen av aktivitet är en annan möjlig kunskapsstyrning.

För kunskapsstyrning av utförande av aktivitet ska kunna anges:

- Metodanvisning för utförande av aktivitet – lokal eller nationell
- Risktillstånd för utförande av viss typ av aktivitet/ viss metod – ICF, Snomed CT
- Kända tidigare negativa händelser vid utförande av aktivitet – nationell kategorisering?

Resursperspektivet

Utförande av aktiviteter innebär att resurser förbrukas. Information om faktisk resursförbrukning vid utförande av olika aktiviteter kan användas som underlag för prioriteringar, värdering av nytta och effektivitet, produktivetsmätningar mm. Sammantaget finns intresse av att hålla information om faktisk resursförbrukning vid utförande av enskilda vårdaktiviteter i kliniska processer. Detta kan avse tidsinsats för personal med viss kompetens, utrustning, lokaler, förbrukningsmaterial mm.

11. Utvärdera effekt av åtgärder på hälsobehov

Att uppfatta och tolka utfall av varje enskild aktivitet ingår i processteget ”att utföra aktivitet”. Detta aktuella processteg som benämns ”utvärdera effekt av åtgärder på hälsobehov” avser den samlade verkan som de behandlande aktiviteterna haft. Påverkan på hälsoförhållandet uppfattas som hälsorelaterade tillstånd som kan sättas i relation till det/de måltillstånd som utgår från hälsobehov och formulerades i behovsbedömningen. Att utvärdera är en aktivitet som bör utföras av såväl patienten som av professionell aktör.

Dokumentation

- Utfall i form av uppfattade och/eller bedömda tillstånd efter avslutad behandling – ICF, ICD, Snomed CT,
- Utfall i form av risktillstånd relaterat till de utförda behandlande aktiviteterna
- Måltillstånd uppfyllt/ej uppfyllt
- Resterande hälsobehov ja/nej
- Resterande vårbehov ja/nej

Uppföljning

Uppföljning av utvärderingen omfattar samma typ av information som dokumentationen:

- Kvalitetsindikatorer för:
 - Uppfattade och/eller bedömda tillstånd efter avslutad behandling – ICF, ICD, Snomed CT,
 - Utfall i form av risktillstånd relaterat till de utförda behandlande aktiviteterna
- Måltillstånd uppfyllt/ej uppfyllt
- Resterande hälsobehov ja/nej
- Resterande vårdbehov ja/nej

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning av utvärdering kan ske genom att tillhandahålla information om viktiga indikatorer för de specifika hälsoproblem som processen hanterar. Vad säger tillgänglig kunskap om vad som är viktigt att följa upp och att utvärdera? Vad ska rapporteras till relevanta kvalitetsregister?

Kunskapsstyrningen bör kunna omfatta:

- Kvalitetsindikatorer för utvärdering av utfall av specifika hälsoproblem
 - Uppfattade och/eller bedömda tillstånd efter avslutad behandling – ICF, ICD, Snomed CT,

- Utfall i form av risktillstånd relaterat till de utförda behandlande aktiviteterna
- Kriterier för resterande vårdbehov

Efter utvärdering av effekt på hälsobehov återgår man alltid till processteget behovsbedömning av tillståndsidentifierande och/eller hälsoproblemåtgärdande aktiviteter. Processen ska alltid avslutas genom en behovsbedömning av vårdbehov. Om denna behovsbedömning konkluderas som att vårdaktiviteter fortfarande är indicerade följs processtegen i en ny vända – i annat fall avslutas processen och hälsoärendet.

Resursperspektivet

Effekten på hälsoförhållande och hälsobehov har åstadkommit genom att resurser förbrukats vid utförande av aktiviteter. Den kliniska processens effektivitet kan uttryckas som effekten på hälsobehov i relation till den totala resursinsatsen. För ledning och styrning av en vård- och omsorgsorganisation är bedömningar av olika kliniska processers totala effektivitet av stort värde. Om alla aktiviteter är registrerade utifrån vilket hälsoproblem de motiverats av och inom vilken klinisk process de utförts kan den totala resursförbrukningen för en klinisk process för att hantera definierade hälsoproblem beräknas/uppskattas.