

Så hänger informationsmängderna ihop

Beskrivning av hur informationsmängderna som ingår i sammanhållen planering på 1177 etapp 1 hänger samman.

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
1.1 Begreppet sammanhållen planering	3
1.2 Arbetsätt och metod.....	4
2 Informationsmängderna i etapp 1	4
3 Övergripande samband och relationer	5
3.1 Grafisk beskrivning av samband	5
3.2 Textuell beskrivning av samband	6
3.2.1 Fördjupat resonemang kring dokumenterad överenskommelse.....	7
3.2.2 Fördjupat resonemang kring begreppet mål.....	8
4 Konceptskisser	8
5 Fortsatt arbete	9

Revisionshistorik

VERSION	DATUM	FÖRFATTARE	KOMMENTAR
0.1	2025-10-02	Tobias Blomberg, Lotta Bergman och Tina Eriksson	Första version av dokumentet för påseende av referensgrupp
0.9	2025-11-07	Tobias, Blomberg, Lotta Bergman och Tina Eriksson	Version på remiss hos projektgruppen
1.0	2025-12-04	Tobias, Blomberg, Lotta Bergman och Tina Eriksson	Uppdaterat efter remiss hos deltagande regioner.

Referenser

REFERENS	DOKUMENT	LÄNK
R1	Socialstyrelsens termbank	http://termbank.socialstyrelsen.se/
R2	Socialstyrelsen nationell informationsstruktur	https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/
R3	Nationella informationsmängder	Nationella informationsmängder - Socialstyrelsen
R4	SKR Nära vård	Det här är Nära vård - SKR
R5	Målbild för 1177	Målbilder för 1177 - Inera
R6	SKR - Dokumenterad överenskommelse baspresentation	Baspresentation patientkontrakt: metodstöd fas 2 dokumenterad överenskommelse
R7	Fasta kontakter - projektleverans	Fasta kontakter, Fasta kontakter i omsorgen
R8	Dokumenterad överenskommelse - projektleverans	Leverans Dokumenterad överenskommelse
R9	Vård- och omsorgsplaner - projektleverans	Vård- och omsorgsplaner version 1.0

1 Inledning

Detta dokument är en del i leveransen för området informatik och verksamhet inom projektet sammanhållen planering på 1177 etapp 1. Dokumentets syfte är att på en övergripande nivå klargöra de oklarheter som finns i relationerna mellan de ingående informationsmängderna fasta kontakter, dokumenterad överenskommelse och vård- och omsorgsplaner. Dokumentet knyter ihop informationsmängderna och ska inte ses som ett heltäckande dokument. För respektive informationsmängd finns en mer detaljerad beskrivning att hitta i de separata leveranser som gjorts löpande under projektet.

Arbetsgruppen har gemensamt enats om att det som behöver göras är att beskriva och skapa en gemensam bild av informationsmängderna och deras relationer till varandra på en övergripande nivå genom att:

- Ta fram en **begreppsmodell** på övergripande nivå för att ensa begreppen i de olika informationsmängderna.
- Ta fram en **konceptuell /övergripande informationsmodell** som beskriver hur informationsmängderna relaterar till varandra.
- Fortsätta arbete med **scenarios** för gemensam syn på vilken information som genereras och behövs vid olika tillfällen.
- Fortsatt arbete med **konceptskisser** för att visualisera hur informationen kan visas upp och hur informationen hänger ihop.

1.1 Begreppet sammanhållen planering

Arbetet med Nära vård har pågått under många år och flera begrepp har förändrats över tid. För projektets framdrift finns därför behov av att tydligt definiera vad vi avser med *Sammanhållen planering*. Begreppet har använts i olika betydelser och är i sig inte särskilt beskrivande för vad projektet gör.

***Sammanhållen planering** är namnet på det Inera-projekt som syftar till att skapa en samlad och personanpassad digital översikt av invånarens vård- och omsorgsärenden på 1177. Denna översikt ska ge både invånare och medarbetare bättre förutsättningar för delaktighet, kontinuitet och trygghet, i linje med målen i Nära vård.*

Vad Sammanhållen planering inte är

Projektet använder **inte** begreppet *Sammanhållen planering* för att:

- benämna den översikt som utvecklas på 1177
- beskriva modeller eller informatiska termer i projektets arbete
- hänvisa till de planer som samlas under rubriken vård- och omsorgsplaner.

Förtydligande om begreppets bredare användning

Utöver definitionen ovan används *sammanhållen planering* även för att beskriva de aktiviteter som sker mellan en eller flera vård- och omsorgsgivare när gemensamma planer tas fram för en invånare. Projektet arbete ska leda fram till en vy som underlättar denna typ av sammanhållna planering, men för att undvika sammanblandning används termen inte i detta dokument för att beteckna sådana verksamhetsaktiviteter, även om de är centrala inom Nära vård.

1.2 Arbetssätt och metod

Arbetet med att beskriva relationerna har gjorts gemensamt i arbetsgruppen med representanter som deltar i projektet men även kommunrepresentanter. Arbetet har bedrivits genom intervjuer och insamling av material samt genom arbetsmöten tillsammans med olika konstellationer av arbetsgruppen.

2 Informationsmängderna i etapp 1

För att öka läsbarheten av dokumentet finns här begreppsdefinitionerna för de övergripande informationsmängderna som vi arbetat med under etapp 1. För detaljer se de separata leveransdokumenten för respektive informationsmängd.

Fast kontakt

namngiven vård- eller omsorgspersonal som tilldelats en samordnande roll för en vård- och/eller omsorgstagare i syfte att skapa trygghet och kontinuitet.

Termen fast kontakt ska här ses som ett överbegrepp till begreppen fast vårdkontakt, fast läkarkontakt i primärvården, fast omsorgskontakt i hemtjänsten samt andra fasta kontakter som finns i vård och omsorg.

Dokumenterad överenskommelse

överenskommelse mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal som klargör vad som är viktigt för patienten, samt vad som ska ske i kontakten med hälso- och sjukvården, när det ska ske, och vem patienten ska vända sig till.

Individuell vård- och omsorgsplan

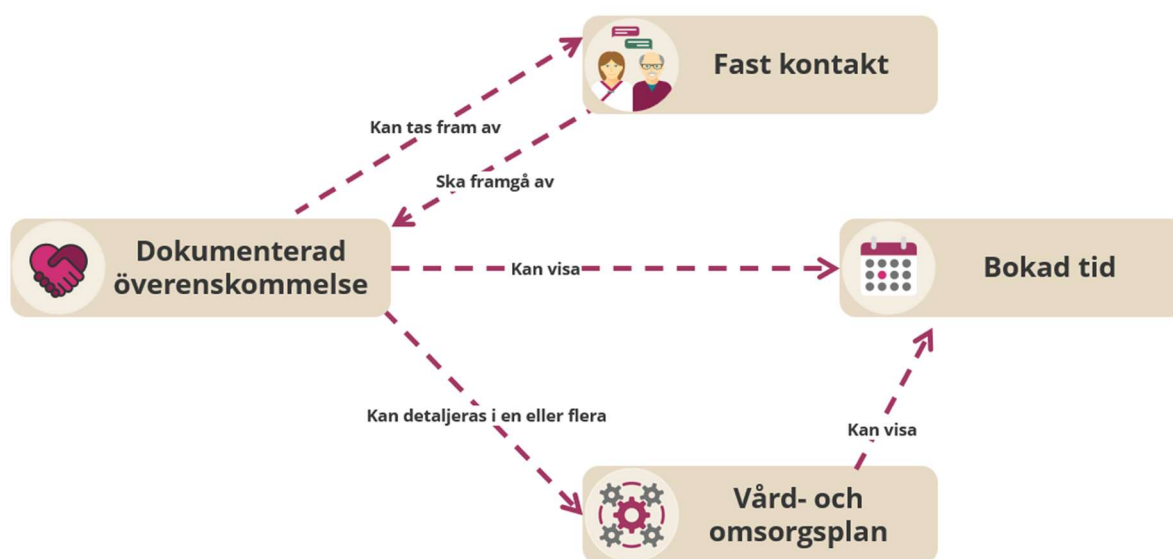
dokumenterad plan som beskriver planerade insatser/åtgärder inom vård och omsorg för en specifik invånare. (R1)

I dokumentet används genomgående termen *vård- och omsorgsplan* som en förkortad benämning på *individuell vård- och omsorgsplan*. Detta för att göra texten mer lättläst.

3 Övergripande samband och relationer

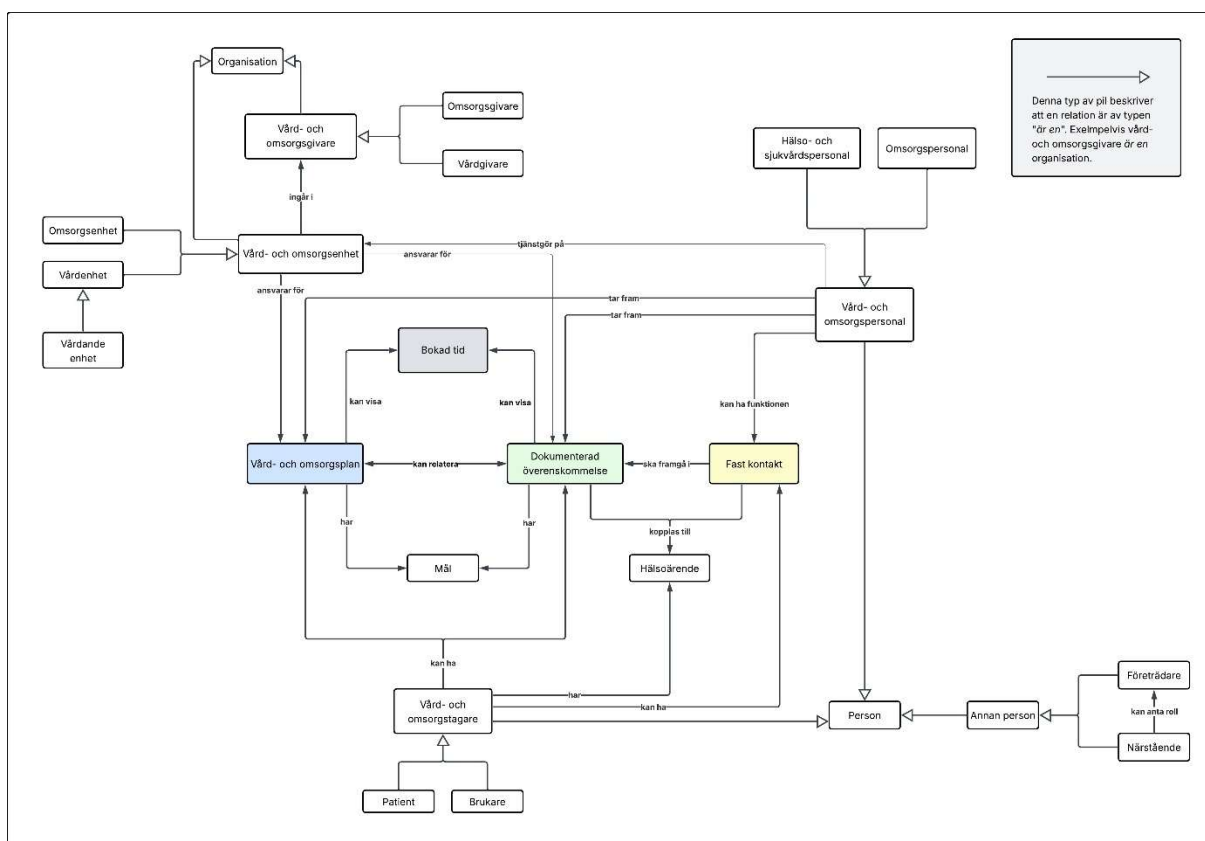
Detta avsnitt visar hur de tre informationsmängderna – fasta kontakter, dokumenterade överenskommelser och vård- och omsorgsplaner – hänger ihop. Särskilt fokus ligger på klasser som återkommer i flera informationsmängder och hur de relaterar till varandra. Med hjälp av två översiktliga modeller (figur 1 och 2) samt en textuell beskrivning tydliggörs både gemensamma drag och skillnader. Modellerna är av enklare karaktär och syftar till att ge en överblick. För detaljerade begrepps- och informationsmodeller samt definitioner av termer och beskrivningar av informationsklasser hänvisas till leveranserna för de specifika informationsmängderna.

3.1 Grafisk beskrivning av samband



Figur 1 – övergripande bild över hur informationsmängderna hänger ihop

Figur 1 visar på en övergripande nivå hur de olika informationsmängderna kan hänga ihop och på vilket sätt de relaterar till varandra. Inom projektet har vi inte arbetat specifikt med informationsmängden bokade tider men det är en viktig komponent med relationer till övriga informationsmängder och finns därför med i den övergripande modellen.



Figur 2 – övergripande bild som beskriver hur informationsmängderna överlappar och relaterar till varandra

Som en alternativ beskrivning av hur de olika informationsmängderna överlappar och relaterar till varandra visas i figur 2 en sammanslagning av de informationsmodeller som återfinns i de tre specifika leveranserna. Modellen lyfter främst fram de komponenter som överlappar mellan de tre informationsmängderna samt beskrivning av hur olika gemensamma begrepp relaterar till varandra.

3.2 Textuell beskrivning av samband

De tre informationsmängderna – fasta kontakter, dokumenterade överenskommelser och vård- och omsorgsplaner – kompletterar varandra.

En dokumenterad överenskommelse ska bland annat tydliggöra vilka fasta kontakter som är kopplade till den. Det kan finnas fasta kontakter som inte är kopplade till en dokumenterad överenskommelse. Dessa behöver kunna visas upp fristående exempelvis under en rubrik *alla fasta kontakter*.

En specifik dokumenterad överenskommelse kan relatera till en eller flera vård- och omsorgsplaner och detta behöver i så fall framgå när den dokumenterade överenskommelsen visas upp. Det kan även finnas dokumenterade överenskommelser utan koppling till vård- och omsorgsplaner. På samma sätt kan det finnas vård- och omsorgsplaner utan koppling till en

dokumenterad överenskommelse. Dessa behöver kunna visas upp fristående så att invånaren kan se alla sina vård- och omsorgsplaner.

Framöver bör det även gå att koppla bokade tider till en dokumenterad överenskommelse och/eller en vård- och omsorgsplan. Detta har dock inte utretts i detalj denna etapp. Även bokade tider ska ses som en egen informationsmängd där det ska finnas möjlighet att visa upp alla bokade tider oavsett om de har en relation till en dokumenterad överenskommelse eller vård- och omsorgsplan.

Det finns ett behov av att se separata sammanställningar av respektive informationsmängd, oavsett om de är kopplade till en dokumenterad överenskommelse eller inte. Om det finns kopplingar så ska det vara möjligt att nå den specifika dokumenterade överenskommelsen som den är kopplad till från respektive förekomst som exempelvis en specifik vård- och omsorgsplan.

Samtliga av de tre informationsmängderna utgår från vård- och omsorgstagaren som kan vara patient och/eller brukare. Vård- och omsorgspersonal, inklusive fasta kontakter, tar fram både dokumenterade överenskommelser och vård- och omsorgsplaner, ofta tillsammans med vård- och omsorgstagaren. En specifik vård- och omsorgsenhet som i sin tur ingår i en större organisation (vårdgivare eller omsorgsgivare), ansvarar för en vård- eller omsorgsplan.

Följande gäller för informationsmängderna

1. En vård- och omsorgstagare kan ha flera fasta kontakter
2. En dokumenterad överenskommelse ska tydliggöra vem/vilka de fasta kontakterna är
3. Det går att ha en plan utan en dokumenterad överenskommelse
4. Det går att ha en dokumenterad överenskommelse utan att ha några planer
5. En vård- och omsorgsplan är inte en dokumenterad överenskommelse
6. Mål i vård- och omsorgsplaner är inte per automatik samma som mål i "vad är viktigt för mig" i dokumenterad överenskommelse
7. Bokade tider kan finnas kopplade till vård- och omsorgsplaner
8. Bokade tider kan finnas kopplade till en dokumenterad överenskommelse
9. En dokumenterad överenskommelse ska hållas aktuell

3.2.1 Förddjupat resonemang kring dokumenterad överenskommelse

Både vård och omsorg har länge arbetat med vård- och omsorgsplaner på olika sätt, medan dokumenterad överenskommelse är en relativt ny företeelse. Några regioner har implementerat arbetssätt för dokumenterad överenskommelse inom ramen för nära vård, medan andra

befinner sig i startgrupparna. Visionen från Nära vård är att varje vård- och omsorgstagare som har behov av, eller önskar ska ha en dokumenterad överenskommelse som hålls aktuell. Den ska omfatta både vård och omsorg. Huruvida visionen kommer att förverkligas ligger utanför detta projekts uppdrag, och i vår modell har vi därför tagit höjd för att det kan finnas en eller flera dokumenterade överenskommelser, med fokus på vården eftersom omsorgen ännu inte använder arbetssättet.

3.2.2 Fördjupat resonemang kring begreppet mål

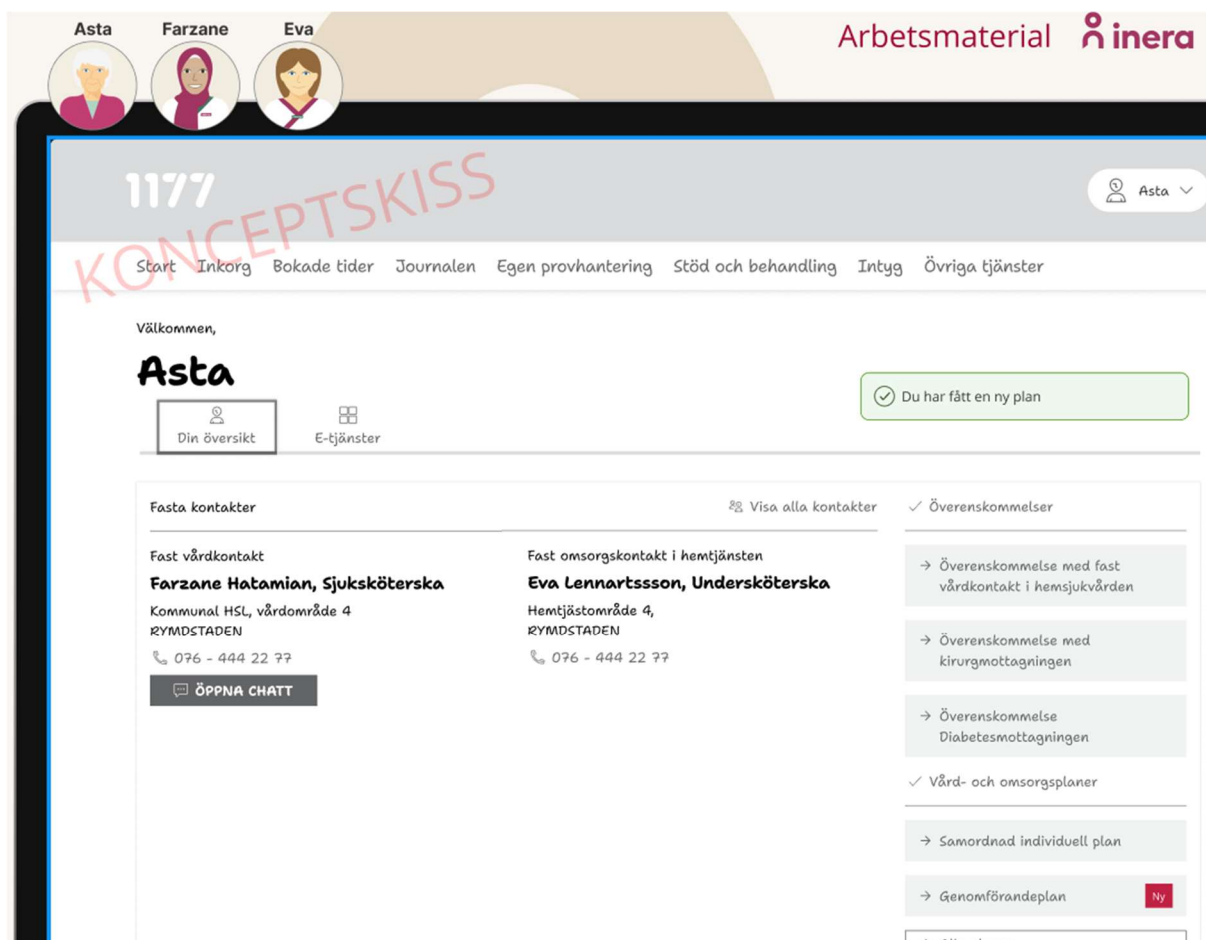
I informationsmängderna dokumenterad överenskommelse och vård- och omsorgsplaner finns idag begreppet *mål*. Begreppet fångar upp invånarens perspektiv och ska vara vägledande för planeringens utformning. Det finns dock skillnader i vad som antas ingå i begreppet i de olika informationsmängderna:

- I dokumenterad överenskommelse handlar mål främst om att beskriva vad som är viktigt för invånaren i livet och vardagen, exempelvis relationer, aktiviteter eller självständighet. Dessa uttryck är ofta mer värderingsbaserade än mätbara. Exempel: *Att kunna fortsätta träffa mina barnbarn.*
- I vård- och omsorgsplaner är mål i högre grad konkreta, mätbara, tidsbundna eller åtgärdsorienterade saker som kan härledas ur det som är viktigt för invånaren. Exempel: *Öka min gångförmåga så att jag klarar att ta bussen själv till mina barnbarn inom 3 månader.*

Vilka termer som senare ska visas i gränssnittet på 1177 behöver utredas vidare tillsammans med UX och användare för att säkerställa att det blir tydligt och begripligt för invånaren.

4 Konceptskisser

Under arbetets gång har konceptskisser tagits fram tillsammans med verksamhetsgruppen utifrån ett scenario från 82-åriga Agdas perspektiv. Hon är gammal och skör, multisjuk och har ett behov av att få stöd med samordning av sin vård och omsorg. Arbetet fortsätter under hela hösten för att tydliggöra hur de olika informationsmängderna skulle kunna visas på 1177.



Figur 3. Konceptskiss under bearbetning, arbetsmaterial.

5 Fortsatt arbete

Materialet i de separata leveranserna och detta dokument utgör underlag som i arbetet med interoperabilitetsspecifikationer måste detaljeras och kompletteras för att beskriva vilken information som överförs. En pilot för att realisera visning av fasta kontakter har inletts tillsammans med en journalsystemsleverantör där dessa lösningar och modeller utvärderas, vilket ger underlag för eventuella justeringar. Motsvarande arbete rekommenderas även göras för dokumenterad överenskommelse och vård- och omsorgsplaner. I samband med framtida arbete med att ta fram lösning och genomförande av piloter kan informationsmodellerna behöva justeras för att säkerställa att de är ändamålsenliga och fungerar i praktiken.

Det arbete som gjorts med konceptskisser tas vidare för att visualisera hur informationen kan presenteras för invånare på 1177 samt, på sikt, i andra tjänster som vänder sig till vård- och omsorgspersonal (exempelvis Nationell patientöversikt och 1177 för vårdpersonal). Detta kräver fortsatt involvering av UX-kompetens och slutanvändare.

Samordning med andra parallella initiativ, exempelvis *Patientens kunskapsstöd*, är viktig för att skapa en helhetsbild för invånaren på 1177. Löpande kontakt med SKR:s kunskapsorganisation, E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen är aktiviteter som bör fortsätta och förstärkas.

Fortsatt samverkan med regioner, kommuner och systemleverantörer är nödvändig, framför allt för att stötta och samordna vid framtagande av underlag för kravställning gentemot regionernas och kommunernas systemleverantörer. Ambitionen är även att följa och delta i den nationella dialogen om gemensamma arbetssätt inom ramen för Nära vård-samverkan.