

Verksamhetens villkor och förutsättningar

Ett arbetsmaterial från Socialstyrelsens projekt
Nationell Informationsstruktur

Innehåll

<i>Inledning</i>	3
Regeringsuppdraget.....	3
Detta arbetsmaterial.....	3
NI-projektets slutrapportering	4
<i>Utgångspunkter</i>	5
Hälsa, välfärd samt vård och omsorg	5
Nationella IT-strategin, NI-projektet och verksamhetsperspektivet	5
Begreppet hälsa inom vård och omsorg	6
<i>Villkor och förutsättningar</i>	7
Värdegrunder.....	7
Värdeskapande	11
Lagar och föreskrifter.....	12
Standarder.....	18
Organisatoriska förutsättningar	19
Grunder för processtyrning	20
Processtyrning	22
Övriga villkor och förutsättningar	25
<i>Referenser</i>	28

Inledning

Regeringsuppdraget

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att inom ramen för den nationella IT-strategin för vård och omsorg [1] definiera och beskriva innehållet i en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. Arbetet genomförs i två projekt: Nationell Informationsstruktur (2007-2009) och Nationellt fackspråk för vård och omsorg (2007- mars 2011). Projektens resultat ska bidra till en effektiv informationsförsörjning inom vård och omsorg.

I maj 2007 fattade regeringen formellt beslut om Socialstyrelsens uppdrag. I beslutet står: *”Socialstyrelsen skall ta ett övergripande nationellt och strategiskt ansvar för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig i enlighet med de mål och principer som slås fast i regeringens skrivelse Nationell IT-strategi för vård och omsorg (Skr. 2005/06:139). I arbetet ingår dels att utarbeta en nationell informationsstruktur, dels att utarbeta, förvalta och tillhandahålla en nationell terminologi- och klassifikationsresurs.”*

Detta arbetsmaterial

Syftet med rapporten är att ge projektets olika målgrupper en samlad bild av vård- och omsorgsverksamhetens villkor och förutsättningar, eftersom detta har utgjort en viktig grund i utvecklingen av den nationella informationsstrukturen (NI).

Rapporten redovisar resultatet av den initiala delen av projektets verksamhetsanalys. Den beskriver villkor och förutsättningar som bland annat värdegrunder, lagar och föreskrifter, standarder, organisatoriska förutsättningar och ledningssystem för kvalitet. Dessutom beskrivs de konsekvenser som förutsättningarna fått för modellerna i den nationella informationsstrukturen, det vill säga för analysen av vad som är viktigt att kunna hålla information om i verksamhetens informationssystem.

Rapporten vänder sig till samtliga målgrupper för NI-projektets resultat men i första hand till personer som ska använda NI för verksamhetsutveckling och arbete med informationsförsörjning inom vård och omsorg. Detta inkluderar områden som processledning/-styrning, ledningssystem för kvalitet, informationssäkerhet, informationssystemarkitektur, infrastruktur, upphandling och utveckling av informationssystem, begrepps- och termbeskrivningar, klassifikationer samt standardisering inom informatikområdet.

NI-projektets slutrapportering

NI-projektets slutrapportering innefattar följande publikationer:

Huvudrapport:

- Nationell Informationsstruktur – *ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg*

Delrapporter:

- Nationell informationsstruktur för vård och omsorg – *modeller med beskrivningar*
- Verksamhetens villkor och förutsättningar (denna rapport)
- Informationsbehov ur olika perspektiv
- Informationssäkerhet – *vägledning för hantering av information inom vård och omsorg*
- Inriktning och ansats för utvecklingen av en nationell informationsstruktur
- Så utvecklas den nationella informationsstrukturen – om arbetssätt och samverkan med andra nationella initiativ
- Nationella IT-strategier, Danmark, England och Kanada (även översatt till engelska)
- Nationella IT-strategier, Norge, Nederländerna och Nya Zeeland (även översatt till engelska)

Utgångspunkter

Detta avsnitt beskriver utgångspunkter för NI-projektets kartläggning och analys av verksamhetens villkor och förutsättningar.

Hälsa, välfärd samt vård och omsorg

Vård och omsorg omfattar såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Den gemensamma nämnaren för vård och omsorg kan sägas vara hälsa, i den vida mening som enligt WHO:s breda deklARATION inkluderar alla aspekter av välbefinnande – fysiskt, psykiskt och socialt – och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder/skada.

Den nationella IT-strategin för vård och omsorg tar sin utgångspunkt i ett verksamhetsperspektiv. Det gör också projektet Nationell Informationsstruktur.

Välfärdssystemet är beteckningen på samhällets samlade insatser för medborgarnas hälsa. Vård och omsorg är en grundbult i välfärden och en av samhällets viktigaste uppgifter. Samspelet mellan vård- och omsorgstagare och professionella aktörer inom vård och omsorg benämns kärnprocess och kärnverksamhet inom vård och omsorg. Information relaterad till vård- och omsorgsprocesser är nödvändig såväl för att bedriva kärnverksamheten som för uppföljning, styrning och utveckling. För att kunna skapa och kommunicera sådan information på ett enhetligt och entydigt sätt krävs att man utgår från en grundläggande analys av kärnverksamheten, dess förutsättningar och dess behov av information.

I samhället finns förutom professionella inom vård och omsorg och vård- och omsorgstagare många fler aktörer, som på olika sätt bidrar till människors hälsa, till exempel försäkringskassa, apotek, arbetsmarknadsverk, friskvårdsinrättningar etc. Samverkan mellan vård och omsorg och dessa aktörer kräver också information.

Nationella IT-strategin, NI-projektet och verksamhetsperspektivet

Det övergripande syftet med den nationella IT-strategin för vård och omsorg är att bidra till ”bättre vård och omsorg för individ och samhälle”. Detta innebär att strategin utgår från ett verksamhetsperspektiv med kärnverksamheten och vård- och omsorgstagarperspektivet i fokus. Ett av de sex insatsområdena i strategin handlar om att skapa en gemensam informationsstruktur för vård och omsorg.

I den nationella IT-strategin formuleras fem huvudpunkter för ett strategiskt verksamhetsperspektiv på IT. Dessa punkter anges nedan med korta kommentarer utifrån NI-projektets perspektiv.

1. ”Förstärka medborgarnas och patientens/klientens ställning och inflytande”.
Kommentar: Bättre information och ökad delaktighet lyfts fram.
2. ”Ge vård utan hinder av verksamhetsmässiga och administrativa gränser samt geografiska avstånd”.

Kommentar: ”Utan hinder av gränser” tolkas som att IT-systemen ska vara organisationsneutrala och ge förutsättningar för enhetsöverskridande samverkan.

3. ”Ge vårdpersonalen effektiva kvalitets- och kompetensstödande arbetsredskap”.
Kommentar: Denna formulering innefattar tillgång till effektiva och användarvänliga IT-system som underlättar samverkan i vårdkedjan och ger kompetensmässig vägledning om exempelvis lämpliga åtgärder vid specificerade tillstånd.
4. ”Sträva efter god resurshushållning och ekonomisk effektivitet i verksamheten”.
Kommentar: Syftet är att förbättra stöd för planering, styrning och uppföljning av verksamheten. God resurshållning bör omfatta behovsorienterade prioriteringar.
5. ”Skapa goda förutsättningar för IT i vården”.
Kommentar: Avsikten är att förändra lagar och regelverk som motverkar en individfokuserad vård och omsorg samt att skapa förutsättningar för samverkande IT-system i form av en nationell informationsstruktur.

För att skapa goda förutsättningar för verksamheten, ta tillvara IT-strategins ambitioner samt utveckla en långsiktigt hållbar informationsstruktur som stödjer kärnverksamheten, bygger NI-projektet sina modeller på en verksamhetsanalys. Den initiala analysen av verksamhetens villkor och förutsättningar har tidigare beskrivits i projektets olika utkast. Här presenteras den slutliga delrapporten.

Begreppet hälsa inom vård och omsorg

Hälso- och sjukvård och socialtjänst ska bidra med stöd till människor med behov av insatser för olika aspekter av sin hälsa. För att kunna skapa en informationsstruktur för vård och omsorg har NI-projektet formulerat en gemensam begreppsmässig bas för hälsoaspekter, som utgår från WHO:s breda, allmänpolitiskt orienterade definition av hälsa. I WHO:s definition av hälsa beskrivs att ”hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej enbart frånvaro av sjukdom eller handikapp”.

Projektet valde att konkretisera WHO:s hälsobegrepp genom att utgå ifrån de fenomen/hälsokomponenter som beskrivs i WHO:s funktionsorienterade klassifikation ICF. Genom detta är det möjligt att beskriva det ”värdeskapande” som åstadkoms i vård- och omsorgsprocesser, i form av ”bättre hälsa”. Gemensamma grundbegrepp för hälsorelaterade tillstånd och de aktiviteter som utförs för att identifiera och påverka hälsa möjliggör beskrivningar i modeller som är allmängiltiga för all vård och omsorg.

Den nyligen tillkomna definitionen av hälsa i Socialstyrelsens termbank ligger i linje med WHO:s definition och lyder ”tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada”. Skillnaden mellan de båda definitionerna är att termbanken har ändrat ”handikapp” till ”skada”.

Ett exempel på ett hälsoproblem kan med denna definition lika väl vara en situation med fysiskt eller psykiskt funktionshinder eller ett barn som far illa, som ett brutet ben eller en hjärtinfarkt.

Avsikten med att utgå från denna vida och internationellt accepterade definition är att informationsstrukturen ska kunna omfatta såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Begreppet hälsa är således centralt i den nationella informationsstrukturen (NI).

Villkor och förutsättningar

Detta avsnitt beskriver NI-projektets initiala kartläggning och analys av olika villkor och förutsättningar för vård och omsorg samt de konsekvenser som denna analys fått i utvecklingen av den nationella informationsstrukturens modeller.

Verksamhetens villkor och förutsättningar måste vara tydligt beskrivna för att de verksamhetsrelaterade modellerna, som tillsammans utgör den nationella informationsstrukturen, ska kunna förstås i sitt sammanhang. Beskrivningarna behövs också för att kunna uppnå spårbara, enhetliga och entydiga begrepp som grund för dokumentation, kommunikation och uppföljning.

Svensk vård och omsorg bygger på ett antal värdegrunder, lagar och föreskrifter. Den nationella informationsstrukturen bör utgå ifrån och stödja följsamheten mot dessa.

Ett antal generella organisatoriska förutsättningar, övriga villkor och utvecklingslinjer för vård- och omsorgsverksamheten har också identifierats i kartläggningen. Den nationella informationsstrukturen ska också fungera för framtidens vård och omsorg. Därför har även förutsebara utvecklingslinjer inventerats, beskrivits och beaktats vid framtagandet av informationsstrukturens modeller.

Beskrivningen av verksamhetens villkor och förutsättningar är uppdelad i följande kategorier:

- Värdegrunder
- Värdeskapande
- Lagar och föreskrifter
- Standarder
- Organisatoriska förutsättningar
- Grunder för processtyrning
- Processtyrning
- Övriga villkor och förutsättningar

Värdegrunder

Etisk plattform

För hälso- och sjukvård finns en etisk plattform formulerad i ett riksdagsbeslut utifrån den parlamentariska utredningen ”Vårdens svåra val”. Plattformen byggs upp av tre etiska principer:

- Människovärdesprincipen
- Behovs-/solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

Människovärdesprincipen slår fast alla människors lika värde oavsett ålder, kön med mera. Behovs-/solidaritetsprincipen innebär att den som har störst behov av vård ska ha prioriterad tillgång till denna. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid lika effektiva åtgärder ska den minst resurskrävande väljas.

Denna etiska plattform är framtagen för hälso- och sjukvård men projektet har gjort bedömningen att den kan utgöra etisk grund för all vård och omsorg.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

För uppbyggnad av informationsstrukturen har behovsprincipen störst betydelse. Projektets verksamhetsanalys utgår från ett helhetsperspektiv på individen. Informationsstrukturen skapar också förutsättningar för vård och omsorg att tillämpa behovsprincipen genom att de verksamhetsrelaterade modellerna och begreppen fokuserar på behov och behovsbedömningar.

Självbestämmande, respekt och integritet

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 § (HSL) framgår att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patienten ska visas respekt för sin autonomi samt för sina ställningstaganden och sätt att uttrycka dessa. Krav på integritet utgör en värdegrund och konkretiseras vad avser informationssäkerhet i patientdatalagen (2008:355).

Konsekvenser för utvecklingen av NI

NI:s modeller har utformats så att vård- och omsorgstagarens eget ställningstagande ska kunna dokumenteras vid alla bedömningar, målsättningar och förslag på aktiviteter som görs av professionella aktörer. Integritetsaspekter vad avser informationssäkerheten hanteras i en särskild delrapport.

Helhetssyn på vård- och omsorgstagaren och människovärdesprincipen

Behovsorientering förutsätter att behov kan betraktas ur så breda perspektiv som möjligt. Att uppfatta och beskriva samtliga aspekter av någons hälsa är inte möjligt för vare sig personen själv eller för någon annan aktör. Helhetssyn är därför alltid relativ. I vård och omsorg som bygger på helhetssynen är vård- och omsorgstagarens egen bild en grundläggande informationskälla. Integritetsaspekter innebär i allmänhet att tillgång till information är begränsad. Integritet och professionella aktörers möjlighet att skapa helhetsbilder kan komma i motsatsförhållande.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Helhetssyn och tillgodosedd integritet kan åstadkommas genom att inblandade aktörer har tillgång till ”all relevant” information. Utifrån ett sådant betraktelsesätt minimeras konflikten mellan integritetsbaserad begränsning av information och informationsbehov för helhetssyn.

För NI-projektet innebär helhetssyn inom vård och omsorg att ge möjlighet att beakta/uppmärksamma så många relevanta delar och aspekter som möjligt av en persons hälsa. Den bild som vård- och omsorgstagare, deras närstående och professionell aktör tillsammans kan bygga upp är den mest heltäckande.

För att tydliggöra vikten av helhetssyn behövs ett begrepp för att beskriva en människas samlade hälsa – i NI benämns detta *hälsoförhållande*. Detta begrepp omfattar hela människans samtliga aspekter av hälsa. Hela individen/människan med alla hälsoaspekter eller hälsoförhållandet utgör det som vård- och omsorgsprocessen har för avsikt att påverka. Hälsoförhållandet är själva förädlingsobjektet som utgör såväl input som output i varje enskild vård- och omsorgsprocess. Hälsoförhållande bör som begrepp skiljas från de hälsoaspekter som observeras, genom att dessa ges en annan benämning, nämligen

hälsorelaterat tillstånd. Helhetssynen underlättas av att så komplett information som möjligt görs tillgänglig för den som ska bedöma en individs hälsoförhållande.

Individorientering och vård- och omsorgstagares delaktighet

Alla typer av verksamheter syftar till att tillfredsställa behov och förväntningar hos dem som är avnämare till de tjänster som utförs – i denna sektor vård- och omsorgstagare. Den allmänna bilden är att vård och omsorg ofta inte är tillräckligt individorienterad i meningen att fokusera vård- och omsorgstagarens perspektiv. Lagar och föreskrifter ger avnämaren/kunden inom vård och omsorg en formellt sett relativt svag ställning. Lagen om valfrihetssystem syftar till att stärka vård- och omsorgstagarens ställning.

Ökad delaktighet och ökat inflytande för vård- och omsorgstagaren är ett uttalat villkor för vård och omsorg. Att stärka patientens ställning är ett tydligt politiskt mål. Vård- och omsorgstagaren kräver i allt högre utsträckning att få vara en aktiv, välinformerad, motiverad och respekterad aktör i alla moment i sin egen vård- och omsorgsprocess. Detta inkluderar även åtgärder/insatser som vård- och omsorgstagaren själv utför.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

NI-projektet tolkar individorientering som att verksamheten ska utgå från vård- och omsorgstagarens behov, förväntningar och upplevelser och agera utifrån detta perspektiv. Detta har också framförts av företrädare för vård- och omsorgstagarna i NI-projektet. Individorientering innebär också att vård- och omsorgstagarens delaktighet, engagemang och egna upplevelser respekteras, tillvaratas och uppmuntras.

Informationsstrukturen utgår från vård- och omsorgstagarens hälsobehov och de aktiviteter som utförs för att identifiera och påverka dennes hälsoförhållande. Inom vård- och omsorgsprocessen görs många bedömningar, tolkningar och avgöranden beträffande vård- och omsorgstagaren. Informationsstrukturen ska skapa förutsättningar för att vård- och omsorgstagaren görs delaktig i alla aktiviteter inom processen där detta är möjligt. En grund för individorientering är att processmodellen i den nationella informationsstrukturen utgår från det individnära perspektivet.

I projektets initiala analys identifierades behovet av ett särskilt begrepp – *ställningstagande* – för att hantera vård- och omsorgstagarens ställningstagande till olika bedömningar, förslag på målsättning och utförande av aktiviteter. Förutsättningar för att stärka vård- och omsorgstagarens ställning som aktiv aktör i vård- och omsorgsprocessen kan skapas genom att denne kan fullgöra en roll både som utförare av aktiviteter och med rätt att dokumentera. Informationsstrukturen ska också ge förutsättningar för att hålla information om vård- och omsorgstagarens förväntningar, upplevelser och delaktighet.

Att identifiera vård- och omsorgstagaren som en samverkande aktör skapar förutsättningar exempelvis för egenutförda aktiviteter i processen, egen dokumentation samt för olika former av ställningstaganden.

Vård- och omsorgsprocessen innebär en återkommande och integrerad interaktion med vård- och omsorgstagarens egen livslånga hälsoprocess. Detta beskrivs av intressentgruppen med vård- och omsorgstagare som ”individens egen process”. Händelser och aktiviteter utanför vård- och omsorgsprocessen påverkar förutsättningar för och effekter av vård och omsorg. Information om dessa för vård- och omsorgsprocessen ”externa” händelser kan därför vara av värde för professionella aktörer i vård- och omsorgsprocessen. Ett möjligt och önskvärt tillskott till information och dokumentation kan komma från just ”individens egen

process”. Om denna information kan struktureras kan dokumentation från denna underlätta och stödja vård- och omsorgsprocesser. Detta ligger dock utanför NI-projektets uppdrag.

Behovsorientering och prioriteringar

Prioriteringar inom hälso- och sjukvård ska ske utifrån den etiska plattform som Sveriges Riksdag beslutat om. Människovärdes-, behovs- respektive kostnadseffektivitetsprincipen är de tre grundläggande principerna i denna etiska plattform. Något motsvarande beslut inom socialtjänsten finns inte idag.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Begreppet *behov* avser i NI skillnaden mellan faktiskt och önskvärt läge och är centralt att hålla information om i vård- och omsorgsprocessen. Behov inom vård och omsorg betraktas dessutom generellt ur två perspektiv – hälsobehov respektive vårdbehov/insatsbehov. Hälsobehov utgörs av skillnaden mellan önskvärt (måltillstånd) och faktiskt läge (aktuellt hälsoförhållande). Vårdbehov/insatsbehov beskriver vilka vård- och omsorgsaktiviteter vård- och omsorgstagaren är i behov av för att kunna uppfylla sina hälsobehov.

Information om vård- och omsorgstagares upplevda behov är ett viktigt underlag för den slutliga bedömningen av vård-/insatsbehov, som den professionelle aktören ansvarar för.

Prioriteringar grundade på principerna i den etiska plattformen kan stödjas av relevant information om vård- och omsorgstagarens aktuella hälsoförhållande och det mest aktuella kunskapsunderlaget angående vilka insatser/åtgärder som är effektiva.

Samverkan och helhetssyn på processen

Samverkan och helhetssyn förutsätter överblickbarhet av relevant information avseende en individ. Ett grundläggande krav på informationssystem inom vård och omsorg är att de kan skapa förutsättningar för och bidra till samverkan i kärnprocesserna. Behov av och förväntningar på samverkan är också ett ledande tema i den nationella IT-strategin. Ur vård- och omsorgstagarens perspektiv förutsätts att samtliga professionella aktörer samverkar på ett effektivt sätt utifrån vård- och omsorgstagarens behov.

Utvecklingen av vård och omsorg kommer sannolikt att kräva ökad specialisering. Ökad specialisering medför nya samverkanskrav mellan olika kompetenser för att det ska vara möjligt att kunna uppnå helhetssyn ur vård- och omsorgstagarens perspektiv.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Samverkansaspekter och helhetssyn på vård- och omsorgsprocessen ska återspeglas i NI:s modeller. Begrepp för att hålla samman processen utifrån en viss vårdbegäran/ansökan behövs och inkluderas i NI med benämningen *hälsoärende*. Om det pågår flera vård- och omsorgsprocesser (flera hälsoärenden) samtidigt för en och samma vård- och omsorgstagare ska även information om detta kunna hållas samman. Förutsättningar för att hålla information om och incitament för samverkan skapas till exempel genom att aktivitetsplaner kan göras heltäckande för varje vård- och omsorgsprocess (varje hälsoärende) respektive deras samband.

Samverkan åskådliggörs i arbetsflödesbeskrivningar som utgår från vård- och omsorgsprocessen. I sådana flödesbeskrivningar inkluderas, till skillnad från i processmodeller, aktörer och roller, vilket ger möjligheter att beskriva samverkan.

Värdeskapande

Vård och omsorg är en av grunderna i välfärdssamhället och skapar värden av olika karaktär. Nedan beskrivs detta värdeskapande ur några olika perspektiv.

Värdeskapande ur vård- och omsorgstagarens perspektiv

Generellt karaktäriseras processer av att tillföra värde till en kund. Vård- och omsorgsprocessen tillför värde genom att tillgodose behov av insatser/åtgärder avseende en vård- och omsorgstagares hälsoförhållande. Det huvudsakliga värdet för individen är den effekt på hälsoförhållandet som åstadkoms av insatserna inom vård och omsorg.

Ett annat viktigt värde ligger i att skapa trygghet för människor om att de kommer att bli omhändertagna när behov av insatser från vård och omsorg uppstår. En enskild individs tillgång och tillgänglighet till utredningar/bedömningar skapar värden genom att undanröja oro, farhågor, onödig väntan och lidande.

Värdeskapande ur ett samhälls- och folkhälsoperspektiv

Vård och omsorg utgör en viktig del av det gemensamma åtagandet i samhället och kan sägas utgöra en av grunderna för samhällsbyggnaden. På samhällsnivå skapas värden genom den trygghet som fungerande system för vård och omsorg innebär för medborgarna. Vetskapen om att kunna få hjälp när det verkligen behövs är ett värde i sig. Information till medborgarna om hur systemet och processerna fungerar är därmed också värdeskapande. Vård- och omsorgstagarens trygghet inför risker av ohälsa är beroende av att individer i samhället gemensamt och solidariskt skapar resurser som kan göras tillgängliga för drabbade individer när behov uppstår.

Verkningsfull vård och omsorg skapar värde i form av förbättrat hälsoläge i befolkningen.

Vård och omsorg bidrar till att befolkningen i vårt land totalt sett har ett gott hälsoläge i ett internationellt perspektiv. Trots detta har förbättrad informationsförsörjning stor potential att ytterligare höja effektiviteten och hälsoeffekten ur ett folkhälsoperspektiv.

Värdeskapande och kvalitetsaspekter

God kvalitet och säkerhet är ett annat perspektiv på värdeskapande. Kvalitetskriterier som lyfts fram i God vård [2] och God kvalitet inom socialtjänsten [3] kan också sägas vara områden för värdeskapande i processer för vård och omsorg.

Vård- och omsorgsprocesser tillför värde genom att tillgodose behov som avser vård- och omsorgstagarens hälsoförhållande. Denna typ av värde är inte alltid mätbart och går ibland inte att uppskatta med gängse metoder. Medmänsklighet, empati, trygghetskänsla och positiv upplevelse av bemötande är exempel på sådana faktorer som tillför värde.

Vård- och omsorgstagaren själv har ofta andra, kompletterande aspekter på kvalitet och värde än det som av professionella uppfattas som påverkan på hälsoförhållande. Detta framgår i arbetet inom projektets intressentgrupp för vård- och omsorgstagare. Att få svar på sina frågor kring ett hälsoproblem, få vara delaktig i planering och beslut beträffande vad som kan och ska göras, få hjälp till en fungerande vardag samt ett gott bemötande är exempel på värden som vård- och omsorgstagaren kan uppleva och uppskatta under processen.

Värdeskapande kan uppskattas utifrån kvalitetsmål avseende hälsoaspekter för såväl enskilda aktiviteter i den enskilda vård- och omsorgsprocessen som för olika aggregerade nivåer i vård- och omsorgsverksamheter.

Värdeskapande och hälsoekonomi

Ett annat område för värdeskapande är det hälsoekonomiska perspektivet. Effektivitet ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kan beräknas och betraktas som ett värdeskapande för såväl den enskilde vård- och omsorgstagaren som för samhället. Genom att definiera och kostnadsberäkna olika aktiviteter kan kostnader för olika tillstånd tas fram och utgöra ett av underlagen för prioriteringar. Hälsoekonomiska aspekter kan bidra till ett mer effektivt resursutnyttjande ur samhälls- och folkhälsoperspektivet.

Genom att beskriva och följa upp sin kärnverksamhet samt analysera de resultat som åstadkommit tillförs verksamheten ny kunskap, vilket också är ett värdeskapande.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Den nationella informationsstrukturen sätter värdeskapandet för den enskilde individen i centrum. NI:s generiska processmodell fokuserar de värden som tillförs en vård- och omsorgstagares hälsoförhållande, som utgör det som ibland kallas förädlingsobjekt i vård- och omsorgsprocessen. Det är just detta värdeskapande, att bidra till bättre hälsoförhållande, som genomsyrar NI.

För att NI ska kunna skapa förutsättningar för att hålla information om det mest väsentliga värdet – att bidra till god hälsa genom att tillfredsställa hälsobehov för vård- och omsorgstagare – har projektet identifierat begreppen *hälsofrågeställning*, *hälsoförhållande* och *hälsorelaterade tillstånd*. Dokumentation om aktiviteter i samband med olika hälsorelaterade tillstånd skapar förutsättningar för att göra hälsoekonomiska och produktivtets-/effektivitetsrelaterade analyser. Resursåtgång kan då relateras till exempelvis aktiviteter, hälsofrågeställningar, hälsorelaterade tillstånd och bedömda behov.

Den kunskap som kan tillföras verksamheten genom uppföljning av kärnverksamheten är en form av värdeskapande som kan realiseras med NI.

Lagar och föreskrifter

Olika regelverk och lagar påverkar utvecklingen av den nationella informationsstrukturen. Lagar och föreskrifter utgör en stabil grund för den nationella samordningen och förankringen. Detta är viktigt bland annat med tanke på det i övrigt relativt långtgående landstingskommunala självstyret. NI-projektets resultat ska skapa förutsättningar för följsamhet till nedanstående lagar, föreskrifter och standarder.

Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf innehåller krav på vård på lika villkor och behovsstyrning. Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Denna formulering om jämlikhet i levnadsvillkor i socialtjänstlagen (2001:453) har i NI-projektet ansetts motsvara hälso- och sjukvårdslagens ”vård på lika villkor”. Socialtjänst på solidaritetens grund ger uttryck för behovsorientering.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

De allmänna formuleringarna i de övergripande lagarna som styr verksamheten talar om jämlikhet, lika villkor, behov och trygghet. Behovsorientering är central i dessa lagar. NI definierar olika typer av behov – behov av bättre hälsa i något avseende (hälsobehov) och behov av aktiviteter inom vård och omsorg (vård-/insatsbehov) för att tillfredsställa hälsobehoven.

Förutom att identifiera och beskriva dessa olika typer av behov har NI-projektet (mot bakgrund av ovanstående formuleringar) identifierat att behovsbedömningar är centrala aktiviteter i vård- och omsorgsprocessen.

Lagen om valfrihetssystem

När det gäller primärvård ska landstinget organisera sin verksamhet så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) gäller sedan 2009 och reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till vård- och omsorgstagaren. Valfrihetssystem enligt LOV är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bland annat vård- och omsorgstjänster.

Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer. Den enskilde ges möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Lagen om valfrihetssystem leder till att fler vårdgivare kommer att vara aktiva i vård- och omsorgsprocesser. Detta ökande antal vårdgivare ska samverka för att lösa vård- och omsorgstagarnas behov och dessutom göra detta med god kontinuitet. Sammanhållen, strukturerad och entydig informationsförsörjning är en förutsättning för att detta ska kunna bli verklighet. NI fokuserar vård- och omsorgstagarens perspektiv på sammanhållna processer och skapar förutsättningar för att hålla samman information som behöver delas mellan olika aktörer inom vård- och omsorgsprocessen. Ett specifikt begrepp för den sammanhållna processen har identifierats med benämningen hälsoärende. Fokusering på information per hälsoärende med gemensamma aktivitetsplaner för olika aktörer och vårdgivare skapar förutsättningar för att undvika negativa effekter av ökande antal vårdgivare i enskilda vård- och omsorgsprocesser.

NI:s modeller är kongruenta med ett förfaringsätt där behovsbedömare och utförare av de behovsbedömda vård- och omsorgsaktiviteterna inte behöver tillhöra samma organisatoriska enhet/struktur. Detta bidrar till att intentionerna om valfrihet stöds av NI:s modeller.

Ledningssystem för kvalitet

En verksamhets ledningssystem för kvalitet är till för att skapa systematiska angreppssätt för att leda och styra verksamhetens processer. Föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård (SOSFS 2005:12) innehåller krav på att det systematiska kvalitetsarbetet ska utgå från syftet med verksamheten, identifierade och prioriterade vårdbehov samt vårdprocesserna (2 kap 4 § andra punkten). Krav på

ledningssystem inom socialtjänsten finns på motsvarande sätt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS. En verksamhets processororienterade ledningssystem är beroende av effektiv informationsförsörjning som stödjer utveckling, bedrivande och uppföljning av de viktigaste processerna, som vanligen kallas kärnprocesser, i verksamheten. En effektiv informationsförsörjning är i sin tur beroende av en väldefinierad informationsstruktur. Ledningssystem för kvalitet och ett processororienterat informationsstöd för verksamheten har genom kärnprocesserna starka samband.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

För att kunna stödja ledningssystem för kvalitet krävs att informationsstrukturen fokuserar på kärnverksamheten och inte enbart hanterar administrativa stödprocesser. En informationsstruktur som utgår ifrån innehållet i verksamhetens kärnprocesser stödjer utveckling och tillämpning av ett processororienterat ledningssystem. NI:s verksamhetsmodeller utgår från en analys av kärnprocessen inom vård och omsorg. Den generiska processmodellen beskriver just denna kärnprocess. De vyer av begrepps- och informationsmodellerna som omfattar kärnprocessen är centrala. Innehållet i begrepps- och informationsmodellerna har identifierats och analyserats utifrån kärnprocessen. På detta sätt utgår NI från kärnprocesserna vilket alltså också är en grund för ledningssystem för kvalitet. NI bör därmed betraktas som en av grunderna för ledningssystem för kvalitet.

God vård

God vård är ett samlande begrepp för viktiga kvalitetsområden inom hälso- och sjukvård. Beskrivningen av God vård finns i en handbok kopplad till SOSFS 2005:12. De kvalitetsområden som lyfts fram i handboken kan sägas vara generella men är utarbetade för hälso- och sjukvård. Kriterierna eller kvalitetsområdena i God vård är att vården ska vara:

- Kunskapsbaserad
- Ändamålsenlig
- Säker
- Patientfokuserad
- Effektiv
- Jämlik
- Erhållen i rimlig tid

För kvalitetsområdena i God vård är angreppssätten som berör verksamhetens kärnprocesser avgörande för resultaten. Exempelvis kan processtyrning i form av kunskapsstyrning av kärnprocesserna påverka kvalitetsaspekter. För vissa tillstånd finns evidensbaserad och/eller erfarenhetsbaserad kunskap som anger vad som bör utföras. Angreppssätt för ökad tillämpning av sådan kunskap och andra typer av styrning av kärnprocesser är beroende av information, exempelvis i form av standardiserade aktivitetsplaner för handläggning av vissa hälsoproblem. Därmed finns direkta kopplingar mellan kvalitetsutfall för kriterier inom God vård och en informationsstruktur som håller den typ av information som krävs för God vård.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

God kvalitet inom vård och omsorg förutsätter väl fungerande kärnprocesser. Genomförandet av kärnprocesserna är beroende av effektiv informationsförsörjning. NI:s modeller skapar förutsättningar för styrning av kärnprocesserna genom att utgå från kärnprocesserna i modelluppbyggnaden. Dessutom beskrivs övergripande och operativ styrning av kärnprocesserna i särskilda vyer av begrepps- och informationsmodellerna.

Ansvar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst

För verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården gäller hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Här finns tre ansvarsnivåer fastställda – vårdgivare, verksamhetschef och hälso- och sjukvårdspersonal.

Vårdgivarens ansvar (enligt HSL)

Vårdgivare utgörs i landstingskommunal verksamhet av högsta politiska nämnd och ansvarar bland annat för att det finns tillgängliga resurser för verksamhetens bedrivande och för att det finns ledningssystem för kvalitet med direktiv för verksamhetens ledning och styrning. Ansvaret inkluderar bland annat att uppskatta behov i en befolkning samt planera och avsätta resurser för att täcka dessa behov.

Verksamhetschefens ansvar (enligt HSL)

Verksamhetschefen har det samlade ledningsansvaret i den operativa verksamheten. Detta omfattar bland annat att ett ledningssystem för kvalitet tillämpas och att det finns rutiner som säkrar kvaliteten och säkerheten.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar (enligt LYHS)

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) reglerar ansvarsförhållanden inom verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. I praktiken innebär yrkesansvaret att varje enskild hälso- och sjukvårdspersonal är ansvarig för sina respektive patientinriktade bedömningar, beslut och genomförda utredningar och åtgärder.

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt ledningssystemföreskriften (SOSFS 2005:12) skyldig att medverka i kvalitetsarbetet utifrån det ledningssystem som tillämpas i verksamheten.

Ansvar inom socialtjänst

För verksamhet som bedrivs inom socialtjänstens område gäller socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) med principiella olikheter jämfört med ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL). Utredning och beslut om insatser utifrån SoL är myndighetsutövning. Tjänstemän har i övrigt ansvar enligt kommunallagen men något yrkesansvar motsvarande LYHS finns inte.

Ansvar för samordning

Ansvar med juridisk grund är vanligen kopplat till olika chefers uppdrag i linjeorganisationen. Något reglerat ansvar för samordning av processer och/eller ledning av enstaka kärnprocesser vid sidan om linjechefensansvaret finns inte i den ansvarsorienterade lagstiftningen så som den för närvarande är formulerad. I föreskrifterna (SOSFS 2005:12) om ledningssystem inom

hälso- och sjukvård omnämns dock ansvar för att utgå från vårdprocesserna i ledning och styrning av verksamheten. För att kunna fylla kriterier för god vård och omsorg krävs att professionella aktörer håller samman vård- och omsorgsprocesser för enskilda vård- och omsorgstagare men också utvecklar, styr och följer upp kärnprocesser på aggregerad nivå.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Vårdgivaransvaret får konsekvenser både för ledning och styrning, uppbyggnad av ledningssystem för kvalitet samt för resursstyrning. Detta medför behov av information för uppföljning inom dessa områden, vilket därför återspeglas i NI:s modeller. Projektet har identifierat informationsbehov baserade på kärnprocessen i vård och omsorg. Dessa informationsbehov har sedan grupperats i informationsområden. På strategisk vårdgivarnivå finns informationsområden som omfattar såväl underlag för processtyrning som underlag för resurstöd. Inom underlag för processtyrning har informationsområden för lagar och föreskrifter, kunskapsunderlag samt etik och värdegrund definierats. Inom underlag för resurstöd har informationsområden för person, övriga resurser samt verksamhetsstruktur definierats.

Verksamhetschefsansvar innebär således ansvar för att ett processorienterat ledningssystem tillämpas, att kärnprocesserna är identifierade och välfungerande samt att dessa följs upp och förbättras.

Verksamhetschefsansvaret får också konsekvenser för informationsbehoven avseende kontinuitet och rutiner för att inga ärenden ska ”tappas bort”, att individer inte ska ”falla mellan stolarna” samt för att individuella planer för vård och omsorg upprättas och följs upp. Ansvarsfrågorna återspeglas i begrepp som projektet identifierat utifrån processmodellen och flödesmodellen för hälso- och sjukvård, där professionella aktörers delaktighet i planering och utförande av aktiviteter beskrivs. Kontinuitetsaspekter kopplas i NI till aktivitetsplaner som utgör de centrala instrumenten i genomförandet av kärnprocesserna. Ett särskilt begrepp för ansvaret att hålla samman en enskild vård- och omsorgstagares process har identifierats i NI och benämns *kontinuitetsansvar*.

Enskilda professionella aktörers ansvar återspeglas i NI:s modeller genom att bedömningar, aktivitetsplaner och aktivitetsutföranden har identifierats och att kännetecken för ansvarig professionell aktör alltid ska anges. Genom att varje professionell aktör har en organisatorisk tillhörighet blir också det enhetsrelaterade ansvaret (verksamhetschefsansvaret) hemvist tydliggjort. Tillgång till information är en viktig förutsättning för att varje aktör ska kunna ta sitt ansvar. Vård- och omsorgstagaren har inget i lag formulerat formellt, juridiskt ansvar i processen, även om denne utför vissa vård- och omsorgsaktiviteter själv.

Vård- och omsorgstagarens ansvar/formella ställning

Vård och omsorg utgår från behovsprincipen och bygger inte på någon generell rättighetslagstiftning för medborgaren. I vissa specialfall finns rättighet att utkräva tjänster, till exempel utifrån lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Utförare har däremot en lagstadgad skyldighet att tillhandahålla tjänster till medborgarna. Invånare har stora möjligheter att med stöd av HSL välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

NI:s modeller avser att hantera såväl professionens skyldighet att enbart föreslå aktiviteter som är behovsprövade som vård- och omsorgstagares förväntningar om delaktighet och

medbestämmande. Detta görs genom att tydligt markera att behovsbedömning sker av professionell företrädare men att ingen aktivitetsplan/aktivitet är godkänd innan vård- och omsorgstagaren i ett ställningstagande gett sitt samtycke till denna. NI:s modeller är kongruenta med ett förfaringssätt där behovsbedömare och utförare av de behovsbedömda vård- och omsorgsaktiviteterna inte behöver tillhöra samma organisatoriska enhet/struktur. Detta bidrar till att intentionerna om valfrihet stöds av NI:s modeller.

Riskhantering inom vård och omsorg

Med risk avses generellt en kombination av sannolikheten för att något ska inträffa (en händelse) och konsekvensen av detta. De konsekvenser som bör förebyggas genom riskhantering i en viss verksamhet kan relateras till kvalitetskriterier inom denna verksamhet. Riskhantering inom vård och omsorg bör identifieras utifrån det som karaktäriserar god vård och omsorg. Det proaktiva sättet att åstadkomma god vård och omsorg innebär att alla risker för att någon av kvalitetsaspekterna inte ska uppnås hanteras på ett systematiskt sätt. För vård- och omsorgstagaren är vård och omsorg förenad med många typer av risker. Riskhantering inom vård och omsorg omfattar allt som negativt kan påverka något kvalitetsområde inom god vård och omsorg. Som exempel kan nämnas risk för:

- dålig tillgång och tillgänglighet
- felaktiga bedömningar
- felaktigt utförande av aktiviteter
- onödiga och/eller verkningslösa utredningsaktiviteter eller insatser/åtgärder
- uteblivna åtgärder/insatser som skulle ha kunnat förhindra försämring
- komplikation av en behandling/insats, vilken skulle ha kunnat undvikas
- dålig kostnadseffektivitet
- övriga negativa händelser

Om riskhantering betraktas utifrån detta perspektiv blir patient-/brukarsäkerhet ett resultat av systematisk processtyrning som inkluderar riskhantering.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Riskhantering bör vara en integrerad del av processtyrning. Informationsstrukturen skapar förutsättningar för att förse alla aktörer med tillräcklig och korrekt information, för att förse beslutsfattare med kunskapsunderlag om hur processen ska planeras/genomföras samt för att skapa underlag för uppföljning, analys och förbättringar. Det viktigaste är undvikbara försämringar av vård- och omsorgstagares hälsoförhållande. Ett särskilt begrepp i NI för det/de hälsorelaterade tillstånd som beskriver det som riskeras benämns *risktillstånd*. Se även kommentar under processtyrning nedan.

Säkerhet för vård och omsorgstagare

Säkerhet i form av frånvaro av skada för vård- och omsorgstagare är en allmän utgångspunkt i lagar och föreskrifter. Säkerhet för avnämaren av vård och omsorg benämns inom hälso- och sjukvård patientsäkerhet och kan inom socialtjänsten benämnas brukar-/klientsäkerhet. Denna säkerhet är ett resultat av hantering av risker under vård- och omsorgsprocessens förlopp. Faktiska utfall av aktiviteter och processer inom vård och omsorg som av något skäl avviker från det förväntade (avvikelser) är därmed ett mått på denna säkerhet.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Begrepp för utfall av aktiviteter och processer inkluderas i NI:s modeller. Hälsorelaterade tillstånd i form av uppfattade tillstånd vars relevans bedöms av professionell aktör efter utförande av aktiviteter benämns *bedömt tillstånd*. *Utvärderat tillstånd* är en typ av bedömt tillstånd och innebär att det bedömda tillståndet jämförts med ett måltillstånd eller det förväntade tillståndet efter aktiviteten. Dessa tillståndsrelaterade begrepp skapar förutsättningar för att avgöra graden av säkerhet i vård- och omsorgsprocesserna och utgöra grund för avvikelshantering och händelseanalyser.

Informationssäkerhet

Informationssäkerhet är en aspekt av patient-/brukarsäkerhet. Behörig personal ska kunna få snabb tillgång till korrekt, relevant, fullständig, enhetlig och entydig information på ett sätt som samtidigt garanterar krav på sekretess och som respekterar vård- och omsorgstagarens integritet. Balansen mellan tillgång till information och kraven på säkerhet utgör en utmaning för informationssystemen.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Informationssäkerhet är ett sammansatt begrepp. Olika aspekter som tillgänglighet med bibehållen sekretess, enhetlighet och säkerhet vid kommunikation (överförbarhet) har påverkat utformningen av NI:s modeller på olika sätt. I informationsstrukturens generiska process- och begreppsmodeller är det framförallt enhetlighetsaspekterna som beaktas. En enhetlig informationsstruktur skapar också förutsättningar för att välja ut och visa information utifrån roller och behörigheter.

NI-projektets arbete med informationssäkerhet beskrivs i en särskild delrapport.

Standarder

NI-projektet har identifierat ett antal internationella (ISO) och europeiska (CEN) standarder och tekniska specifikationer/tekniska rapporter samt standarder/motsvarande från andra organisationer som särskilt intressanta. Inom den nationella IT-strategin pågår arbeten som gränsar till NI-projektet inom projektet Nationellt fackspråk och inom Arkitekturledningen på Center för eHälsa/SKL. Nationellt fackspråk har bland annat i uppdrag att översätta begreppssystemet/terminologin SNOMED CT till svenska för tillämpning i det nationella arbetet. Arkitekturledningen har valt att anpassa det nationella regelverket till ”den europeiska ansatsen”, vilket i praktiken innebär användning av standarden EN 13606 och specifikationer till denna i form av openEHR. Tillämpning av arketyper (mallar för specificerade informationsmängder) enligt dessa standarder inkluderas i Arkitekturledningens strategiska val.

Inom CEN har en standard för basala begrepp inom hälso- och sjukvård (EN 13940-1, Contsys del 1) utarbetats. Denna standard innehåller i första hand begrepp som tillhör det vårdadministrativa perspektivet, men även enstaka begrepp för den kliniska kärnprocessen. För närvarande pågår ett arbete inom CEN för att komplettera denna standard med en del 2, som fokuserar på begrepp för den kliniska processen och arbetsflöde för denna.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

För NI:s modeller är särskilt standarder som rör referensinformationsmodeller (RIM) relevanta eftersom de omfattar generella klasser för information. Inga motstridigheter har

bedömts finnas mellan NI-projektets generiska modeller och referensmodellerna i openEHR (som är en extension av EHRcom i form av specifikationer). Inga inkongruenser bedöms heller finnas gentemot referensmodellen i HL7.

För att åstadkomma entydig kommunikation av information såväl lokalt, nationellt som internationellt krävs följsamhet mot vissa standarder utöver RIM. Exempelvis bör vissa begrepp som identifierats i processmodellen harmoniera med begreppen i EN 13940 (Contsys). För begrepps- och informationsmodeller i NI har EN 12967 (HISA) respektive open EHR:s specifikationer utgjort underlag. För regelverk avseende kommunikation av information kommer såväl EN 13606 (EHR-com) som HL7 att vara möjliga att tillämpa.

Organisatoriska förutsättningar

Kommunalt självstyre

Kommuner och landsting har det övergripande ansvaret för att tillhandahålla vård och omsorg. Detta ansvar är kopplat till att styrning och organisation av vård och omsorg sker inom ramen för det kommunala självstyret. De övergripande lagarna såsom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och Socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) reglerar generella utgångspunkter och krav på hur och med vilken effekt vård och omsorg ska bedrivas under det kommunala självstyret. Staten utövar tillsyn över hälso- och sjukvård och socialtjänst via Socialstyrelsen.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Den nationella informationsstrukturen ska utgöra en gemensam grund för samverkan mellan olika aktörer inom vård och omsorg. Detta kan ske genom att ett gemensamt regelverk för informationssystem utarbetas med bland annat den nationella informationsstrukturen som grund.

Informationsstrukturen ska samtidigt vara tillräckligt flexibel och anpassningsbar till lokala förhållanden och de lösningar man väljer för optimal funktion inom varje lokal organisation. Detta sker genom att lokala tillämpningar bygger på det nationella regelverkets grundläggande modeller och definitioner. På så sätt kan de lokala anpassningarna alltid vara spårbara till de generella begreppen i det nationella regelverket.

Valfrihet och mångfald i distribuerad verksamhet

En tydlig trend är att vård- och omsorgstagare ges möjlighet att välja mellan flera olika utövare av de tjänster som det finns behov av. Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är ett uttryck för detta. Denna utveckling leder ofta till att de tidigare organisatoriskt sammanhållna processerna/delprocesserna splittras ur vård- och omsorgstagarens perspektiv, genom att olika utförare utför olika delar av en och samma process. För att kunna uppfylla kvalitetsaspekterna på god vård och omsorg med bland annat kontinuitet och säkerhet ställs allt högre krav på enhetlig och entydig information med fullgod tillgänglighet inom varje process för enskild vård- och omsorgstagare.

Styrning och/eller beställning av vård och omsorg gentemot utförare är beroende av information om vad som ska utföras. Fler utförare även inom en och samma process ställer högre krav på information. En beställning bör kunna vara kopplad till såväl vad som ska utföras som varför, det vill säga utifrån vilka behov som aktiviteterna anses motiverade.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

NI:s modeller bygger på att den information som skapas i varje vård- och omsorgsprocess (hälsoärende) kan hållas samman i en och samma aktivitetsplan (hälsoärendeplan) med information om vilken professionell aktör som har ansvar för kontinuiteten (kontinuitetsansvar) i processen. På så sätt skapas förutsättningar för att undvika de risker för bristande kommunikation som uppstår genom den distribuerade verksamheten med många utövare med olika organisatoriska tillhörighet.

NI:s modeller ska också skapa förutsättningar för att koppla vård- och omsorgsaktiviteter till olika hälsorelaterade tillstånd och därmed också till vilka behov eller indikationer som föreligger för varje åtgärd/insats eller grupp av åtgärder/insatser.

Ersättningssystemens utformning

Med ersättningssystem avses här på vilket sätt utövare av vård och omsorg får ersättning för sina producerade tjänster. Olika sätt att ersätta ger olika incitament och förutsättningar att bedriva verksamheten och påverkar också informationsbehoven.

Olika ersättningssystem ställer olika krav på information om kärnprocesserna för att kunna åstadkomma effektiv resursfördelning. Till exempel är en budgetbaserad modell beroende av hur uppdraget är formulerat, en kontaktbaserad ersättning förutsätter registrering av kontakter som utgör ackumulerade aktiviteter, en aktivitetsbaserad modell kräver att varje aktivitet registreras och för kapitering krävs information om ”listade” vård- och omsorgstagare.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Den mest detaljerade informationen som blir aktuell som bas för ersättningssystem är uppgifter om enskilda vård- och omsorgsaktiviteter. I NI:s modeller är därmed aktiviteter och aktivitetsplaner centrala. Även hälsorelaterade tillstånd och kopplingen mellan tillstånd och aktiviteter ska kunna registreras. Begrepp som hanterar måltillstånd ska identifieras och kunna jämföras med ett utvärderat tillstånd efter avslutad behandling/insats om ersättningssystemet kräver detta. NI kan därmed skapa förutsättningar för de flesta tänkbara ersättningssystem.

Grunder för processtyrning

Med processtyrning avses i detta sammanhang att påverka inriktning och innehåll i verksamhetens kärnprocesser. Denna påverkan kan baseras på olika grunder. Några sådana grunder redovisas nedan.

Värdegrundsbaserad styrning

Genom att fokusera, kommunicera och förankra värdegrunder kan attityder, beteenden, beslut och val förändras. På så sätt kan innehållet i vård- och omsorgsprocesser påverkas. Vård och omsorg bygger på mänskliga värden och professionella bedömningar av tillstånd och behov av aktiviteter är avgörande. Verksamheten påverkas i hög utsträckning av de värdegrunder som finns i verksamheten och som förmedlas i organisationen.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Informationsstrukturen bör skapa förutsättningar för värdegrundsbaserad styrning. Detta kan göras på flera sätt, exempelvis genom att den etiska plattformen tydliggörs:

- det individnära perspektivet är en tydlig utgångspunkt
- hälsoförhållande och en helhetssyn på hälsa är i fokus

- behovsorientering görs tydlig genom behovsbedömningar

Ekonomi-/resursstyrning

De resurser samhället förfogar över för vård och omsorg är begränsade. Efterfrågan är generellt högre än såväl tillgängliga personella som materiella resurser. Ekonomistyrning har lång tradition inom vård och omsorg. Den traditionella budgetstyrningen tilldelar en organisation en viss resurs per år för att utföra ett mer eller mindre preciserat uppdrag. I och med att aktiviteter inte alltid registreras på ett uppföljningsbart sätt försvåras styrning av processerna.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Informationsstrukturen ska skapa förutsättningar för prioriteringar och ekonomi-/resursstyrning genom:

- spårbarhet av alla aktiviteter till hälsofrågeställning, hälsoärende och hälsoproblem
- att aktiviteter i aktivitetsplaner kan ges ett pris/resurskostnad vilket möjliggör kostnadsstyrning via riktlinjer och rekommendationer
- aktivitetsredovisning per enhet så att produktivitet kan redovisas

Målstyrning

Mål är viktiga som drivkraft i varje enskild process, såväl för vård- och omsorgstagaren själv som för de professionella aktörerna. Utvärderingar för att följa upp verksamheten och som underlag för förbättringsarbete underlättas också om det finns konkreta mål att utvärdera mot.

Mål kan sättas upp för ett flertal aspekter/perspektiv inom vård- och omsorgsprocessen. Målen kan också vara av olika sort såsom inriktningsmål eller mål som är mer konkreta och mätbara. Verksamhetens natur inom vård och omsorg medför att det många gånger är svårt att formulera konkreta och mätbara mål. Inriktningsmål kan då användas och kopplas mot värdegrundstyrningen som nämns ovan.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Projektets intressentgrupper har poängterat att processer bör styras och utvärderas mot ett mål som alla aktörer, inklusive vård- och omsorgstagaren själv, har accepterat som realistiskt. Uppföljning och utvärdering ska också kunna ske på aggregerad nivå, via exempelvis register som kan redovisa indikatorer för olika kvalitetsaspekter.

I syfte att kunna beskriva målet med att åtgärda ett hälsoproblem, i form av vilket hälsorelaterat tillstånd som ska uppnås genom aktiviteterna i processen, har projektet identifierat begreppet *måltillstånd*.

Även delmål måste kunna formuleras för enstaka eller aggregerade aktiviteter. I den första delen av processmodellen, som syftar till att identifiera tillstånd, kan inte något mål för förändrat hälsoförhållande sättas upp, medan det därremot är lämpligt att sätta upp mål för hur tydligt hälsoförhållandet ska kartläggas. Dialog om mål förutsätts ingå integrerat i behovsbedömning av aktiviteter och formuleras i upprättandet av en aktivitetsplan.. Mål kan formuleras för såväl enskilda som de samlade aktiviteterna i en aktivitetsplan. Ett begrepp som projektet identifierat som viktigt utifrån detta resonemang är *hälsoärendeplan*, som innefattar alla aktiviteter inom ett hälsoärende. Hälsoärendeplan och måltillstånd utgör ett viktigt samband mellan aktiviteter och tillstånd. För hälso- och sjukvård kan dessa mål ofta också kopplas till variabler i de nationella kvalitetsregistren.

Kunskapsstyrning

Vård och omsorg är kunskapsorienterad och kunskapsintensiv verksamhet. Kunskap utgör därmed en av grunderna för processtyrning inom vård och omsorg. Kunskapsstyrning kan förutses få en allt mer betydande roll i framtidens vård och omsorg. Detta har poängterats i flera av projektets intressentgrupper. Evidens inom vård och omsorg består av utfall av olika typer av vetenskapliga kvantitativa och kvalitativa studier. Alternativa och kompletterande typer av kunskap, såsom exempelvis erfarenhetsbaserad kunskap, används vid sidan om det som kallas vetenskaplig evidens.

Kunskap och informationsstöd har flera kopplingar. Ett informationsstöd kan bidra till att befintlig kunskap kommer till användning genom att tillhandahålla kunskap i beslutssituationer. Detta kan ske med såväl kunskapsöversikter som med standardiserade kunskapsbaserade riktlinjer och rekommendationer i form av konkreta förslag till aktivitetsplaner. En annan koppling är att kunskap kan genereras via informationsstödet genom att resultat kan aggregeras och följas upp.

Inom hälso- och sjukvård finns evidensbaserade rekommendationer i form av nationella riktlinjer. Andra former av mer generellt kunskapsbaserade riktlinjer finns i form av till exempel vårdprogram och standardvårdplaner. Denna typ av planeringsstöd kommer framför allt in när ett hälsoproblem är identifierat och en plan för behandling/insatser ska upprättas i anslutning till behovsbedömningen.

En annan typ av riktlinjer finns som beslutsstöd för att utreda allvarlighetsgrad och orsaker till olika fenomen, tecken och symtom, exempelvis inom sjukvårdsrådgivning via telefon. Professionella aktörer kan få stöd för att fastställa om ett visst hälsoproblem föreligger genom ett beslutsstöd som ger vägledning om utredning eller slutledning utifrån en viss problem- eller symtombild.

En ytterligare form av beslutsstöd kan komma från analys av publicerade register och jämförelser. Såväl en professionell aktör som en individ kan få vägledning för beslut om vilken sorts aktivitet/åtgärd som ska föredras och vid vilken enhet den bör utföras. Denna typ av vägledning blir mer aktuell när individen har valfrihet att välja utförare.

Processer inom hälsorelaterade verksamheter är beroende av vård- och omsorgstagarens engagemang, delaktighet och följsamhet. Individens kunskapsnivå är en viktig faktor för delaktighet och påverkan i processen. Kunskapsförmedling till vård- och omsorgstagaren är därmed också en kunskapsrelaterad aspekt av processtyrningen.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Informationsstrukturen bör ge förutsättningar för alla typer av kunskapsstyrning. Vid angivande av vissa hälsofrågeställningar, hälsoproblem och åtgärder/insatser bör vägledning automatiskt kunna tillhandahållas i ett informationssystem.

I framtida IT-lösningar där kunskapsstyrningen kommer att vara mer lättillgänglig kommer vård- och omsorgs innehåll och inriktning i ökande grad att påverkas av hur riktlinjer och rekommendationer utarbetas. Om vård och omsorg ska kunna baseras på en helhetssyn bör framtagande av riktlinjer för kunskapsstyrning också inriktas mot detta. Detta är ytterligare ett exempel på att värdegrunder och ideologi bör beaktas när förutsättningar skapas för informationssystem inom vård och omsorg.

Processtyrning

Med processtyrning avses i detta sammanhang att påverka inriktning och innehåll i verksamhetens kärnprocesser. Grunder och utgångspunkter för processtyrning beskrivs i

avsnittet ovan. Med IT-baserade beslutsstöd blir det möjligt att styra kärnprocesserna, formulera mål och följa upp måloppfyllelsen. Riskhantering är en särskild form för processtyrning och kommenteras i ett separat avsnitt.

Ett sätt att analysera och beskriva förutsättningar för den direkta, operativa processtyrningen är att utgå från olika aspekter på aktiviteter i processen: vilka aktiviteter som utförs, varför det utförs samt hur, när, var och av vem dessa aktiviteter utförs. Nedan beskrivs dessa aspekter.

Vilka aktiviteter som ska utföras

Processer byggs upp av aktiviteter. Styrning innebär i detta sammanhang att påverka vilka aktiviteter som utförs. Detta kan ske genom tillämpning av olika former av standardiserade aktivitetsplaner som ingår i vårdprogram, standardvårdplaner och liknande. Genom att via rekommendationer och riktlinjer påverka vad som utförs vid identifierade hälsoproblem kan bästa tillgängliga kunskap tillämpas. Dessutom kan prioriteringar och resursfördelning styras genom att påverka vad som utförs.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Genom att utgå från kärnprocessen och det individnära perspektivet ska NI:s modeller skapa förutsättningar för olika typer av kvalitetsrelaterad processtyrning. Informationsstrukturen bör skapa förutsättningar för att direkt leda/styra en verksamhet genom att påverka kärnprocesser till sitt innehåll och/eller sin inriktning.

Styrning av vilka aktiviteter som utförs kan ske i behovsbedömningen där professionella aktörer mot bakgrund av det identifierade hälsoproblemet ger förslag på aktiviteter som kan anses motiverade. Vård- och omsorgstagaren förutsätts vara delaktig i behovsbedömningen och ges möjlighet till ett ställningstagande av förslaget till aktiviteter.

Avgörandet om vilka aktiviteter som kan anses motiverade är dock enligt nuvarande lagstiftning en uppgift för professionella företrädare.

Varför aktiviteter ska utföras

Vård- och omsorgsaktiviteter utförs för att påverka personers hälsförhållande, direkt eller indirekt. Hur man vill att ett hälsförhållande ska påverkas kan formuleras i mål som kan uttryckas som måltillstånd. Alla aktiviteter som utförs ska kunna motiveras av vård-/insatsbehov. Inom hälso- och sjukvård kallas detta för att åtgärder ska ha en tydlig indikation. Inom vård och omsorg består motiven för utredande aktiviteter vanligen av att ett fenomen/förekomst/symtom motiverar en frågeställning som den utredande aktiviteten kan ge svar på. De utredande aktiviteterna påverkar hälsförhållandet indirekt genom att skapa förutsättningar för de direkt hälsopåverkande/behandlande aktiviteterna. Utredningsresultaten kan utgöra motiv/indikation för de behandlande aktiviteterna/insatserna. Indikation eller motivering för behandlande aktiviteter/insatser kan vara av två slag; antingen för att behandla ett redan identifierat hälsoproblem eller för att förebygga risk för att hälsoproblem uppstår eller förvärras.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

I behovsbedömningen sätts mål för hur och i vilken grad det hälsorelaterade tillståndet ska förändras av de samlade respektive enstaka aktiviteterna som planeras. Utvärdering mot detta mål sker efter att enstaka eller alla aktiviteter i planen har avslutats. Genom att i NI skapa möjligheter för koppling mellan vård- och omsorgsaktiviteter och hälsorelaterade tillstånd ges

förutsättningar för att ange motiveringar för aktiviteter. Angivande av motivering kan läggas in i registrering av behovsbedömning inför upprättande av aktivitetsplan.

Hur aktiviteter ska utföras

Många aktiviteter kan utföras på olika sätt eller med olika metoder. En form av processtyrning är att genom att styra val mellan dessa påverka hur verksamheten utförs.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Aktiviteter och aktivitetsplaner är centrala i NI. Styrning av hur aktiviteter ska utföras kan ske i aktivitetshanteringen, som stöd för planering och utförande av aktiviteter. Aktivitetshantering inkluderas i kärnprocessen. Med aktivitetshantering avses bland annat att man kan välja mellan olika metoder för att utföra aktiviteter. På detta sätt kan styrning av hur aktiviteter utförs ske genom att styra aktivitetshanteringen i kärnprocessen.

NI har identifierat begrepp för vård- och omsorgstagarens delaktig i hur en aktivitet ska utföras. Ställningstagande från vård- och omsorgstagaren ska kunna göras även för varje förslag till val av hur en aktivitet ska utföras.

När aktiviteter ska utföras

Det är angeläget att genom processtyrning påverka när olika aktiviteter utförs. Ordningföljd, väntetider, ledtider med mera behöver styras i processerna för att uppnå god vård och omsorg.

Inom hälso- och sjukvård styrs vanligen tidsplaneringen av prioriteringsbeslut. En tänkbar utveckling är att behovsorienterade prioriteringar avgör vilka åtgärder/aktiviteter som ska utföras, medan andra faktorer där vård- och omsorgstagarens åsikt dominerar kan avgöra när aktiviteterna ska utföras.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Genom aktivitetshantering skapar NI förutsättningar för vård- och omsorgstagaren att mer aktivt styra när och var vård- och omsorgsaktiviteter ska utföras. Undantaget är naturligtvis tillstånd av akut karaktär eller där förloppet allvarligt påverkas av när i tiden en åtgärd utförs. Styrning av när aktiviteter utförs kan ske i aktivitetsplaneringen, aktivitetshanteringen samt i utförandet av aktiviteter. Ett särskilt begrepp för att hålla ordning på i vilket skede aktiviteter befinner sig vid olika tidpunkter har införts i NI, under benämningen *aktivitetsskede*.

Var aktiviteter ska utföras

Vård- och omsorgstagare kan i ökande utsträckning påverka var åtgärder utförs. Olika utförare i olika kommuner/landsting/regioner/länder kan finnas tillgängliga för hela eller delar av processerna. Inom socialtjänsten skiljer man tydligare än inom hälso- och sjukvården mellan utredande och insatsutförande. Utredning är inom socialtjänsten en myndighetsutövning medan beslutade insatser kan utföras av en mångfald producenter.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

NI skapar förutsättningar även för styrning av var aktiviteter ska utföras. Denna styrning förutsätter att processen kan överblickas, planeras och styras innan åtgärderna utförs. Begreppet hälsoärende håller samman vård- och omsorgsprocessen. I NI har också aktivitetsplanering och aktivitetshantering centrala positioner och i och med detta kan plats och organisation för utförande styras.

Vem som ska utföra aktiviteter

Ett ökande intresse finns för att vård- och omsorgstagare även ska kunna påverka vem av de enskilda professionella aktörerna vid en organisatorisk enhet som ska utföra exempelvis en viss operation.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

I NI, inom ramen för aktivitetshanteringen i hälsoärendepåsen finns förutsättningar att även ange vilken enskild professionell aktör som ska utföra en viss aktivitet.

Övriga villkor och förutsättningar

Verksamheten inom vård och omsorg bedrivs utifrån vissa villkor som är föränderliga över tid. NI-projektet har ett långsiktigt perspektiv och har haft ambitionen att utarbeta en informationsstruktur som är användbar och accepterad för framtidens vård och omsorg. Vilken utveckling kan förutses, vilka utmaningar medför denna utveckling och vilka möjligheter finns för att informationssystemen även på lång sikt ska kunna bidra till en bättre vård och omsorg? En fungerande vardag, förtroende för vård och omsorg, delaktighet på egna villkor, beslutsstöd, integritetstänkande, värdeskapande för vård- och omsorgstagaren, strategiskt förhållningssätt, överförbarhet, kunskapsstöd, uppföljning, rätt information vid varje tillfälle, vård och omsorgstagaren som delaktig aktör och ansvar för helheten är exempel på utgångspunkter som projektets intressentgrupper har lyft fram i sina verksamhetskrav.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Dessa utvecklingstrender och utmaningar har analyserats och beaktats och har tillsammans med övriga förutsättningar legat till grund för arbetet med att utveckla den nationella informationsstrukturen.

NI:s modeller utgår från en analys av den individnära kärnprocessen och det väsentliga innehållet i denna är i grunden stabilt över tid. Utifrån denna stabila grund ska eventuella ytterligare eller förändrade villkor kunna hanteras i en informationsstruktur som bygger på NI:s generiska modeller.

Tillgång och tillgänglighet

Med tillgång avses här att en viss tjänst finns att tillgå i det utbud som vård- och omsorgstagaren erbjuds. Tillgång till vård och omsorg begränsas av vilket utbud som erbjuds och kan påverkas av övergripande prioriteringsbeslut.

Med tillgänglighet avses här inom vilken tid som tjänsten kan erhållas. Tillgänglighet för offentligt finansierad vård och omsorg är ett tydligt politiskt prioriterat område. En likvärdig tillgång till, liksom en behovsrelaterad tillgänglighet för olika tjänster är i dag reglerade i HSL och SoL. Lika tillgång till eller ”equity” inom vården är också en av EU:s principer. Medborgarna har allt högre krav och får allt fler rättigheter/garantier beträffande tillgänglighet och väntetider.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Tillgång och tillgänglighet är aspekter som kan relateras till exempelvis behovsbedömningar och indikationsangivelser för behandling/insatser. Genom att begreppen i NI kopplas till varje med tid angiven behovsbedömning, planering och utförande av aktivitet för processens syften,

skapas förutsättningar för beskrivning, analys och förbättring av tillgänglighetsaspekter även relaterat till behov.

Tvärprofessionell samverkan och teamarbete

Komplexiteten med olika typer av vårdbegäran/ansökan respektive hälsoproblem där en vård- och omsorgstagare även kan ha många olika samtidigt aktuella hälsoproblem kräver ofta att flera olika professioner samverkar runt en vård- och omsorgstagares hälsobehov. Samverkan inom en enskild enhet eller mellan flera enheter kräver delad information som är så strukturerad att alla kan förstå och använda den. Därmed kan också dubbeldokumentation undvikas.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Begrepp som gör det möjligt att hålla samman informationen i en vård- och omsorgsprocess, för olika kompetenser, har identifierats - exempelvis *hälsoärende* och *aktivitets-/hälsoärendeplan*. Det ger möjlighet till planering som är gemensam för olika professioner och ger samtidigt en överblick över samtliga aktiviteter. Genom att skapa förutsättningar för tvärprofessionella och tvärfunktionella behovsbedömningar och aktivitetsplaneringar ökar möjligheterna till samverkan.

Rörlighet och vård över nationsgränser

Medborgarnas ökade rörlighet inom och över nationsgränser är en tydlig trend. Juli 2008 presenterade EU-kommissionen ett förslag till reviderade direktiv för rätten till vård över nationsgränser.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Ökad rörlighet ställer krav på kommunikerbar, entydig information. NI-projektet har engagerat sig i relevanta arbeten på europeisk nivå för att såväl påverka som visa följsamhet mot den europeiska utvecklingen. Exempel på detta är det svenska uppdraget som koordinator av det europeiska projektet epSOS (european Smart Open Services) inkluderande tillämpningen ”patient summary” samt det pågående arbetet med en europeisk standard som innehåller begreppssystem för vårdprocessen och arbetsflöde (continuity of care), det så kallade Contsys-arbetet. Även det europeiska arbetet med att utveckla en branschspecifik standard för ledningssystem för kvalitet inom hälsorelaterade verksamheter är exempel där NI har varit engagerade.

Verksamhetsutveckling, effektivisering och förbättringsarbete

Vård och omsorg är ett verksamhetsområde med begränsade resurser i förhållande till efterfrågan. Krav på effektiviseringar och kvalitetsförbättringar kan förutses kvarstå.

En tydlig trend är att resultat inom vård och omsorg redovisas öppet och i jämförelse med andra. Utvecklingen av kvalitetsregister och öppna jämförelser är exempel på detta. Jämförbarhet av komplexa förhållanden kräver tillgång till entydiga och enhetliga data.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Informationsstrukturen skapar förutsättningar för såväl processtyrning av den individrelaterade kärnverksamheten som för entydiga data som underlag för uppföljning och förbättringar. NI:s generiska modeller kan användas i verksamhetsutveckling genom att

utgöra stöd för den verksamhetsanalys som bör ligga till grund för det konkreta utvecklingsarbetet. Information och kommunikation är nödvändiga i allt utvecklingsarbete. NI skapar förutsättningar för kommunikation och samverkan och ger dessutom möjligheter att samla underlag för uppföljning och resultatanalys.

Informationsstrukturen ger förutsättningar för registrering av resultat per process. Dessa resultat kan sedan utgöra underlag för att ta fram bättre kvalitetsindikatorer och underlag för uppföljningar, jämförelser, certifieringar och så kallade ackrediteringar. Detta kräver gemensamma och entydiga begrepp samt tillämpning av gemensamma kodverk.

Preventiva insatser

Vård och omsorg hanterar människors hälsa ur olika aspekter. Många av dagens hälsoproblem går att förebygga med preventiva insatser utförda av såväl vård- och omsorgspersonal som av vård- och omsorgstagaren själv.

Preventiva insatser görs såväl för grupper som för enskilda individer. Individuell prevention kan vara primär (utan att problem eller risk för problem identifierats), sekundär (ökad risk för problem eller då problem finns identifierade) eller tertiär (manifesta problem föreligger och åtgärder görs för att förhindra ytterligare försämring).

Vård och omsorg lägger i dag huvudparten av tillgängliga resurser på insatser för att åtgärda uppkomna och konstaterade problem.

Konsekvenser för utvecklingen av NI

Projektets intressentgrupper har påtalat vikten av att ha ett strategiskt förhållningssätt som innebär att styra vård och omsorg mot mer preventiva insatser/arbetsätt. Genom vård- och omsorgstagarens delaktighet och tillgång till information kan vård- och omsorgstagaren själv förutse och förebygga ohälsa. Denna potential utnyttjas långt ifrån optimalt.

Vård- och omsorgsaktiviteter med preventivt syfte som riktas mot enskild vård- och omsorgstagare likställs i informationsstrukturen med en behandling/insats som riktas mot ett identifierat hälsoproblem. Preventiva aktiviteter jämförelsesvis med andra behandlande aktiviteter och har samma grundläggande syfte – att påverka ett hälsförhållande. En identifierad risk för hälsoproblem likställs på motsvarande sätt med ett symtomgivande hälsoproblem. Att åtgärda risker för besvär eller symtom likställs därmed också med åtgärd/behandling. Åtgärder för att förhindra försämring av konstaterade problem inkluderas i åtgärdande aktiviteter.

Primärprevention som utförs av vård- och omsorgstagaren ska också kunna ingå i en vård- och omsorgsprocess. Primärprevention som utförs av individen själv utan att ha varit i kontakt med vård och omsorg ingår inte i vård- och omsorgsprocessen men är däremot inkluderat i vård- och omsorgstagarens egen livslånga hälsoprocess. Individens egen hälsoprocess kan interagera och samverka på olika sätt med vård- och omsorgsprocesser, bland annat genom att information fångas även i denna process.

Referenser

[1] Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Socialdepartementet, 2006. ISBN 91-631-8541-5.

[2] Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting, ”Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg”, Huvudrapport från InfoVU-projektet, december 2005.

[3] God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2006. ISBN: 91-85482-05-6.

[4] God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008. ISBN: 978-91-85999-14-9.

[5] NI-projektet. Handlingsplan för Nationell informationsstruktur för individbaserad ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. Socialstyrelsen, 2006.

[6] NI-projektet. Projektplan för projektet Nationell Informationsstruktur för individbaserad ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. u.o.: Socialstyrelsen, 2007.

[7] Socialstyrelsen. Termbanken. [<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>]