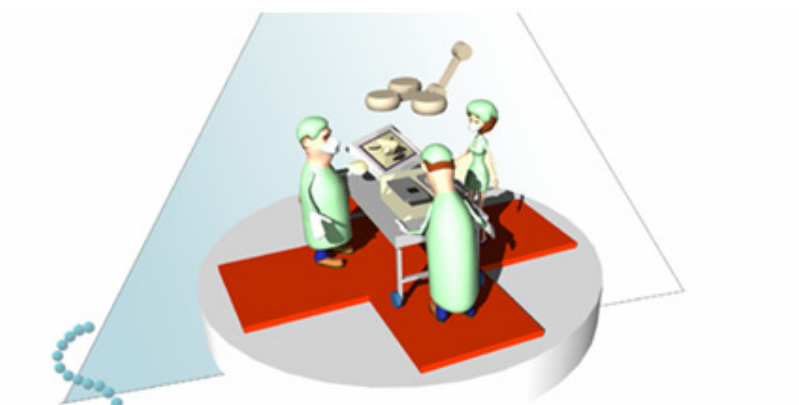


Vård-IT-rapporten 2010



Enkätundersökningar, flödesstudier
och uppföljning av Vård-IT-kartan 2004



Förord

Detta är en presentation av UsersAwards undersökning om användarnas erfarenheter av IT i vården. Den utgör ett av underlagen till Vinnovas projekt *eHälsorapporten 2010* och har genomförts med stöd från de fyra vårdfacken; Kommunal, SKTF, Sveriges Läkarförbund och Vårdförbundet samt Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet med projektet *eHälsorapporten 2010* har varit att ta fram underlag för en innovationsstrategi, som ska ge stöd för utveckling av IT-stöd för hälsa, vård och omsorg med utgångspunkt i patientens värdeperspektiv och den 2010 antagna eHälsostrategin, *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*¹. Projektet har genomförts som två delprojekt: Vård-IT-rapporten (projektledare Torbjörn Lind, UsersAward) och Hälsa genom e (projektledare Christina Johannesson, Kontigo AB). Johannesson har även haft det övergripande projektledaransvaret för de båda delprojekten. Arbetet med *eHälsorapporten 2010* har letts av Monica Winge, Vinnova.

Vård-IT-rapporten 2010

Detta är den andra större nationella undersökningen av IT i vården som görs av UsersAward i samarbete med de nämnda användarorganisationerna. Rapporten består av två delar. I den första presenteras resultaten från en enkätundersökning som berört de största yrkesgrupperna inom vård och omsorg i Sverige. Den andra delen, vars underlag bygger på intervjuer i tre tänkta patientflöden i två landsting, är en temadel kring frågor som identifierats som problemområden i enkäten och som har föranlett ytterligare fördjupning.

Användarna i enkätundersökningen har valts ut genom ett stratifierat slumpmässigt urval, dvs. lika många från varje personalkategori, ur förbundens medlemsregister. Undersökningen har administrerats av SCB. Förbundens medverkan och inte minst deras representanters insatser (Jonny Jakobsson, Kommunal, Ewa Printz och Carola Löfstrand, SKTF, Rikard Lövström och Ingmarie Skoglund, Sveriges Läkarförbund, David Liljequist, Vårdförbundet,) har gjort denna unika undersökning möjlig. Ett stort tack också till alla medlemmar som genom att dela med sig av sina erfarenheter bidragit till värdefull kunskap om hur IT-systemen i vården fungerar i skarp drift.

I IT-strategin för Nationell eHälsa finns satsningar på att ge patienten/omsorgstagaren en ökad tillgång och ökat inflytande över sina patientdata. Det är en inriktning som också stöds av de förbund som deltar i undersökningen. I ett gemensamt uttalande säger man: ”Framtidens informationssystem måste grundas i synen på individen (patienten/omsorgstagaren) som en aktiv och välinformerad aktör i sin egen vård och omsorg”².

Resultaten i temadelen består av slutsatser från såväl enkätstudien som från intervjuerna och observationerna gjorda i tre tänkta patientflöden inom två landsting. Tillsammans med UsersAwards forskarpanel³ studerades flöden på tre olika platser i Sverige. Syftet var dels att få djupare förståelse för de resultat som framkommit i enkätundersökningen, dels undersöka hur flöden kan se ut mellan olika vårdinstanser och för olika vårdprocesser. Därför genomfördes intervjuer med användare ur olika professioner inom de olika vårdinstanserna landsting, primärvård samt kommunal vård och omsorg. För att få ytterligare underlag genomfördes slutligen grupp-diskussioner kring resultaten från enkätundersökning och flödesstudier. Dessa grupper, som vi

¹ Regeringskansliet (2010), *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/84/29/b38c1b84.pdf>

²Det gemensamma yttrandet återges i sin helhet i bilaga 1.

³Yngve Sundblad (ordförande), Linda Askenäs, Robin von Hartman, Nils-Göran Olve, Helena Tobiasson, Bengt Sandblad och Åke Walldius och från Usersaward, Sara Daniels och Torbjörn Lind

kallat valideringsgrupper, har varit uppdelade i olika personalkategorier för att få de olika yrkeskategoriernas synpunkter på de slutsatser som framkommit under studiens gång.

Vi vill tacka alla användare som trots en pressad arbetssituation ställt upp på våra intervjuer. Ett särskilt tack till de personer som gjort detta möjligt: Marianne Bergstedt och Anders Bernholtz, Landstinget Östergötland samt Staffan Johansson, Ulf Börjesson, Gudrun Hedlund och Marie-Louise Albertsson, Landstinget Dalarna.

Innehållsförteckning

Förord	2
Vård-IT-rapporten 2010	2
Metodbeskrivning	7
1. Enkätstudien.....	7
2. Flödesstudier	8
3. Fokusgrupper	9
4. Ledningsenkät	9
5. Erfarenhetsgrupper	10
6. Generellt om de kvalitativa studierna.....	10
Sammanfattning	11
Vård-IT i Sverige	13
Användare och IT-system i vården	15
Urval.....	15
Vård- och omsorgsenheter.....	15
Så här beskriver vi resultaten.....	16
Del 1: Resultat från enkätstudien	17
1. Införande och uppföljning av IT	17
2. Teknisk utformning	18
3. Påverkan på arbetet	20
3. Fysisk arbetsmiljö	21
4. Kommunikation och samverkan	23
5. Hur har IT systemen utvecklats de tre senaste åren?	24
6. Sparar IT tid i vården?.....	25
7. En jämförelse mellan 2010 och 2004.....	27
Del 2: Teman från flödesstudierna	30
1. Dränks vården av data?	30
1.1 Frågeställningar.....	30
1.2 Problematik	30
1.3 Lösningar	31
1.4 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa	33
1.5 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar	34
2. Kan journalerna göras begripliga för alla?	34

	5
2.1 Frågeställningar.....	34
2.2 Problematik	35
2.3 Lösningar	36
2.4 Diskussion kring problematik och lösningar	37
2.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa	38
2.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar	38
3. Glapp i IT-kommunikationen	39
3.1 Frågeställningar.....	39
3.2 Problematik	39
3.3 Lösningar	40
3.4 Diskussion kring problematik och lösningar	42
3.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa	42
3.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar	42
4. Kan patientkrav ge bättre IT-stöd i vården?	43
4.1 Frågeställningar.....	43
4.2 Problematik	43
4.3 Lösningar	44
4.4 Diskussion kring problematik och lösningar	47
4.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa	47
4.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar	48
5. Rätt använda IT-stöd sparar miljarder.....	48
5.1 Frågeställningar.....	48
5.2 Problematik	49
5.3 Lösningar	50
5.4 Diskussion kring problematik och lösningar	51
5.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa	52
5.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar	52
Del 3 Sammanfattning.....	53
Vad kan vi lära av Vård-IT-rapporten?	53
Behöver vi mer forskning om IT i vården?	54
Bilaga 1: Nationell eHälsa – gemensamma krav från förbunden	56
Bilaga 2: Vad kan man göra på den egna arbetsplatsen?	57
IT-rond - ett verktyg för att förbättra den lokala IT-miljön.....	57

Användarnas IT-pris - nominera er egen IT-lösning, eller lär av andras	6
Certifiering av IT.....	58
Bilaga 3: Tabeller och demografiska uppgifter 2010	59
Referenser	72

Metodbeskrivning

1. Enkätstudien

Populationen, dvs. de aktörer som man vill kunna dra slutsatser om, utgörs i denna undersökning av vårdpersonal i yrkesgrupperna sjuksköterskor och barnmorskor, undersköterskor, läkare samt läkar-sekreterare. För att kunna göra ett urval från populationen skapas en urvalsram som avgränsar, identifierar och möjliggör koppling till aktörerna i populationen. Urvalsramar i denna undersökning har skapats utifrån medlemsregistren hos fackförbunden Kommunal, SKTF, Läkarförbundet och Vårdförbundet. Fackförbunden har själva dragit urvalen och levererat dem till UsersAward. Urvalet ska vara draget som ett stratifierat obundet slumpmässigt urval (STOSU). Det innebär att alla aktörer inom respektive stratum har lika stor sannolikhet att komma med i urvalet.

För att vara säker på att urvalet innehåller tillräckligt många individer i viktiga redovisningsgrupper med en viss egenskap (såsom en viss yrkeskategori), kan dessa definieras som egna strata. Sedan kan stickprovsstorleken fördelas till dessa strata på ett sätt som gör att urvalet innehåller ett lämpligt antal personer från den aktuella redovisningsgruppen. Personerna i urvalet jämfördes med befolkningsdata för att få fram aktuella adressuppgifter, förutom för läkarna för vilka SCB använde de adressuppgifter som levererats med urvalet. Vid kontrollen visade det sig att tre personer inte längre tillhörde populationen utan utgjorde s.k. övertäckning.

De vanligaste orsakerna till övertäckning är att personerna har emigrerat eller avlidit sedan urvalet drogs. Ytterligare övertäckning kom till SCB:s kännedom under insamlingsfasen. I dessa fall rör det sig t.ex. om att undersökningspersonerna eller deras anhöriga uppgett att de inte längre tillhör populationen. Även de personer som inte använder IT i sitt arbete räknas som övertäckning.

Provenkät

För att säkra att användarna förstod frågorna fick först ett slumpmässigt urval av läkare och sjuksköterskor (53 respondenter) testa enkäten.

Expertgranskning

Parallellt med användartesten genomfördes en expertgranskning av SCB:s vana granskare. Det resulterade i att frågor och svarsalternativ förtydligades där det fanns risk för missförstånd om innehållet.

Kvantitativa redovisningen av huvudenkäten

Användarnas svar redovisas för dem som i huvudundersökningen svarat 1-6 på en viss fråga.

Andelen "Nöjda" är de som svarat 4, 5 eller 6 (utan viktning).

Sparad tid är medelvärdet över dem som angett ett värde.

Vid analys av skillnader (speciellt mellan undersökningen 2010 och den 2004) har 95 % konfidensintervall använts för att kunna ange "starka" tendenser. Konfidensintervallet (inom skalan 1-6) är 0,1 för hela populationen.

Där färre svarat, t.ex. vid länsvisa jämförelser, är konfidensintervallen t.ex. 0,2 där 200 svarat och 0,4 där 50 svarat.

Bortfallsanalys

Totala svarsfrekvensen var 65 %.

För att säkra god statistisk kvalitet genomfördes en bortfallsundersökning med 4 frågor till ca 20% av de respondenter som inte svarat innan tiden gick ut.

Svarande i bortfallsundersökningen var 32 sjuksköterskor (SSK), 18 undersköterskor (USK), 32 läkare (LÄK) och 33 läkarsekreterare (LSEKR) mot 370, 238, 302 resp. 314 svarande i huvudundersökningen, totalt 115 mot 1234.

Av de svarande i bortfallsundersökningen är 19 verksamma i kommuner, 18 vid vårdcentraler, 6 i öppen vård och 59 vid sjukhus mot 248, 228, 98 och 648 av de svarande i huvudundersökningen.

De svarande i bortfallsanalysen är således representativa för de svarande i huvudundersökningen.

Bortfallsundersökningens fyra kriterier

Bortfallsundersökning	Antal	IT-systemet underlättar utförandet av mitt arbete	IT-systemet underlättar samverkan inom teamet	IT-systemet hjälper mig att följa upp mitt arbetsresultat	IT-systemet styr inte på ett onödigt sätt
SSK	29	4,8	4,8	4,1	4,4
USK	8	3,8	4,7	4,3	5,1
LÄK	25	4,7	4,2	4,8	3,5
LSEKR	28	5,4	5,0	4,7	4,4

Huvudundersökning	Antal	IT-systemet underlättar utförandet av mitt arbete	IT-systemet underlättar samverkan inom teamet	IT-systemet hjälper mig att följa upp mitt arbetsresultat	IT-systemet styr inte på ett onödigt sätt
SSK	284	4,5	4,2	4,1	4,2
USK	44	4,3	4,6	4,3	4,4
LÄK	255	4,2	3,9	3,7	3,5
LSEKR	247	5,3	5,0	4,5	4,3

Med mer än 95 % signifikans kan läkarna i bortfallet följa upp arbetsresultat bättre än läkarna i huvudundersökningen. Övriga skillnader är inte signifikanta på denna nivå, inte heller för helheten. Därmed kan bortfallet anses likna huvudundersökningen väl.

2. Flödesstudier

Metodiken i flödesstudierna har varit enkäter med 39 fördjupningsfrågor hämtade från huvudenkäten inom följande områden:

- IT-systemet i ditt arbete
- Har det skett förbättringar de senaste 3 åren
- Användarinflytande
- Kommunikation inom och mellan arbetsplatser
- Datoriserad läkemedelshantering

Frågorna från huvudenkäten kompletterades med frågor om receptförskrivning och kommunikation över huvudmannagränserna.

Vid urvalet av landsting och vårdarbetsplatser hade vi hoppats på ett större urval men svårigheter att frigöra tid och att få arbetsledningens stöd för detta gjorde att vi fick utgå från landsting med vilka

vi redan hade ett upparbetat kontaktnät. Viktigt var att kunna jämföra olikartade verksamheter och olika typer av respondenter med olika geografisk belägenhet och flödesstruktur.

De totalt 23 respondenter som medverkade uppfyller väl detta kriterium:

Gagnef: 6 respondenter (läkare, läkarsekreterare, distriktssköterska, MAS, hemtjänstchef samt mottagningssjuksköterska)

Avesta: 8 respondenter (biståndsbedömare, chef Geriatrik-Rehab, läkare, undersköterskor 2, distriktssköterska och mottagningssjuksköterska)

Linköping: 9 respondenter (biståndsbedömare, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), sjuksköterska 2, undersköterska 2, läkare 2, läkarsekreterare)

Studierna i Dalarna belyser främst samverkan mellan de olika huvudmännen, medan Östergötland också kan belysa storstadsmiljö och mer komplexa verksamheter. En jämförelse gjordes med riksgenomsnittet.

3. Fokusgrupper

Den kunskap som nåtts via enkäterna om dagens IT-stöd i vården har kompletterats med synpunkter från nyckelgrupper på framtidens presumtiva IT-stöd inom några specifika områden ("teman"). Dessa framtidsvisioner kan visa hur IT-system skulle kunna fungera och ger en bild av vart man kan komma. Avsikten är att få fram målgruppens behov och krav och att förstå hur målgruppen upplever eller resonerar djupare kring temat.

Efter enkäterna återkom vi i Gagnef, Avesta och Linköping till diskussion och intervju med hela grupperna, speciellt kring kommunikation och läkemedelshantering.

Därutöver diskuterades anhörig- och patientperspektiv i Avesta med 4 anhöriga och i Linköping med 6 patienter. De patienter som intervjuades i Linköping deltar som testpanel i ett pilotprojekt vid Landstinget i Östergötland. De har under några år haft tillgång till delar av journal, laboratoriesvar, röntgensvar och remisshantering och använder även de e-tjänster som finns tillgängliga för alla medborgare såsom förnyelse av recept, avbokning av tider och meddelanden. Anhörigintervjuerna utfördes vid Anhörigcentrum i Avesta, en samlingsplats för anhöriga där det finns anhörig-samordnare och bl.a. samtalscirkel och anhörigutbildningar.

4. Ledningsenkät

Ledningspersoner inom IT och vård kan ge viktiga bidrag till förståelsen av informationssystemens användbarhet och nytta. Åtminstone de senare kan själva vara användare av systemen och märker av hur andra uppfattar dem. En kanske viktigare typ av information handlar om övervägandena vid anskaffning, införande och vidareutveckling av system, hur dessa relaterar till verksamhetsförändringar samt hur medarbetare av olika slag görs delaktiga i dessa processer.

Området är intressant och bör övervägas för framtida insatser. De begränsade studier som skedde i projektet kan sammanfattas så här:

Ledningsenkäten består av 33 intervjufrågor.

Övergripande frågeområden i ledningsenkäten är:

- IT-användning idag, nyttoeffekter i verksamheten.

- Verksamhetsutveckling och IT.
- Framtidsvisioner för IT-användning.

Även ledningsenkäterna genomfördes i Dalarna och i Östergötland.

5 personer (Systemförvaltare, Processutvärderare, IT-chef och 2 utvecklingssamordnare) intervjuades i Falun

4 personer (2 verksamhetschefer, vårdenhetschef och äldreomsorgschef) intervjuades i Linköping.

5. Erfarenhetsgrupper

I syfte att diskutera rönen från studierna formades tre grupper med bred personlig erfarenhet inom områdena hemsjukvård/äldreboenden (undersköterska, sjuksköterska, distriktsköterska), gränsöverskridande kommunikation (sjuksköterska, läkarsekreterare) och läkemedel (läkare, sjuksköterska). De fick ta del av preliminära versioner av de fem temastudierna som underlag, varefter de gav synpunkter på dessa i förhållande till sin egen bild av förhållandena.

Underlaget skrevs av forskarpanelen med stöd av UsersAwards tjänstemän, utgående från sammanställningar av rön från studierna 1-4 ovan och de diskussioner som återkommande förts vid forskarpanelens möten.

Gruppdeltagarna utsågs av fackens och SKL:s representanter i referensgruppen.

Svårigheten att få tag i deltagare med tid att föra dessa diskussioner ledde till att grupperna blev små, totalt 7 deltagare i tre grupper. Diskussionerna pågick i c:a tre timmar med deltagare och dokumentatörer från UsersAward och dess forskarpanel.

Även om grupperna var små framkom många synpunkter som kunde förstärka och komplettera temastudierna. Resultaten är naturligtvis rent kvalitativa.

6. Generellt om de kvalitativa studierna

Ett fokus för diskussionerna med respondenterna har varit att utvärdera hur IT-baserad information och tjänster i vård och omsorg medverkar till att skapa värde och nytta för den enskilde vård- och omsorgstagaren.

Gemensamt för studierna 2-5 ovan är att de har gjorts med få respondenter och kan ses som explorativa. Resultaten är kvalitativa och inte enkelt generaliserbara. Totalt deltog 60 respondenter, varav 7-21 i respektive studie. Fler var inte möjliga att få fram och behandla inom den aktuella tidsramen, och arbetsbelastningen inom vården gör det svårt att frigöra personal ens för några timmar.

Inte desto mindre ger resultaten en förhållandevis samstämmig bekräftelse och fördjupning av resultaten från enkätstudien och stöd för det urval av teman som diskuteras i andra huvuddelen av rapporten. Detta är inte en stark men dock en validering av enkätresultaten.

Sammanfattning

Vårdpersonalens erfarenheter av IT är idag betydligt mer enhetliga mellan professioner, huvudmän och skilda vårdmiljöer än de var 2004. Flera faktorer har sannolikt bidragit till detta, exempelvis att landstingens och kommunernas utbyggnad av IT väglets av tydligare IT-strategier, bättre anpassade lagar som underlättat integration och inte minst att användarkraven på IT-systemen har lett till mer samordnade, mer kompletta men också till färre journalsystem än 2004. Tre av fyra av vårdpersonalen i undersökningen håller med om att IT-systemen underlättar arbetet. Samtidigt visar resultaten att det finns problem med teknik, design och användning som bl.a. gör systemen mindre patientsäkra och effektiva.

Särskilt kritiska är användarna till att deras inflytande vid införande och vidareutveckling av IT-verktygen inte tas tillvara. Bara 29 % av samtliga användare är nöjda med användarmedverkan vid införandet och drygt 30 % med hur systemen följs upp och anpassas till nya krav och behov. Detta leder till sämre fungerande system och till tidsspillan i arbetet.

På frågan ”Hur mycket tid tror du att du skulle kunna spara per dag om IT-systemen fungerade som du önskade?” svarade läkarna i genomsnitt 56 minuter, sjuksköterskorna 35 minuter, undersköterskorna 17 minuter och läkarsekreterarna 42 minuter per dag. UsersAward har gjort en mycket försiktig beräkning som visar att, utifrån vårdpersonalens egen uppskattning, skulle fem miljarder kronor kunna sparas om IT-systemen fungerade på ett sätt som vårdpersonalen önskar.

De vanligaste direkta anledningarna till tidsspillet är tröghet eller driftproblem i systemen och bristande integration mellan olika IT-system i vården. Även den ökande komplexiteten och överdokumentation i journalsystemen skapar onödigt tidsspillan. Låg användbarhet i läkemedelsmoduler, t.ex. genom icke intuitiv och onödigt komplicerad utformning av användargränssnittet, pekas ut inte bara som en tidstjuv utan också som en stor säkerhetsrisk för patienten.

I jämförelse med tidigare undersökningar har vårdpersonalens nöjdhet med IT-systemen inte ökat. Några få områden, exempelvis möjligheten att korrigera felaktiga knapptryck i systemen och möjligheten till samverkan med andra enheter har utvecklats positivt, i övrigt är resultaten på samma nivå som 2004 eller lägre.

Sannolika orsaker till resultaten kan vara:

- Användarnas förväntningar är högre idag, då man i större utsträckning har kännedom om hur användbar IT kan vara. De upplever ett gap mellan de moderna, internetbaserade IT-system som de använder privat och de verksamhetssystem de använder i arbetet, t.ex. journalsystemen.
- IT-systemen – särskilt journalsystemen – stöder många fler arbetsuppgifter hos den enskilde användaren idag än 2004 och är därmed mer komplexa.
- Systemen har blivit mer kraftfulla men, som tidigare nämns, samtidigt mer komplexa. Den ökande komplexiteten ger upphov till nya patientsäkerhetsrisker och påverkar i många fall arbetet negativt. IT-systemen upplevs exempelvis inte ha bidragit till att minska stressen i arbetet.

I undersökningen har även användarna ombetts precisera sina erfarenheter av hur IT-stöden har utvecklats de senaste tre åren. Även om användarna inte särskilt väl känner till de nationella strategierna för eHälsa, så visar undersökningen hur de slagit igenom i praktiken. Användarna upplever att IT-systemen bidragit till att:

- ge användarna mer sammanhållna IT-stöd
- öka tillgången till information av god kvalitet om vård- och omsorgstagarna

- patientsäkerheten har ökat i den meningen att den elektroniska journalen är mer lättillgänglig än när journalen bara fanns på papper.

Men upplever inte att IT-systemen...

- medfört att användarna har fått mera tid för patienten eller
- givit användarna större möjligheter att anpassa vården för varje enskild patients behov

I temaområdena vävs resultaten från enkätundersökning och flödesstudier samman. Temaområdena är:

Dränks vården av data? Ja, men vårdpersonalen behöver mycket information. Det som skapar problem är helt enkelt för dåligt strukturerad information som inte ger den överblick som man behöver i arbetssituationen som skapar problem.

Kan journalerna göras begripliga för alla? Med alla olika professioner och roller i vården, går det verkligen att göra informationen tillgänglig för alla som behöver den? Ja, men det kräver bättre struktur och möjligheter att rollanpassa informationen. Även patienter och anhöriga knackar på dörren till journalinformationen och att vänta tio år på detta håller inte.

Glapp i IT-kommunikationen. Hur kan kommunikationen över huvudmannagränserna bli bättre? Och hur kan vårdgivarna i kommunen påverka utvecklingen av nya samordningslösningar? Och vilka behöver ha tillgång till omvårdnadsdokumentationen?

Kan patientkrav ge bättre IT-stöd också till vårdpersonalen? Hur kommer ett ökat patientinflytande i vården att påverka? Samtal med s.k. proffspatienter visar att många är intresserade av att både delta i sin egen vårddokumentation och i utvecklingen av de IT-system som vården använder.

Rätt IT-stöd kan spara miljarder i vårdarbetet. Finns det skäl att öka investeringarna på IT? Ja, om man satsar rätt. Det handlar både om att få en bättre struktur på vårdinformationen, men också att skapa utrymme i landstingen för lokal verksamhetsutveckling med stöd av IT samt bättre processer för utvärdering, användarstöd och kontinuerliga förbättringar.

En konklusion av våra fem temaområden, som inget av dem är nytt eller överraskande, är att i samtliga återkommer att föreningen av ändrade arbetssätt och ändrade roller kräver omsorg om kompetens, processer och yrkesroller både vid förändringar och nyskapande av IT-stöd likväl som kunskap om teknik och systemverktyg.

Vård-IT i Sverige

För att öka förståelsen för resultaten i undersökningen ges inledningsvis en översiktlig bild av hur IT-utvecklingen inom vården sett ut de senaste 5 åren.

Enligt Dagens Medicin⁴ har ca 30 miljarder kr använts till IT i vården de senaste fem åren. Detta kan spåras i användarundersökningen, där t.ex. andelen användare som är delaktiga i kommunikationen med andra vårdenheter har ökat samtidigt som andelen som anser att det fungerar bra har ökat från 41 % till 65 %.

Läsaren av denna rapport bör ha i åtanke att IT-användningen 2004 inte var lika omfattande som idag. Andelen anställda som var berörda av IT var därmed också lägre. Av sjukhusen hade ca 50 % infört digital vård- och omsorgsdokumentation, motsvarande siffror för primärvården var runt 90 % och för kommunerna 5-10%. Primärvårdsenheterna inom ett landsting hade emellertid inte alltid gemensamma system och kopplingarna mellan primärvårdens och sjukhusverksamheternas journalsystem var mycket få⁵.

År 2004 fanns fortfarande många hinder att undanröja innan IT-utvecklingen kunde ta fart. Dels måste lagarna anpassas till de digitala medierna, dels behövde man hitta strategier och arbetssätt som gav rätt förutsättningar för vårdgivare och vårdpersonal att tackla utmaningarna inom Vård-IT.

Sex olika lagar hade 2004 kopplingar till journaldata, bl.a. patientjournallagen, vårddataregisterlagen och sekretesslagen. De pekade delvis åt olika håll. Den nya patientdatalagen trädde i kraft först 2008. Någon enhetlig nationell strategi för IT-utvecklingen inom vården fanns heller inte 2004 – den nationella IT-strategin för vård och omsorg (numera reviderad under namnet Nationell eHälsa) beslutades först 2006. Strategin fokuserar på vilken patient- och verksamhetsnytta IT kan bidra med samt IT som möjliggörare exempelvis för att kunna följa patienten över organisationsgränser. I linje med strategin har CeHis, Center för e-hälsa i samverkan, genomfört en lång rad nationella projekt för att underlätta IT-utvecklingen exempelvis genom tjänster som 1177.se, UMO (Ungdomsmottagningen på nätet), HSA (Hälso- och sjukvårdens adressregister) och Nationell patientöversikt.

Vård-IT-kartan 2004 inleddes med en stor kartläggning av IT i vården. Idag görs på uppdrag av SLIT⁶ en detaljerad årlig sammanställning över IT-system, användning och IT-relaterade kostnader⁷. Den visar att både antalet leverantörer och journalsystem har minskat dramatiskt, 97 % av alla användare av journalsystem för sjukhusverksamhet använder något av de fem största leverantörernas system dvs. Cambio, TakeCare, Melior, System Cross eller VAS. De mer renodlade primärvårdssystemen domineras av Profdoc (Journal III, Medidoc) med 37 % av användarna.

En viktig drivkraft för IT-utvecklingen har varit att nå målet att all information ska följa patienten. En majoritet av landstingen har en inriktning mot att använda samma system i primärvård som i sjukhusverksamhet. Västra Götaland och Skåne är bland dem som i nuläget inte valt den modellen. 2010 genomfördes där upphandlingar av nya primärvårdssystem.

⁴ Dyr nota för dålig kommunikation, Dagens Medicin, nr 44, 2010-11-03, s. 4

⁵ Lind, T., Sandblad, B., Johansson, N., Utbult, M. 2004, Vård-IT-kartan, UsersAward

⁶ SLIT står för "Landstingens IT-chefer/IT-strategier"

⁷ eHälsa i Landstingen – SLIT-rapport 2010,

http://www.cehis.se/images/uploads/dokumentarkiv/eHlsa_i_landstingen_SLIT_2010_Rapport_101028_ver_1_01.pdf

Resultaten från enkätundersökningen visar att användarna i primärvården i landsting som har olika system för primärvård och sjukhusverksamhet är mer nöjda med hur IT-systemen underlättar deras arbete och med hur IT bidragit till samverkan inom teamet. De är dock mindre nöjda med hur systemen samverkar med externa enheter.

I kommunerna som helhet dominerar leverantörerna TietoEnator (Procapita) och Logica (Treserva, Vård och Omsorg). Det finns emellertid ett stort antal system för schemaläggning och uppföljning i äldreomsorg och hemtjänst.

Enligt SLIT-sammanställningen har alla landsting IT-stöd för samordnad vårdplanering, varav fyra är under införande. De vanligaste systemen är Meddix och Prator. Det finns exempel på mer fungerande informationsutbyte mellan landsting och kommun, men enligt landstingens prognoser kommer det att dröja många år ännu innan en sammanhållen journalföring kan bli fullt utbyggd.

Användningen av IT-stöd som gör det möjligt för patienter att aktivt delta i sin vård är idag mycket begränsad, men utveckling på detta område är intensiv. De vanligaste tjänsterna som idag finns tillgängliga för medborgaren är receptförnyelse och att boka eller avboka tid. Möjlighet att boka tid direkt över nätet förekommer i sju landsting.

Investeringarna i Vård-IT har gjort både infrastruktur och teknisk prestanda betydligt vassare och användarna menar att IT har sparat tid i deras arbete även om den inte utvecklats i takt med behoven. Har vården därmed blivit effektivare? Enligt en rapport från SKL⁸ har antalet vårdtillfällen vid sjukhusen ökat mellan 2004-2008 samtidigt som antalet vårdplatser på sjukhus minskat med 4 %. Även medelvårdtiderna har minskat med någon procent. Demografiska förändringar; fler äldre och därmed större vårdbehov, ökad genomströmning och samtidigt kortare vårdtider ställer fortsatt allt högre krav på IT-systemen.

⁸ Sveriges kommuner och landsting, Från sjukhussäng till E-hälsa, SKL 2010

Användare och IT-system i vården

Urval

Undersökningen har riktats till ett slumpmässigt urval medlemmar i Kommunal (undersköterskor), SKTF (läkarsekreterare), Läkarförbundet (läkare) och Vårdförbundet (sjuksköterskor och barnmorskor). Den vände sig till de medlemmar som använder IT i sitt dagliga arbete. Totalt omfattade urvalet 1930 användare och den samlade svarsfrekvensen är 71 %.

	Netto urval	Huvudundersökning	Bortfallsundersökning	Summa	Andel svar
SSK/BM	542	373	32	405	75 %
USK	405	252	18	270	67 %
LÄKARE	486	306	32	338	70 %
LÄKSEKR	497	322	33	355	71 %
TOTALT	1930	1253	115	1368	71 %
ANDEL SVAR	100 %	65 %	6 %		

Tabell 1: Antal respondenter i enkäter.

Vård- och omsorgsenheter

Undersökningen omfattar alla nivåer av vård och omsorg där medlemsgrupperna finns. Av användarna arbetar 52 % på sjukhus, 20 % inom kommunal vård och omsorg och 18 % inom primärvården.

Stratum	Kommunal vård och omsorg	Primärvård	Öppen specialistvård	Sjukhus	Annat/ej angivet
SSK/BM	66	51	22	222	12
USK	178	7	2	62	3
LÄKARE		74	40	186	6
LÄKSEKR	4	96	34	177	11
TOTALT	248	228	98	647	32
ANDEL SVAR	20 %	18 %	8 %	52 %	3 %

Tabell 2: Professioner fördelade på vård- och omsorgsenheter.

För vidare information kring hur enkätdata har behandlats, se tidigare metodbeskrivning. Data kring enkätpersoner ges i Bilaga 3.

Så här beskriver vi resultaten

De flesta av användarenkätens frågor har utformats som påståenden som vi bitt användarna att ta ställning till. Exempelvis har påståendet "IT-systemet är lätt att lära" svarsalternativen 1-6 där 1= Instämmer inte alls, och 6= Instämmer helt. Dessutom finns svarsalternativet "Vet ej/ej relevant". När vi jämför "instämmer ej" och "instämmer" slår vi samman svarsalternativen 1-3 respektive 4-6. Det samma gäller när vi enbart talar om "nöjda", vilket alltså är de som svarat 4-6.

The diagram shows a horizontal scale of six radio buttons labeled 1 through 6. The first three buttons (1, 2, 3) are grouped under the label "Instämmer inte alls". The last three buttons (4, 5, 6) are grouped under the label "Instämmer helt". To the right of these groups is a separate radio button labeled "Vet ej". The radio button for option 3 is filled with a black dot, indicating it is the selected response.

Figur 1: Svarsalternativ i enkäten

Användarnas svar redovisas på flera olika sätt för att öka förståelsen av de data som presenteras.

Användare i enkät är de användare som i huvudundersökningen har svarat 1-6 på en viss fråga. För beräkningen av genomsnittet för t.ex. alla nöjda (dvs. de som svarat 4, 5 eller 6) har användarkategorierna viktats lika. D.v.s. de anses vara lika betydelsefulla. I avsnittet "Har det blivit bättre" har även jämförelsen med undersökningen av världens IT-stöd 2004 gjorts på detta sätt.

Användare journalsystem redovisar användare av journalsystem viktat på samma sätt som ovan.

I bilagan *Tabeller och demografiska data 2010* redovisas medeltalen av de angivna svaren i huvudundersökningen. Det ger en tydligare bild av hur de olika kriterierna förhåller sig till varandra på den 6-gradiga skalan. För att underlätta kommunikationen av resultaten har vi dock i själva rapporten valt att dela upp svaren i "nöjda" respektive "ej nöjda".

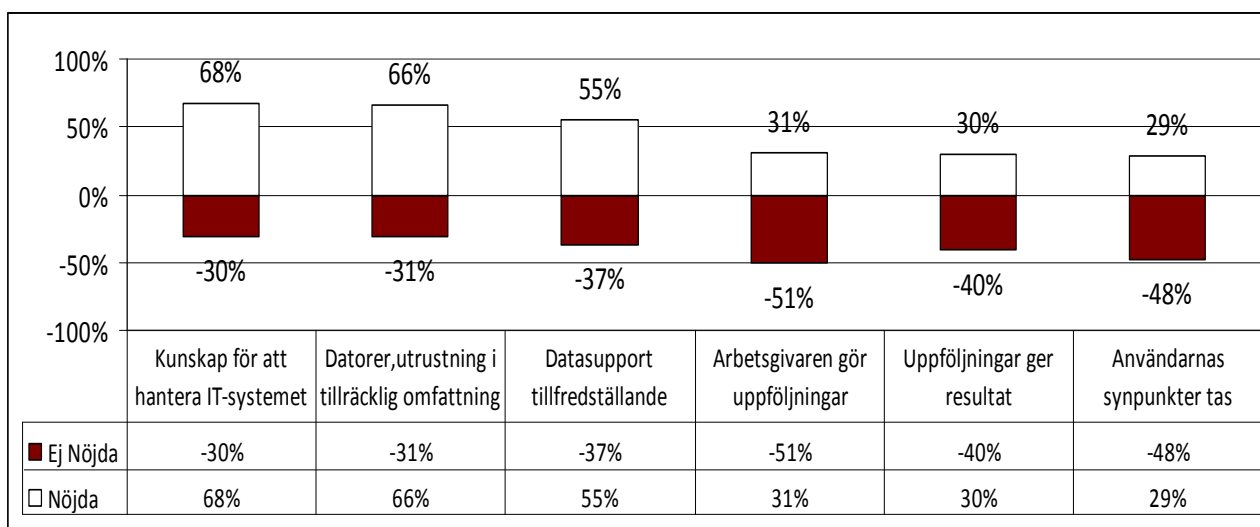
Användarkommentarer i enkätredovisningen

Användarna har haft möjligheter att i fritext beskriva vad de eventuellt önskar ytterligare avseende både IT-systemens funktion och arbetssätt och rutiner. Syftet med rapporten är att beskriva nuläget, men också att lyfta fram möjliga förbättringar. Därför är fritextkommentarerna särskilt värdefulla för att exemplifiera de förbättringar som användarna anser sig behöva. Det framgår tydligt av huvudrapporten att användarna i stora stycken är nöjda med journalerna som sådana, men att det finns allvarliga brister som man anser behöver åtgärdas för att få dessa ska fungera bättre.

Del 1: Resultat från enkätstudien

1. Införande och uppföljning av IT

Verksamhetens stödsystem behöver kontinuerligt utvärderas och följas upp. Detta sker inte i den omfattning som användarna önskar idag och är en viktig anledning till att många system fungerar sämre än vad användarna anser är rimligt att kräva. Enligt nära 70 % av användarna i enkäten är den utbildning som givits tillräcklig för att man ska kunna använda IT-systemet effektivt. Nästan lika många (67 %) är nöjda med datorer och utrustning. Bland undersköterskorna är dock tillgången sämre. Inte ens hälften anser att datorer och utrustning finns i tillräcklig omfattning. Supporten är 55 % nöjda med men mindre än 1/3 anser att deras synpunkter tas tillvara och är nöjda med uppföljningen och resultaten av dessa.



Tabell 3: användare i enkät. Införande och uppföljning. Minustecknen har som enda innebörd att i grafiken ange balansen mellan nöjda och ej nöjda, enligt den gruppering som vi angav på s. 16.

Av journalsystemanvändarna är läkarsekreterare den yrkesgrupp som är mest nöjd med införandet, utbildningen, supporten och utrustningen. Sjuksköterskorna är relativt nöjda med utbildningen (69%) men bara 27 % är nöjda med införandet. Läkarna är minst nöjda med uppföljningar, användarmedverkan samt resultaten av eventuella uppföljningar.

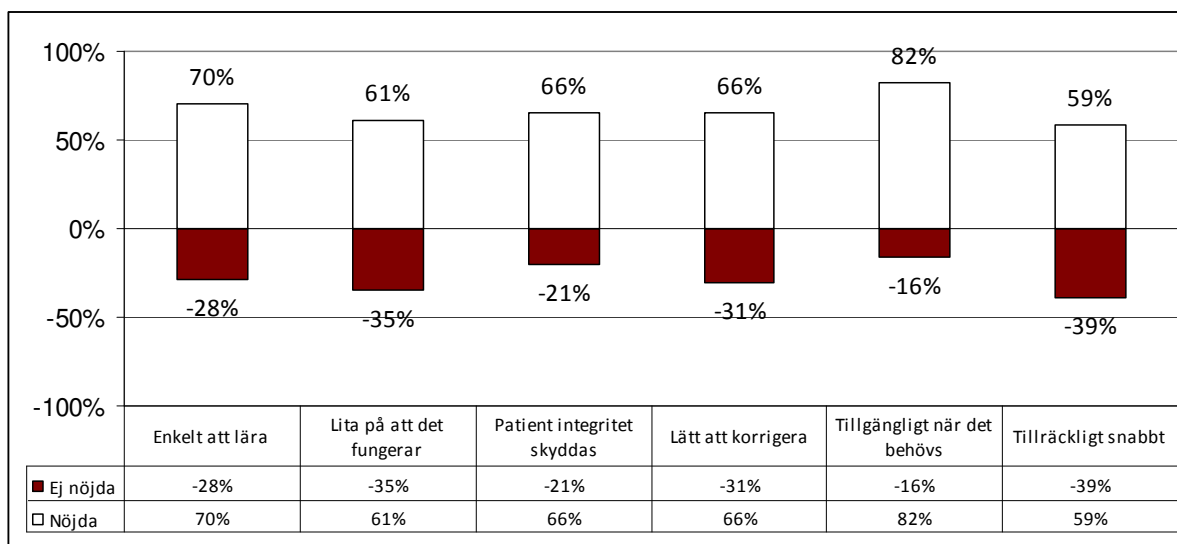
Andel nöjda	Kunskap för att hantera IT-systemet effektivt	Användarnas synpunkter tas tillvara	Arbetsgivaren gör uppföljningar	Uppföljningar ger resultat	Datasupport är tillfredsställande	Tillräckligt med datorer och utrustning
SSK/BM	69 %	27 %	30 %	26 %	53 %	58 %
USK	69 %	38 %	33 %	40 %	63 %	42 %
LÄKARE	58 %	19 %	20 %	19 %	47 %	70 %
LÄKSEKR	81 %	32 %	38 %	39 %	67 %	86 %

Tabell 4: Journalsystemanvändare. Införande och uppföljning

2. Teknisk utformning

Kraven på utformningen av ett vård-IT-system är stora. Användarnas syn på den tekniska utformningen fångas i enkäten genom sex frågor om huruvida IT-systemen är enkla, säkra, tillgängliga och snabba. Ju fler arbetsuppgifter användarna förväntas utföra med stöd av IT, ju fler samtidiga användare och ju fler uppgifter om patienterna som lagras digitalt, desto högre blir kraven på IT-systemets snabbhet och driftsäkerhet.

När användarna bedömer om systemet är lätt att lära utgår de från sin egen användning och erfarenheter. Det innebär att variationerna mellan olika arbetsplatser och kategorier kan vara stora. Emellertid anses 39 % av användarna att systemen inte tillräckligt snabba och 35 % kan inte lita på driftsäkerheten i den grad de anser sig behöva. Vidare anser 1/5 att patienternas integritet inte är tillräckligt skyddad. Dock är 70 % nöjda med enkelheten och 29 % med tillgängligheten.



Tabell 5: Användare i enkät. Teknisk utformning. För en förklaring av minustecken, se tabell 3.

Bland journalsystemanvändare är läkarsekreterarna den yrkesgrupp som är mest nöjd med journalsystemens tekniska utformning. För de flesta användarkategorierna är emellertid tillgängligheten bra.

Andel nöjda	Enkelt att lära	Lita på att det fungerar	Patient integritet skyddas	Lätt att korrigera	Tillgängligt när det behövs	Tillräckligt snabbt
SSK/BM	76 %	57 %	73 %	63 %	81 %	57 %
USK	72 %	63 %	67 %	60 %	74 %	53 %
LÄKARE	58 %	56 %	61 %	55 %	79 %	48 %
LÄKSEKR	79 %	68 %	77 %	80 %	95 %	70 %

Tabell 6: Journalsystemanvändare. Teknisk utformning, andel nöjda per personalkategori.

Matriserna som den ovan (tabell 6) ger inte möjligheter att visa nöjda och ej nöjda användare i samma bild. För att tydligare visa på de förtjänster och brister som användarna menar att IT-stöden har beskrivs detta i den löpande texten. När summan av nöjda och inte nöjda är mindre än 100 % beror det på att resterande andel av användarna inte har besvarat frågan eller svarat ”vet ej”.

Exempelvis anser 40 % av läkarna att journalsystemet inte är lätt att lära sig. En viktig anledning enligt fritextsvar och intervjuer är införandet av digital läkemedelshantering där modulerna upplevs som ologiska och ger för dålig överblick när läkemedel ska ordinerars. Sjuksköterskor (40 %) och läkare (43 %) anser i högre grad än andra att man inte kan lita på systemets driftsäkerhet. 42 % av sjuksköterskorna, 42 % av undersköterskorna och 52 % av läkarna anser inte att journalsystemet är tillräckligt snabbt för den användning det ska stödja, användarna i primärvården anser emellertid att de har snabbare system än vad användarna i slutenvården anser sig ha. 32 % av läkarna är idag inte nöjda med hur patienternas integritet skyddas genom IT-systemen.

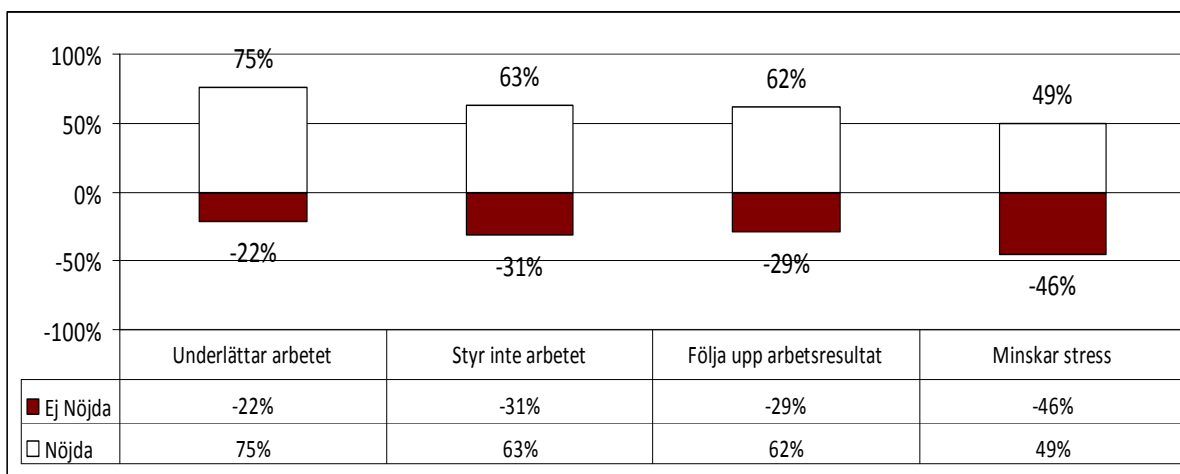
3. Påverkan på arbetet

Tre av fyra användare i undersökningen håller med om att IT-systemen underlättar arbetet. De behöver exempelvis inte längre leta fram journaler eller annan dokumentation inför patientbesöken när patientinformationen finns tillgänglig direkt på datorn. Detta ställer emellertid samtidigt krav på att IT-systemet fungerar snabbt och säkert och att informationen är överskådlig.

För den stora gruppen undersköterskor i kommunerna är problemet ofta ett annat. Deras dokumentation sker ofta på papper⁹. De, till skillnad från deras kollegor som jobbar inom slutenvården, har inte samma tillgång till uppgifter om patienten, vilket gör att omvårdnadsarbetet riskerar att förlora i kvalitet.

För kriteriet *Systemet styr inte arbetet på ett onödigt sätt* önskar användarna i enkäten att de hade större möjligheter att anpassa systemen till de arbetsflöden och processer de själva är en del av. Många användare är missnöjda med att de måste göra flera inloggningar trots att IT-systemet redan har registrerat vem användaren och patienten är, och att systemet trots detta inte klarar av att göra kopplingen automatiskt.

46 % av alla användare anser inte att IT-systemen har minskat stress eller strul i arbetet. En talande kommentar kring detta är: ”Insikten att datorns gränssnitt är vår arbetsmiljö har inte slagit rot fullt ut och det verkar som att flöden, IT-säkerhet, nätverk mm. är viktigast när man uppgraderar eller köper nytt.”



Tabell 7: Användare i enkät. Påverkan på arbetet. För en förklaring av minustecken, se tabell 3.

⁹ 53 % av undersköterskorna i kommunerna anger att man använder antingen ett journalsystem eller vårddokumentationssystem eller delar därav. Övriga använder andra typer av system som intranät, personalinformationssystem, Office eller e-post. Av undersköterskorna tillhörde 19% inte populationen i undersökningen utan till den s.k. övertäckningen. En orsak kan vara att man inte använder IT.

Av journalsystemsanvändarna är 95 % av läkarsekreterarna och 77 % av sjuksköterskorna nöjda med hur IT-systemet med har underlättat arbetet.

Nöjda	Underlättar arbetet	Styr inte arbetet	Minskar stress	Kan följa upp arbetsresultat
SSK/BM	77 %	69 %	51 %	68 %
USK	73 %	73 %	61 %	73 %
LÄKARE	71 %	52 %	43 %	57 %
LÄKSEKR	95 %	70 %	63 %	74 %

Tabell 8: Journalsystems användare. Påverkan på arbete, andel nöjda.

Samtidigt bidrar tröghet i IT-systemen, låg driftsäkerhet och dålig överblick till ökad risk för misstag och stress. 47 % av sjuksköterskorna och 57 % av läkarna anser inte att IT-systemen bidragit till att minska stressen, 48 % av läkarna anser att IT-systemet styr deras arbete på ett onödigt sätt, och bara drygt hälften är nöjda med sättet som journalsystemen möjliggör uppföljning av arbetsresultat.

Flera användare pekar på att överdokumentationen i journalerna gör att det är svårt att hitta den information som krävs och att en anledning till överdokumentationen kan vara att användare känner behov av att skydda sig själva och därför skriver mer än vad som behövs.

3. Fysisk arbetsmiljö

För många användare har den ökande IT-användningen resulterat i fysiska besvär, som värk i handleder, axlar eller rygg. Orsakerna är ofta olämpliga och statiska arbetsställningar, för mycket klickande på datorn, ljus eller klimatförhållanden, men också den stress och spänning som orsakas av dåligt fungerande IT-system.

Den dominerande modellen för att analysera psykosociala arbetsförhållanden och deras effekt på hälsa är den så kallade krav-kontroll-stöd modellen¹⁰. Enligt denna är förhållandet mellan krav och kontroll som upplevs i arbetssituationen avgörande för om arbetet leder till stress. Ju större den upplevda egna kontrollen och det sociala stödet är desto högre yttre krav kan klaras av utan negativa effekter.

Detta innebär att en kombination av hög nivå av yttre krav och låg nivå av personlig kontroll skapar negativ spänning medan en kombination av höga krav och hög kontroll leder till positiv aktivitet som underlättar utveckling och inläring. Även socialt stöd är en viktig faktor då det fungerar som en buffert mot stress, medan brist på stöd i sig är en stressfaktor som påverkar arbetssituationen negativt.

De här redovisade fysiska besvären hos användarna är sannolikt en blandning av både fysiska och psykosociala faktorer.

¹⁰ Karasek & Theorell, 1990. Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life, Basic Books, New York, USA.

	Arbetet vid datorn medför att jag känner besvär eller irritation i ögonen	Arbetet vid datorn medför att jag känner besvär/värk i handleder, nacke, axlar etc.
Instämmer inte	64 %	56 %
instämmer	33 %	40 %

Tabell 9: Användare i enkät. Fysisk arbetsmiljö.

Det är i huvudsak läkarsekreterare och sjuksköterskor som i större omfattning känner av besvären. Det också de grupper som använder datorn flest timmar per dag.

	Arbetet vid datorn medför att jag känner besvär eller irritation i ögonen	Arbetet vid datorn medför att jag känner besvär/värk i handleder, nacke, axlar etc.
Instämmer SSK/BM	33 %	40 %
Instämmer LÄKSEKR	47 %	67 %

Tabell 10: Användare i enkät. Fysisk arbetsmiljö, sjuksköterskor och läkarsekreterare.

För samtliga grupper utom undersköterskor har tiden framför datorn ökat liksom andelen användare som anser att den myckna IT-användningen ger besvär.

Andel mer än 4 tim	SSK/BM	USK	LÄKARE	LÄKSEKR
2004	22 %	14 %	39 %	68 %
2010	29 %	8 %	44 %	95 %

Tabell 11: Användare i enkät. Fysisk arbetsmiljö, personalkategorier 2004 och 2010.

4. Kommunikation och samverkan

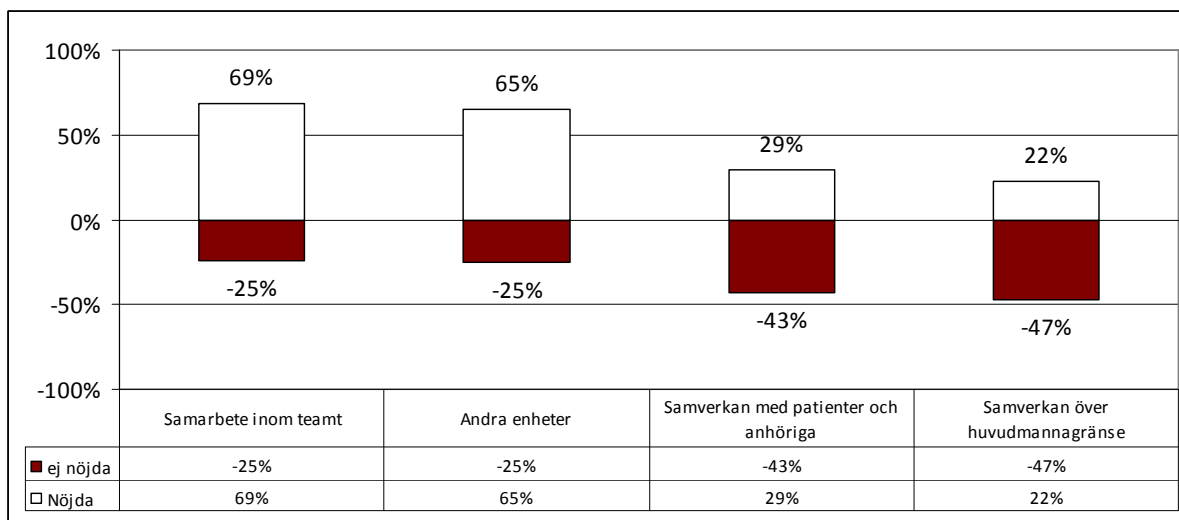
I vård- och omsorgsarbete med många specialiteter, nivåer och vårdgivare ger IT-systemen möjligheter till en mer sammanhållen patientinformation. I enkäten ställdes frågor om hur IT-systemen påverkat arbetet inom teamen, samverkan med andra enheter, samverkan över huvudmannagränserna och om användarna har kunnat dra nytta av IT för kommunikationen med patienter och anhöriga. Svartsandelen på frågorna om samverkan över huvudmannagränserna och samverkan med patienterna är lägre än för samverkan inom och mellan teamen även om de flesta landsting har system för samordnad vårdplanering. Systemen omfattar normalt bara patienter från slutenvården eller då betalningsansvarslagen är tillämplig. Många användare känner dock inte till hur det fungerar.

2 av 10 användare är nöjda med kommunikationen över huvudmannagränserna.

”Önskar kunna **göra daganteckningar för att slippa pappersdokumentation**. Önskar även tillgång till VO (vård o omsorg) dvs. det system som enhetschefer och handläggare använder. Önskar även att man utvecklar linken som landstinget använder sig av för att skriva in och ut sina patienter. De personer som tillhör min arbetsgrupp skulle vara lätta att finna då de ev. inte finns att nå i sin bostad eller på telefon.”

Undersköterska

För kriterierna i kategorin ”samverkan över huvudmannagränserna”, t.ex. mellan kommun och landsting eller kommunikationen med patienter eller anhöriga, är användarna inte nöjda. Bara 22 % av användarna anser att samverkan över huvudmannagränserna har utvecklats positivt. Bland dem som inte är nöjda återfinns såväl de som inte har något IT-stöd för samverkan alls som de som inte är nöjda med det befintliga systemet.



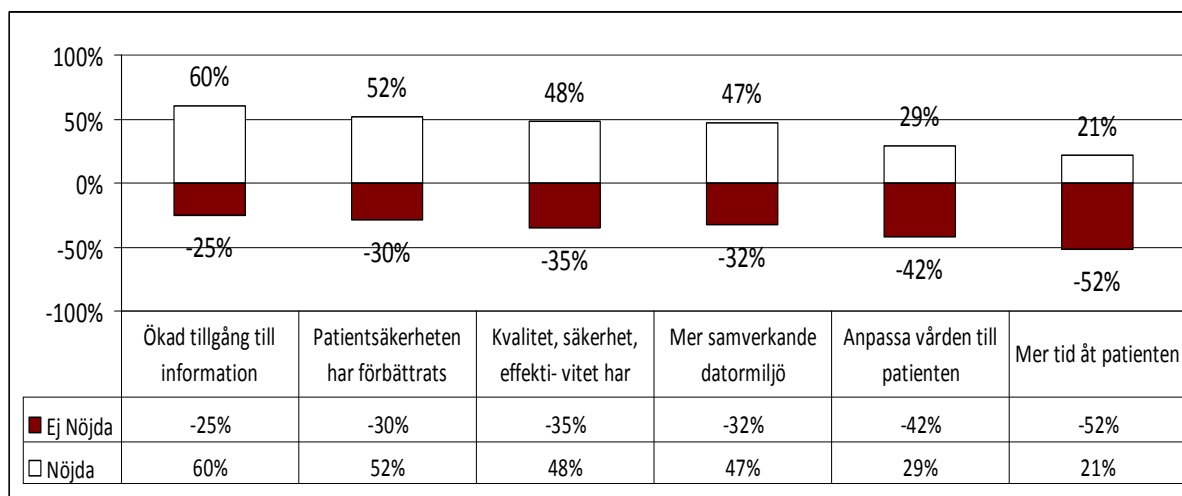
Tabell 12: Användare i enkät. Kommunikation och samverkan. För en förklaring av minustecken, se tabell 3.

Bland journalsystems-användarna anser 58 % av sjuksköterskorna, 70 % av läkarna och 49 % av läkarsekreterarna att IT-systemen inte har bidragit till att underlätta samverkan över huvudmannagränserna. 52 % av sjuksköterskorna och 69 % av läkarna anser inte heller att IT bidragit till att underlättar samverkan med patienter och anhöriga.

5. Hur har IT systemen utvecklats de tre senaste åren?

Den nationella IT-strategin antogs 2006. Arbetet med denna har i hög grad handlat om investeringar i infrastruktur och om att få mer enhetliga och kommunicerande IT-system. IT har setts som en möjlighet att öka tillgången till god information om patienten, öka patientsäkerheten och frigöra administrativ tid som istället ska kunna ägnas åt patienten samt ge en mer anpassad vård. Hur snabbt har utvecklingen fått genomslag i praktiken ute i verksamheten?

Bland användarna i enkäten anser 60 % att man har fått ökad tillgång till information om patienten de senaste tre åren. Patientsäkerheten har förbättrats menar 52 %, men mer tid för patienten är det bara 21 % som anser sig ha fått och 29 % anser att vården har kunnat anpassas bättre till varje enskild patients behov.



Tabell 13: Användare i enkät. Utveckling de senaste tre åren. För en förklaring av minustecken, se tabell 3.

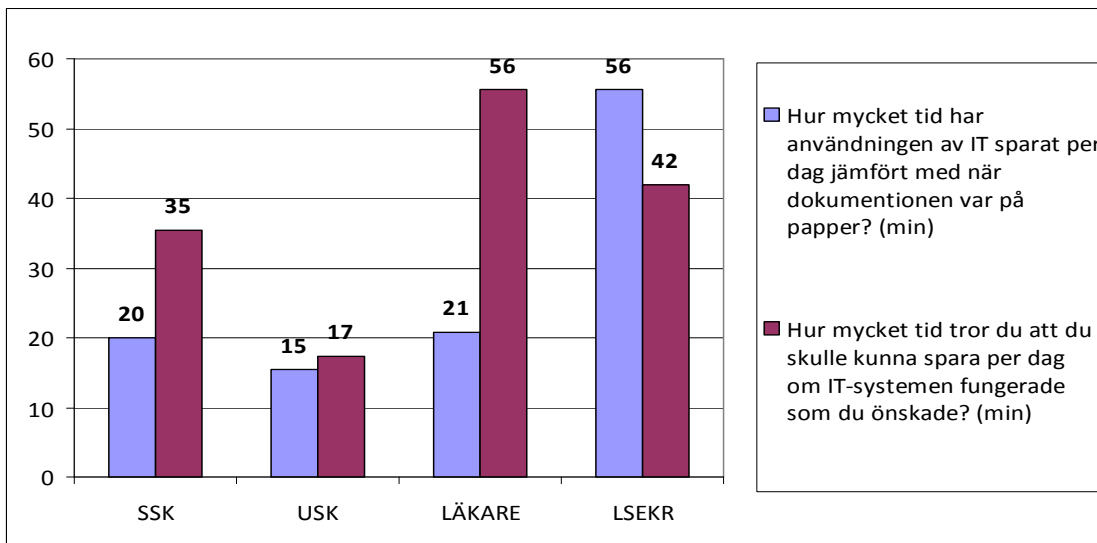
Av journalsystemanvändarna är det 47 % av undersköterskorna som anser sig ha fått mera direkt tid med patienten. För läkare och sjuksköterskor är det få som har fått mer tid med patienten, bara 17 % av läkarna och 22 % av sjuksköterskorna är nöjda med utvecklingen. Intressant är att en majoritet av undersköterskorna anser sig ha fått mer tillgång till information. Kommentarer från undersköterskor handlar dock ofta om att de önskar mer tid och tillgång till datorn.

Nöjda användare	Mer tid åt patienten	Anpassa vården till patienten	Patientsäkerheten har förbättrats	Mer samverkande datormiljö	Ökad tillgång till information	Kvalitet säkerhet har förbättrats
SSK/BM	22 %	35 %	59 %	48 %	69 %	52 %
USK	47 %	67 %	63 %	44 %	70 %	58 %
LÄKARE	17 %	25 %	42 %	35 %	57 %	39 %
LÄKSEKR	12 %	19 %	70 %	70 %	69 %	60 %

Tabell 14: Journalsystems användare. Utveckling de senaste tre åren.

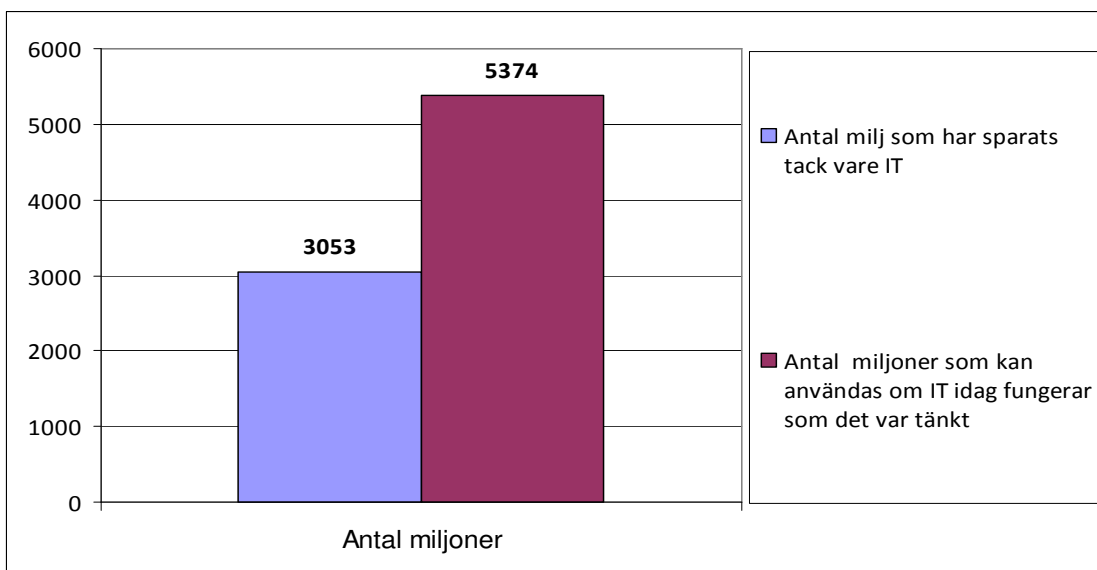
6. Sparar IT tid i vården?

Har IT-satsningarna inom vård och omsorg bidragit till ökad verksamhetsnytta och till att vårdarbetet fungerar mer effektivt? I enkäten ställdes två frågor till användarna: *Hur mycket tid har användningen av IT sparats per dag jämfört med när dokumentationen var på papper* och *Hur mycket tid tror du att du skulle kunna spara om IT-systemen fungerade som du önskade*.



Tabell 15: Beräknad sparad tid respektive beräknad besparingspotential i minuter.

En försiktig beräkning¹¹ av tidsvinster visar att vården har *sparat i storleksordningen 3 miljarder kronor* i och med övergången till datoriserad dokumentation. Men med motsvarande utgångspunkter har verksamheten *gått miste om mer än 5 miljarder kronor* på grund av att IT-stöden ännu inte fungerar så som användarna önskar.



Tabell 16: Beräknat antal miljoner i tidsbesparing per år.

¹¹ Se bilaga Modell för beräkning av besparingspotential.

Det användarna anser har sparats tid i vården är framförallt införandet av elektronisk journal men även andra exempel nämns såsom att personalen i kommunal omsorg nu har tillgång till register över portkoder, minskad användning av fax och brev, kopplingar av laboratorier, röntgen och remisser till journalsystemen, införandet av e-recept och, för läkarsekreterarna, den digitala dikteringen.

Har den tid som man anser sig sparat på vissa delar försvunnit någon annanstans? En användare beskriver dilemmat:

”På frågan om hur mycket tid IT sparat jämfört med tidigare då dokumentationen var på papper svarar jag: Vet inte. Det beror på att det både tar och sparar tid. Jag är t.ex. tvungen att själv skriva mer som läkare jämfört med tidigare då jag dikterade allt. Det tar tid. Samtidigt slipper jag gå och hämta papper och får fram olika information snabbare. Det sparar tid. Jag kan inte överblicka om jag totalt sett sparat tid. Men det går åt väldigt mycket dyr tid för tekniker, administratörer och sekreterare för att hantera IT-systemen.”

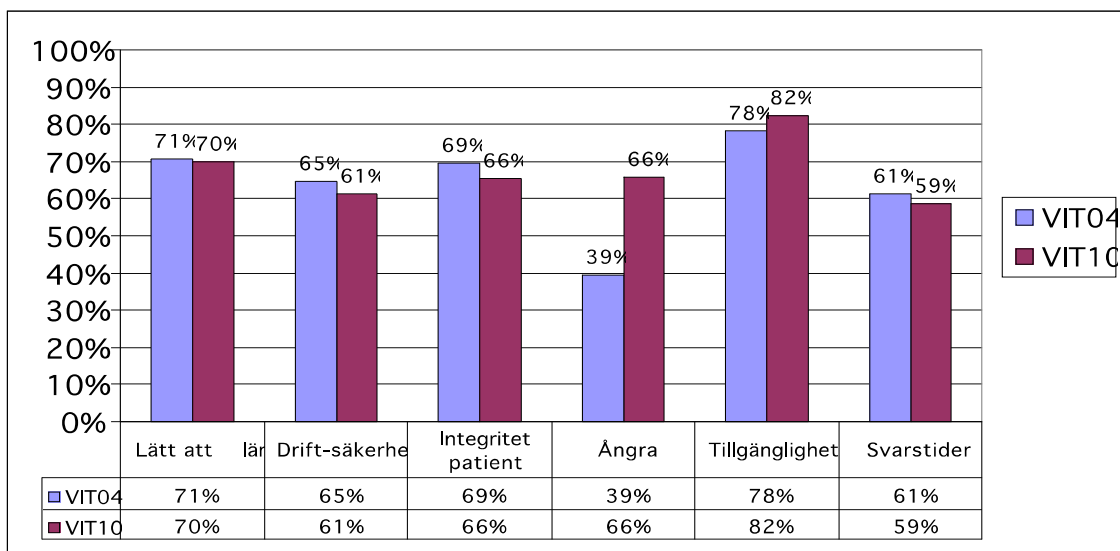
Exempel på problem som enligt användarna orsakar tidsförluster är bristande integration mellan IT-stödets olika delar, dubbeldokumentation vid avrapporteringar mellan enheter och över huvudmannagränser, överdokumentation på grund av oklara eller feltänkta dokumentationsrutiner, dålig överblick i läkemedelsmodulen, samt bristande smidighet och avsaknad av kortkommandon i journalsystemen.

Det finns ett stort antal förslag och kommentarer från användarna på vad som borde göras för att IT-systemen ska bli mer effektiva och verksamhetsnyttiga. En mer övergripande kritik är att vården behöver förbättra sina metoder för införande och utbildning och flytta fokus i införandeprojekten från den tekniska implementationen av IT-systemen till verksamhetsutveckling och patientnytta.

7. En jämförelse mellan 2010 och 2004

Enkätsvaren visar generellt sett att användarna är positiva till IT och till att pappersjournalerna snart är borta. Användarnas erfarenheter av IT är idag dessutom betydligt mer enhetliga mellan professioner, huvudmän och vårdmiljöer än de var 2004. Flera faktorer har sannolikt bidragit till detta, t.ex. att landstingens och kommunernas utbyggnad av IT vägletts av mera tydliga IT-strategier, bättre anpassade lagar som underlättat integration och inte minst användarkraven på IT-stöden som medfört mer samordnande men också färre journalsystem än 2004.

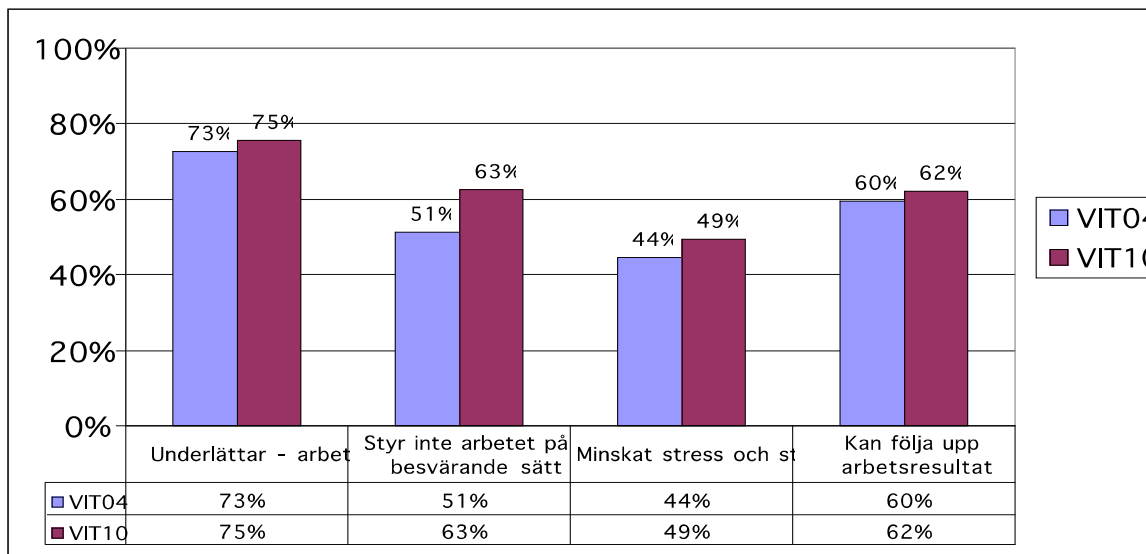
7.1 Teknisk utformning



Tabell 17: 2004 jmf med 2010. Teknisk utformning.

Av kriterierna inom områdena *Teknisk utformning* och *Påverkan på arbetet* är det bara ångra/backa-funktionerna i systemen och tillgängligheten som har blivit bättre. Driftsäkerheten och snabbheten i systemet har inte förbättrats. Ökat antal patientjournaler, fler användare och fler uppgifter som stöds av systemen gör att de flesta installationer håller jämna steg med behoven, men heller inte mer.

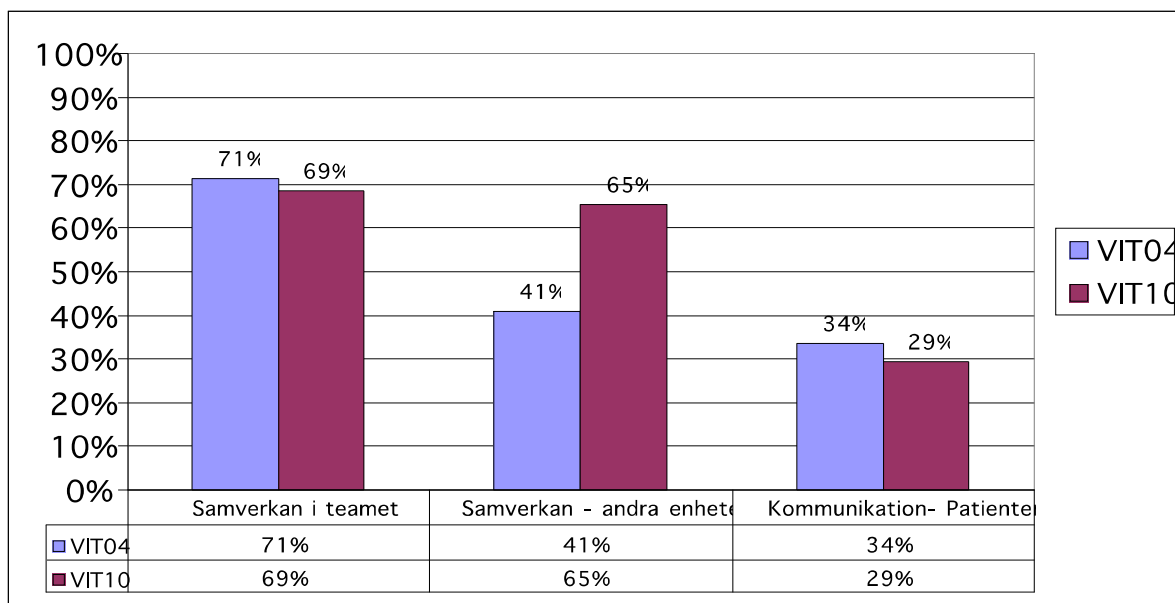
7.2 Påverkan på arbetet



Tabell 18: 2004 jmf med 2010. Påverkan på arbetet.

IT-systemen har blivit något smidigare, dvs. arbetet styrs inte på ett onödigt sätt i förhållande till hur användarna behöver arbeta med systemen, men variationerna är mycket stora. Stressnivån har förbättrats marginellt sedan 2004. IT underlättar inte arbetet i högre grad än tidigare, men andelen nöjda är fortsatt hög. Uppföljningen av arbetsresultat har inte förbättrats.

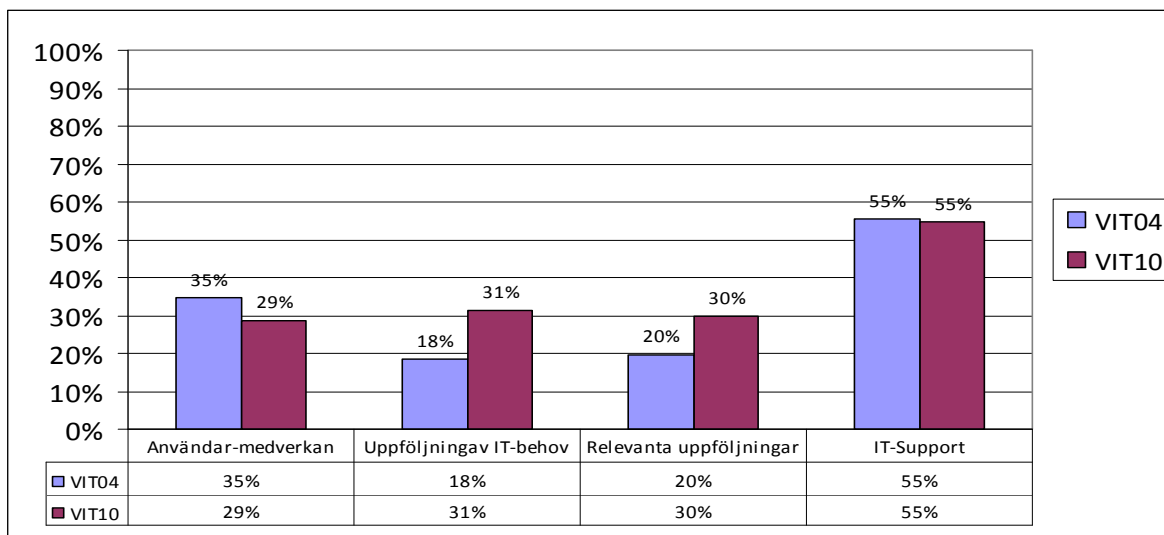
7.3 Samverkan och kommunikation



Tabell 19: 2004 jmf med 2010. Samverkan och kommunikation.

Samverkan med andra enheter har blivit betydligt bättre sedan den senaste kartläggningen. Det bör noteras att enkätfrågorna inte direkt speglar den stora breddningen av IT-användningen som skett under senare år, men svarsandelen och resultatet kan ses som ett uttryck för att breddsatsningen har gjort nytta.

7.4 Uppföljning



Tabell 20: 2004 jmf med 2010. Uppföljning.

Användarnas medverkan vid införande av IT-system har minskat i förhållande till 2004. IT-supporten får heller inte bättre omdömen från användarna. Uppföljningarna av användarbehoven har ökat men från en låg utgångsnivå.

7.5 Har det kanske ändå blivit bättre?

En jämförelse av enkätresultaten 2004 och 2010 visar alltså att det bara är några få kriterier som får högre omdömen 2010 än 2004. En av de främsta anledningarna till detta är sannolikt att användarnas förväntningar är högre idag, då man i större utsträckning har kännedom om vad IT kan åstadkomma, både i privatlivet och inom arbetslivet i stort. Men varför har då inte de ökade förväntningarna infriats?

Vårdens system har visserligen blivit mer kompetenta, men de har samtidigt blivit betydligt mer komplexa. Den ökande komplexiteten ger upphov till nya patientsäkerhetsrisker och påverkar i många fall användarnas arbete negativt. Komplexiteten har många olika grunder. Arbetsuppgifterna som de olika professionerna har är komplexa i sig; består av många moment, fordrar information av olika art från olika källor, kräver många bedömningar och överväganden. Det finns ett behov av överblick och att kunna se stora komplexa sammanhang. Detta accentueras av att arbetet i vården ofta innebär samverkan och kommunikation med andra aktörer, men det som framförallt gör arbetet komplext är att man utför ett arbete, ofta under stark tidspress, som innebär att ta hand om patienter som har en utsatt situation och att effekterna av det man gör är av avgörande betydelse för patienternas hälsa och liv.

Vårdens alltmer komplexa processer innebär att IT-systemen – särskilt journalsystemen – idag stöder många fler arbetsuppgifter hos den enskilde användaren. Som framgår av citaten om IT-stödets påverkan på arbetet och arbetstidens användning så ställer detta stora krav på att dokumentationsformaten möjliggör överblick samt att relevant information kan registreras och återsökas. Här aktualiseras alltså samspelet mellan tekniska frågor om tillgång till journaler med frågor om rättigheter att skriva och läsa samt frågor om anteckningarnas läsbarhet och själva motivationen till varför och för vilket syfte man antecknar.

Del 2: Teman från flödesstudierna

Enkätundersökningen visar att användarna upplever IT-systemens bristande stöd för läkemedelshanteringen och för kommunikationen över huvudmannagränser som två av de största hindren för en effektiv informationshantering. Analysen av de fördjupande flödesstudier som genomfördes visar i sin tur att användarna återkommer till ett antal underliggande problemområden– patientjournalen som verktyg för kunskapsförmedling, dess begriplighet för olika användare, glappen i informationsflödena, patientens framtida roll som användare och besparingspotentialen i en mera rationellt upplagd informationshantering. Vi har valt att presentera resultaten från flödesstudierna genom fem olika tematexter. Här redovisas:

- frågeställningar för varje temaområde (baserat på enkätstudien)
- problematik (enligt respondenterna)
- förslag på lösningar (enligt respondenterna)
- diskussion om vilken typ av problem/lösning detta är (teknik, organisation, ledning etc.)
- huruvida det finns kopplingar till Nationell IT-strategi/eHälsostrategi eller om det handlar om andra problem och lösningar.
- forskning som kan vara relevant att tillämpa med anknytning till de problem och lösningar som respondenterna tar upp

1. Dränks vården av data?

1.1 Frågeställningar

Det är ett faktum att de informationsmängder som man ska hantera inom vården ständigt ökar. Detta är en utveckling på gott och på ont. Mer och bättre information kan potentiellt bidra till mycket positivt, men kan den inte nås och hanteras på ett bra sätt kan detta istället leda till omfattande problem. Vilken information ska dokumenteras och hur ska den presenteras för att kunna användas på bästa sätt? Hur kan man skapa tekniska och organisatoriska lösningar som leder till att modern IT kan bidra till att världens mål bättre uppfylls samt att vårdarbetet blir effektivare och vårdkvaliteten höjs? Hur kan detta leda till att professionernas roller och kompetenser stärks? Hur kan patientsäkerheten förbättras? Kan kommunikation och samverkan utvecklas tack vare detta? Kartläggningen och analysen har försökt spegla hur väl sådana mål uppnås och hur situationen i praktiken ser ut idag.

1.2 Problematik

Användarnas kommentarer, speglade i resultaten från enkätstudien och intervjuerna, visar entydigt att den information personalen ska hantera ökar kraftigt, men att den samtidigt blir allt svårare att överblicka och hantera. Vårdpersonalen behöver mycket information för att kunna utföra sitt arbete på ett effektivt och säkert sätt. Det är således egentligen inte informationsmängden i sig som är problemet, utan det sätt man når, hanterar och presenterar den på. Det är för dåligt strukturerad information, som inte ger den överblick man behöver i arbetssituationen, som skapar problem. De tekniska lösningarna för dokumentation, lagring, åtkomst, presentation, läsning, beslutsfattande, kommunikation och samverkan är ofta dåligt anpassade till verksamheternas och de professionellas behov. Detsamma gäller i slutändan även för patienternas tillgång till information.

Vårdens informationssystem, och då särskilt journalsystemen, är av central betydelse för i princip allt som sker i vården. Detta gäller i det operativa vårdarbetet, för samverkan mellan olika aktörer och för kvalitetssäkring, kunskapsutveckling samt hur vården och dess processer utvecklas. De nya elektroniska systemen för patientjournaler, dokumentation och administration, samt den förändrade lagstiftning som reglerar strukturer och tillgänglighet, innebär stora förändringar och möjligheter. Erfarenheter visar att de nya möjligheter som uppstår, exempelvis genom "en patient – en journal", idag inte nyttiggörs fullt ut. Den sammanlagda informationsmängden är enorm och oftast inte på ett enkelt sätt överskådlig, nåbar eller möjlig att sammanställa, bearbeta och presentera på ett meningsfullt sätt. Det är de professionellas tydliga bedömning att det finns brister i dagens system i dessa avseenden. Olika vårdinformationssystem är inte heller alltid så väl integrerade, vilket leder till krångliga rutiner, dubbeldokumentation etc.

Det finns exempel på att man kommit mycket långt i att, för olika syften, utnyttja all den information som finns tillgänglig, men vi har fått många kommentarer som pekar på att detta inte alls sker i den utsträckning som är möjlig eller önskvärd. Dessutom saknas kunskap om vad och varför detta skulle vara bra för vården och för patienterna. Leverantörerna av systemen förmår inte utforma systemen tillräckligt bra och vårdorganisationerna är för dåliga på att utvärdera och ställa krav. De flesta vårdhuvudmän har otillräckliga resurser och kompetenser för kravställande och processutveckling. Sammantaget går utvecklingen mot goda och effektiva lösningar alldeles för långsamt.

Detta är problematiskt inte bara genom att möjligheterna utnyttjas dåligt, utan också genom att det leder till sämre motivation i själva dokumentationsarbetet. Om man inte ser vad man kan få ut av det utökade dokumentationsarbetet kommer viljan och ansträngningarna att göra detta på ett bra sätt att påverkas negativt. Dokumentationsarbetet blir alltmer omfattande och krävande, och potentialen att använda sig av allt som dokumenteras för en rad delvis helt nya syften utnyttjas dåligt. Informationssystemen bidrar idag inte nog mycket till förbättrad kunskap, lärande, utveckling, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring i vården.

1.3 Lösningar

De frågeställningar som beskrivs ovan, och som är en sammanställning av de kunskaper, erfarenheter och åsikter som kartläggningarna resulterat i, är omfattande och komplexa. Det finns inga enkla enskilda åtgärder som snabbt kan lösa problemen, utan det är en rad förändringar av olika art, och som faller på olika ansvar, som behövs. Vi ser att viktiga lösningar ligger inom följande områden, vilket vi också illustrerar genom citat från enkäter och intervjuer.

"Koll på läget" - Överblick, helhet och att snabbt hitta rätt

Ett huvudsyfte med vårddokumentationen är att all personal som har behov av det ska kunna skaffa sig en tydlig helhetsbild av patienten, historik, vårdfrågeställningar, tidigare episoder, status, pågående insatser, prognoser, samt annat av vård- eller administrativt intresse. Detta ska ske på ett snabbt och enkelt sätt så att man direkt kan skaffa sig en helhetsbild av allt som just då är relevant att beakta. Behovet av helhetsbilder och överblick är alltid viktigt i alla arbetssituationer, men i vissa situationer inom hälso- och sjukvård är det helt avgörande för effektivitet och säkerhet. Just bristen på helhetsbilder och översikter av olika slag är ofta den största kritiken mot dagens elektroniska journalsystem. Mängden av information är och måste vara stor. Därför måste stöd för att snabbt, säkert, tillförlitligt och enkelt hitta rätt information, för varje aktör i varje given situation, finnas i systemen. När man väl har orienterat sig och fått en bra bild av situationen måste man utan att tappa orientering eller fokus kunna genomföra och dokumentera det som är aktuellt på ett effektivt och anpassat sätt.

”Möjligheterna att se mer information är bra, men även tidskrävande. Tillgängligheten till informationen har ökat! Även att de skriver mer nu sedan de fått datasystem, det finns fler ingångar att skriva i, vilket även medför att det blir mer att läsa”. **Läkare**

”... ju mer dokumentation det finns på en patient, desto svårare blir det att hitta all relevant information och då blir det en risk för såväl vårdkvaliteten som patientsäkerheten. Lösning: Patientöversikt!” **Läkare**

”Dokumentationsmallarna är uppställda så att det blir väldigt mycket information och svårläst.” **Läkare**

”Överblickbarheten som det innebar att lägga ut ett antal pappersjournaler saknas nu efter införandet av datasystem.” **Läkare**

”Egna klinikers journal är mycket svåröverskådlig, kan ej längre få snabb översikt över patientens sjukhistoria. Lättare att något missas, patientsäkerheten försämras kraftigt av detta, mitt arbete känns otillfredsställande.” **Läkare**

Utdatafrågan – att kunna nyttiggöra allt som matats in

Många användare har uppfattningen att de matar in en massa information i exempelvis journal-systemen, men att det saknas motsvarande möjligheter att få ut information på ett meningsfullt sätt. I vissa fall finns en klar uppfattning om vad man skulle vilja få ut, på vilket sätt och för vilket syfte, men oftast finns endast en vag uppfattning om att det skulle kunna vara av stort värde. Att ta ut rapporter, sammanställningar, analyser som utgår från dokumentationen kräver en precisering av frågeställningarna och presentationskraven. Här finns det ett stort behov av att förbättra kunskaperna, systemens möjligheter samt stödfunktioner för att hjälpa till med analyser, presentationer och tolkningar. En del vårdorganisationer har bildat särskilda enheter, ”utdata-enheter”, för att bidra med sådant. Kraven på journalsystemens utveckling för att förbättra utdatamöjligheterna är stora, men förändringarna går långsamt. Detta kanske till viss del beror på att behoven och kraven är dåligt uttryckta. Av särskild vikt är att kunna stödja möjligheter till utvärderingar och kvalitetssäkring av vårdprocesserna.

”Vi behöver verktyg för kurvor, statistik. Möjlighet att kunna göra multivariata analyser av olika värden. ”Jag gör egna diagram i Excel av mina värden som jag sedan diskuterar med läkaren”. **Patient**

”Statistiken är väldigt underutvecklad. I förra systemet kunde jag söka på sökord, men kan inte det nu. Jag försöker nu t ex ta ut tonårsgraviditeter, och kan få ut antalet diagnoser men inte utfallet (positivt eller negativt).” **Läkare, verksamhetschef**

”Jag skulle vilja kunna följa upp utfallet av de vårdinsatser jag gör, men jag har varken tekniska möjligheter eller behörighet att göra det. Jag kan alltså oftast inte själv se effekterna av det jag gör.” **Läkare**

”Det finns möjligheter att göra ganska avancerade uttag och bearbetningar, men jag har inte behörighet att göra detta åt läkarna, och de själva har inte kunskaperna eller tiden.” **Systemsamordnare, sjukhus**

Vad handlar problemen och lösningarna om?

Problemen och bristerna handlar om flera olika saker. Vi ser att det finns ett antal klyftor mellan aktörer samt att det saknas nödvändiga resurser och kompetenser på flera håll för att snabbt kunna förstå problemen och hitta relevanta lösningar.

Vi ser bl.a. följande:

- Vårdorganisationerna är för dåliga på att ställa krav gentemot leverantörerna samt saknar kompetenser och processer för att utvärdera hur väl deras IT-system fungerar och vilken nytta dessa medför ur verksamheternas, vårdarbetarnas och patienternas perspektiv.
- IT-utveckling och införande utgår från ett teknikperspektiv. Man saknar metoder och kompetenser för att utveckla vårdens processer så att den potentiella nyttan av IT-systemen kan nås.
- Inom många vårdorganisationer finns det en klyfta mellan de vårdansvariga och de som ansvarar för teknikutveckling och införande. De vårdansvariga ser även processutveckling främst som en fråga för IT-organisationen och är missnöjda med den bristande användbarheten. De teknikansvariga anser inte att de vårdansvariga tar sitt ansvar, att de inte går på utbildningar och att de inte förstår hur de ska använda systemen på ett korrekt sätt.
- Leverantörerna av IT-systemen saknar ofta nödvändiga kompetenser om utformning av systemen för största möjliga användbarhet, effektivitet i vårdarbete samt hög patientsäkerhet. Deras utvecklingsprocesser är för långsamma för att möjliggöra snabba förbättringar på användarnas villkor.
- Kunskaperna om hur man bör och kan förbättra stödfunktioner för analyser, tolkningar och presentationer av all den information som är tillgänglig i systemen är för dåliga. Detta gäller både hur kraven ställs av användarna och hur systemen utvecklas av leverantörerna.

1.4 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa

I Nationell IT-strategi (2005)¹² sägs det bl.a.

- Personal inom vård och omsorg har tillgång till välfungerande och samverkande IT-stöd som garanterar patientsäkerheten och underlättar deras dagliga arbete.
- Användarvänliga IT-system frigör tid för vårdpersonalen, så att de kan lägga mer tid på det personliga mötet med patienten – vilket är oersättligt.
- Den information som registreras kan återanvändas i aidentifierad form, och användas som en långsiktig och gemensam resurs.
- Det behövs ett nytt grundläggande synsätt på IT-stöden i vården – ett strategiskt verksamhetsperspektiv.
- Information som registreras för vård och behandling kan på olika sätt utnyttjas för styrning och uppföljning samt för forskning, utveckling och kvalitetssäkring. Det sker ofta via särskilda register och databaser.

I 2010 års strategi¹³ kompletteras detta bl.a. med:

- Vård- och omsorgspersonal ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet samtidigt som det underlättar deras

¹² Regeringskansliet, 2005, Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Skr. 2005/06:139.
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf>

¹³ Regeringskansliet (2010), *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*
<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/84/29/b38c1b84.pdf>

dagliga arbete. Nödvändig och strukturerad information ska finnas tillgänglig som underlag för beslut om insatser och behandlingar.

De citerade strategierna rör detta tema: hur väl förmår man idag att skapa effektiv tillgång till information som stödjer såväl det operativa vård- och omsorgsarbetet, som annan användning av den information som matas in och som man ofta uppfattar att ”man dränks av”.

Av kartläggningarna framgår tydligt att dessa mål som man strävar mot inte uppnås. Flera av de strategiska målen är kanske i teorin möjliga att uppfylla med de IT-system man har tillgång till i vården idag, men det är tydligt att det inte fungerar så i praktiken.

Exempel på sådant som idag inte uppfylls i praktiken är:

- Man uppfattar inte att IT-stöden är väl fungerande och integrerade, även om man ser stegvisa förbättringar år för år.
- Man anser inte att systemen är intuitiva och användbara och ser inte att man fått mer tid för patienterna. Visserligen har man fått ökad och snabbare tillgång till journalerna, men man tillbringar trots detta allt mer tid med datorn och mindre med patienten.
- Vårdprocesserna har inte utvecklats och effektiviserats med hjälp av de nya IT-systemen. Man jobbar i stort på enligt traditionella organisationer och vårdprocesser utan att se förändringsmöjligheterna.
- Det mervärde som all samlad information skulle kunna bidra till ser man inte och kan därmed inte utnyttja. Potentialen till förbättrat kvalitetsarbete nås inte. Kompetenser och resurser saknas ute i verksamheterna.
- IT-systemen, främst journalsystemen, fungerar främst för att dokumentera och läsa journaler. Syftet med att ha ”välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som säkerställer en hög kvalitet och säkerhet” anser man inte vara uppfyllt. Särskilt ser man läkemedelshandlingen som ett problem, där beslutsstöd och patientsäkerhet har brister.

1.5 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar

Det finns en hel del tidigare och pågående forskning från vilken man kan hämta kunskap om mycket av det som diskuteras ovan. Utvecklade krav på användbarhet och översikter i journalsystem beskrevs redan i ett forskningsprojekt (Daisy-projektet) som genomfördes i samverkan mellan landstingen i Stockholm och Uppsala under senare delen av 1980-talet. Behovet av att se förändringsprocesserna som organisatoriska och gällande vårdprocesserna, samt inte ha för starkt teknikfokus, har stöd i forskning som bl.a. pekar på att man för att skapa nytta bör lägga ner flera gånger mer resurser på utveckling av organisation, arbetsprocesser och kompetenser jämfört med på den rena tekniken. Det finns forskning om kvalitetssäkring, utveckling av kvalitetssystem, utvärdering av vårdprocesser m.m. som skulle kunna tillämpas för att utveckla effektiva funktioner för ”styrning och uppföljning samt för forskning, utveckling och kvalitetssäkring”, vilket föreskrivs i den nationella IT-strategin för vården.

2. Kan journalerna göras begripliga för alla?

2.1 Frågeställningar

Vårdens administrativa behov har i hög grad varit styrande för hur dagens journalsystem utformats. Med vårdens ökade specialisering och behandling av allt mer komplexa sjukdomsbilder ökar behovet av att journalen ska kunna användas av flera professioner och flera vårdgivare, över tid och över huvudmannagränser. Med ett ökat fokus på patienters och anhörigas deltagande förväntas

journalerna idag också bli användbara för dessa grupper. I enkätens fritextsvar och i de efterföljande intervjuerna kommenterades dessa utmaningar spontant av många användare. Hur ska journalens information kunna struktureras effektivare, så att den för vården relevanta informationen blir lätt att hitta? Hur ska den rollanpassas så att de blir tillgänglig för alla, inklusive patienterna själva, längs hela vårdkedjan?

2.2 Problematik

Idag används patientjournalen för en rad olika syften – vårdande, administrativa, ekonomiska och juridiska. Användarna kommenterar detta faktum med att hanteringen av den vårdmotiverade informationen måste förbättras i flera avseenden. Själva arbetssättet måste struktureras tydligare, *hur* och *var* man skriver.

Vi måste lära oss att skriva på rätt sätt så andra kan läsa och dessutom skriva rätt saker på rätt ställe. Enhetschef äldreomsorg

Patienternas rätt och möjlighet att involveras i sin egen vård innebär att nya hänsyn måste tas till *vad* och *när* man skriver.

Det är kritiskt vilka uppgifter som lämnas ut till patienter. Det är ju ett arbetsmaterial, inte skrivet för lekmän. Läkare

Men det kanske viktigaste problemet gäller *vem* som kan läsa och skriva i IT-systemen, rollanpassningen av informationen och dess hantering längs hela vårdkedjan.

Farligt om det delas upp och allt inte kan ses av alla. Sjuksköterska

Problemet med rollanpassningen längs vårdkedjan handlar om flera olika typer av tillgänglighet. Tillgången till väl fungerande system längs patientens hela vårdförlopp begränsas inte sällan av politiska beslut om upphandlingar (jfr enkätsvarens låga uppskattning av stödet för kommunikation över huvudmannagränserna). Juridiska beslut om rättigheter för olika professioner, och för *när* en viss ansvarig har rätt att läsa och skriva sätter andra sorters gränser. Många användare beklagade att man inte fick följa upp och lära av intressanta fall pga. inskränkningar i den typen av rättigheter.

Men om man nu har tillgång till system som ger stöd till alla roller längs hela kedjan sätter ofta själva systemen, eller sättet man använder dem på, gränser för tillgängligheten. Journaltexterna tenderar att bli för långa för att hitta det man söker i dem. Det blir allt svårare att se mönster över tiden, som kan ligga till grund för snabba analyser och eventuella beslut om ändringar i behandling och vård.

Problemen med bristande överblickbarhet, sökbarhet och begriplighet kan ju ses som en spegling av att journalsystemen i stort utvecklats mer för att fylla angelägna administrativa behov än för att utgöra basen i en långsiktig kunskapsuppbyggnad. Men konsekvenserna av den bristande tillgängligheten mellan och inom systemen är inte bara att vårdkunskapen inte kan växa och utvecklas på ett systematiskt sätt. Eftersom patienternas säkerhet kräver att den relevanta informationen faktiskt måste tas fram, innebär bristerna att onödigt tid måste läggas på att logga in i många olika system, och att när man väl är inloggad leta rätt på korrekt information. I värsta fall måste också det man skriver inte bara skrivas en gång, utan flera, om systemen inte talar med varandra. Detta onödiga arbete med systemen stör snarare än stödjer användarnas koncentration, arbetsglädje och kunskapsuppbyggnad. Särskilt som man vet att det är tid som man annars hade kunnat lägga på samtal med och aktiv vård av patienterna.

Eftersom många av dessa problem varit kända och diskuterade sedan många år kan man fråga sig varför inte de initiativ som tagits fått större genomslag. Detta är en klassisk fråga inom människa-dator-interaktionsforskningen: varför slutanvändarnas kunnande om arbetsrutiner och konkreta behov så sällan får genomslag i nya arbetsbeskrivningar, kravspecifikationer och upphandlingar. Med tanke på vårdens komplexitet och höga kvalitetskrav är det kanske inte så underligt att

utvecklingen inte går fortare. Inte desto mindre måste detta ses som ett av de mest centrala problemen – att medvetenheten om att vårdens olika professioner måste få bidra med sin sakkunskap ännu inte har slagit igenom i upphandlingar och fullt ut genomförda och utvärderade pilotprojekt.

2.3 Lösningar

Ett tydligare fokus på kunskapsuppbyggnad om vården kan åstadkommas genom att journalen kopplas till olika slags kvalitetsregister. Om detta syfte blir tydligare kan också själva användningen av journalen förbättras på ett systematiskt sätt. Som påpekas under Tema 1 ökar motivationen att registrera relevant information när denna verkligen kommer till användning längs hela vårdkedjan. När sedan rönen från kvalitetsregistren, om utfall och avvikelser, kan återkopplas till styrdokument som i sin tur stegvis effektiviserar journalföringen kommer den negativa spiralen med tidspillan på letande efter relevant information, onödig systemhantering och avtagande engagemang kunna vändas i sin motsats.

2.3.1 Lättillgänglig dokumentation för alla aktörer längs hela kedjan

Grundfrågan om **vad** som ska registreras handlar om den långsiktiga utvecklingen av enhetliga nationella vårdprogram, standardiserade vårdplaner, styrdokument och en begreppsapparat som anknyter till internationella kodregister. Denna utveckling av arbetssätt och terminologi kommer i sin tur att driva fram nya lösningar på **hur** användarna kan interagera effektivt och intuitivt med informationen. I intervjuerna efterfrågade användarna visuella stöd som möjliggör bättre översikter över enskilda och grupperns hälsostatus och utveckling. Väl avgränsade vyer kan utformas för olika professioners direkta behov att läsa och registrera information längs olika avsnitt av vårdkedjan. Sådana vyer bygger bl.a. på layout- och fönsterhantering som måste vara väl genomtänkt och utprovad av användarna, samt färger, textstorlekar och andra markörer som tillsammans synliggör de relevanta detaljerna i sitt rätta vård- och kliniska sammanhang.

Användarna återkom ofta till att de i sin privata internetanvändning kunnat uppleva hur väl utformade IT-stöd (med t ex. väl uttänkta förval, menyer, tidslinjer och kartor) gjort användningen självklar och bekymmersfri. Här finns idag inom ämnet människa-dator-interaktion mycket kunskap samlad kring hur gränssnitt kan utformas för att bli ändamålsenliga och effektiva – samtidigt som de upplevs som enkla och intuitiva. Som vi redan påpekat måste de tekniska stöden relateras till de nya arbetssätt och den nya fördelning av arbetsuppgifter som en mer effektiv journalhantering möjliggör. Att arbetssätten kan behöva omprövas ganska radikalt på det lokala planet blir än tydligare när även patienter och anhöriga får tillgång till journalerna, såsom eHälsostrategin och den nya Patientdatalagen föreskriver att de har rätt till redan idag.

Frågan om huruvida journalerna riskerar att bli sämre om patienter och anhöriga får läsa dem bemöttes i våra intervjuer med ömsom oro och tillförsikt. Vad som är viktigt att komma ihåg är att patienterna sedan länge har haft rätt att läsa sina journaler, att den nya patientdatalagen tillåter åtkomst via nätet och att menprövningens regler om relevans och integritetsskydd av många anses vara en fullt tillräcklig garanti för att journalernas kvalitet inte blir lidande. Vårdpersonalen framhåller vikten av att de vårdansvariga måste ges tillfälle att förklara det som skrivs för den enskilde patienten, eller en anhörig, innan anteckningarna görs tillgängliga.

Vi är ombdda att skriva begripligt och vi går igenom journalerna med mödrarna. Vad vi dokumenterar och hur. Jag kan formulera mig om t ex krystning på ett läsligt sätt. **Barnmorska**

Detta innebär att kraven på att skriva pedagogiskt i befintliga journaler höjs överlag, t.ex. med hjälp av länkar till fördjupande förklaringar, eller att hanteringen av anteckningar vidareutvecklas, t.ex. i nya typer av sammanfattningar som ställs samman speciellt till patienter och anhöriga.

2.3.2 Engagera professionerna i utformningen av de nya journalerna

Personalen på det lokala, patientnära planet anser sig i liten utsträckning fått tid och resurser för att definiera sitt informationsbehov. Detta uppfattas som ett överordnat, centralt problem, i vården likaväl som i många andra delar av samhället som upplevt en långt gången datorisering. Det betyder att vi anser att det är sådana satsningar som utgör en av de största potentialerna för utveckling. Enkäternas fritextsvar och intervjuerna stärker oss i den bedömningen. Personalen granskar upphandlingarna, och är inte nöjda.

Jag har tittat i kravspec:arna inför den upphandling av nytt system som vi står inför inom primärvården. Det finns inga krav som motsvarar de som står omnämnda [angående journaler]. Bara administrativa funktioner såsom betalningsunderlag och jämförelse mellan olika enheter. **Läkare**

Den tekniska kompetensen är hög, och särskilt i miljöer med avancerad medicinteknisk utrustning blir därför kontrasten mellan journalsystemen och de övriga IKT-stöden skarp.

Men varför inte implementera det nya IT-tänket. Jag ser en fullständigt enorm potential för våra yrkesgrupper att vara med och utveckla verktygen. **Sjuksköterska**

Man är mycket medveten om utbildningens och handledarskapets betydelse vid den i princip ständigt pågående förändringen av arbetssätt och hjälpmedel.

Det hade behövts mer stöd från dem som förstod systemen och hur de är tänkta att användas för att vi skulle kunna bidra fullt ut. **Barnmorska**

Som framgår av enkäten är endast 29 % av samtliga tillfrågade nöjda med hur man kan påverka nya arbetsrutiner och IT-stöd. En jämförelse med siffrorna från Vård IT-kartan 2004, då 35 % var nöjda med sin möjlighet att påverka, antyder att medvetenheten om användarmedverkan inte slagit igenom i förnyelsearbetet. Det är alltså fortfarande här man kommer att kunna göra det verkligt omvälvande insatserna.

2.4 Diskussion kring problematik och lösningar

Journalsystemens betydelse för vårdens informationsförsörjning i stort kan knappast överskattas. När vård och omsorg förnyas genom att samordnas utifrån patienternas behov och genom att steg för steg omstruktureras i nya vårdprogram, vårdplaner och arbetsprocesser kommer nya krav att ställas på vårddokumentationen och det vi idag kallar patientjournaler. Det är i denna övergripande omställningsprocess behovet av att kunna utvärdera dokumentationens nytta på ett trovärdigt och engagerande sätt blir tydligt.

Vi kan med ganska stor säkerhet visa på olika typer av brister i grundläggande användbarhet hos journalsystemen på enskilda vårdenheter. Men vi vet också att ett journalsystem som fungerar bra inom ett landsting kan fungera dåligt i ett annat. De olika typer av tillgänglighetsproblem vi sett är intimt förknippade med arbetsplatsernas historik när det gäller hur systemen infördes, hur utbildning och handledning genomfördes, och hur arbetsplatsens behov av kommunikation – internt, med patienter, anhöriga och med andra vårdenheter – sett ut och förändrats i och med att systemen infördes.

Det är alltså dessa aspekter, användbarhetens samspel med arbetsorganisation och lokala förutsättningar, som måste vägas in i de utvärderingar som ska ligga till grund för slutsatser om vilka lösningar som bör prioriteras på vilka arbetsplatser. Det väsentliga är att professionerna får resurser att på det lokala planet vara med i utvärderingar och prioritering av lösningar. eHälsostategin och de många FoU-projekt som nu har startats kommer på sikt att erbjuda en växande kunskapsbas där vårddokumentationens återkommande problem och dess återanvändbara

lösningar blir tydligare. Men den egentliga utvecklingen, kombinerandet av hållbara lösningar, måste göras utifrån de lokala verksamheternas behov.

2.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa

Många av de nyckelord vi använt för att ringa in mål och övergripande riktlinjer för journalhanteringen återfinns i eHälsostrategins centrala formuleringar som vi citerade under Tema 1. Vi kan här precisera dem i relation till en framtida journalhantering där även patienter och anhöriga räknas som användare. Eftersom vi sett journalernas begriplighet som en fråga om tillgänglighet på många nivåer kursiverar vi även nyckelordet *tillgång till* så att man här kan föreställa sig den katalog av återanvändbara lösningar vi pekat på ovan.

- Personal inom vård och omsorg har *tillgång till* välfungerande och samverkande *journalssystem* som garanterar patientsäkerheten och underlättar *personalens* dagliga arbete och *patienters och anhörigas behov av delaktighet*.

På samma sätt kan vi se att eHälsostrategins andra målformuleringar är ytterst relevanta för den problematik vi sett kring journalhanteringen. Att användbara journalssystem ”frigör tid för vårdpersonalen, så att de kan lägga mer tid på det personliga mötet med patienten”. Att ”information som registreras kan återanvändas i avidentifierad form, och användas som en långsiktig och gemensam resurs”. Detta förutsätter att den registreras utifrån (på sikt) standardiserade vårdplaner och utifrån styrdokument baserade på vedertagna koder så att det kan samlas och analyseras i kvalitetsregister och bli utgångspunkt för nya arbetssätt. Det är också denna återkoppling som ligger till grund för eHälsostrategins femte punkt om ”styrning och uppföljning” (citerad i Tema 1). Och i eHälsostrategins fjärde punkt kan man tolka in en avsikt att väsentligt öka resurserna till lokala pilotprojekt där professionerna får tillfälle att delta i utveckling och utvärdering av nya lokala arbetssätt utifrån sina egna förutsättningar: ”Det behövs i stället ett nytt grundläggande synsätt på IT-stöden i vården – ett strategiskt verksamhetsperspektiv.”

2.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar

Vi har genomgående betonat vikten av FoU-projektens förankring i lokala verksamheter, så att projekten steg för steg kan skalas upp utifrån andra arbetsplatsers förutsättningar. Därför väljer vi här att nämna två FoU-projekt med stark lokal förankring som på sikt kan förverkliga viktiga delar av de ovan citerade formuleringarna i eHälsostrategin.

VIS-projektet (Verksamhetens Informationssystem)¹⁴ är ett projekt som särskilt fokuserat på en enhetlig begreppsbyggnad genom att konsekvent anknyta till internationella kodregister, upprätta styrdokument för vård- och informationsarbetet, och därigenom etablera en koppling mellan patientjournalen, kvalitetsregistren och övriga relevanta databaser. Projektet fick 2010 års Vitalis-stipendium för sitt lokala utvecklingsarbete i Norrbottens Läns Landsting med motiveringen: ”framsynt tänkande och användning av vårdgivarens styrinformation med stark involvering av alla aktörer i utvecklingsarbetet, inte minst ledningen, där VIS främjar och stärker patientsäkerheten och vårdens kvalitet”.

Inom Stockholms Läns Landsting startades under hösten 2010 projektet Strukturerat Vårddata – Kvalitetsregisterkoppling TakeCare med målsättningen att ”alla kvalitetsregisters evidensbaserade mätningar ska kunna finnas i systematiska journalmallar så att data behöver registreras bara en gång. Personalen kan kvalitetssäkra den process som de driver utifrån patientens behandling inom alla enheter som möter patienten och använder TakeCare. Kvalitetsregistren får mer kompletta och

¹⁴ Pressmeddelande: Nationellt pris för landstingets nya dokumenthanteringssystem (VIS), <http://www.nll.se/webb/Landstingsdirektorens-stab/Informationsenheten-/Press/Pressportal/Pressmeddelanden-2010/Nationellt-pris-for-landstingets-nya-dokumenthanteringssystem-VIS/>

valida data med bättre täckningsgrad, och kan ha gemensamma, utbytbara data.” Projektet kommer att ha delprojekt inom reumatologi, psykiatri samt inom diabetes och astma/KOL och syftet är ”att utveckla TakeCare så att systemet ger bättre stöd i vården och samtidigt ger underlag för forskning. Vid formulering av lösningar ska som ett exempel den modell som tillämpas i MIR15 inom reumatologin beaktas. Denna tjänar nu som en nationell förebild.¹⁶

3. Glapp i IT-kommunikationen

Ett centralt tema i modern eHälsodebatt är en samverkan för att åstadkomma god hälsa där även medborgare/patient ses som en medverkande aktör. Vidgas perspektivet till att innefatta omsorg, inte minst av äldre, så är det uppenbart att många huvudmän och verksamheter medverkar: specialist- och primärvård, vårdcentraler, hemtjänst, men även anhöriga och den berörda individen själv. IT ger nya möjligheter till samverkan mellan dessa aktörer, men det är inte självklart att de tas till vara. I andra teman i denna rapport talar vi om hur nyttiggörande av IT förutsätter ändrade arbetssätt och kompetenser. För samverkan över organisationsgränser – i flöden – tillkommer överenskommelser om detta mellan flera parter, som i vård och omsorg ofta har olika huvudmän. Ofta kan balansen mellan nytta och kostnad framstå som negativ för någon av dem, särskilt som nya systemförutsättningar inte sällan gör det motiverat att ändra arbetsfördelningen mellan aktörer.¹⁷

3.1 Frågeställningar

I enkätstudien tas frågeställningar som berör tema 3 främst upp i avsnittet Kommunikation och samverkan. Respondenternas svar visar att kommunikation med patienter och anhöriga samt kommunikation över huvudmannagränser är områden med stor utvecklingspotential.

Frågeställningarna under flödesstudierna har därför fokuserats kring dessa områden; hur ser kommunikationskedjor och informationsprocesser ut i fråga om delad information över huvudmannagränser och kommunikation med patienter och anhöriga?

3.2 Problematik

Delad information över huvudmannagränser

Vårdpersonalen upplever att det finns ett glapp i kommunikation och information mellan landstinget och kommunen, exempelvis vid utskrivning från sjukhusvistelse och överföring till kommunal vård. Förändrade förhållanden och behov hinner inte bemötas och förberedas och leder till stressiga situationer då den kommunala omsorgen inte nås av information om förestående utskrivning och de krav det ställer på vård och omsorg utanför sjukhuset. Med en mångfald av kommunikationsvägar och mer specialister inom vården ökar komplexiteten. Samordning och logistik får därför en större betydelse.

”Ibland vet inte ens landstinget att patienten är hemma” Hemtjänstpersonal

”Jag frågade patienten – doktorn hade inte läst sköterskans information.”

Distriktssjuksköterska

”Framförallt är det en större informationsmängd att ta ställning till. Mer lättläst dokumentation om man jämför med handskrift. Men den ökade informationsmängden

¹⁵ MIR står för Medicinsk Information Reumatologi – se även <http://computersweden.idg.se/2.2683/1.45064>

¹⁶ Se www.kurnet.se för fördjupning om Klinisk Utveckling via Register (KUR)

¹⁷ Detta belystes utförligt i en tidigare Vinnova-studie av Olve och Vimarlund, *Elderly Healthcare, Collaboration and ICT – Enabling the Benefits of an Enabling Technology*. Final Report. Vinnova Report VR 2006:05. Tillgänglig via www.vinnova.se.

har både för- och nackdelar. Bra för att man lättare kan ta fram information om patientens tidigare undersökning och behandlingar. Negativt – hur förhålla sig till övrig information som egentligen inte rör den uppgift man har med patienten? Exempelvis om jag ser något som är dåligt för patienten i dennes provsvar, men det egentligen inte berör det patienten sökt mig för. Ska jag meddela denne det? Måste jag agera? Vilket ansvar har jag?” **Läkare**

Allt ska dokumenteras – ska allt dokumenteras?

Som systemen är utformade idag styr de vårdpersonalens arbete på ett mycket detaljerat sätt genom olika typer av dokumentation och registrering. För vårdpersonalen innebär allt det nya som ska göras i och med datorsystemen att den tid som ägnas åt den direkta vården eller ”deras egentliga arbete” får mindre utrymme. Mycket tid går åt till uppgifter som inte stöder vårdarbetet utan endast har administrativa syften. Förändringar under dagen undviks i möjligaste mån då det ger en förskjutning på hela dagens schema, vilket medför en minskad möjlighet till flexibilitet i arbetet. Syftet med minutdokumentering är att kunna omfördela resurser till områden där de kanske är underbemannade. Frivilligorganisationer får ta hand om uppgiften att socialisera med vårdtagarna.

”Det händer hela tiden saker som förändrar förutsättningarna. Schemat är detaljerat ner på minutnivå. Och att kolumnen för aktiviteten bara sitta ner och prata inte finns med.” **Vårdbiträde**

”Förut kunde man oplanerat springa ner i tvättstugan eller duscha av en vårdtagare som råkat ut för en olycka, nu måste allt planeras i förväg och dokumenteras.” **Undersköterska i hemtjänsten**

”Man kan inte standardisera vårt arbete eller tidsåtgången som krävs, det är ju människor det handlar om.” **Undersköterska inom hemtjänsten**

”Jag vill kunna sköta mitt jobb och lämna resten åt någon annan som har valt det som yrke. Man funderar över varför man ska göra vissa saker, vem som ska ha nytta av det?” **Vårdbiträde**

”Det vi saknar mest är tid med vårdtagarna, vilket är en fråga om arbetsorganisation.” **Undersköterska**

3.3 Lösningar

Gårdagens rutiner – kvalitetssäkrade genvägar?

Ett gemensamt system mellan kommun och landsting underlättar kommunikationen och fungerar bra om det alltid används – men är det hela lösningen? Tidigare användes en ”lila” pappersblankett för patientinformation, och där dokumenterades också orsaken till att patienten skickad till akuten från boendet. Blanketten skickades fysiskt med patienten. Det gick snabbt att sätta sig in i ärendet för akutpersonalen och de kunde även använda den för meddelande tillbaka då patienten skickades hem igen. Nu när samma information finns elektroniskt så behöver personalen logga in i ett system för att kontrollera om det står något på patienten, vilket tar mycket längre tid, samt att orsaken till hemgång inte dokumenteras lika snabbt i systemet. Men den största styrkan med papperslappen var att ambulanspersonalen kunde se informationen – vilket de inte alls kan i det digitala systemet – då kunde de agera säkrare med patienten under transporten. Digitaliseringen av vården riskerar att ta bort rutiner som bidrar till ökad patientsäkerhet, effektivare vård och minskade missförstånd. Man bör alltså se till att alla inblandade kommer åt relevant information direkt, vilket inte är svårt med

dagens mobila informationsteknologi, men som naturligtvis fordrar att integriteten bevakas. Pappersutskrifter kan fortfarande vara det enklaste i vissa situationer.

Delaktighet i utformande av arbetsverktyg

”Vi fick anpassa vårt arbetssätt efter systemet istället för tvärtom.” **Läkare**

”Man får gå igenom sin dag och se efter att varje minut finns med. Exempel på ändringar som görs är tid för resor emellan de olika vårdtagarna som är planerad i förväg, inte alltid det stämmer sedan, eller att det kommer akutlarm mitt under dagen som gör att det blir omkastningar i schemat.” **Undersköterska i hemtjänsten**

På en av de besökta platserna vittnar vårdpersonalen om hur stor skillnad de upplever med dagens system från det tidigare IT-systemet som de själva fått vara med och utveckla och anpassa efter verksamheten. De upplevde då att systemutvecklarna lyssnade på dem och var med ute i verksamheten och såg hur de jobbade. Det gamla systemet bedömdes emellertid vara för dyrt att vidareutveckla och inkompatibelt med andra system och det satsas istället på ett centraliserat verktyg som är gemensamt för hela kommunen. Men i utvecklingen av det nya systemet och rutiner tilläts användarna inte delta trots att många uttryckt en vilja att påverka och berätta om sin arbetssituation i syfte att få verktyg som fungerar för att stödja dem i de uppgifter de ser som primära i sitt yrkesutövande. Mycket av kunskap och agerande inom vårdsektorn sker utan att vara helt uppenbar för en utomstående såsom ledning och systemutvecklare. Man bör alltså låta vårdpersonalens expertkunskap om vårdsituationen på ett avgörande sätt påverka systemutvecklingen, som i ”kooperativ design”¹⁸. Där sådan kunskap medverkat till ett bra system bör man överväga att se till att detta system kan utbyta information med andra centraliserade system snarare än att byta till dessa centraliserade system.

Samordning - mer än informationsutbyte

”Anhörigstödet har varit väldigt viktigt – en livlina. Att kunna bolla de viktiga besluten med någon som är insatt – det är något att ta med sig till andra ställen i Sverige.”

Anhörig

Vi har mött både anhöriga och vårdpersonal som betonar vikten av anhörigstöd i vården. De anhöriga har många gånger upplevt uppgiften att bistå sina anhöriga i deras kontakt med vården som övermäktig, framförallt då de blivit ombudda att ta beslut i vårdande frågor de inte har kompetens i, vilket upplevs som mycket stressande och påfrestande. De anhöriga påpeka även vilken stor roll anhörigstödet spelat då de har haft frågor om den anhöriges symptom och behandlingar. Anhörigcentrum fungerar som en länk mellan de anhöriga och sjukvården.

Det stöd som Anhörigcentrum ger i en mängd olika sammanhang beskrivs som mycket värdefullt. Anhöriga berättar om äldre patienter som förtvivlat då de inte vetat vilken av alla kommunikationskanaler de ska använda och hur de ska bete sig för att komma i kontakt med vården. Även om man har olika erfarenheter av informationsteknologi, och framtidens äldre förmodligen kommer att känna sig mer hemma med IT än idag, så är det värdefullt med ett mänskligt stöd. Systemet med anhörigcentra skulle därmed behöva utvecklas.

¹⁸ Sundblad, Y. (2001): Tjugo års erfarenhet av kooperativ design med användare. In Bertil Olsson (ed.): *Användarperspektivet*, VINNOVA RAPPORTER VR 2001:18, sid.23-29.

3.4 Diskussion kring problematik och lösningar

Att användarna i enkätstudien vittnar om att möjligheterna till kommunikation och samverkan inom teamen och med andra enheter är goda tyder på att det inte är bristande teknik som är orsaken till svårigheterna, utan att det är en fråga om organisation.

Detta förstärks av observationer och diskussioner från flödesstudierna. De ”lösningar” som nämns ovan tar främst upp IT-systemlösningar men organisationsförändringar, som ger mer tid för kommunikation, direkt åtkomst av information där och när den behövs och manuell registrering av information bara där så är motiverat, är ännu viktigare. Huvudmannagränser får inte begränsa.

3.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa

Den syn på vården som förs fram i eHälsostrategin betonar samverkan mellan olika vårdgivare, patienter och anhöriga. Den möjliggörs av genomtänkt informationsförsörjning, som dock inte kan bygga på dagens strukturer, processer och roller. Ska potentialen i ny IKT tas till vara handlar det snarare om att arbetsfördelningen mellan vårdenheter och kunder kan behöva anpassas - en förändring som på 2000-talet påbörjats på många håll genom samordning mellan vård och socialtjänst, och mellan primärkommuner och landsting.

I våra flödesstudier märker vi en oro över att IT-system ska tvinga på en anpassning till andra vårdgivares behov, vilket i samtalen beskrivs som en anpassning till den mer kvalificerade vården på bekostnad av enkel hantering av de många mer rutinmässiga fallen. Men de lösningar som nu växer fram måste, liksom företags affärssystem, medge framtida förändringar i organisation och arbetsflöden. Vi uppfattar det som att olika projekt bland dem som samordnas av CeHis har denna ambition men har inget underlag för att bedöma om ambitionen håller på att förverkligas.

Här är det naturligt att citera IT-ministerns inlägg i riksdagsdebatten 2010-12-21:

”Om vi i högre utsträckning lyckas integrera IT i vården, och se till så att vi har system som kan prata med varandra - över verksamhets- och huvudmannagränser - så skulle vi både kunna öka kvaliteten i vården, samtidigt som säkerheten skulle förbättras och möjligheterna till ökad patientmakt stärkas. Och med hjälp av smart använd IT kan vi dessutom definiera behörigheter och därigenom säkra patienternas integritet.”¹⁹

3.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar

I sin Vinnova-rapport 2006 beskrev Olve och Vimarlund²⁰ ett slags intressebalans vid införande av informationssystem för samverkan över organisationsgränser. Nya möjligheter att sända provsvar från bostaden till ett sjukhus kan förutsätta att hemtjänsten får rätt att hantera provtagning och sända resultaten och att sjukhuset investerar i utrustning och ger läkare nya arbetsuppgifter. De leder till att vårdcentralen får färre besök, att det blir färre färdtjänstresor, och att ekonomiska ersättningar styrs om. Uppenbart kommer inte alla dessa förändringar alltid att te sig lika attraktiva för alla parter. Att politikerns nyckeltal och ekonomiska lösningar påverkar vården är välkänt och givetvis avsett. När ny samverkan avser olika huvudmän och olika professioner kan de vara ännu mer

¹⁹ Anförande vid Riksdagens debatt om utgiftsområde 22, Kommunikationer, 2010-12-21, Anna-Karin Hatt, IT- och regionminister

²⁰ Nils-Göran Olve och Vivian Vimarlund, *Elderly Healthcare, Collaboration and ICT – Enabling the Benefits of an Enabling Technology*. Final Report. Vinnova Report VR 2006:05.

avgörande för vilka projekt som genomförs och lyckas. Som lätt inses är det också en fråga om "tajming": när de nya informationssystemen införs bör de organisatoriska incitamenten redan finnas på plats. Här skulle vi välkomna mer konkreta studier och forskarmedverkan för att undvika onödiga misslyckanden.

En annan strömning inom aktuell forskning pläderar för större öppenhet vad gäller hur information anpassas i flöden mellan organisationer. Den hävdar att det inte går att förutse och föreskriva vilken information som ska användas. Termen informationsflöde fångar inte att informationen förädlas på vägen, kanske både genom tillägg och gallring. Bland de forskare som argumenterar på detta vis finns engelsmän och norrmän²¹, men deras tankar har även likheter med resonemang som konsulter och forskare började driva för tjugo år sedan under beteckningen knowledge management²². Beroende på situation och strategi kan det här både bli fråga om kunskapsstyrning och att mer lyhört skapa förutsättningar för decentral kunskapsodling och kunskapsutbyte.

Att följa förändringar i organisationsstrukturer, ansvar, arbetsfördelning, processer och ekonomiska avräkningar i samband med införande av nya system är angeläget projekt och bör företas så snart något sådant projekt för samverkan över organisationsgränser dyker upp.

4. Kan patientkrav ge bättre IT-stöd i vården?

Detta tema bygger främst på intervjuer av patienter och vårdpersonal då patientperspektivet inte täcktes av den kvantitativa studien (enkäten).

4.1 Frågeställningar

I skrivelsen Nationell eHälsa kan vi läsa att alla invånare ska ha åtkomst till information om de egna vård- och omsorgsinsatserna via nya e-tjänster. Patienterna ska själva kunna dokumentera och dela information om sin egen hälsa och det ska utgöra en resurs både för patienterna själva men även för personalen. Information om olika vård- och omsorgsinstansers tillgänglighet, kvalitet och bemötande ska finnas lättillgänglig för att invånarna aktivt ska kunna välja rätt vård- eller omsorgsgivare. Frågan är vad detta kommer att innebära för vården, dess organisation och patienterna själva? Hur ser patienterna på dagens system och vad är deras förväntningar – skulle ökade patientkrav kunna ge bättre IT-stöd i vården och skulle ökat patientinflytande kunna påverka hur vi ser på vård och hur den blir utförd?

4.2 Problematik

Det finns uppenbara behov av att förbättra stödet som patienterna får när det gäller IT-system i kommunikation med vården. Det mest uppenbara problemet från de båda studierna i Dalarna och Östergötland var de olika listor där patienternas läkemedel presenteras för patienterna och som visar aktuella mediciner på olika sätt, vilket medför en stor patientsäkerhetsrisk. Läkare i flödesstudierna har visat stor frustration över att det finns flera olika läkemedelslistor för patienterna och har speciellt pekat på risken för felaktigheter med apotekets lista. Den tar inte bort äldre läkemedel och kan innehålla flera läkemedel med samma substans som ser ut som två olika. Inte heller listan som

²¹ Moser, Ingunn och Law, John (2006) "Fluids or flows? Information and calculation in medical practice". Information Technology & People 19, 1, 55-73

²² Davenport, Thomas (1997) Information Ecology: Mastering the Information and Knowledge Environment. New York, Oxford: Oxford University Press

man kan få ut ur journalsystemen är anpassad för patienterna. Ett stort problem är just att det i många fall blir patienten själv som måste ansvara för att läkemedelslistan är korrekt.

”Jag får ut tre A4 med mediciner från apoteket, varav tre är likadana blodtrycksmediciner. Nu har jag ju koll på vad jag ska ta och inte, men det är en oerhörd säkerhetsrisk. Ingen överblick över vem som skriver ut vad!” Patient

Patienterna är överlag besvikna över den nivå på de e-tjänster som erbjuds för patienter idag – de jämför med företag och andra offentliga organisationer som tillhandahåller tjänster för kunder och medborgare. För att patienterna ska kunna ta ett större eget vårdansvar behövs stödsystem som är anpassade för patienterna och de anhöriga utifrån deras vårdssituation och behov av förbättringsstöd. Det finns idag inte tillgängligt i de tjänster som erbjuds för den bredare allmänheten.

En annan aspekt som blir tydlig, när frågor om e-tjänster för patienter diskuteras med vårdpersonal, är att personalen själva har en annan syn på sin roll som aktör i dessa tjänster. Majoriteten av den intervjuade vårdpersonalen ser inte fördelarna med e-tjänster för patienter och möjligheter att dessa tjänster skulle kunna stödja patienterna utan ser det snarare som ytterligare ett IT-system att ta hänsyn till i sitt arbete. Personalen utgår framförallt från sin egen situation och fokus för dem ligger på att få de befintliga IT-systemen de använder att fungera, för att kunna ge patienten bästa möjliga vård. Vad behövs för att få personalen att se möjligheterna i nya e-tjänster? Angående stödsystem för egenvård med möjlighet till egendokumentation anser exempelvis en telefonsjuksköterska att det skulle kunna vara en bra lösning då hon därmed skulle ha något att erbjuda de patienter som inte behöver komma in på ett besök och hon utan större arbete skulle kunna stödja och se utvecklingen av patientens process. Hon ger idag s.k. egenvårdsråd men att dessa patienter lämnas utan uppföljning. En del av problematiken är alltså att få personalen att se IT mera som en möjliggörare för en bättre interaktion och stöd i kontakterna med patienterna än som ett hinder (på grund av de upplevda bristerna i dagens IT-stöd) för att de ska kunna ge god vård.

4.3 Lösningar

En e-tjänst för sin aktuella läkemedelslista

En lösning på problemet med en enhetlig och aktuell läkemedelslista är att få möjlighet att genom dagens journalsystem få ut en uppdaterad och lättförståelig utskrift som hjälper patienter och anhöriga att se tydligt vilka mediciner som ska tas (även inkluderande alternativa varumärken) samt när den ska tas, eller vid vilka behov. Det skulle kunna medföra att patienterna förlitar sig mera på den listan än den de får från apoteket. En annan lösning som en läkare på en vårdcentral i Östergötland föreslog var att, på samma sätt som de kan skriva ut läkemedel till apoteken, borde de kunna avsluta dem, att de försvinner från apotekens listor när man uppdaterat läkemedelslistan i journalsystemet. Detta skulle kunna lösas i en e-tjänst som visar aktuell läkemedelslista med de aktuella uttag (varumärken) som gjorts på apoteken. Denna lista skulle också kunna visa på behovet av förnyelse av recept med en bevakningstjänst (om patienten bokför tagen medicin eller utifrån plan från läkaren). Det skulle även kunna finnas en lista över aktuella recept som finns utskrivna från apoteken. Denna lösning kräver samordning och en fördjupad samverkan mellan landsting och apoteken. En annan aspekt på detta är att låta farmaceuter vara till hjälp för patienter med många olika läkemedel. En av patienterna med många åkommor och läkemedel har tagit hjälp av apotekare för att sortera upp medicinerna och lära sig vilka läkemedel som motverkar varandra eller orsakar biverkningar. Patienten fick då lära sig hur många timmar emellan hon måste ta vissa läkemedel etc. Detta stöd, att kunna se interaktion mellan olika läkemedel, borde också finnas tillgängligt som e-tjänst. I dag får patienterna själva hålla reda på detta.

Tillgång till dokumentation och att dokumentera via en e-tjänst

Alla patienterna i vår studie som hade tillgång till sina uppgifter via en e-tjänst var erfarna patienter som hade god kunskap om sina respektive tillstånd och också ett intresse och behov av att veta vad som sker med dem i vården. *”Jag var nog en ”besvärlig” patient som vill veta allt som berör min sjukdom”* kommenterar en av patienterna angående varför denne blev utvald till projektet. En annan säger att han ville ha möjligheten att själv kontrollera sina provsvar. En tredje tar ut provsvaren och lägger in dem i Excel för att få fram hur värdena samvarierar över tiden. Den tredje patienten uttrycker att läkarna uppfattar att hans kurvor i Excel ger ett bättre beslutsunderlag än det som finns i sjukvårdens egna IT-system. I ett annat fall med en mycket ovanlig sjukdom känner patienten en trygghet i att få ta del av hur hennes fall hanteras och att hon själv kan kontrollera att inget missas eller missförstås *”då de flesta av sjukvårdspersonalen jag träffar i andra sammanhang (inte direkt pga. tillståndet) inte har samma kunskap om vad sjukdomen innebär – jag kan det bättre.”* Alla upplever det alla som väldigt positivt att få direkt tillgång till vårdens dokumentation och använder det på olika sätt; för att få mera information, för att kontrollera och för att använda sig av informationen. Det är en e-tjänst som de inte skulle vilja vara utan – dock ställer de sig frågande till om det passar för alla patienter.

Patienterna i detta fall hade själva svarat på en förfrågan eller blivit rekommenderade att vara med i projektet med tillgång till landstingens IT-system och var överlag väldigt positiva till de möjligheter som hade öppnats och ville få tillgång till fler tjänster/möjligheter, exempelvis tillgång till hela journalen. De ansåg dock att det behövs god IT-kunskap samt kunskap om hur vårdens organisation ser ut, men framförallt behöver man kunna förstå det som står skrivet i journalen, vilket denna patientgrupp gjorde då de levt länge med sitt tillstånd. Vad de menar med att veta hur vårdens organisation ser ut var för att kunna tolka meddelanden, remisser och journaltexter i sitt sammanhang.

Läkare uttrycker också farhågor om patienterna ska kunna läsa direkt under utredningsarbetet där olika diagnoser testas – det skulle kunna skapa onödigt oro för patienterna. Här behövs kopplingen till landstingets journal ses över och en lösning skulle kunna vara att journalen inte är direkt tillgänglig under utredningsarbetet utan enbart på förfrågan från patienten och då med möjligheten att personalen kan informera ytterligare. Viktigt att beakta är också som en sjuksköterska uttrycker det:

”Allt syns inte i text. Vi som ser våra brukare nästan dagligen anar förändringar och tidiga tecken på till exempel demens medan de anhöriga i samtal med föräldern får höra att ”nej, visst – det går bra att bo hemma”. Att påtala för anhöriga att det nog är dags att börja tänka på ett annat boendialternativ med mer stöd, är många gånger väldigt svårt. De har inte sett förändringen över tid så tydligt som vi har.”

En e-tjänst som underlättar patienternas lärande

”Det är framförallt ett lärande att ha tillgång till egna uppgifter.”

”Jag kan kontrollera och förstå på ett icke inlindat sätt vad läkaren anser om mitt tillstånd när jag läser journalanteckningarna efter mötet.”

Patienterna upplever att det uppstår ett lärande av att de får ta del av informationen. En patient för egen journal med observationer över sitt hälsotillstånd för att se trender och upptäcka symptom för återfall så snabbt som möjligt. Ytterligare en berättar att hon skickar dagboksanteckningar till sin läkare när hon behöver skriva av sig. Bara att hon vet att någon ser lugnar henne, och hon vet att läkaren tar kontakt om det behövs. Andra lyfter upp möjligheten att få återkoppling från vården - exempelvis om man ska gå ned i vikt eller lägga om sin kost ger det motivation om man vet att någon ser vad man gör.

Men kan det vara en säkerhetsrisk om det inte finns någon bakom systemet som faktiskt följer upp patientens dokumentation? Dessa patienter experimenterar själva med medicinering, för att se hur det påverkar provresultaten eller sitt allmäntillstånd, ”*tar jag mindre av viss medicin så går värdena upp*”, vilket skapar ett lärande och motivation för patienten att ta sin medicin, men agerandet är inte så patientsäkert. Genom tillgång till vårdens dokumentation och möjlighet till egen dokumentering skapas ett lärande och även aktivitet för livsstilsförändringar kan stimuleras.

För att underlätta patienternas förståelse och lärande kring sitt tillstånd eller kring livsstilsförändringar för att förebygga sjukdom behövs ett stöd byggas upp. En e-tjänst som underlättar enklare statusuppdateringar, ger möjligheter till bakgrundsbeskrivningar och sammanfattning av nuvarande tillstånd (som kan sändas till läkare innan möte), möjlighet att ta hand om data från provresultat och se skillnader över tid. Detsamma gäller även vikt, mått, aktivitet (motion), blodsocker värde och blodtryck etc., mätningar som patienterna kan göra själva hemma. En del av tjänsten fokuserar på att stödja patienternas lärande, men här skulle även en bra dokumentation kunna vara underlag för planering av vården tillsammans med vårdgivarna. Att tillsammans kunna sätta upp en plan som vid nästa möte diskuteras och justeras i samverkan med patient, anhöriga och vårdpersonalen.

En faktabaserad e-tjänst med kvalitetskontroll

Alla de intervjuade patienterna har använt sökmotorer för att lära sig mera om sina tillstånd på olika hemsidor men de uttrycker en oro och vill gärna känna att de kan vara trygga i att det de läser är vedertagen information. ”*Det man hittar är generaliserad information, bättre att få veta vad som gäller just mig.*” Här skulle de vilja få bättre stöd i kvalitetssäkrade sidor. Bifogat är en lista som en patient skrev ner på frågan om vilka andra källor som de använder sig av i sin egen vård och eget lärande.

- Det mesta på landstingets hemsida - nyheter, organisation, politikeruppräknings, telefonnummer.
- Vårdprogram: LiO, övriga landsting, EUA
- Register över kliniska prövningar (huvudsakligen USA's)
- LIF: patientorganisationsinfo
- FASS.se - en guldgruva
- 1177.se, Vårdguiden.
- Hemsidor patientföreningar och – förbund
- SOS nationella riktlinjer
- Nationella statistksammanställningar
- Onkolog- och urologkliniker i Sverige och utomlands
- Netdoktor, Internetmedicin
- Nationella och internationella resultat och forskningsgenombrott
- Dödsorsaker

Patienten tog också upp vikten att få reda på forskningsfronten och aktuella kliniska studier för de patienter som befinner sig i slutet av sjukdom. Här behöver forskarna bli tydligare i vad som gäller och vad som faktiskt undersöks för närvarande och hur man kan göra för att kunna ingå som försöksobjekt i studien.

Ökad genomskinlighet ökar patienternas möjlighet att kräva effektivisering

Patienterna som vi frågade har direkt tillgång till sjukvårdens system och det innebär att de också kan se hur långa ledtiderna är i olika processer. För labbsvar syns det tydligt i vissa fall att de finns tillgängliga i systemet dagen efter provtagningen, men först efter 2-3 veckor ges besked via brev. Patienten som upplevt detta informerar nu alla i samma situation att ringa dagen efter och få beskedet direkt istället för att gå och oro sig i flera veckor. En annan säger: ”*Jag blir mera orolig av att vänta på svar än att få reda på svaret snabbt, även om svaret inte var så bra*”. Genom att kunna följa remisser och svar kan patienterna följa och kontrollera informationsförsörjningen mellan vårdenheter. Att själv kunna se att en remiss blivit ivägskickad och mottagen och när svar inkommit innebär också att patienten själv kan se när något missats. Om patienterna får reda på ledtiderna och kan se hur kort tid det skulle kunna ta med en annan organisation av hanteringen kommer det att ställa krav på effektivisering.

Nya e-tjänster ersätter inte kraven på tillgängligheten och personliga kontakter

De intervjuade patienterna har överlag varit positiva till en utökning av användning av e-tjänster men de befarar också att utvecklingen kan gå åt fel håll. Vad de verkligen önskar är en mer lättillgänglig vård.

”Även fysiskt, att få tag i en faktisk person!”

”Vi måste akta oss för att ”IT-fiera” hela kontakten med vården. Allting ska rationaliseras, men det får inte resultera i att patienterna får mindre tid och mer tid läggs på datorarbete för vårdpersonalen.”

4.4 Diskussion kring problematik och lösningar

Detta tema beskriver ett patientperspektiv där patienten ses som en framtida indirekt användare av de IT-stöd som finns i vårdorganisationerna och som direktanvändare av framtida e-tjänster. Det finns liknande problematik för de framtida e-tjänsterna som i nuvarande systemstöd, exempelvis gällande hanteringen av läkemedelslistan. Även här anser vi att det vid utveckling av systemen i framtiden behövs ta hänsyn till att patienterna kommer att vara både direkta och indirekta användare av sjukvårdens system. Detta gäller givetvis även för personalens användning av dessa system. För de mera direkta e-tjänsterna behöver man utveckla tjänsterna i samverkan med olika medborgargrupper, där olika faktorer såsom patientens engagemang i sin egen vård, om det är anhöriga som vårdar eller vill få information, patienter med olika diagnoser och multidiagnoser samt patienternas datorvana bör beaktas för att nå de flesta av medborgarna.

En annan aspekt är att det kommer att krävas samverkan mellan olika aktörer för att få e-tjänsterna att bli kraftfulla. Här behövs innovativa idéer lyftas in från skilda organisationer som exempelvis vården, IT-företagen som erbjuder hälsosystem, apotek, företag som tillverkar medicinteknisk utrustning, hälsoföretag och gym. Det finns en mängd olika aktörer som skulle kunna samverka men kanske behövs en gemensam plattform för *open innovation* som kontrolleras offentligt.

Patienterna i studien har tydligt lyft fram behovet av att få stöd i de egna vårdprocesserna, dvs. en vidareutveckling av dagens e-tjänster som fokuseras på att förmedla information mellan patient och vården. Det finns ett behov av e-tjänster som möjliggör stöd för patienter och medborgare i sin egenvård. Genom att möjliggöra mer genomskinlighet i vårdens processer tillåts patienterna bli kravställare och skapar också ett stöd för bättre kommunikation mellan patienter, anhöriga och vårdteamet. För att åstadkomma detta behöver även vårdens processer ses över och för egenvård, uppföljning och vid livsstilsförändringar behöver perspektivet gå från vårdgivare till vårdcoach för vårdpersonalen med fokus på gemensamt beslutsfattande och samverkan.

Tydligt är också att de nya e-tjänsterna inte löser dagens problematik med vårdens IT-system utan ställer snarare ännu högre krav på användarperspektiv, organisationsförändringar och nya IT-lösningar, samtidigt med kraven på en god och tillgänglig vård.

4.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa

I strategin för nationell eHälsa finns tydliga visioner mot de lösningar och den problematik som lyfts i detta tema. Det finns en stor medvetenhet på central nivå och IT-strategin tar upp vital IT-funktionalitet som måste finnas för att realisera visionerna. Det diskuteras också om innovationer och nya sätt att erbjuda olika tjänster till medborgarna.

Områden och tjänster av särskild vikt för det fortsatta arbetet²³:

- alla invånare ska kunna använda säkra personliga e-tjänster för åtkomst till information om egna vård- och omsorgsinsatser
- tjänster där individen själv kan dokumentera och dela uppgifter om sin egen hälsa ska utvecklas som en resurs för både personal och individen själv.
- information om kvalitet, tillgänglighet och bemötande ska presenteras på ett målgruppsanpassat och användarvänligt sätt för att möjlig- göra fria och informerade val.”

Svårigheterna att realisera den reviderade IT-strategin är desamma som för den tidigare IT-strategin; att få med sig personalen, patienterna och anhöriga. Det kommer krävas mer än enbart nya IT-lösningar, det krävs att stort fokus läggs på nya mentala modeller för samverkan, nya organisatoriska lösningar och modeller för att hantera samverkan och att individerna ser möjligheterna med tekniken och inte behöver fokusera och bygga upp rutiner för att säkra upp bristande systemstöd.

Innebär tillgång till IT-stöd en möjlighet för patienter att bli experter på sina sjukdomar och att själva ta ett större ansvar och minska felaktigheter? I diskussion med patienter om huruvida detta är möjligt för alla patienter så hävdade de intervjuade patienterna att det inte är det, men att de som har möjlighet att göra det kan avlasta vården så att andra som inte har samma förutsättningar kan ta del av större omhändertagande. Frågan är om detta är att föredra, eller om det i framtiden kommer att driva ner kostnaderna så att de patienter som inte tar ett större ansvar hamnar utanför? Dessa farhågor tar även personalen upp i valideringsgrupperna.

4.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar

Det finns mycket forskning kring olika metoder, verktyg och möjligheter för att utveckla e-tjänster men det saknas en helhetssyn där man inte enbart fokuserar på en patientgrupp, ett behov eller en relation till vårdsektorn²⁴. Ett perspektiv på denna forskning utgår från patienternas lärande och deras egen vårdprocess i samverkan med vårdens vårdprocess. Patienternas, invånarnas process att vårda sig själva börjar från födseln med föräldrarna som ansvariga och genom hela vuxenlivet till ålderdomen med ev. anhöriga som stöd. Invånarna kommer att ha olika behov och behoven kommer att variera över tiden, från ren intresseinformation (t.ex. viktkurvan över livet), stöd i egenvård och livsstilsförändringar till behov av hjälp med avancerad vård.

Även i detta perspektiv är det relevant med användarmedverkan, och då även invånarnas utöver vårdpersonalens, i utvecklingsprocesserna och användning av den forskning som finns i det området. Problematiken kommer troligtvis att bli tydligare då invånarna bara kommer att använda de tjänster som de finner direkt nytta med i deras livssituation.

5. Rätt använda IT-stöd sparar miljarder

5.1 Frågeställningar

Både den kvantitativa och kvalitativa studien belyser en klassisk fråga vid införande av nya informationssystem: hur gör man för att förverkliga deras potential att ge nytta?

Det gäller särskilt informationen i systemen. Hur undviker man resurskrävande onödigt dokumentationsarbete? När informationen mottagarna där och när de behöver den? Satsningar pågår på att förbättra vårdinformationens struktur. Men det handlar också om att systemen är användbara och att

²³ Nationell e-hälsa, s. 15

²⁴ Askenäs och Aidemark, 2009, 2010, 2011 kommande

de används rätt, dvs. arbetssätt och kompetens. Sker tillräcklig verksamhetsutveckling i samband med att nya IT-stöd införs? Modifieras arbetssätt efter hand som man lär sig systemen?

Särskilt gäller detta när nyttan uppstår först när flera organisationer samverkar. Hur hittar man fram till sådana lösningar?

5.2 Problematik

De som besvarat vår enkät anser att deras informationssystem visserligen sparar tid i dag, men att det finns en ännu större potential till tidsvinster om systemen fungerade optimalt. (Jämför del 1, avsnitt 6.) Delvis är det fortfarande tekniska problem, som väntetider och inkompatibla system, som är förklaringen, men i intervjuer och möten nämns ofta oklarheter kring vad som bör dokumenteras och hur information kan användas för samverkan.

Tidsuppskattningarna i vår enkät går att översätta till höga penningbelopp. När de som svarat menar att effektiviseringar är möjliga, kan det bero på att systemen är olämpliga men också på att de inte används rätt. Kan man förverkliga bara en del av förbättringarna skulle det enligt enkäten spara arbetstid värd hundratals miljoner kronor per år. Med normal livslängd för system motiverar det ytterligare miljardsatsningar på system och hur de används.

I våra beräkningar är det personalens lön som ligger till grund för de beräknade miljardebelloppen. Till det kan vi lägga värdet av patienters tid, arbetslokaler m.m. Givetvis är det inte fråga om att helt eliminera onödig tid, och pågående nationella och lokala projekt bör inom några år kunna ändra situationen. Tidsvinsterna är dock så stora att de är en viktig maning att öka insatserna att ta fram bättre, och bättre samordnade, systemmiljöer för de anställda inom vården. Varje år de tvingas leva med dåliga lösningar medför kostnader, hotar medarbetares engagemang och arbets kvalitet – och patienters hälsa.

En jämförelse med andra branscher bidrar till att bredda perspektiven på de resultat som rapporten visar. En motsvarande användarundersökning inom industri, handel och teknik under samma tidsperiod²⁵ visar bl.a. följande resultat. Det finns områden där IT i vården är betydligt bättre. Särskilt gäller detta utbildning, där 7 av 10 användare i vården är nöjda mot bara 5 av 10 i industrin. Det finns också områden där IT i vården ligger långt efter. Hit hör samverkan med kunder, där 7 av 10 i industrin är nöjda mot bara 3 av 10 i vården. Vi likställer då kunder med grupperna patienter och anhöriga. Och inte minst att användarna i sina självuppskattningar av vad som kunde sparas om systemen fungerat som önskat. Industrin uppger 2-3 gånger högre tidsbesparingar än vården, en indikation som styrker våra konklusioner om att IT i vården – eller i varje fall dess utnyttjande – är underinvesterat. Det talar i samma riktning som den nationella IT-strategin, att ”framtidens informationssystem inom vård och omsorg måste grundas i synen på individen (patienten/omsorgstagaren) som en aktiv och välinformerad aktör i sin egen vård och omsorg”.

För användare är det ofta svårt att se om det är systemen eller deras användning som behöver förbättras. Eller också skymms blicken av brister i systemens handhavande, och man har svårt att föreställa sig hur de kan användas för att till exempel samverka på nya sätt över organisationsgränser. Problem som nämndes av flera i våra samtal innebär i själva verket en stor och viktig potential för förbättring, både vad gäller resursåtgång och kvalitet:

”Om det fungerade och alla visste hur de skulle använda systemet skulle jag ju spara 30-60 minuter varje gång jag delar ut läkemedel.” Läkare

”Om IT-systemen fungerade optimalt är det ganska mycket tid som skulle kunna sparas! 30-60 minuter per dag, minst.” Biståndshandläggare

²⁵ UsersAward, IT-miljöundersökning Union 2010, ännu ej publicerad. Undersökningen hade något större slumpmässigt urval (5000 respondenter) men också en något lägre svarsfrekvens (51%).

”Systemet är jättefarligt om man inte är medveten om riskerna. I läkemedelsmodulen går det att göra jättemycket fel.” **Läkare**

”Läkemedelslistan är en stor och farlig katastrof!” **Sjuksköterska**

”Jag vill kunna sköta mitt jobb och lämna resten åt någon annan som har valt det som yrke.”
Undersköterska

”Man funderar över varför man ska göra vissa saker, vem som ska ha nytta av det?”
Undersköterska

”Det vi saknar mest är tid med vårdtagarna, vilket är en fråga om arbetsorganisation.”
Undersköterska

Det finns tekniska problem som väntetider och inkompatibla system. Men kanske är osäkerheter kring arbetet med systemen ett större problem. I yrkesrollen ligger, helt korrekt, en konservatism: man har höga krav på sekretess och integritet och vill se evidens att nya lösningar håller och är uthålliga. Rykten om negativa erfarenheter, till exempel i ett annat landsting, sprids snabbt och de som behärskar ett system kan tveka inför en förändring, även om det gamla systemet inte fungerar särskilt bra.

För system som används över organisationsgränser ökar dessa problem, när arbetssätt och införande i flera vårdverksamheter måste harmoniera.

5.3 Lösningar

Våra enkäter och kvalitativa studier ger inte några omfattande och nya idéer till hur problemen ska hanteras, utöver en återkommande uppfattning hos personalen av att inte ha fått påverka tillräckligt. Vår svårighet att mobilisera personer för fokusgrupper mm visar dock att många inte är så angelägna att lägga tid på IT-frågor, och man inser förstås att alla inte kan medverka vid val av större och mer samordnade projekt.

De lösningar UsersAward och dess forskarpanel tror på efter studierna bygger snarare på erfarenheter från andra organisationer och samhällssektorer, inte minst forskningsrön (se nedan), och kan ses som ganska uppenbara. Att snabbt realisera nyttopotentialen är värt omfattande satsningar i tid och pengar – det tyder även enkäternas tidsskattningar på. Vissa forskare hävdar att man bör satsa upp till nio gånger vad ett tekniskt system kostar på att utveckla nya arbetssätt, ändra organisation och införa ny kompetens. I vård-Sverige med dess uppdelade struktur kräver många av de system som idag införs ändrade gränslinjer, ändrade ansvar, incitament och rapporter, nya kompetenser och aktivt lärande – allt samordnat i tydligare strategier för vårdens informationsförsörjning.

I princip finns detta i de nationella strategierna för IT i vården. I fritextkommentarer till vår enkät och i våra samtal möter vi dock mycket lite av detta. Hur har det förts ut till de vårdenheter vi besöker? Hur har det präglat upphandlingar och införanden av nya system? Hur har man lokalt översatt förändringsbehovet i mål och styrning? Det skulle kräva ytterligare studier att besvara de frågorna, liksom för att ställa prognoser på om problematiken ovan kommer att hanteras framgångsrikt med de nationella och regionala projekt som startat på senare år.

Våra rön bekräftar vår allmänna bild att intensivt lokalt arbete på arbetsplatser, och kontakter mellan arbetsenheter, där man är beredd att prova nya roller och rutiner, är avgörande för framgång. Givetvis bör detta ske i förening med snabba anpassningar av hur system tillämpas. Anpassningsförmåga är en nyckel till framgång, utom när ambitionen verkligen är att införa enhetliga arbetssätt på alla arbetsplatser. Det kan förekomma, men då är självklart bevisbördan stor för den som utformar och genomdriver dessa.

Bland de mer detaljerade råd som brukar ges finns att se över arbetsfördelning och rutiner så att anpassade vyer i system stödjer dessa. Inte minst gäller detta den vård med patienter och anhöriga som medaktörer som den nationella strategin förespråkar. Även våra studier visar på möjligheter och intresse hos vissa patienter att med lämpligt systemstöd engagera sig i sin vård och till exempel göra observationer på hur de reagerar på behandlingar. Att avgöra önskvärd omfattning på patientens krav på att diskutera sina data går långt utöver utformningen av IT-stöd, och förutsätter att berörda vårdverksamheter i sina strategier valt hur man vill se på denna samverkan. Mål och styrning för denna utveckling där informationssystem blir ett stöd är den egentligen självklara vägen att gå, snarare än att börja i kraven på vad som ska dokumenteras.

5.4 Diskussion kring problematik och lösningar

UsersAwards fokus var ursprungligen brister i system som kunde undvikas genom att utnyttja användares erfarenheter och genom att öka deras delaktighet vid införande och modifiering av system. Givetvis finns fortfarande sådana brister, och som vi nämner tidigare i rapporten har anspråken vuxit i takt med att alla i samhället i dag använder många olika system, även privat.

Ett vidare användbarhetsperspektiv är dock vad som kommer fram i våra studier, helt i enlighet med den diskussion kring IT-nytta som pågått internationellt i ett kvartssekel. Där ligger fokus på arbetssätt och anpassning till uppgifter och kompetens. När systemen ska bidra till att integrera arbetet mellan olika vårdenheter, och delvis även skapa nya kopplingar till patienter och anhöriga, är nödvändigheten att hantera detta väl ännu mer uppenbar.

Kompatibilitet, även över organisationsgränser, är ett ständigt återkommande tema i materialet. Det står också i fokus för de pågående nationella projekten kring standardiserad information.

”Där vi ser förbättringar är i kommunikationen med övriga, slutenvården. Där har vi mer info att hämta, på villkor att det dokumenteras. Det förpliktar att ha datajournal, de ska vara klara inom högst 48 timmar.” **Verksamhetschef på vårdcentral**

”Systemutformning har styrts av slutenvården, där ser man vinster. Men vi hade bra system och datavana. Vi hade väldiga protester, och protesterna kom från primärvården. Vi fick ändra arbetssätt på ett negativt sätt.” **Verksamhetschef på vårdcentral**

Om en poäng med skiftet är att underlätta samverkan, så kan t.o.m. en försämring vara ”rätt” – om den leder till tillräckligt stora förbättringar för andra som tar del av samma data. Mycket ofta är nytta och kostnader ojämnt fördelade mellan olika arbetsgrupper och individer. Vissa skulle klara sitt jobb bra ändå, men tvingas nu ägna omsorg åt att dokumentera sådant som andra i framtiden har nytta av att se. Är dessutom själva systeminförandet förenat med stora kostnader för några, medan andra kan bygga vidare på befintliga lösningar, så kan man vänta sig att entusiasmen och förståelsen för gemensamma system skiljer sig mycket. Vem vill investera för att helt andra aktörer ska spara pengar?

En viktig ledningsfråga är förstås att inse detta och förklara nyttan för helheten av att tillämpa nya arbetssätt, liksom självklart att göra det enkelt och belönande. Det har ibland räckt med att på ett levande sätt visa hur till exempel senare produktionsled utnyttjar och har glädje av att andra för in information på ett lämpligt sätt.

Sammanfattningsvis domineras användares upplevelse av sina IT-stöd fortfarande av

- Konkreta användbarhetsproblem (gränssnitt, väntetider mm) som besvärar och leder till misstro och obenägenhet att engagera sig i nyutveckling
- Dåligt kommunicerade och möjligen bristande strategier för hur systemen ska användas för nya former av samverkan inom vården och med patienter, vilket gör att man upplever att det är valet av systemlösning som påverkar arbetsutformningen snarare än tvärtom

- Som konsekvens av detta är det få, särskilt bland läkare, som ser det som viktigt och belönande att engagera sig i utvecklingen.

5.5 Koppling till den nationella strategin för vård-IT och eHälsa

Vår bild av de projekt som startats utifrån de nationella strategierna för vård-IT och eHälsa är att våra rön understryker sådant som redan är känt, och gör det ännu viktigare att hantera. Möjligen är det nytt att den operativa nivå som vi har haft kontakt med har märkt så lite av strategierna. Att granska hur de omsatts i ansvar, styrning och uppföljning har inte ingått i vårt uppdrag.

5.6 För området relevant forskning som kan ge stöd för lösningar

På 1990-talet talades det mycket om IT:s produktivetsparadox: att det inte fanns några belägg i nationell produktivetsstatistik för att de betydande satsningar som skett gav effekt. I dag är uppfattningen bland forskare²⁶ att den viktigaste förklaringen till detta är behovet av samspel mellan IT och andra förändringar, som ofta tar tid och kräver anpassningar.

En annan viktig förklaring är att vi snabbt börjar vänta oss en ökad servicenivå, vilket tvingar företag och offentlig verksamhet att till exempel erbjuda dygnetruntservice via internet utan att ta extra betalt. I lyckliga fall kompenseras det av rationaliseringsvinster, men under en övergångstid kan man behöva erbjuda även äldre kontaktvägar. Även här kan under en övergångsperiod IT ge nya kostnader utan motsvarande nyttoeffekter, utom för en begränsad krets tidiga användare. Och inte ens dessa kanske ännu har hittat fram till hur den nya tekniken kan användas.

En tolkning av våra studier är att den förbättringspotential som de som svarat ser som deras upplevda problem är en konsekvens av att nya IT-stöd ännu inte har fått effekt – att den ”möjliggörande teknik” som vi gärna talar om ännu inte utnyttjas. Det räcker förstås inte med att avvakta och hoppas att problemen ska lösas med tiden. För några år sedan talade vi i alla samhällssektorer om datorovana som skulle botas genom lärande och omsättning inom arbetskraften. Nu anser de flesta att det krävs större insatser än så för att ändra organisation, arbetssätt och matcha kompetenser, uppgifter och IT-stöd.

Det gäller till att börja med i förändringsarbetet vid olika vårdenheter. Om IT-nytta handlar mer om dessa faktorer, hur ser strategier och styrning ut i de enheter som lyckas? Ett pågående UsersAward-projekt ska ge vissa förslag, men här finns betydligt mer omfattande och säkert lönsamma insatser att göra kring till exempel upphandling, ansvar och ledningsarbete.

Det gäller även samverkan mellan vårdenheter. En tidigare Vinnova-rapport²⁷ belyste hur projekt över organisationsgränser kräver omsorg när det gäller att identifiera önskvärda följder och möjliga obalanser i vilka enheter som kan uppfatta att de gynnas respektive missgynnas, när gränssytor, roller och arbetssätt påverkas. Här finns också ett behov av ytterligare forskning för att få fram säkrare metoder för att analysera och genomföra förändringar.

Delar av detta ingår bland pågående arbete under CeHis och i olika forskningsprojekt, men det skulle vara av uppenbart intresse att till exempel Vinnova – som en uppföljning av denna och tidigare rapporter – satsade på att ta fram framgångsexempel och operationalisera de anvisningar som kan läsas ut av dem. Att bygga in omsorg om användbarhet, både i dess klassiska mening av

²⁶ Se Jason Dedrick, Vijay Gurbaxani & Kenneth L. Kraemer (2003), Information technology and economic performance: A critical review of the empirical evidence. *ACM Computing*, 35 (1), s. 1–28, och Erik Brynjolfsson & Adam Saunders (2010), *Wired for Innovation – How Information Technology Is Reshaping the Economy*. Cambridge, MA: The MIT Press

²⁷ Nils-Göran Olve och Vivian Vimarlund, *Elderly Healthcare, Collaboration and ICT – Enabling the Benefits of an Enabling Technology*. Final Report. Vinnova Report VR 2006:05.

medarbetares personliga användning och den nya vidgade syn kring organisationers nytta som präglat vår diskussion här, bör vara ett viktigt konkurrensmedel även för den svenska IT-branschen.

Del 3 Sammanfattning

Vad kan vi lära av Vård-IT-rapporten?

Våra viktigaste observationer sammanfattade vi redan i den inledande delen av rapporten. Enligt användarna har IT-systemen de senaste tre åren inte lett till att användarna har fått mer tid för patienten, och har inte gjort att vården anpassas bättre för varje enskild patients behov. Däremot har användarna idag en mer sammanhållen datamiljö, och de har fått ökad tillgång till information av god kvalitet om vård- och omsorgstagarna. Dessutom är IT-systemen mer patientsäkra genom att journaler är mer lättillgängliga än när de bara fanns på papper.

Samtidigt finns en rad frågetecken kring journalföring och hantering av information, särskilt läkemedelslistor. Intrycket är att väldigt mycket återstår att göra.

Det finns sannolika förklaringar till att de som svarar inte ser en tydligare förbättring. IT-användning har blivit mer utbredd och hanterar en större del av verksamheten. Det ställer högre krav på både system och användare. Vi var förvånade över de höga skattningarna av hur mycket tid som dagligen skulle kunna sparas om systemen alltid fungerade som önskat: läkare 56 minuter, sjuksköterskor 35 minuter, undersköterskor 17 minuter och läkarsekreterare 42 minuter. Värderar vi denna tid till årlig lönekostnad blir summan mer än fem miljarder kronor! Vi väljer att se detta som en potential för att ge mer tid för patientkontakt.

Det är dock inte hela bilden. I intervjuer och fokusgrupper talar många om systemen ur ett bredare perspektiv: har man hittat fram till lämpliga sätt att använda dem, och motsvarar systemen behoven när det gäller samverkan och patientkontakt? Här är några slutsatser:

- Utnyttjandet av journalsystemen verkar inte genomtänkt beträffande vad som är effektivt att dokumentera, varken med tanke på hur informationen ska användas av andra eller hur den kan ligga till grund för lärande. Eller så har de tankarna inte kommunicerats tillräckligt.
- Information är ibland dåligt anpassad till dem som ska använda den. Att låta patienter och anhöriga ta del av information är en möjlighet som än så länge knappast alls är beaktad.
- Glapp mellan olika vårdgivares system försvårar ofta samverkan kring patienters behov, trots att den i princip borde vara fullt möjlig. IT kompletteras med improviserade lösningar (papperslapp) som inte behöver vara fel, men i regel inte är avsedda eller ens officiellt medgivna.

Detta är bara ett axplock från de rön som vi redovisat i rapporten. De bekräftar den bild som kommit fram i andra studier, och understryker behovet av det pågående arbetet med nationella begrepp, vårdprocesser, principer för att säkra personlig integritet m.m. De visar också hur sammanvävd IT-utvecklingen är med att utforma arbetsuppgifter och arbetssätt, inte minst samverkan såväl inom som mellan vårdgivare. Ofta blir informationssystem det som för medarbetare konkretiserar sådan samverkan, eftersom de blir styrande för vad som görs. Enkät svar och intervjuer tyder på ett behov av ökad medvetenhet om detta, så att till exempel journalföring inte blir en teknisk fråga om att tillgodose de framväxande reglerna för journaler som möter offentliga krav, utan också utformas som en medveten del i samverkan mellan vårdgivare och patienter som utnyttjar tekniken för att skapa en modern vård.

Studien understryker därigenom behovet av att ägna mer uppmärksamhet åt vårdens organisation, arbetssätt och ansvar. God IT-användning är i synnerhet en fråga om att hitta informationsstrategier som tar vara på teknikens potential vid utformningen av vården.

Behöver vi mer forskning om IT i vården?

Inom vården är det regel att all verksamhet ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller givetvis forskning inom vård- och omsorg, men detsamma bör även gälla för de stödsystem av olika slag som vård- och omsorgsaktiviteter är beroende av.

De undersökningar som gjorts inom vård-IT-rapporten 2010 och på annat håll visar att vården idag är helt beroende av IT-system. Läkare arbetar t.ex. inom vissa delar av vården idag ca 50 % av sin arbetstid i direkt kontakt med datorer. Det är då självklart att IT-systemens egenskaper och utformning har en mycket stor inverkan på vårdarbetet: dess kvalitet, effektivitet och säkerhet, och på de professionella användarnas möjligheter att leva upp till de krav som ställs i en ny arbetssituation och arbetsmiljö, samt givetvis från patienterna. All utveckling och införande av IT i vård och omsorg bör därför göras med så hög kvalitet som möjligt och bygga på just vetenskap och beprövad erfarenhet.

Forskning inom vårdinformatik och om IT inom vård och omsorg är inget nytt. Det finns en omfattande forskningshistoria ända sedan sent 50-tal. Alltsedan 60-talet har genomförts en rad omfattande och ambitiösa utvecklingsprojekt med syfte att datorisera vårdarbetet. De flesta av dessa stora projekt resulterade i väldigt lite praktiska resultat, men ganska mycket dyra lärpengar. De projekt som fick effekter i form av i praktiken fungerande system var oftast småskaliga och lokala. Den kunskap som utvecklats genom all denna forskning och utveckling är mycket omfattande.

Det är dock en generell iakttagelse, som brukar diskuteras ofta bland forskare, att de IT-system som idag utvecklas och införs i vården inte alltid utnyttjar de forskningsresultat som faktiskt finns sedan tidigare. Orsakerna till detta är förmodligen flera. Ett ansvar ligger hos forskarna, som tydligen inte lyckats nå ut med sina resultat på ett sådant sätt att det tydligt påverkat de som beställer, utvecklar och inför IT inom vård och omsorg. Ett annat ansvar ligger på dem som utvecklar och levererar produkter och system för användning inom vård och omsorg. De utformar och utvecklar sina produkter utan att vara tillräckligt insatta i de resultat som faktiskt finns från tidigare forskning och utveckling. Ytterligare ett ansvar ligger hos beställarna av IT, dvs. hos ledningsfunktioner hos vårdens huvudmän. Dessa baserar inte heller alltid sina beställnings-, utvecklings- och införandeprocesser på vetenskapliga grunder.

Från diskussionen ovan skulle man kunna hävda att all den kunskap som egentligen behövs för att man ska kunna utveckla och införa bra, nyttiga, effektiva, säkra, användbara, accepterade och uppskattade IT-system inom vård och omsorg redan finns. På sätt och vis är detta sant; i princip finns den kunskapen i en grundläggande mening, men erfarenheten visar att den inte tillämpas i den omfattning som den borde. En slutsats man måste dra från detta är att det således saknas mycket kunskap om hur man ska gå tillväga för att få en positiv utveckling av IT-system och dess användning i vården.

För att skapa denna kunskap behövs fortsatt forskning, som till skillnad mot mycket av det som studerats tidigare bör handla om hur man ska tillämpa den kunskap som redan finns, så att den får genomslag i praktiken. Hur kan och bör IT utformas, utvecklas, införas och utvärderas så att den praktiska nyttan ökar för intressenterna, dvs. för patienterna, vårdens professioner samt huvudmännen?

Den forskning som behövs och bör prioriteras och få nödvändiga resurser handlar om att förbättra processerna för hur IT kravställs, utformas, utvecklas, införs, styrs och utvärderas. Utvecklingen måste genomföras i samverkan med dem som har olika ansvar för utveckling av IT i vård och omsorg, ha starkt fokus på att bidra till förbättrade förändringsprocesser samt ha en hög grad av

användarmedverkan. Det senare är en viktig förutsättning för att man på det lokala planet ska lyckas tillämpa den allmänna kunskap som finns på ett pedagogiskt och övertygande sätt.

En annan forskning som är viktig för framtiden handlar om framtida tjänster inom e-hälsa, dvs. hur nya medier och ny teknik kan bidra till nya system, mönster och tjänster inom vården. Här är patienternas och de anhörigas roll och behov en viktig beståndsdel. Det är dock viktigt att inse att vårdens inre IT-verksamhet måste fungera mycket bra och effektivt för att de nya systemen och e-tjänsterna mot patienterna och medborgarna ska kunna bli nyttiga.

Det finns sammanfattningsvis alltså ett fortsatt stort behov av forskning om nyttig och effektiv IT i vården. Påståendet att området redan är genomforskat och att det bara är upp till huvudmännen och systemleverantörerna att tillämpa den är alltså felaktigt. Det är viktigt att denna forskning får en ändamålsenlig inriktning samt att nödvändiga resurser skapas. Forskningen måste bedrivas i nära samverkan mellan akademien och användarna av forskningens resultat.

Följande exempel beskriver huvudsakliga frågeställningar där fortsatt forskning är i hög grad motiverad:

- Hur kan användbarheten i vårdsystemen, inte minst när det gäller journalsystemen, förbättras? Systemen måste bli enklare, snabbare, effektivare, ge bättre överblick, stödja beslutsfattande och samverkan, bidra till höjd patientsäkerhet och en förbättrad arbetsmiljö. De professionellas totala informationsmiljö måste förbättras genom att IT-stöd och kommunikationssystem integreras på ett bra sätt, på användarnas och verksamhetens villkor.
- Hur kan vårdens organisation och arbetsprocesser utvecklas med hjälp av nya IT-system? Det handlar här om att se förändringarna främst som verksamhetsmässiga, dvs. hur man kan utveckla vårdprocesserna med hjälp av nya IT-system.
- Hur kan man förbättra processerna kring kravställande, upphandlingar, utbildning, införande, löpande styrning och utvärderingar samt användarstöd? En viktig del handlar om hur verksamheternas ledning, användarrepresentanter och patienter kan spela en aktivare roll i förändringsarbetet.
- Hur kan patienters och anhörigas delaktighet i vårdprocesserna stödjas?
- Hur kan kommunikation och samverkan mellan olika vårdgivare förbättras, så att vårdkedjan och flödena inom vården stöds på ett effektivt sätt?
- Hur kan dagens mobila informationsteknologi och sociala medier utnyttjas så att information blir tillgänglig där och när den behövs, och kan återkopplas direkt, också över organisations- och huvudmannagränser, och med integritetshänsyn? I vilka situationer kan informationsteknologin papper och penna fortfarande vara den enklaste för informationsutbyte?
- Hur kan den information som genereras och lagras användas för vidare syften, t.ex. för kvalitetsarbete, kunskapsutveckling och forskning?

Bilaga 1: Nationell eHälsa – gemensamma krav från förbunden

I samband med arbetet med Vård-IT-rapporten samt uppdateringar till den Nationella eHälsostrategin har representanterna för de samverkande fackliga organisationerna enats om följande krav, som sammanfattar deras gemensamma tolkning av dagens situation bland annat mot bakgrund av vad som kommit fram i undersökningen:

Framtidens informationssystem inom vård och omsorg måste grundas i synen på individen (patienten/omsorgstagaren) som aktiv och välinformerad aktör i sin egen vård och omsorg. Kommunal, SKTF, Sveriges läkarförbund och vårdförbundet stöder den satsning på bättre informationshantering som sker inom ramen för den nationella IT-strategin för vård och omsorg. En sammanhållen vårddokumentation är grundläggande för att uppnå en god och säker vård.

Nedan följer de viktigaste insatsområdena för att uppnå målen för den nationella eHälsostrategin.

Informationen måste bli processtödande och samla alla information om individen oavsett vårdgivare. De ska vara uppbyggda så att de främjar en god kommunikation med individen motverkar dubbeldokumentation och underlättar en effektiv registrering av uppgifter.

Individen ska ha tillgång till sin egen vårddokumentation och få möjlighet att invända mot felaktigheter. Man ska även enkelt via Internet kunna nå aktuella och kvalitetssäkrade hälsoråd och vårdtjänster, kommunicera med vården samt uttrycka önskemål om att boka tid.

Informationssystemen måste följa de författningsmässiga kraven på skydd för individens integritet. All åtkomst till vårddokumentationen ska kontrolleras både med automatik och med manuella stickprov för att motverka otillbörlig åtkomst.

Utveckling och införande av informationssystem är inte enbart IT-projekt utan verksamhetsutveckling som påverkar alla delar av vård- och omsorgsprocessen. Professionernas medverkan i alla delar av systemutvecklingen som processbeskrivning, konstruktion, testning, införande och uppföljning är en förutsättning för en säker och väl fungerande verksamhet.

Informationssystemen ska grundas på gemensamma och standardiserade termer och begrepp. Detta är nödvändigt för kommunikation, uppföljning, planering, kvalitetsregister och annan forskning. Det krävs ökade resurser för att representanter för vårdens professioner ska kunna delta i arbetet med att standardisera dessa termer och begrepp till ett nationellt fackspråk.

Kompetens inom hälsoinformatik är en förutsättning för att vårdpersonalen ska kunna använda systemen säkert och medverka i utvecklingen. Hälsoinformatik måste bli en naturlig del av vård- och omsorgsutbildningarna på alla nivåer. En särskild satsning måste göras på utbildningsinsatser för befintlig personal. Här måste utbildningsanordnare och vårdgivare ta ett betydligt större ansvar än idag.

Gapet ökar mellan IT-utvecklingen inom vård och omsorg å ena sidan och behoven och förväntningarna å den andra. Bristerna i informationssystemen hotar säkerheten, motverkar kvalitetsutvecklingen och utgör ett stort arbetsmiljöproblem för personalen. Utvecklingen går för långsamt och det behövs mer resurser och en starkare nationell styrning för att Sverige ska kunna leva upp till den Nationella eHälsostrategins vision inom en rimlig framtid. Våra professioner och organisationer kan och vill delta mer aktivt i detta arbete.

Bilaga 2: Vad kan man göra på den egna arbetsplatsen?

I detta avsnitt redovisas tre exempel på aktiviteter användarna själva kan initiera för att säkra kvaliteten på de IT-system som används i arbetet. Kvalitetssäkring av IT i arbetet syftar i dessa exempel till att se till att IT-stöden är anpassade för de uppgifter de är avsedda för. Användarnas kritik av arbetsplatsernas IT-stöd har lett till initiativ som alla syftar till att höja kvaliteten på IT-stödets tekniska utformning och på hur de förs in och följs upp.

IT-rond - ett verktyg för att förbättra den lokala IT-miljön

Karin Båtelson, läkare och medlem läkarförbundets IT-råd, är en av initiativtagarna till IT-skydds ronderna. I en krönika i GP beskriver Karin bakgrunden:

”Återkommande är rapporter om datahaverier där journal-systemen helt eller delvis ligger nere. Detta har blivit så vanligt att vi som arbetar i vården har döpt företeelsen till "att jobba blint". Operationer har fått ställas in, remisser har förväxlat och viktig information fås inte fram. Inte ens när IT-systemen är i full gång fungerar de alltid på ett bra sätt.”²⁸

Man genomför två sorters uppföljningar tillsammans med medarbetare och systemleverantörer på lokala vårdenheter - MedsITning och IT-ronder.

MedsITning

Under medsittningen följer representanter för systemleverantören och den lokala IT-avdelningen vårdpersonalens arbete med patienterna under en halv dag. Personalens synpunkter på önskade förbättringar protokollförs och resulterar i förslag ("Tips och Trix") från leverantören. Förslagen läggs ut på intranätet och följs upp på arbetsplatsträffar.

IT-rond

Under IT-ronden står IT-miljön i fokus. Med hjälp av en checklista går man systematiskt igenom verksamhetens hårdvara, mjukvara, kringutrustning, de olika programmiljöernas patientsäkerhetsrisker, överskådlighet, användbarhet, kommunikationsgränssnitt, läkemedels- och intygsmoduler, utskriftsmöjlighet, tidsåtgång samt konkreta problem med handhavandet. På samma sätt tar checklistan upp de olika momenten i utbildning och haverirutiner. Även här betonas den praktiska uppföljningen av rondens. Utifrån protokollet delas ansvar ut för konkreta åtgärder och resultatet av dessa följs i sin tur upp, efter en månad för de snabba åtgärderna och tre månader för de mer långsiktiga.

Checklista för IT-rond:

Hela listan finns att ladda ned från www.slf.se

Förberedelse

- Utse personer som ska delta – med mandat, intresse, kompetens!
 - verksamhetschef (eller av denna utsedd person)
 - IT-ansvarig lokalt
 - systemleverantör
 - läkare (eller annan profession)
- Avtala om tid för IT-rond samt tid för uppföljande möte.
- Bestäm vilken verksamhet/process/lokalt som ska granskas.
- Bestäm vilka program/mjukvaror som ska ingå.
- De olika deltagarna förbereder sig utifrån sina kompetensområden, t.ex. genom kartläggning av befintlig utrustning.

B. Gå systematisk igenom aktuella program

Vilka parametrar ska bedömas? Tänk t ex på:

- Patientsäkerhetsrisker.
- Överskådlighet.
- Intuitivitet/användarvänlighet – t ex grafiskt gränssnitt.
- Kommunikation med andra relevanta system – snabbhet, antal inloggningar, antal möjliga fönster.
- Läkemedelsmodul.
- Tidsåtgång för typfall.
- Konkreta problem med systemet, förslag på förbättringar.

Eventuellt underlag från tidigare medsITning.

C. Gå igenom utbildning kring IT-systemen

- Hur ser schemaläggning ut och vilken typ av utbildning erhålls? *Framförhållning. Är schemaläggare delaktiga – tänk på att läkare ofta är schemalagda sex månader i förväg. Sätt obligatorisk närvaro. Rätt kompetens hos utbildare.*
- Hur dokumenteras deltagande i och kvaliteten på IT-utbildningar?
- Gör utvärdering av hur ni vill ha det.

D. Gå igenom haverirutiner

- Vem kontakter man – *tillgänglighet?*
- Finns skriftliga rutiner vid datorhaverier och uppraderingar?

Protokoll skrivs i anslutning till rondens

- Gör en lista på aktuella problem och frågor.
- Ge förslag på förändringar/åtgärder med riskbedömning för patientsäkerhet och prioriteringar utifrån verksamheten.

Uppföljning

- Stäm av efter en månad de åtgärder som kan och bör göras snabbt.
- Genomför uppföljande möte inom tre månader.

²⁸ Båtelson, Karin, 2010. Bristfälliga datorsystem hotar patientsäkerheten. Krönika i GöteborgsPosten, 2010-09-24.

Användarnas IT-pris - nominera er egen IT-lösning, eller lär av andras



Sedan år 2000 delar LO och TCO ut Användarnas IT-pris till den arbetsplats som enligt en sakkunnig jury kunnat presentera årets bästa IT-lösning. IT-lösningen ska förena teknisk effektivitet och god arbetsmiljö på ett sätt som möjliggör lärande i arbetet och ökad konkurrenskraft för verksamheten som helhet. Idén med priset är alltså att visa upp hur långsiktigt och systematiskt lokalt kvalitetssäkringsarbete är en kritisk framgångsfaktor - lika mycket för arbetsglädjen och lärandet som för arbetsplatsens kontinuerliga förnyelse och långsiktiga överlevnad.

De här exemplen från vård- och omsorgssektorns flitiga närvaro bland tio års finalister och vinnare visar med all önskvärd tydlighet det forskningen kunnat belägga sedan länge, att personalens deltagande i utformning, införande, användning och kontinuerlig kvalitetssäkring av IT-stöden är en av de viktigaste framgångsfaktorerna för att systemen ska bli så ändamålsenliga och effektiva att alla personalkategorier kan intyga sin nöjdhet med systemen.

Certifiering av IT

TCO:s bildskärmsmärkning

Redan 1992 tog TCO initiativet till att kvalitetsmärka bildskärmar och kringutrustning utifrån en förståelse för hur den inre arbetsmiljön och de övergripande miljöfrågorna hänger ihop. Idag betraktas det arbete som TCO Development gör som världsledande på området "Grön IT". Många av principerna för förbättringsarbetet är desamma, oavsett om det är IT-stödets bidrag till den fysiska arbetsmiljön som ska kvalitetssäkras eller om det är deras roll för verksamhetens samlade förnyelsekraft.

UsersAwards certifiering



Certifiering av programvara är mycket mera komplicerat eftersom det är just användningen av IT-systemet i sin kontext som måste utvärderas. Införandemetoder, utbildning och användarmedverkan har därför stor betydelse för vilken nytta systemet ger användarna och verksamheten. Genom att, i skarp drift, utvärdera systemen utifrån kriterier som tar hänsyn till dessa faktorer och med stöd av användarenkäter och intervjuer av slutanvändare och ledning är det möjligt att påvisa systemens kvaliteter.

Siemens system "Obstetrix" är ett av de IT-system som klarat testet under 2010. Utvärderingen gjordes bl.a. på Södersjukhusets och Södertälje sjukhus Förlossning/BB-avdelningar. En av barnmorskorna beskriver systemet som att "*det ger struktur i arbetet*". Användarna ansåg att systemet är det lätt att lära och att navigera i och det ger goda möjligheter både till uppföljning av arbetsuppgifter och till lärande i arbetet

En användarcertifiering är ingen garanti för att alla systeminföranden ger just dessa kvaliteter till verksamheten, men den visar att programvaran vid upprepade tillfällen har kunnat bidra till dessa nyttoeffekter. Det gör det också möjligt att lära av de framgångsfaktorer som gett resultaten.

Bilaga 3: Tabeller och demografiska uppgifter 2010

Privat eller offentlig verksamhet

10 % är anställda av privata vårdgivare. Läkarna har högst andel privata vårdgivare med 16 %.

Stratum	Offentlig	Privat	Andel
SSK/BM	339	31	9 %
USK	233	15	6 %
LÄKARE	261	41	16 %
LÄKSEKR	288	26	9 %
	1121	113	10 %

Tabell Användare i urvalet. Offentlig/privat arbetsgivare

Utvärderade typer av IT-system

Användarna har fått ange vilken typ av system man har utvärderat för undersökningen. Av tabellen framgår att ca 80 % har utvärderat sitt journalsystem eller annat system för vårdokumentation.

Kat	SSK/BM	USK	LÄKARE	LÄKSEKR	Summa	Andel
Journalsystem	284	44	255	247	830	67 %
Journal samt annan dokumentation	12	11	9	13	45	4 %
Annan VO-Kok	22	76	4	3	105	8 %
Remiss och Svar	10	8	18	16	52	4 %
PAS- (kassa, tidbok)	6	3		9	18	1 %
Patientplanering	8	3	2		13	1 %
Personal-admin	5	48		8	61	5 %
Personalinformation	6	22	2	5	35	3 %
Digital kommunikation mellan huvudmannagränser	2		1	2	5	0 %
Övrig typ	9	19	14	15	57	5 %
Andra än journal	7	13			20	2 %
<iu>	2	5	1	4	12	
	373	252	306	322	1253	

Tabell Användare i urvalet. Förtydligande av rubriker från vänster till höger: Personalkategorier, Journalsystem, Journalsystem samt annan typ (från postal enkät), Annan vård och omsorgsdokumentation, Remiss och Svar (lab, röntgen, konsultation etc.), PAS-patientadministration (kassa, tidbok, ekonomihantering etc.), Patientplaneringssystem (operationsplanering, beläggning etc.), Personaladministration (schemaläggning etc.), gemensamt personalinformations-system (intranät etc.), Elektronisk kommunikation mellan kommun, vårdcentral eller sjukhus, Övrig typ, Andra typer än journalsystem (från postal enkät), Ingen uppgift.

Erfarenhet av det utvärderade IT-systemet

Stratum	6 månader	6 mån-1år	1-2 år	3-4 år	4-5 år	Mer än 5 år	Summa
SSK/BM	14	19	39	46	74	176	
USK	23	31	41	50	47	55	
LÄKARE	12	14	36	30	47	167	
LÄKSEKR	11	6	22	26	36	217	
Antal svarande	60	70	138	152	204	615	1239

Tabell Användare i urvalet. "Hur lång tid har du arbetet med systemet"

Ju mer van man är vid det system som man har utvärderat i enkäten, desto nöjdare är användaren med hur det fungerar, men bara till en viss grad. Orsaken är sannolikt att användaren har mer kunskaper om systemet och har utvecklat rutiner och arbetssätt som gör att det fungerar bättre i det dagliga arbetet.

Skillnader mellan kommuner, primärvård, öppen specialistvård och sjukhus

	Kommuner	Primärvård	Öppen vård	Sjukhus
Summa	248	228	98	647
Underlättar arbetet	3,9	4,7	4,2	4,6

Tabell Användare i urvalet. Medeltal för alla användare

Denna tabell liksom de följande avser frågor där en 6-gradig skala användes – se nästa sida. Resultatet visar att IT-systemen i kommunerna underlättar arbetet i mindre grad än på andra vård och omsorgsenheter. Man anser i högre grad än Vårdcentralerna att samarbetet över huvudmanna-gränserna ökat, men man är mindre nöjd med antalet och kvaliteten på datorer och utrustning. Se bilaga. ”Enkätdata och teknisk specifikation.”

Ålder

	Enkelt att lära sig	Lätt att korrigera det man skrivit	Underlättar utförandet av arbete	Det minskar stress och strul
SSK/BM	0,3	-0,1	0,0	-0,2
USK	-0,1	-0,4	0,7	0,7
LÄKARE	-0,4	0,1	0,3	0,3
LÄKSEKR	0,3	-0,7	-0,2	0,0

Tabell Skillnad 4 kriterier, födda efter 1978 jämfört med födda före 1950 (medeltal)

Läkarsekreterare födda efter 1978 anser det något svårare att korrigera vad man skrivit in (-0,7) än de födda **före** 1950. Tvärtom förhåller det sig med undersköterskor t.ex. avseende om systemet minskar stress och strul. Se bilaga. ”Enkätdata och teknisk specifikation.”

Kön

Av läkarna har 161 kvinnor och 139 män uppgett kön. Inga skillnader finns mellan könen avseende nöjdheten med IT-systemen. För övriga grupper har andelen män för liten för att kunna dra signifikanta slutsatser.

Modell för beräkning av besparingspotential

I våra beräkningar är det personalens lön som ligger till grund för de beräknade miljardbeloppen. Nedan följer en beskrivning av modellen för sjuksköterskor och barnmorskor.

- 1) Inledningsvis har vi sammanställt hur många respondenter som svarat på de olika alternativen.

Stratum	Ej svar	< 10 min	"10-29"	"30-59"	"1-2 tim"	>2 tim	Vet ej	Antal svar
SSK	13	18	59	70	35	32	146	373

- 2) Därefter har vi beräknat hur många minuter detta motsvarar per dag för alla de som besvarat frågan. Vi har ansett att de som sparat mindre än 10 minuter och de som svarat "vet ej" inte sparat någon tid alls. För svarsalternativet 10-29 minuter har vi valt använda mittenvärdet 20 minuter liksom för övriga svarsalternativ utom "> 2 timmar" som satts till 180 minuter.

Kan spara.	Ej svar	< 10 min	20	45	90	180	Vet ej	Summa som kan sparas min/dag	min/ dag per respondent
SSK	0	0	1180	3150	3150	5760	0	13240	35,5

- 3) För att veta hur mycket tid det motsvarar för alla sjuksköterskor och barnmorskor har vi använt förbundens statistik. Vi har använt en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 76 % (detta gäller samtliga grupper) och slutligen tagit hänsyn till andelen IT-användare, för sjuksköterskorna har den antagits vara 99 %.

totalt anställda inkl ej anslutna	Sysselsättningsgrad	Andel användare	Användare heltid
97 250	76 %	99 %	73 171

- 4) För att få fram besparingspotentialen per år har vi beräknat det antal heltidsanställda som motsvarar besparingen därefter har vi använt den aktuella genomsnittliga månadslönen och multiplicerat den med 12 månader och lagt till sociala kostnader

Användare heltid	Besparing	FTE (Full Time Employee)	Månadslön	Summa per år inklusive 31 % sociala kostnader
73 171	35,5	5 411	26 360	2 245 622 752

- 5) Sjuksköterskornas självskattning av hur mycket man skulle kunna spara om systemen fungerade som önskat uppgår till drygt 2 miljarder per år. Till det kan man lägga värdet av patienters tid, arbetslokaler mm vilket dock inte har gjorts här.

Motsvarande beräkningar har sedan gjorts för övriga kategorier. En viktig skillnad är vi uppskattat andelen användare bland undersköterskorna till 50 %.

För undersköterskor beräknades besparingspotentialen till knappt 700 miljoner, för läkarna till drygt 2 miljarder och för läkarsekretare till knappt 300 miljoner.

Poängen med att omvandla de förbättringar användarna ser i form av ökad användbarhet, ökad patientsäkerhet eller förbättrad vårdkvalitet till pengar är att synliggöra den ekonomiska potentialen. Mot detta ska ställas kostnader för nödvändiga investeringar.

Resultat sjuksköterskor 2010

Sjuksköterskor per verksamhetstyp

Typ av verksamhet	Kommunal vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Antal respondenter	66	51	22	222
Kvinna/man	1,9	2,0	1,7	1,9
Enkelt att lära	4,4	4,5	3,5	4,3
Lita på att det fungerar	3,7	3,8	3,5	3,8
Patient integritet skyddas	5,0	4,6	4,3	4,4
Lätt att korrigera	3,9	3,9	4,0	4,1
Tillgängligt när det behövs	4,6	5,1	4,8	4,7
Tillräckligt snabbt	3,9	3,8	3,9	3,7
Underlättar arbetet	4,9	4,8	4,2	4,5
Styr inte arbetet	4,5	4,0	4,0	4,2
Minskar stress	3,6	3,7	3,3	3,4
Kan följa upp arbetsresultat	4,5	4,4	3,4	4,0
Samarbete inom teamet	4,6	4,4	3,6	4,2
Andra enheter	4,1	4,1	4,1	4,3
Samverkan över huvudmannagränser	2,5	2,1	2,0	2,9
Samverkan med patienter och anhöriga	3,1	2,7	3,0	3,0
Mer tid åt patienten	2,5	2,7	2,0	2,6
Anpassa vården till patienten	3,3	3,2	2,6	3,1
Patientsäkerheten har förbättrats	3,9	4,2	3,2	3,9
Mer samverkande datormiljö	3,7	3,8	3,4	3,8
Ökad tillgång till information	4,1	4,2	3,6	4,3
Kvalitet, säkerhet, effektivitet har ökat	3,9	4,1	3,3	3,6
Kunskap för att hantera IT-systemet effektivt	4,1	4,0	3,5	4,3
Användarnas synpunkter tas tillvara	3,2	2,9	2,3	2,9
Arbetsgivaren gör uppföljningar	3,2	2,7	2,5	3,0
Uppföljningar ger resultat	3,4	2,9	2,6	3,1
Tillfredställande datorsupport	3,8	3,7	3,0	3,8
Tillräckligt med datorer och utrustning	4,3	4,5	4,5	3,6
Besvär ögon	2,6	3,0	2,8	2,5
Besvär handled, arm, axlar	3,5	3,7	3,6	2,7

Tabell Sjuksköterskor, medeltal för kriterier per verksamhetstyp

Vilka övriga system använder du i ditt arbete?	Kommunal vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Journal system	39	39	13	129
Annan VO-dok	18	9	9	73
Remiss och Svar	7	36	15	177
PAS- (kassa, tidbok)	2	25	11	68
Patientplanering	4	6	6	86
Personal administration	43	38	15	158
Personalinformation(intranät)	15	16	5	87
E-post	63	46	19	196
Office-system	19	16	9	63
Annat	18	9	6	40

Tabell Övriga system, antal svar

Resultat Undersköterskor 2010

Undersköterskor per verksamhetstyp

Typ av verksamhet	Kommunal Vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Antal respondenter	178	7	2	62
Kvinna/man	2,0	2,0	2,0	1,9
Enkelt att lära	4,3	4,1	3,5	4,4
Lita på att det fungerar	4,1	4,0	3,5	4,3
Patient integritet skyddas	4,7	4,8	5,0	4,5
Lätt att korrigera	4,3	4,0	4,0	4,2
Tillgängligt när det behövs	4,5	4,7	4,0	4,8
Tillräckligt snabbt	4,1	3,9	3,5	4,0
Underlättar arbetet	3,7	4,9	3,5	4,8
Styr inte arbetet	4,0	4,6	5,5	4,6
Minskar stress	3,1	4,2	5,0	3,9
Kan följa upp arbetsresultat	3,7	4,7	5,0	4,4
Samarbete inom teamet	3,8	4,7	4,0	4,8
Andra enheter	3,8	3,8	5,0	4,7
Samverkan över huvudmannagränser	3,3	2,5		3,1
Samverkan med patienter och anhöriga	3,1	2,5	5,0	3,5
Mer tid åt patienten	2,9	3,8	2,5	3,6
Anpassa vården till patienten	3,4	4,3	4,0	3,9
Patientsäkerheten har förbättrats	3,9	4,7	5,0	4,6
Mer samverkande datormiljö	3,4	4,0	5,0	4,3
Ökad tillgång till information	3,9	4,3	5,0	4,6
Kvalitet, säkerhet, effektivitet har ökat	3,5	4,0	5,0	4,1
Kunskap för att hantera IT-systemet effektivt	3,9	4,9	6,0	4,6
Användarnas synpunkter tas tillvara	3,0	3,8	5,0	3,6
Arbetsgivaren gör uppföljningar	3,3	3,5	6,0	4,0
Uppföljningar ger resultat	3,5	3,3	6,0	4,3
Datasupport tillfredställande	3,9	4,1	6,0	4,3
Tillräckligt med datorer och utrustning	3,4	4,4	5,0	3,7
Besvär ögon	2,3	3,0	2,0	2,5
Besvär handled, arm, axlar	2,1	2,7	2,0	2,6

Tabell Undersköterskor, medeltal för kriterier per verksamhetstyp

Vilka övriga system använder du i ditt arbete?	Kommunal vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Journal system	30	4	1	32
Annan VO-dok	63	3	1	22
Remiss och Svar	0	3	2	42
PAS- (kassa, tidbok)	1	4	1	8
Patientplanering	4	0	0	14
Personal administration	78	4	1	43
Personalinformation(intranät)	5	1	0	5
E-post	95	4	1	49
Office-system	25	1	1	15
Annat	48	1	1	15

Tabell Övriga system, antal svar

Resultat Läkare 2010

Läkare per verksamhetstyp

Typ av verksamhet	Kommunal VO	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Antal respondenter		74	40	186
Kvinna/man		1,5	1,5	1,4
Enkelt att lära		3,9	4,1	3,5
Lita på att det fungerar		3,8	4,0	3,6
Patient integritet skyddas		4,3	4,2	3,9
Lätt att korrigera		4,1	3,7	3,6
Tillgängligt när det behövs		4,8	4,8	4,5
Tillräckligt snabbt		3,9	4,0	3,2
Underlättar arbetet		4,3	4,3	4,2
Styr inte arbetet		3,7	3,7	3,3
Minskar stress		3,2	3,5	3,1
Kan följa upp arbetsresultat		3,9	4,1	3,6
Samarbete inom teamet		4,1	4,4	3,7
Andra enheter		3,5	4,1	4,1
Samverkan över huvudmannagränser		1,8	2,3	2,2
Samverkan med patienter och anhöriga		2,4	2,6	2,2
Mer tid åt patienten		2,4	2,7	2,0
Anpassa vården till patienten		2,6	3,1	2,6
Patientsäkerheten har förbättrats		3,2	3,4	3,2
Mer samverkande datormiljö		3,3	3,6	3,0
Ökad tillgång till information		3,6	3,9	3,9
Kvalitet, säkerhet, effektivitet har ökat		3,1	3,4	3,1
Kunskap för att hantera IT-systemet effektivt		4,1	3,9	3,6
Användarnas synpunkter tas tillvara		2,5	3,3	2,4
Arbetsgivaren gör uppföljningar		2,6	2,6	2,4
Uppföljningar ger resultat		2,6	2,8	2,5
Datasupport tillfredställande		3,4	3,8	3,2
Tillräckligt med datorer och utrustning		4,9	4,6	4,0
Besvär ögon		2,5	2,9	2,3
Besvär handled, arm, axlar		3,1	3,3	2,7

Tabell Läkare, medeltal för kriterier per verksamhetstyp

Vilka övriga system använder du i ditt arbete?	Kommunal VO	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Journal system		45	22	106
Annan VO-dok		17	5	50
Remiss och Svar		55	28	155
PAS- (kassa, tidbok)		29	13	51
Patientplanering		5	8	78
Personal administration		33	23	121
Personalinformation(intranät)		13	5	37
E-post		64	34	177
Office-system		34	18	115
Annat		8	12	48

Tabell Övriga system, antal svar

Resultat Läkarsekreterare 2010

Läkarsekreterare per verksamhetstyp

Typ av verksamhet	Kommunal Vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Antal respondenter	4	96	34	177
Kvinna/man	2,0	2,0	2,0	2,0
Enkelt att lära	5,3	4,7	4,7	4,4
Lita på att det fungerar	3,5	4,3	3,9	3,9
Patient integritet skyddas	4,5	4,9	4,5	4,5
Lätt att korrigera	5,3	4,9	4,9	4,6
Tillgängligt när det behövs	5,0	5,5	5,2	5,3
Tillräckligt snabbt	4,8	4,2	3,8	4,1
Underlättar arbetet	5,7	5,4	5,3	5,3
Styr inte arbetet	3,7	4,5	4,5	4,3
Minskar stress	4,0	4,1	4,0	4,0
Kan följa upp arbetsresultat	3,3	4,5	4,9	4,6
Samarbete inom teamet	4,3	4,9	5,1	5,1
Andra enheter	4,3	4,2	4,6	5,1
Samverkan över huvudmannagränser	4,0	2,6	2,4	3,0
Samverkan med patienter och anhöriga	4,0	3,8	3,7	3,9
Mer tid åt patienten		3,5	3,3	2,8
Anpassa vården till patienten	5,0	3,9	3,6	3,3
Patientsäkerheten har förbättrats	4,0	4,5	4,4	4,6
Mer samverkande datormiljö	5,0	4,4	4,7	4,7
Ökad tillgång till information	5,0	4,6	4,9	4,9
Kvalitet, säkerhet, effektivitet har ökat	5,0	4,3	4,1	4,5
Kunskap för att hantera IT-systemet effektivt	4,5	4,9	4,6	4,7
Användarnas synpunkter tas tillvara	2,8	3,4	3,0	3,3
Arbetsgivaren gör uppföljningar	3,0	3,1	3,2	3,3
Uppföljningar ger resultat	2,7	3,5	3,7	3,5
Datasupport tillfredställande	4,5	4,3	4,5	4,2
Tillräckligt med datorer och utrustning	5,3	4,8	5,5	5,0
Besvär ögon	4,5	3,6	3,6	3,3
Besvär handled, arm, axlar	3,3	4,3	3,9	4,3

Tabell Läkarsekreterare, medeltal för kriterier per verksamhetstyp

Vilka övriga system använder du i ditt arbete?	Kommunal vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
Journal system	3	66	22	110
Annan VO-dok	1	15	5	42
Remiss och Svar	2	69	25	129
PAS- (kassa, tidbok)	2	60	23	99
Patientplanering	0	1	3	40
Personal administration	3	68	22	116
Personalinformation(intranät)	0	28	4	32
E-post	4	93	34	165
Office-system	3	65	21	90
Annat	1	27	10	50

Tabell Övriga system, antal svar

Resultat landsting

Användare per landsting

ID	Landsting	Antal anv./ län	SSK	USK	LÄKARE	LSEKR
1	Stockholms län	182	50	22	77	33
3	Uppsala län	51	8	8	19	16
4	Södermanlands län	29	10	3	5	11
5	Östergötlands län	61	15	11	12	23
6	Jönköpings län	56	20	14	6	16
7	Kronobergs län	30	8	7	8	7
8	Kalmar län	45	18	4	9	14
9	Gotlands län	9	2		2	5
10	Blekinge län	18	8	5	3	2
12	Skåne län	151	53	25	43	30
13	Hallands län	50	12	10	14	14
14	Västra Götalands län	215	59	44	45	67
17	Värmlands län	39	13	4	6	16
18	Örebro län	35	11	5	11	8
19	Västmanlands län	31	12	10	4	5
20	Dalarnas län	47	10	15	10	12
21	Gävleborgs län	44	19	9	4	12
22	Västernorrlands län	42	15	13	6	8
23	Jämtlands län	29	9	9	3	8
24	Västerbottens län	57	15	24	10	8
25	Norrbottens län	32	6	10	9	7

Tabell Antal användare per kategori och landsting

I 2010 års undersökning har användarna, inte IT-systemen varit i fokus. Som framgår av följande sammanställning över antalet deltagare per landsting i huvudstudien, så speglar studien ett tvärsnitt av användarna över hela landet med slumpmässig hänsyn tagen till storleken på landsting. Som tabellen på efterföljande sida visar är det för få användare per användarkategori och verksamhetstyp vilket gör att vi inte säga något om hur stora skillnaderna i användarnöjdhet är mellan olika landsting.

Användare per verksamhetstyp

ID	Landsting	Antal anv. / län	Kommunal vård och omsorg	Vårdcentral	Öppen specialistvård	Sjukhus
1	Stockholms län	182	20	41	22	92
3	Uppsala län	51	5	5	6	33
4	Södermanlands län	29	2	10	5	12
5	Östergötlands län	61	8	6	4	42
6	Jönköpings län	56	12	14	3	25
7	Kronobergs län	30	7	6		17
8	Kalmar län	45	6	4	2	32
9	Gotlands län	9		1		8
10	Blekinge län	18	6	5	1	6
12	Skåne län	151	29	24	10	83
13	Hallands län	50	12	9	6	23
14	Västra Götalands län	215	53	47	19	92
17	Värmlands län	39	6	9	5	18
18	Örebro län	35	6	4	2	22
19	Västmanlands län	31	11	2	2	15
20	Dalarnas län	47	10	8		26
21	Gävleborgs län	44	9	13	1	20
22	Västernorrlands län	42	14	5	2	20
23	Jämtlands län	29	8	6		15
24	Västerbottens län	57	16	5	5	30
25	Norrbottens län	32	8	4	3	16

Tabell Antal användare per verksamhetstyp och landsting

En jämförelse mellan de landsting som har samma system i hela verksamheten och de som har olika system visar intressanta skillnader . Olika system har Örebro, Skåne och Västra Götalandsregionen. Samma system har Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Sörmland, Kronoberg, Uppsala, Blekinge, Östergötland och Halland.

Fråga	Skillnad VC(O)-VC(S)	Skillnad Sjukhus(O) - Sjukhus(S)
Jag kan lita på att systemet fungerar	0,5	0,1
Det styr inte på ett onödigt sätt hur jag måste utföra mina arbetsuppgifter	0,6	0,1
Det minskar stress och strul i arbetet	0,6	-0,1
Det underlättar samverkan inom teamet	0,3	-0,1
Det underlättar samverkan med andra enheter	-0,7	-0,2

För vårdcentralerna där man har olika system i primärvård och sjukhus är användarna mindre nöjda med samverkan med andra enheter men mera nöjd med den samverkan som man har skapat inom verksamheten. Som vi tidigare har nämnt kan en av förklaringar vara att man oftast har man använt samma system längre tid och att integrationen mellan sjukhus och vårdcentraler är lägre. Användarna på sjukhus med integrerade system till VC är något mera nöjda med samarbetet med andra.

Riksgenomsnittet

SCB har tagit fram en modell för att beräkna riksgenomsnittet för alla användare i förhållande till hur stor del av populationen de utgör. Värdet av en sådan sammanställning kan diskuteras med tanke på att viktiga aktörer som läkare och läkarsekreterare blir närmast osynliga. Den största gruppen med över 120 000 användare är undersköterskor, varav en majoritet arbetar inom kommunerna och med andra typer av IT-system än inom slutenvården. I nästa vård-IT-rapport kan resultaten visa sig mera intressanta för en tidsserieanalys. Resultaten för 2010 visas nedan:

Teknisk utformning. Generellt för hela populationen, d.v.s. för ”Alla användare”, får de flesta av dessa kriterier för **teknisk utformning** godkänt. Omdömet för tillgänglighet på 4,7 är anmärkningsvärt högt.

Tillgängligt när det behövs	Patient integritet skyddas	Enkelt att lära	Lätt att korrigera	Lita på att det fungerar	Tillräckligt snabbt
4,7	4,5	4,2	4,1	3,9	3,9

Underlättar arbetet. Sett över hela populationen får kriterierna ”IT-systemet underlättar arbetet”, ”IT-systemet styr inte arbetet på ett onödigt eller besvärande sätt” och ”IT systemet underlättar uppföljning av arbetsresultat” godkända värden.

Underlättar arbetet	Styr inte arbetet	Följa upp arbetsresultat	Minskar stress
4,3	4,1	4,0	3,4

Kommunikation och samverkan. Svarsandelen på frågorna om samverkan över huvudmannagränserna och samverkan med patienterna är lägre än för samverkan inom och mellan teamen.

Team Samarbete	Andra enheter	Samverkan över huvudmannagränser	Samverkan med patienter och anhöriga
4,2	4,1	2,7	3,0

Utveckling de senaste tre åren. Två av de sex påståendena om förbättringar under de tre senaste åren får instämmanden motsvarande ”godkänt”, d.v.s. har ett medeltal över 4,0: ”Jag har ökad tillgång till god information om patienten” och ”Vårdarbetets kvalitet, säkerhet och effektivitet har ökat”.

Mer tid åt patienten	Anpassa vården till patienten	Mer samverkande datormiljö	Patientsäkerheten har förbättrats	Ökad tillgång till information	Kvalitet, säkerhet, effektivitet har ökat
2,7	3,2	3,6	3,9	4,1	4,1

Kvalitetssäkring. För ”alla användare” får endast utbildningen godkänt. Användarnas synpunkter tas tillvara dåligt vid införandet, uppföljningar sker sällan och ger inte tillräckliga resultat.

Kunskap för att hantera IT-systemet effektivt	Användarnas synpunkter tas tillvara	Arbetsgivaren gör uppföljningar	Uppföljningar ger resultat	Datasupport är bra	Tillräckligt med datorer och utrustning
4,1	3,0	3,1	3,3	3,9	3,9

Bortfallsundersökning

Fyra frågor ingick i bortfallsundersökningen:

1. Varför användaren inte har svarat.
2. Hur IT stödet har påverkat användarnas avseende fyra kriterier i huvudundersökning
3. Vilka system som man använder? Journal eller annat system
4. Vilken typ av verksamhet man huvudsakligen arbetar inom

Antal i undersökningen

Stratum	SSK	USK	LÄKARE	LSEKR
Antal	32	18	32	33
Andel svar	31,2	37,8	37	35,1

Tabell Bortfallsundersökning antal och andel per stratum

Varför man inte svarat:

Stratum	Inte på eller i arbete	Tekniska problem	Hade inte tid	Använder IT alltför sällan	Annan orsak ange
SSK	2	1	19	2	11
USK	4		4	5	6
LÄK	4	3	19		10
LSEKR	3	0	17		13

Tabell Bortfallsundersökning orsaker till ej svar

Annan orsak

Vanliga svar var ”ledig”, ”sjuk”, ”bortrest” eller ”glömt”.

Typ av system i bortfallsundersökning

TYP	Antal svar	Underlättar utförandet av mitt arbete	Underlättar samverkan inom teamet	Följa upp mitt arbetsresultat	Styr inte på ett onödigt sätt
Journalssystem / Vårdokumentation	90	4,9	4,7	4,5	4,2
Annan typ	13	4,1	4,2	3,7	3,9

Tabell Bortfallsundersökning 4 kriterier från huvudundersökningen, systemtyp, medeltal

Typ av verksamhet i bortfallsundersökning

Verksamhet	Antal svar	Underlättar utförandet av mitt arbete	Underlättar samverkan inom teamet	Följa upp mitt arbetsresultat	Styr inte på ett onödigt sätt
Ej angiven	14	4,7	4,9	4,8	3,4
Kommun	19	3,7	4,1	4,1	4,8
VC	18	5,5	5,0	4,8	4,0
Öppen specialistvård	6	5,8	5,0	5,4	5,0
Sjukhus	59	4,8	4,5	4,2	4,1

Tabell Bortfallsundersökning 4 kriterier från huvudundersökningen, verksamhetstyp, medeltal

Tabell Internt bortfall samt svarsalternativ 1-6 och vet ej/ej relevant för samtliga användare, SCB undersökning

Frågor	Resultat			Svarsalternativ						Vet ej/Er	Totalt
	Nöjda	Ej nöjda	Internt bortfall	1	2	3	4	5	6		
IT-systemet är enkelt att lära sig	0,71	0,28	0,01	55	93	201	311	324	241	16	1241
Jag kan lita på att systemet fungerar (driftsäkert)	0,61	0,35	0,03	57	141	240	325	305	126	43	1238
Jag kan lita på att vård-ochomsorgstagarnas integritet skyddas	0,66	0,21	0,13	26	82	146	227	317	276	161	1237
Det är lätt att korrigera det man skrivit in	0,66	0,31	0,03	75	124	186	229	304	281	37	1236
Jag har tillgång till systemet när jag behöver det	0,83	0,16	0,01	24	59	116	186	355	482	15	1237
IT-systemet är tillräckligt snabbt	0,59	0,39	0,02	108	152	229	243	293	193	22	1240
Det underlättar utförandet av mitt arbete	0,76	0,21	0,03	69	68	115	213	274	425	30	1194
Det styr inte på ett onödigt sätt hur jag måste utföra mina arbetsuppgifter	0,63	0,31	0,06	80	117	169	232	303	212	72	1185
Det minskar stress och strul i arbetet	0,50	0,46	0,04	139	174	230	258	220	115	51	1187
Det ger mig goda möjligheter att följa upp mitt arbetsresultat	0,63	0,29	0,09	93	100	145	222	329	194	101	1187
Det underlättar samverkan inom teamet	0,69	0,24	0,06	82	67	140	225	318	274	76	1182
Det underlättar samverkan med andra enheter	0,66	0,25	0,08	86	86	125	214	294	273	99	1178
Det underlättar samverkan överhuvudmannagränserna	0,22	0,49	0,29	337	127	111	104	95	66	341	1181
Det underlättar samverkan med vård- och omsorgstagare och anhöriga	0,30	0,44	0,27	225	137	155	160	121	70	319	1187
Jag har fått utbildning och kunskap för att hantera systemen effektivt	0,68	0,30	0,02	69	126	178	243	324	278	21	1240
Användarnas synpunkter togs tillvara vid införandet av IT	0,28	0,48	0,23	220	196	182	168	122	61	286	1236
I syfte att utveckla vår IT-miljö gör min arbetsgivare uppföljningar av användarnas behov	0,31	0,51	0,17	226	221	191	189	129	71	212	1239
De uppföljningar som görs ger resultat	0,30	0,41	0,29	156	166	184	174	123	68	361	1232
Den data supports om erbjuds är tillfredsställande	0,55	0,38	0,08	108	160	199	216	259	203	93	1238
Datorer och utrustning finns i tillräcklig omfattning	0,67	0,30	0,03	131	121	125	178	283	364	36	1238
Arbetet vid datorn medför att jag känner besvär eller irritation i ögonen	0,34	0,64	0,03	445	186	139	169	119	118	32	1208
...medför att jag känner besvär/värk i handleder, nacke, axlar och skuldror	0,41	0,56	0,03	342	171	161	148	154	197	34	1207

Utvecklingen de senaste tre åren

Jag kan ägna mer av arbetstiden åt den direkta vården	0,21	0,52	0,27	295	190	158	125	81	49	331	1231
Jag har större förutsättningar att anpassa vården till varje vård- och omsorgstagare	0,29	0,43	0,29	168	165	190	163	121	69	350	1226
Patientsäkerheten har förbättrats	0,53	0,30	0,17	106	96	165	213	279	155	215	1229
Jag har en mer samverkande datormiljö	0,48	0,32	0,20	101	111	177	217	236	131	247	1221
Jag har ökad tillgång till information av god kvalitet om vård- och omsorgstagare	0,61	0,25	0,15	76	80	144	218	316	207	181	1223
Vårdarbetets kvalitet, säkerhet och effektivitet har ökat	0,48	0,35	0,17	121	130	181	240	224	131	205	1232

Effektivitet	Mindre än 10 minuter	10-29 minuter	30-59 minuter	1-2 timmar	Mer än 2 timmar	Vet ej	Totalt
Hur mycket tid har användningen av IT sparat per dag i ditt arbete	231	117	97	103	110	544	1202
Hur mycket du skulle kunna spara om IT-systemen fungerade som önskat	67	128	198	162	122	520	1198

Tabellerna visar samtliga svar i huvudundersökning utan hänsyn till viktning

Referenser

- Aidemark, J., Askenäs, L. (2009). Knowledge management and patient centered approach in health care. Proceedings of IADIS International Conference on E-Health 2009.
- Brynjolfsson, Erik & Adam Saunders (2010), *Wired for Innovation – How Information Technology Is Reshaping the Economy*. Cambridge, MA: The MIT Press
- Båtelsson, Karin, 2010. Bristfälliga datorsystem hotar patientsäkerheten, krönika i GöteborgsPosten 2009
- Davenport, Thomas (1997) *Information Ecology: Mastering the Information and Knowledge Environment*. New York, Oxford: Oxford University Press
- Dedrick, Jason, Vijay Gurbaxani & Kenneth L. Kraemer (2003), Information technology and economic performance: A critical review of the empirical evidence. *ACM Computing*, 35 (1), s. 1–28,
- Dyr nota för dålig kommunikation, *Dagens Medicin*, nr 44, 2010-11-03, s. 4
- eHälsa i Landstingen – SLIT-rapport 2010, http://www.cehis.se/images/uploads/dokumentarkiv/eHlsa_i_landstingen_SLIT_2010_Rapport_101028_ver_1_01.pdf (2010-12-15)
- Hatt, Anna-Karin, 2010. Anförande vid Riksdagens debatt om utgiftsområde 22, *Kommunikationer*, 2010-12-21.
- Karasek, R. & Theorell, T., 1990. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, Basic Books, New York, USA
- Lind, T., Sandblad, B., Johansson, N., Utbult, M. 2004, *Vård-IT-kartan*, UsersAward
- Moser, Ingunn och Law, John (2006) "Fluids or flows? Information and qualcalulation in medical practice". *Information Technology & People* 19, 1, 55-73
- Olve, Nils-Göran, Vimarlund, Vivianne, Vivian, *Elderly Healthcare, Collaboration and ICT – Enabling the Benefits of an Enabling Technology*. Final Report. Vinnova Report VR 2006:05
- Pressmeddelande: Nationellt pris för landstingets nya dokumenthanteringssystem (VIS), <http://www.nll.se/webb/Landstingsdirektorens-stab/Informationsenheten/Press/Pressportal/Pressmeddelanden-2010/Nationellt-pris-for-landstingets-nya-dokumenthanteringssystem-VIS/>
- Regeringskansliet, 2005. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Skr. 2005/06:139. <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/03/73/9959f31e.pdf> (2010-12-15)
- Regeringskansliet (2010), *Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/84/29/b38c1b84.pdf> ((2010-12-15)
- Sundblad, Y. (2001): Tjugo års erfarenhet av kooperativ design med användare. In Bertil Olsson (ed.): *Användarperspektivet*, VINNOVA RAPPORTER VR 2001:18, sid.23-29.
- Sveriges Kommuner och Landsting, 2010, *Från sjukhussäng till E-hälsa*, ISBN/Bestnr: 978-91-7164-558-6
- Sveriges kommuner och landsting, *Från sjukhussäng till E-hälsa*, SKL 2010
- UsersAward, IT-miljöundersökning Union 2010, ännu ej publicerad.