

Beskrivning av förändringar som verksamheter
måste ta hänsyn till i samband med införandet av

SDV Skånes Digitala Vårdsystem

Kvalitetsregister

Version: 2.1

DokumentID: FB055-beskrivning

Datum slutfört: 2024-01-17

Innehåll

1	Sammanfattning	3
2	Problemformulering	3
3	Beskrivning av förändringsbehovet	3
3.1	Nuläge kvalitetsregister	3
3.2	Information till patient eller närstående	4
3.3	Dokumentation i formulär i SDV	4
3.4	Direktöverföring till kvalitetsregister	7
3.4.1	Registret behöver ha tekniska förutsättningar för att ta emot data automatiskt	7
3.4.2	Datapunkter i SDV behöver kunna mappas till datapunkterna i registret	7
3.4.3	Stor potential om överföring av strukturerade laboratoriedata blir möjligt	8
3.5	Direktöverföring till cancerregistret	9
3.5.1	Registervariabler och möjlig logik för direktöverföring.	9
3.5.1.1	Exempel 1: Diabetes	9
3.5.1.2	Exempel 2: Prostatacancer	11
4	Bilaga Exempel på nyttoeffekter	14

1 Sammanfattning

I SDV kommer ett formulär användas för att dokumentera den information som har lämnats till patient om kvalitetsregister samt patientens inställning till deltagande i respektive register.

Överföring av data till kvalitetsregister kan som huvudregel bara ske efter att patienten är informerad om registret samt att medarbetaren som gett information om registret har dokumenterat att patienten inte motsätter sig ett deltagande. Undantagen diskuteras i texten.

Samma formulär för att dokumentera given information och patientens inställning används både för register som har manuell överföring och direktöverföring. Vid direktöverföring styr dokumenterat innehåll i formuläret om data ska överföras, vid manuell överföring behöver medarbetare kontrollera att patienten är informerad innan inmatning sker.

För att få till stånd direktöverföring för de register som ännu inte har detta i Region Skåne kommer ett arbete med detaljerad variabelanalys behöva utföras för respektive register. Exempel på resonemang kring variabelanalys beskrivs i denna text.

2 Problemformulering

Inom sjukvården i Region Skåne används idag närmare 120 kvalitetsregister.

Ambitionen vid första utrullningen av SDV är att 15 kvalitetsregister som redan idag har direktöverföring ska ha fortsatt oavbruten direktöverföring i samband med byte av journalsystem. Dessa 15 kvalitetsregister utgör dock endast runt 10 % av det totala antalet kvalitetsregister i Skåne.

Vid första utrullningen kommer viss direktöverföring kunna ske från de övriga kvalitetsregistren enligt ovan, och potentialen för att utöka direktöverföringen är stor förutsatt att resurser kan avsättas i organisationen för att arbeta med dessa frågor.

3 Beskrivning av förändringsbehovet

Förändringsbehovet som ingår i detta dokument berör alla verksamheter som använder kvalitetsregister, både med manuell överföring eller direktöverföring.

Således är ett stort antal kliniska medarbetare berörda, likaså är medarbetare med vårdadministrativt uppdrag samt chefer på olika nivåer inom klinisk verksamhet.

3.1 Nuläge kvalitetsregister

Idag finns det närmare 120 kvalitetsregister av olika slag som används inom sjukvården i Region Skåne. Flertalet av dessa kvalitetsregister förutsätter manuell inrapportering, vilket ofta utförs av behandlande personal eller av särskild utsedd administrativ personal.

I dag förekommer det direktöverföring från Region Skånes journalsystem (PMO, Melior och Orbit) till ett antal kvalitetsregister.

Ambitionen vid första utrullningen av SDV är att de kvalitetsregister som redan har direktöverföring ska ha fortsatt oavbruten direktöverföring i samband med byte av journalsystem. För vart och ett av dessa kvalitetsregister har det därför gjorts en kartläggning (mappning) för att identifiera varifrån i SDV som informationen kan inhämtas.

Dessa kvalitetsregister utgör som sagt endast runt 10% av det totala antalet kvalitetsregister i Skåne. Det finns därför ett stort intresse från andra registeransvariga att få till stånd automatisk överföring från "sitt" kvalitetsregister.

Vid första utrullningen således direktöverföring endast kunna ske för en mycket liten andel av registren. Potentialen för att utöka direktöverföringen är stor förutsatt att resurser kan avsättas i organisationen för att arbeta med dessa frågor.

Vinsterna med att övergå till automatisk överföring är flera. Minskning av onödigt merarbete i form av manuell inmatning, ökning av tillförlitligheten i inrapporterade data samt ökad överföring av registerdata i realtid utan eftersläpning är de fördelar som oftast nämns.

3.2 Information till patient eller närstående

Gemensamt för alla kvalitetsregister redan idag är att patienten eller närstående måste informeras om kvalitetsregistret i fråga och utifrån mottagen information ha möjlighet att neka till att delta i registret. Att delta i ett kvalitetsregister innebär att information kommer att lämnas ut från patientjournalen till kvalitetsregistret genom manuell eller automatisk överföring av data.

Patient eller närstående bör alltid få både muntlig och skriftlig information om eventuella kvalitetsregister, och vid behov även möjlighet till betänketid kring sitt deltagande. Den som informerar och dokumenterar patientens inställning ansvarar för att adekvat information har getts och att patienten har förmåga att förstå vad saken gäller.

Alla medarbetare som har fått basal kunskap om kvalitetsregister bör kunna informera patienten och dokumentera given information samt patientens inställning till deltagande.

Tänk på:

- Att patient eller närstående måste informeras om eventuellt deltagande i kvalitetsregister och tillfrågas om sin inställning.
- Den som informerar och dokumenterar patientens inställning ansvarar för att adekvat information har getts och att patienten har förmåga att förstå vad saken gäller.
- Alla medarbetare som har fått basal kunskap om kvalitetsregister bör kunna informera patienten och dokumentera given information samt patientens inställning till deltagande.

3.3 Dokumentation i formulär i SDV

I patientjournalen i SDV (Journalen PowerChart eller Akutmodulen FirstNet) dokumenteras lämnad information samt patientens inställning till att delta i kvalitetsregistret i ett formulär (Figur 1). I formuläret kan ett av tre möjliga svarsalternativ väljas för varje kvalitetsregister; "Ja", "Nej" eller "Patienten inte informerad". "Ja" betyder att patienter är informerad och inte motsätter sig deltagande, "Nej" betyder att patienten är informerad och motsätter sig deltagande. "Patienten inte informerad" används främst när det inte är möjligt att informera patienten på grund av nedsatt medvetandegrad.

Notera att det i juridisk mening inte handlar om ett samtycke utan enbart dokumentation av att patienten informeras och har möjlighet att säga nej till deltagande ("Opt-out").

Deltagande i kvalitetsregister – PHYSDOC, KST-EVA

*Utförd: 2021-12-13 1126 Av: Cerner Test, Physician - Urology Cerner

Deltagande i kvalitetsregister

Akut, anestesi och intensivvård

	Ja	Nej	Patienten inte informerad
Svenska Intensivvårdsregistret (SIR)	☒	☐	☐
Svenskt Perioperativt Register (SPOR)	☐	☐	☐
Svenska Akutvårdsregistret (SVAR)	☐	☐	☐
Svenska Traumaregistret (SweTrau)	☐	☐	☐
Svenska Ambulansregistret (AmbuReg)	☐	☐	☐

Barn, obstetrik och gynekologi

	Ja	Nej	Patienten inte informerad
CP-uppföljningsprogrammet i Sverige (CPUP)	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för assisterad befruktning (Q-IVF)	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi (Gynop)	☐	☐	☐
Svenska registret för avancerad barn- och ungdomskirurgi (SWEAPS)	☐	☐	☐
Svenska Registret för Medfödda Metabola Sjukdomar (RMMS)	☐	☐	☐
Svenskt Neonatalt Kvalitetsregister (SNQ)	☐	☐	☐
Graviditetsregistret	☒	☐	☐
LKG-registret	☐	☐	☐
Svenska Barnnjureregistret	☐	☐	☐
Svenska Barnepilepsiregistret (BEPQ)	☐	☐	☐
Svenska barnhälsovårdsregistret (BHVQ)	☐	☐	☐
Svenska Barnreumaregistret	☐	☐	☐
Barnhjärtsregister i Sverige (BORIS)	☐	☐	☐

Cancer

	Ja	Nej	Patienten inte informerad
Kvalitetsregister för nya läkemedel Cancerläkemedel	☐	☐	☐
Nationella prostatacancerregistret (NPCR)	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för Cancer i Pankreas och Periampullärt	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för Cervixcancerprevention	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för Esofagus och Ventrikelcancer (NREV)	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för mammografiscreening	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för tyroideacancer	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för urinblåscancer	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister neuroendokrina tumörer (GEP-NET)	☐	☐	☐
Svenska Kolorektalcancerregistret (SCRCR)	☐	☐	☐
Svenska Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cancer	☐	☐	☐
Svenska registret för cancer i lever, gallblåsa och gallvägar (SweLiv)	☐	☐	☐
Svenska testikelcancerregistret (SWEOTCA)	☐	☐	☐
Svenskt Kvalitetsregister för huvud- och halscancer	☐	☐	☐
BORISS	☒	☐	☐
Kvalitetsregistret för CNS tumörer	☐	☐	☐
Nationella njurcancerregistret	☐	☐	☐
Svenska Melanomregistret (SweMR)	☐	☐	☐
Nationellt kvalitetsregister för sarkom	☐	☐	☐
Nationellt lungcancerregister	☐	☐	☐
Nationellt register för peniscancer	☐	☐	☐
Svenska Barncancerregistret	☐	☐	☐
Blindcancerregistret	☐	☐	☐

Bild1 Formulär för dokumentation av information given om kvalitetsregister samt patientens inställning till deltagande. Denna patient har informerats om Graviditetsregistret och BORISS och har accepterat deltagande i dessa register.

För de kvalitetsregister som har direktöverföring kommer ett kryss för "Ja" vid namn på respektive kvalitetsregister styra att data överförs automatiskt. För de register som har manuell överföring behöver medarbetare som lägger in data i registret först kontrollera i formuläret att patienten är informerad och att hen inte motsätter sig deltagande innan data kan överföras. Svaret på denna fråga kan ses som en nyckel till överföring. Om ingen dokumentation är gjord alls för ett visst register är låset stängt, likaså om frågan är besvarad med "Nej". Om frågan däremot är besvarad med "Ja" är låset öppet för detta register.

För två av registren finns det särskilda svårigheter att ge adekvat information till patienten då nedsatt medvetandegrad är vanligt i dessa kliniska situationer (Svenska intensivvårdsregistret och Svenska Akutvårdsregistret). För just dessa två kvalitetsregister har det beslutats att information får överföras om vårdpersonal har dokumenterat "Patienten inte informerad" vid den initiala kontakten. Tanken är att patienten ska informeras i efterhand när tillståndet så medger, och har då har möjlighet att avbryta sitt deltagande. Här kan det behöva skapas rutiner för att informera patient i efterhand.

För övriga register sker ingen dataöverföring om ”Patienten inte informerad” har dokumenterats.

Den ovan visade formulärfrågan kring information och deltagande i kvalitetsregister har inkluderats i några vanliga formulär för klinisk dokumentation i SDV för att underlätta för medarbetaren att dokumentera information om kvalitetsregister i sitt ordinarie flöde för klinisk dokumentation, exempelvis vid makulamottagning (Figur 2).

Bild 2 Formulär för dokumentation där användaren kan ange patientens inställning till Svenska Makularegistret.

Tanken med att inkludera frågan i kliniska formulär är att det blir smidigare för användaren att bli påmind om att informera patienten när frågan finns med i ordinarie dokumentationsmallar. Det är i dessa fall exakt samma fråga som i formuläret i Figur 1 och den triggar direktöverföring på exakt samma sätt som visat ovan förutsatt att kvalitetsregistret har möjlighet för direktöverföring.

En medarbetare kan endast dokumentera patientens inställning till överföring av data från den vårdgivare (huvudman) som medarbetaren tillhör. Medarbetaren kan alltså inte dokumentera patientens inställning till överföring av data som härrör från annan juridisk vårdgivare trots att det sker genom samma tekniska plattform. Informationsplattformen används för denna överföring, den beskrivs mer detaljerat i kommande avsnitt *Direktöverföring till kvalitetsregister*. För kvalitetsregister baserade på verksamheter som bedrivs i både privat och offentlig regi (exempelvis primärvård, barnhälsovård, barnmorskemottagning) behöver denna dokumentation ske hos alla de sjukvårdshuvudmän där relevanta data finns för att fullständiga data ska kunna överföras till registret.

Man kan uttrycka denna logik som att varje vårdgivare (sjukvårdshuvudman) äger en nyckel till överföring av data genererade inom vårdgivaren. Vårdgivaren måste informera patienten och efterhöra patientens uppfattning innan nyckeln får användas för att öppna upp för att överföra data till ett kvalitetsregister.

Nyckeln är den samma oavsett om registret har manuell överföring eller direktöverföring vilket gör att patienten inte behöver tillfrågas ånyo om samma register i framtiden övergår till direktöverföring.

Tänk på

- Att given information och patientens inställning till deltagande i kvalitetsregister måste dokumenteras i ett särskilt formulär i SDV oavsett om det handlar om direktöverföring eller manuell inmatning.
- Att frågan om deltagande i ett särskilt register också vara inbakad i ett generellt dokumentationsformulär för diagnosen eller tillståndet.
- Att för de 15 register som har automatisk överföring vid första utrullning triggas överföringen av det dokumenterats att patienten säger "Ja" till deltagande efter given information.
- Att det kan behövas rutiner för att informera i efterhand när patienten på grund av medvetandepåverkan initialt inte har kunnat informeras (avser Svenska intensivvårdsregistret och Svenska Akutvårdsregistret).
- Att varje vårdgivare (huvudman) som vill skicka data till kvalitetsregister behöver informera patienten och fråga om hens inställning till deltagande. En vårdgivare kan inte ge upphov till dokumentation som innebär att information överförs från någon annan vårdgivare till ett kvalitetsregister.

3.4 Direktöverföring till kvalitetsregister

En stor del av de data som överförs från Region Skåne till olika kvalitetsregister, myndigheter, forskningsprojekt mm. passerar genom regionens Informationsplattform som är ett så kallat "data warehouse". Informationsplattformen är ett mycket bra hjälpmedel i arbetet med att få till direktöverföring till olika register. Man kan väldigt förenklat beskriva Informationsplattformen som en avancerad omkopplingscentral med möjlighet att sortera, bearbeta och välja information samt även skapa logik för informationsöverföring till respektive mottagare.

För att data ska kunna överföras automatiskt till ett kvalitetsregister finns det ett antal förutsättningar som behöver finnas på plats.

3.4.1 Registret behöver ha tekniska förutsättningar för att ta emot data automatiskt

De kvalitetsregister som är i drift idag är både med avseende på innehåll och tekniska lösningar en av ganska heterogen karaktär. Kvalitetsregister som är baserade på en äldre och/eller "hemmabyggt" teknisk plattform saknar helt förutsättningar att ta emot direktöverförda data. Vid frågetecken kring registrets mottagarkapacitet rekommenderas kontakt med respektive registerhållare. Om du vet att en eller flera andra regioner redan har löst direktöverföring till det register du är intresserad av är detta ett bevis på att det rent tekniskt är möjligt för registret att ta emot direktöverförda data.

3.4.2 Datapunkter i SDV behöver kunna mappas till datapunkterna i registret

Datapunkter som ska skickas till kvalitetsregistret behöver finnas i strukturerad form i SDV för att kunna "mappas", så att Informationsplattformen vet exakt vilken information som ska skickas vidare. Strukturerad form kan betyda formulär med fasta svarsalternativ, förekomst av vissa definierade ordinationer, ordinationer i vissa datumordningar eller kombinationer av

ordinationer mm. Det behöver inte vara ett exakt 1:1-förhållande mellan det som syns i SDV avseende namn på variabler och de data som registret efterfrågar, förutsatt att det finns personer inom verksamheten som kan tolka och förklara hur datapunkterna i SDV ska väljas ut och skickas till registret. Vi försöker förklara hur denna variabelanalys kan göras med två exempel i avsnitt 4.5 *Registervariabler och möjlig logik för direktöverföring*.

Den ovan beskrivna ”mappningen” eller variabelanalysen behöver utföras av en medarbetare med mycket god kännedom om aktuella registervariabler. Denna eller dessa medarbetare bör försöka skaffa sig en god förståelse kring vilken typ av information som kan tolkas av Informationsplattformen samt vilka dokumentationssätt som finns i SDV inom aktuellt specialitetsområde. Ett tätt samarbete med kvalitetsregistergruppen inom DigIT kommer givetvis att behövas för varje kvalitetsregister som ska få direktöverföring.

När denna analys och förberedelse är gjord behöver alla medarbetare inom verksamheten få detaljerad information om vilka formulär eller annan strukturerad dokumentation som behöver användas för att möjliggöra direktöverföring.

3.4.3 Stor potential om överföring av strukturerade laboratoriedata blir möjligt

En viktig förutsättning för direktöverföring till kvalitetsregister är att data kan hämtas i strukturerad form från Laboratoriemedicin. För närvarande ser det bra ut för numeriska laboratoriedata men däremot ingen tydlig lösning för data från exempelvis patologi. Ett stort antal kvalitetsregister (varav alla inom cancerområdet) efterfrågar strukturerade data från patologiska och cytologiska analyser.

Förbättrings- och besparingspotentialen som kan uppnås genom att överföra dessa typer av strukturerade laboratoriedata automatiskt från LIMS är mycket stora. Denna fråga ligger utanför SDVs uppdrag och frågan hanteras för närvarande (dec 2021) på förvaltningsledningsnivå inom Laboratoriemedicin. Att få till stånd direktöverföring av strukturerade data från LIMS har en mycket stor potential att öka möjligheten för direktöverföring av stora volymer högrelevanta data.

Efter noggrant utfört analys- och förberedelsearbete (se exempel under avsnitt 10 *Registervariabler och möjlig logik för direktöverföring*) kommer det sannolikt gå att direktöverföra ett stort antal variabler till flertalet av dagens kvalitetsregister. Det är dock förväntat att det kommer att finnas enstaka ”högt hängande frukter” kvar i form av variabler som även fortsättningsvis kommer att vara beroende av manuell inmatning.

Från projektets sida ser vi en stor potential i att få till stånd direktöverföring av data även om inte variabeltäckningen skulle bli 100% för alla register. Kunskap om vilka variabler som kvarstår med behov av manuell överföring kan bli en sporre i det framtida arbetet med att vidareutveckla den strukturerade kliniska dokumentationen.

När en verksamhet ska börja med direktöverföring kommer det initialt att krävas ett rätt omfattande analysarbete för att kartlägga vilka datapunkter i SDV som kan användas. Eventuellt får dessa datapunkter kompletteras i befintliga formulär eller eventuellt skapande av nya formulär. Det kommer att krävas en rätt tät bevakning från registeransvarig inom verksamheten under första perioden efter påbörjad direktöverföring för att säkerställa att överförda data är korrekta och fullständiga.

Även efter inkörningsperioden kommer det med all sannolikhet fortfarande finnas behov av direktinloggning i respektive register för att åtgärda felloggar och/eller komplettera de datapunkter som inte kan direktöverföras.

! Tänk på

- Att uppmuntra till att använda strukturerad dokumentation i så hög utsträckning som möjligt för att öka förutsättningarna för direktöverföring av data framöver.
- Att om verksamheten vill förbereda för framtida direktöverföring bör man identifiera medarbetare med gediget intresse av registervariabler och datahantering, be dessa att gå genom relevanta registervariabler och identifiera var och hur den information som registret efterfrågar kan finnas dokumenterad i SDV.
- Att det för närvarande (dec 2021) inte finns tekniska förutsättningar för direktöverföring av strukturerade data från LIMS. Om denna fråga kan lösas kommer det sannolikt skapa många positiva effekter för alla cancerrelaterade kvalitetsregister.

3.5 Direktöverföring till cancerregistret

En annan fråga som tangerar direktöverföring till kvalitetsregister är frågan om elektronisk canceranmälan till RCC. Även här bör det vara möjligt att skapa ett mer automatiserat flöde, troligen via INCA-plattformen, förutsatt att den strukturerade dokumentationen utvecklas ytterligare i SDV och direktöverföring av strukturerade data kan ske från LIMS.

3.5.1 Registervariabler och möjlig logik för direktöverföring.

3.5.1.1 Exempel 1: Diabetes

För att försöka förklara hur man kan skapa logik för datahantering i Informationsplattformen vid direktöverföring använder vi ögonbottenfotografi och Nationellt diabetesregister (NDR) som exempel.

Vid bedömning av ögonbottenfotografier för diabetespatienter skattar ögonläkaren vid varje bildtagning grad av retinopati på vardera ögat separat enligt en femgradig skala (se bild nedan).

Diabetesretinopati foto - PHYSDOC, KST-EVA

*Utförd: 2021-12-13 0951

Bedömning ögonbotten

Diabetesretinopati höger öga	Diabetesretinopati vänster öga
☒ Ingen retinopati	☐ Ingen retinopati
☐ Mild retinopati	☐ Mild retinopati
☐ Måttlig retinopati	☐ Måttlig retinopati
☐ Allvarlig icke proliferativ retinopati	☐ Allvarlig icke proliferativ retinopati
☐ Proliferativ retinopati	☐ Proliferativ retinopati

Bild 3 Formulär för dokumentation av ögonbottenfoto.

I NDR finns det en variabel som heter "Retinopati", där svaret på variabeln i NDR kan vara "Ja" eller "Nej". Det finns också en NDR-variabel som heter "Retinopati, diagnos på sämsta

ögat" där svaret kan vara något av följande fyra alternativ: "2=Mild", "3=Måttlig", "4=Allvarlig" eller "5=PDR".

För att få informationen som är sparad i ögonläkarens dokumentation att flöda in i NDR i den form som NDR efterfrågar kan Informationsplattformen användas för att bygga en logik för dataöverföring. Man "instruerar" i detta fall Informationsplattformen att om patienten någon gång har fått dokumenterat något av svarsalternativen inom röd ram nedan på aktuell patient så ska svaret "Ja" skickas till NDR avseende variabeln "Retinopati".

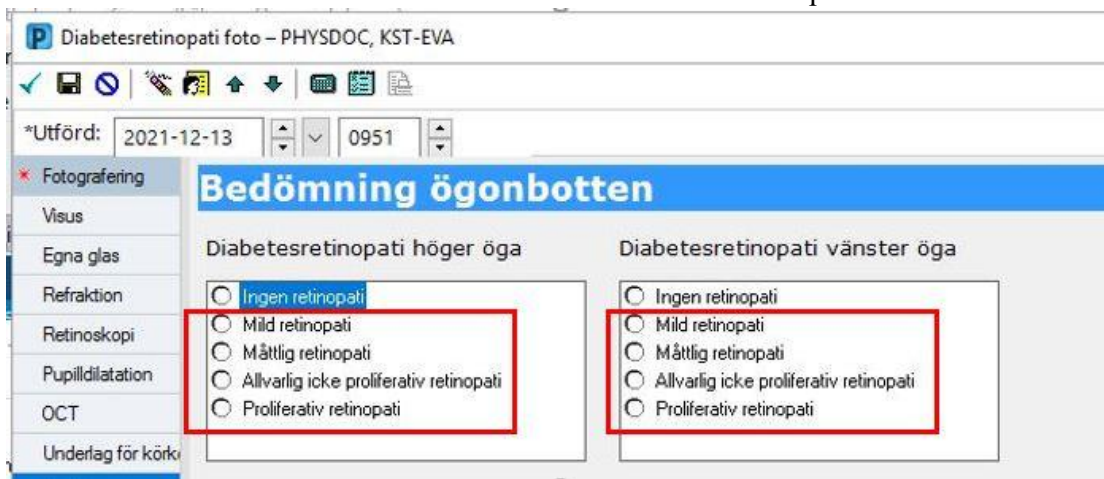


Bild 4 Formulär för dokumentation av ögonbottenfoto, alternativ som innebär förekomst av retinopati är markerade med ram.

För att ge Informationsplattformen underlag för att gradera retinopati kan man lära den att "Mild retinopati" är den lättaste formen av retinopati och motsvaras av "2=Mild" i NDR. Nästa steg på skalan är "Måttlig retinopati" vilket motsvaras av "3=Måttlig", därefter "Allvarlig icke-proliferativ retinopati" vilket motsvarar "4=Allvarlig" och sist den "sämsta" formen "Proliferativ retinopati" vilket motsvarar "5=PDR".

Utifrån den journaldokumentation som är tillgänglig i SDV kan Informationsplattformen instrueras i att evaluera samtliga bedömningar av retinopati dokumenterade i formuläret ovan på denna patient, på både höger och vänster öga, och skicka det "sämsta värdet" (högsta siffran) den hittar som resultat till NDR som svar på variabeln "Retinopati, diagnos på sämsta ögat".

Förutsättningen för att detta ska fungera är att den kliniska informationen finns dokumenterad i SDV i en form som kan tolkas av en dator och att logiken för hur informationen ska tolkas och skickas vidare kan beskrivas på ett entydigt sätt för datorn.

I detta konkreta fall är även förekomst av registrerad diagnoskod för diabetesretinopati ett sätt att beskriva de patienter som ska ha svaret "Ja" skickad till NDR för variabeln "Retinopati". Därför kan man utöver ovan beskriven logik för retinopatibedömning även lägga till instruktion till informationsplattformen om att förekomst av diagnoskod H36.0 (inkl fjärdepositioner) enligt ICD-10 i komponenten "Diagnoser och hälsoproblem" också ska innebära att variabeln "Retinopati" också anges som "Ja" till NDR.

H36	Förändringar i näthinnan vid sjukdomar som klassificeras på annan plats
H36.0*	Diabetisk retinopati med gemensam fjärdeposition .3) Internetmedicin • 1177 (2)
H36.8*	Andra retinala förändringar vid sjukdomar som klassificeras på annan plats
H36.0A*	Icke proliferativ diabetisk retinopati
H36.0B*	Proliferativ diabetisk retinopati
H36.0X*	Ospecificerad form av diabetisk retinopati

Bild 5 Diagnoser som innebär retinopati (ICD-10).

3.5.1.2 Exempel 2: Prostatacancer

För att ytterligare visa hur man kan arbeta med att förbereda för direktöverföring går vi genom några variabler i prostatacancerregistret och försöker med detta exempel visa hur man kan tänka vid den förberedande analysen.

Exempel på variabel: "MR utförd före biopsin"

Logik: I SDV ordinerar alla radiologiska undersökningar med unika ordinationsnamn. Informationsplattformen kan därför instrueras att leta efter ordinationen "MRT prostata". Om denna ordination finns i patientjournalen, med ett tidigare datum än ordinationen för "Patologi prostata mellannål", kan man dra slutsatsen att MRT prostata har utförts före biopsin. Ordinationen "Patologi prostata mellannål" utgör PAD-remissen för biopsin och skapas i samband med att punktion utförs.

Om MRT prostata inte finns i patientjournalen ska frågan besvaras med "Nej", likaså om MRT prostata är slutförd vid ett senare datum än ordinationsdatum för "Patologi prostata mellannål".

Notera att om klinikern i stället valde ordinationen "MRT nedre buk/bäcken" kommer denna inte att hämtas in som svar "Ja" på frågan om MR utfördes före biopsin om man hade definierat att endast MRT prostata skulle beaktas. Variabelanalysen är således en grannlaga uppgift som kräver mycket goda kliniska kunskaper inom området och en fallenhet för denna typ av systematiskt tänkande.

Exempel på variabel: "IPSS"

IPSS finns inlagt som formulär i SDV.

Bild 6. Formulär för dokumentation av IPSS.

Informationsplattformen kan instrueras att överföra värdet i rutan "total poängsumma fråga 1-7" till kvalitetsregistret. Om man bedömer det relevant kan man även skapa en tidsgräns, så att exempelvis enbart IPSS-skattningar utförda senaste 3 månaderna innan diagnosen prostatacancer registreras i journalen (ICD-10 diagnos C61) ska inkluderas. Notera att om IPSS endast är dokumenterad i löpande journaltext kommer uppgift inte att kunna hittas av ett IT-system och därmed inte hellre direktöverföras. Informationsplattformen behöver veta exakt var eller hur den ska hitta den information som ska skickas till registret som svar på variabeln "IPSS".

Exempel på variabel: "Datum för behandlingsstart med hormoner", "Hormonbehandlingstyp"

Det finns för prostatacancerregistret ett stort antal frågor kring behandling med olika läkemedel, dessa uppgifter kan hämtas från SDV i form av läkemedelsordinationer och recept. Det går att bygga logik för att spåra ordningsföljden av olika behandlingar, patienten fick först läkemedel A sedan läkemedel B och slutligen C. Förutsättningen för att detta ska fungera är att alla läkemedel ordinerar/förskrivs i SDV och att ordinationerna avslutas i systemet när behandlingen avslutas. En kunnig person från verksamheten behöver ange vilka substanser som ska ge upphov till att respektive läkemedel anges som behandling till kvalitetsregistret. I exemplet "Hormonbehandlingstyp" behöver en person med god klinisk kunskap ange vilka substanser som klassas som 1 = Antiandrogen, 2 = GnRH eller 3 = TAB.

Exempel på variabel: "Bedömning vid multidisciplinär mottagning"

Frågan om MDK har ägt rum kan hämtas från formuläret för dokumentation av MDK. Logiken blir att om detta formulär finns signerad betyder det "ja". Uppgift om huruvida konferens vid ett visst datum är lokal, regional eller nationell går att överföra, likaså om den är primär eller uppföljande.

Exempel på variabel: "Deltagande i klinisk behandlingsstudie"

Deltagande i klinisk studie – PHYSDOC, KST-EVA

*Utförd: 2021-12-13 1107 Av: Cerner Test, Physician - Urology Cerner

Deltagande i klinisk studie

Studienamn Slutdatum

Studiesammanfattning

EudraCT-nummer

Läkemedel ☐ Ja ☐ Nej Substans

Samtycke inhämtat ☐ Ja ☐ Nej Datum

Huvudprövare Telefon

Ansvarig forskningsjuksköterska Telefon

Bearbetas

Bild 7. Formulär för dokumentation av deltagande i klinisk studie.

Informationsplattformen kan instrueras att tolka förekomst av detta formulär i utfyllt och signerad form i journalen som "Ja" på frågan. Följdfrågan "Vilken studie" bör kunna gå att hämtas från svaret i rutan "Studienamn" förutsatt att detta är ett fritextfält även i registret.

4 Bilaga Exempel på nyttoeffekter

4.1 Inledning

Den omställningen som Region Skåne genomgår för att kunna nå önskade effektmål möjliggörs med systemet SDV och de principer SDV bygger på. Avsikten med att exemplifiera nyttoeffekter är att de ska kunna användas som diskussionsunderlag och stöd i arbetet med att identifierade nyttor och effektmål i och med SDV.

Exempel på nyttoeffekter har identifierats som konsekvens av respektive princip som den gemensamma IT-miljön Skånes digitala vårdssystem (SDV) grundar sig på. Nyttoeffekterna har klassificerats inom följande områden:

- Kvalitet
- Tidsaspekt personal
- Tidsaspekt patient
- Arbetsmiljö
- Kostnader

4.2 Lista av exempel på identifierade nyttoeffekter

4.2.1 Realtidsdokumentation

PRINCIP	KAPITEL	NYTTOEFFEKT	NYTTA	MÅLOMRÅDEN RS BUDGET ATTRAKTIV ARBETSGIVARE
REALTIDS DOKUMENTATION	3	Vinsterna med att övergå till automatisk överföring är flera. Minskning av onödigt merarbete i form av manuell inmatning, ökning av tillförlitligheten i inrapporterade data samt ökad överföring av registerdata i realtid utan eftersläpning är de fördelar som oftast nämns.	Kvalitet	Använd kompetensen rätt