

**IT-INFÖRANDE I VÅRD- OCH OMSORG: SAMSPEL  
MELLAN  
PATIENTCENTRERADE VÅRDKONCEPT, TEKNIK,  
EKONOMI OCH JURIDIK  
-  
SLUTRAPPORT  
December 2007**

**Lena Furubacke  
Mats Edenius  
Björn-Erik Erlandson  
Sabine Koch  
Elisabeth Rynning  
Monica Winge**

## SAMMANFATTNING

Införandet av IT system i vården är problematiskt. Trots lovande resultat har många projekt inte permanentats i verksamheten. Avsaknaden av standarder och enhetlig terminologi, oklara affärsmodeller och den befintliga lagstiftningen nämns ofta som hindrande faktorer men det saknas en helhetsbild över problematiken. Syftet med denna förstudie är att ge en schematisk bild av och synliggöra beroenden mellan fyra olika områden som påverkar införandet av IT system i vården: ”patientcentrerade vårdkoncept”, ”möjliggörande teknik”, ”ekonomiska incitament” och ”juridiska aspekter”. Rapporten baseras på intervjuer med 15 nyckelpersoner från offentliga och privata vårdverksamheter, IT industrin, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen samt patient- och anhörigorganisationer.

Av intervjuerna framstår samordnings- och samverkansproblem samt informations- och kommunikationsproblem som de största problemområdena både ur ett tekniskt och organisatoriskt perspektiv. Intervjupersonerna påtalar att svensk vård och omsorg befinner i ett läge där man är tvungen att inte endast se över hur man arbetar, planerar, utför och utvärdera arbetet, hur finanserna används, utan också se på nyttan av insatta resurser och att kvalitet och patientsäkerhet finns.

Från ett tekniskt perspektiv påpekar intervjupersonerna att det idag saknas fungerande, användarvänliga IT-stöd som stödjer samverkan i vård och omsorg. Tekniska hinder som avsaknaden av standarder och enhetlig terminologi nämns som en orsak till varför informations- och kommunikationsflöden inte fungerar. Samtidigt ser man också en tydlig koppling till organisationen. Intervjupersonerna vill i högre grad se IT-stöd som del i verksamhetsutvecklingen. Intervjusvaren synliggör också ett tydligt glapp mellan beställare och leverantörer. Intervjupersonerna uppmärksammar brister i dagens IT system och tycker att beställarkompetensen i sjukvården när det gäller IT system är låg. Man är överens om att det behövs ett nationellt grepp angående IT i vården. En gemensam infrastruktur, gemensamma termer och begrepp samt en enhetlig beställarorganisation som ger tydliga riktlinjer till IT leverantörerna.

Intervjupersonerna konstaterar att också det finns en otydlighet i vad affärsmodellerna skall omfatta och hur dessa skall vara utformade för att generera största möjliga nytta för både vårdtagaren och samhället. Idag är det oklart hur resurser allokeras, utnyttjas och ersätts på ett för alla begripligt och bra sätt, vilket tyder på att affärsmodellerna inte är tillräckligt utvecklade.

En av de juridiska aspekter som mest uppmärksammas av de intervjuade gäller juridiska hinder för ett effektivt informationsutbyte i vården, inte minst mellan olika vårdgivare. Här ställs stora förhoppningar till genomförandet av Patientdatautredningens förslag, men företrädare för jurister, vårdgivare och beslutsfattare befarar samtidigt att möjligheten för patienten att spärra vissa uppgifter kan leda till risker för patientsäkerheten. Intervjusvaren ger sammantaget en mycket splittrad bild när det gäller vilken betydelse integritetsskyddet tillmäts. Det kan också konstateras att ingen av de intervjuade uttryckligen berör risken för att någon utomstående skulle kunna göra intrång i system med uppgifter rörande enskilda personers hälsa. Flera intervjuade uppger också att otillräckliga kunskaper om gällande regelverk kan utgöra ett problem. Här framhåller både representanter för vårdtagare och jurister att lagstiftningen ska vara tydlig och lättillgänglig och även att patientens ställning och rättigheter i vården mera allmänt behöver förtydligas i regelverket.

Vår slutsats är att det sammanfattningsvis finns ett stort behov av forsknings- och utvecklingsinsatser inom vården vad gäller införande av IT-verktyg. Framförallt behövs det en helhetssyn. Mer forskning borde inriktas på att försöka fånga helheten genom att kartlägga de ofta mycket komplexa sambanden mellan olika berörda verksamheter, intressen och discipliner. Innebörden av dessa samband måste också analyseras och beaktas vid såväl fortsatt forskning som praktisk verksamhet. Med en helhetssyn som grund finner vi följande delområden som prioriterade forskningsområden:

- Integritets- och datasäkerhetsfrågor i relation till patientsäkerhet, effektiva vårdkedjor och informationstillgänglighet
- Ledarskap i skenet av IT-införande
- Kompetensutveckling och vidare kunskap om inköpsfunktionen
- Affärsmodeller som möjliggör långsiktig utveckling av komplexa IT-system och samtidigt låter sig förenas med rättsliga krav avseende upphandling och ansvarsfördelning.
- Ekonomiska och kvalitetsmässiga konsekvenser av utvecklad hemsjukvård (med IT-lösningar)
- Identifiering och utveckling av tekniska lösningar som stöttar vårdtagare, vårdgivare och närstående på ett användarvänligt och säkert sätt, samtidigt som respekten för enskildas integritet garanteras
- Metoder och modeller för kravfångst där ett flerintressenters perspektiv beaktas
- Metoder och modeller för systeminförande
- IT:s inverkan på arbetsorganisation
- IT:s inverkan på kunskapsprocesser
- System för allsidig uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av IT-lösningar och -tjänster

## Innehållsförteckning:

1	Inledning.....	6
1.1	<b>Syfte</b> .....	6
2	Metod .....	6
3	Läget idag .....	7
3.1	<b>Vård och omsorgsorganisation</b> .....	7
3.2	<b>Teknik</b> .....	9
3.3	<b>Affärsmodeller (leverantör – beställare)</b> .....	9
3.4	<b>Juridik</b> .....	10
3.5	<b>Sammanfattning</b> .....	11
4	Sammanställning av intervjuerna .....	12
4.1	<b>Typer av problem</b> .....	12
4.1.1	Övergripande problem.....	12
4.1.2	Vårdtagarens roll .....	13
4.1.3	Anhörigas roll.....	13
4.1.4	Organisatoriska problem .....	13
4.1.5	Tekniska problem.....	15
4.1.6	Juridiska problem .....	16
4.2	<b>Möjligheter och förslag på önskade lösningar</b> .....	16
4.2.1	Organisatoriska lösningar.....	16
4.2.2	Tekniska lösningar .....	18
4.2.3	Lösningar för vårdtagare och anhöriga .....	20
4.2.4	Ekonomiska lösningar .....	22
4.2.5	Juridiska lösningar.....	23
4.3	<b>Risker med nya tekniska lösningar</b> .....	24
4.3.1	Risk med problematisering.....	24
4.3.2	Risk för informationsöverflöd.....	24
4.3.3	Risk med konsolidering av nationella projekt.....	24
4.3.4	Patientsäkerhetsrisker med elektroniskt informationsutbyte.....	24
4.3.5	Integritetsrisker.....	24
4.3.6	Säkerhetsrisker .....	24
5	Analys och reflektioner .....	25

<b>5.1</b>	<b>Vård- och omsorgsorganisation .....</b>	<b>25</b>
<b>5.2</b>	<b>Teknik .....</b>	<b>26</b>
<b>5.3</b>	<b>Affärsmodeller.....</b>	<b>27</b>
<b>5.4</b>	<b>Juridik.....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>Fortsatt forskning .....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Projektgrupp.....</b>	<b>31</b>
<b>8</b>	<b>Intervjupersoner .....</b>	<b>31</b>
	<b>Bilaga 1: Scenario .....</b>	<b>33</b>
	<b>Bilaga 2: Intervjufrågor .....</b>	<b>47</b>

## 1 Inledning

Hälso- och sjukvården är en informationskrävande verksamhet. Det är därför naturligt att se införande av IT-verktyg som ett sätt att kunna öka effektiviteten och kvaliteten vården. Ett stort antal projekt har bedrivits – både inom forskning och inom landstings/kommunal/privat verksamhet. Många av dessa har trots lovande resultat inte permanentats. Det gäller inte minst projekt som stödjer samverkan, informationsöverföring och kommunikation mellan olika vårdenheter. Avsaknaden av standarder och enhetlig terminologi, oklara affärsmodeller och den befintliga lagstiftningen nämns ofta som hindrande faktorer.

Vår erfarenhet är att det för många som arbetar med IT-implementering i vården saknas en mer heltäckande bild av hur olika faktorer påverkar varandra och hur saker hänger ihop. Det finns ett behov av att förstå samband för att kunna komma till rätta med problemen kring IT-införande i vården.

### 1.1 Syfte

Syftet med denna förstudie är att ge en schematisk bild av och synliggöra beroenden mellan fyra olika områden, närmare bestämt: ”patientcentrerade vårdkoncept”, ”möjliggörande teknik”, ”ekonomiska incitament” och ”juridiska aspekter”.

Målet är att utifrån användarnas behov diskutera tekniska möjligheter i samband med ekonomiska och legala infrastrukturer för att därigenom ge en helhetssyn på IT-införande inom vården. Resultaten beskrivs i form av:

1. en översiktlig beskrivning av den befintliga situationen
2. en kvalitativ empirisk undersökning och analys av förutsättningar, möjligheter, risker och hinder för en framgångsrik IT-implementering
3. förslag till relevanta framtida forskningsområden

## 2 Metod

För att hämta inspiration till och få en mer robust grund för att kunna besvara syftet med rapporten så har vi gjort intervjuer med 15 nyckelpersoner från offentliga och privata vårdverksamheter, IT industrin, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen samt patient- och anhängigorganisationer.

Urval av intervjupersoner, utformning av intervjuunderlaget och analys av intervjuerna gjordes av en projektgrupp bestående av sex personer med komplementär expertis inom områdena hälso- och sjukvård, IT-användning, medicinsk teknik, juridik och ekonomi. I projektgruppen finns det erfarenhet av att arbeta med implementering av IT-system i hälso- och sjukvården samt i vård och omsorg, ur både forsknings- och verksamhetsperspektiv.

I syfte att kunna ge en nyanserad bild, trots ett begränsat urval, valdes ungefär lika många representanter per intervjugrupp (vårdgivare, vårdtagare/anhörig, företag, beslutsfattare, jurister), alla med lång erfarenhet och en ansvarsroll.

Som underlag för intervjuerna har projektgruppen<sup>1</sup> tagit fram ett scenario baserat på ett exempel från projektet MobiSAMS<sup>2</sup>. Scenariot beskriver översiktligt samverkansproblematiken mellan olika vård- och omsorgsgivare, patienter och anhöriga när det gäller hemsjukvård och äldreomsorg. I scenariot beskrivs ett specifikt patientfall ur patientperspektivet samt ges ytterligare bakgrundsinformation av organisatorisk eller juridisk art i form av faktarutor. Scenariobeskrivningen skickades till intervjupersonerna inför intervjun.

Rapporten inleds med att kort beskriva vår syn på var sjukvården befinner sig i idag mot bakgrund olika IT-satsningar och det behov vi ser på att ytterligare utveckla och förstå samspelet mellan IT, organisation och juridik. Därefter följer en presentation av vårt empiriska material följt av analys och egna reflektioner.

### 3 Läget idag

Sverige ligger i ett internationellt perspektiv högt avseende IT-användning inom hälso- och sjukvården. I SIKAs statistiska årsbok för IKT-området<sup>3</sup> presenteras följande uppgifter:

- Sverige ligger i förhållande till övriga EU-länder högt avseende datorisering och användning av Internet/intranät (98 respektive 99 procent) inom sjukvården.
- 28 procent av identifierbara patientdata överförs elektroniskt, vilket svarar mot EU-genomsnittet.
- 20 procent av dem som överför patientdata elektroniskt använder elektroniska signaturer.
- 5 procent av de televårdsapplikationer som används uppges avse hemvård.

Mycket på att Sverige tillsammans med övriga nordiska länder ligger i den absoluta framkanten vad gäller användning av IT-stöd för vårdens dokumentation och processer.<sup>4</sup>

När det gäller IT-stöd för vårddokumentation inom primärvård så ligger Sverige i topp, men torde också ligga mycket långt framme avseende införande av IT-stöd för vårddokumentation på sjukhus.<sup>4</sup>

#### 3.1 Vård och omsorgsorganisation

Svensk hälso- och sjukvård och omsorg har en komplex struktur och organisation. Finansiering sker via skattemedel med en total budget på 40 miljarder kronor. Det finns idag 18 landsting, 2 regioner och 290 kommuner och ett distribuerat ansvar på landstings och kommunnivå. Landstingen och kommuner har olika förutsättningar och beslutar själva om hur resurserna ska fördelas. Det mesta av landstingets och kommunernas verksamhet finansieras helt genom landstings- och kommunalskatten, en mindre del genom statsbidrag. Patientavgifter och andra egenavgifter utgör endast cirka tre procent av landstingens intäkter.

Hur ska framtidens Sverige klara sina åtaganden? Hur ska ansvaret fördelas mellan stat, kommuner och landsting? Behöver man göra ändringar i Sveriges administrativa indelning?

<sup>1</sup> Personerna i projektgruppen och intervjupersonerna framgår av referenser sist i denna rapport. Den scenariobeskrivning och intervjuunderlaget som använts återfinns som bilaga 1 och 2 till denna rapport.

<sup>2</sup> MobiSAMS projektet <http://www.lime.ki.se/mobisams>

<sup>3</sup> SIKA, 2003, Fakta om Informations- och kommunikationsteknik i Sverige 2003

<sup>4</sup> Jervall L och Pehrsson T. IT-stöd i landstingen, Inventering på uppdrag av SLIT-gruppen, December 2007

Det enda man säkert vet om framtiden är att den blir annorlunda. Men man kan ändå göra kvalificerade gissningar. Något som går relativt väl att förutsäga på några års sikt är den så kallade demografiska utvecklingen. Man vet exempelvis att den allt äldre befolkningen ändrar förutsättningarna för folkhälsan och hälso- och sjukvården. Andelen äldre kommer att öka kraftigt fram till år 2020, med behov av service, omsorg och vård.

Samtidigt minskar den produktiva delen av befolkningen, vilket gör utmaningen att finansiera vården än större. För att klara de framtida utmaningarna krävs ständiga prognoser och en långsiktig planering som tar hänsyn till förutsägelser, möjligheter och hot. Sådana studier görs såväl i kommuner som i landsting och landets regioner. Bra framtidsprognoser är avgörande för att de politiska besluten fattas på rätt grunder.

Det pågår en omstrukturering av sjukvården, innefattande dels en centralisering - det kommer att finnas färre högspecialiserade centra, dels en decentralisering – förskjutning av sjukhusvård till hemmet. Framförallt decentraliseringen ställer större krav på samordning av olika insatser samt ett ökat patientinflytande, kommer i förlängningen att leda till fler, mindre men samverkande system och tjänster som levereras av fler aktörer och som har som mål att stödja olika perspektiv och (del-) processer i en patientcentrerad verksamhet.

Vad man framgent kan förvänta sig är också att patienten/medborgaren själv samt närstående behöver och kommer att vara mer aktiva i vård och omsorgsprocessen, vilket ställer ytterligare nya krav på bemötande och samverkan.

Vi kan också se uppkomsten av många lovvärda initiativ till att utveckla vårdorganisationen mot denna bakgrund. Låt oss kort ge ett illustrativt exempel.

### **Ett exempel – Anebymodellen; ett ersättningssystem byggt på - uppnått resultat som incitament**

Aneby modellen bygger på att vårdcentralen har ansvar för hela vårdprocessen dvs. att man löser problem där man står, på varje nivå agerar man utifrån eget ansvar och kompetens. Verksamheten är uppbyggd enligt en så kallad platt lärande organisation som stimulerar personalen till eget handlande och ansvarstagande utifrån patientens behov och utifrån den medicinska och omvårdnadskompetens som krävs. En av drivkrafterna är att man har ersättning för det resultat man levererar, dvs. en kvalitativ god vård som incitamentet. Det finns förståelse för målet oavsett verksamheter, liten eller till och med ingen prestige. Det finns en ödmjukhet för uppgiften, man har en organisation utan formella krav att beslut skall gå en viss väg, man fattar besluten nära de problem man står inför. Man följer upp vården genom att definiera mätbara vårdmål. Samordning av vårdåtgärder sker i kontinuerligt inom teamet mellan landsting och kommun, t ex läkemedelordinationer kopplat till aktuellt vårdmål/status. Man har stort fokus på personalkvalitet, hur personalen mår, hur man kan påverka och underlätta arbetssituationen och arbetssätt. Ersättningsmodeller och uppföljningssystem bygger på ersättning inom en viss ram, en vårdpeng för varje patient, dvs. man får betalt för att ta ansvar och ta hand om hela patientens vård- och omsorgsprocess med krav på samverkan med kommunen. Uppföljning sker genom utvärdering av utförd vårdkvalitet utifrån definierade indikatorer. Tilläggas kan att Aneby kommun har i dag lägsta antal sjukhusdagar i landet.



## 3.2 Teknik

IT-användning i Sverige är hög jämfört med andra länder. Svenskarna är bland de främsta i världen på att söka information om medicin och hälsa på Internet och det är kvinnorna som är de flitigaste användarna. Ca 70 % av de Internetanvändande kvinnorna i åldern 45-54 år, uppger i studien "Svenskarna och Internet"<sup>5</sup> att de tar del av information om medicin och hälsa på Internet. Av kvinnor över 65 år, är det fortfarande över hälften som tar del av samma information.

Även datoriseringen inom hälso- och sjukvårdens verksamhet är hög. Inom primärvården infördes elektroniska patientjournal redan under 90-talet och idag är de i stort sett införda i alla landsting. Det har dock varit svårare och därmed en längre process att införa motsvarande IT-stöd för sjukhus och psykiatri. 2007 är 12 landsting klara och 6 ytterligare är på god väg. Några landsting har just startat denna process. De flesta av sjukhusens röntgenavdelningar är digitaliserade och Sverige är världsledande när det gäller användning av e-recept.<sup>4</sup>

Datoriseringen inom omsorgen är inte lika utbredd och begränsas mest till administrativa system. IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan landsting och kommuner och/eller privata vårdgivare har dock börjat användas inom allt fler landsting. Ändå stödjer befintliga IT-system samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare eller mellan vårdgivare och patient otillräckligt. Dagens system är inte tekniskt och semantiskt kompatibla. Standarder för informationsöverföring och enhetliga begreppssystem saknas. Ett resultat av detta är t ex svårigheten att överföra informationen mellan olika vård-, omsorgsenheter och vårdgivare.

Det finns starka drivkrafter mot att använda ett system för all vårdokumentation inom den egna organisationen, dvs. för sjukhus, psykiatri och primärvård. Ett vanligt önskemål är "en patient – en journal" med gemensam läkemedelslista och gemensam term- och begreppsstruktur. Fyra landsting har idag samma system vid sjukhus, psykiatri och primärvård. Ytterligare fjorton landsting har detta som strategisk inriktning. Detta kommer sannolikt att leda till färre (fast större) leverantörer/system.<sup>4</sup>

## 3.3 Affärsmodeller (leverantör – beställare)

Ytterligare en problemställning som bör uppmärksammas rör affärsmodellerna för IT- och telemedicinska tjänster. Affärsmodellerna är själva grunden för att tjänster ska uppstå och resurser ska allokeras på ett bra och effektivt sätt. Detta gäller inte minst förhållandet mellan industrin och sjukvården. Ska till exempel IT-företagen ta betalt för en IT-tjänst per användning eller för en produktlicens per användare eller ska framtidens IT-system byggas på så kallad Open Source?<sup>6</sup> Frågan har givetvis också relevans ur vårdproducenternas perspektiv. Vad gäller om t ex vårdgivare levererar allt mer sjukvård eller prevention på distans? Hur ska de ta betalt för sådana tjänster och vem ska betala? Hur garanteras patientsäkerheten och vem har ansvaret om något går fel?

Utvecklingen inom området bromsas av en otillräcklig beställarkompetens från vårdens huvudmän och svårigheten för mindre företag att hantera administrationen kring offentliga upphandlingar.

<sup>5</sup> "Svenskarna och Internet", Årlig rapport, World Internet Institute, 071105 [www.wii.se](http://www.wii.se)

<sup>6</sup> Open Source innebär att källkoden till ett datorprogram är tillgänglig att använda, läsa, modifiera och vidare-distribuera för den som vill. Detta gör att användaren kan försäkra sig om att programmet gör vad det ska, eller anpassa det till sina behov.

Affärsmodellerna måste också utvecklas i och med att vi kommer att få fler aktörer på marknaden. I Stockholm t ex införs fritt vårdval vilket kommer att leda till fler privata aktörer kommer att leverera tjänster inom vård och omsorg.

Den offentliga organisation som är beställare av vård och omsorg måste också bättre definiera utifrån vilka kriterier man kommer att utvärdera olika aktörer. Det kan både handla om att följa upp att tjänsterna blivit utförda och med vilken kvalitet.

Samverkan mellan olika leverantörer, både privata och offentliga ställer krav på att man kan överföra information och att man tillsammans kan utveckla affärsmodeller som är robusta, men samtidigt flexibla och utvecklingsbara.

Alla ovanstående synpunkter kommer att kräva ett utvecklat systemstöd för att kunna genomföras.

### 3.4 Juridik

Juridiska begränsningar och osäkerhet om vad som gäller kan minska intresset för investeringar i utvecklingen av organisationsoberoende och enhetsövergripande IT-system och tjänster inom hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Även företrädare för IT-industrin kan besväras av oklarhet rörande de juridiska förutsättningarna för nya utvecklingsprojekt. ”Legala hinder” nämns således ofta som en orsak till fördröjning av implementeringen av IT-system i vården, utan närmare reflektion över vilka skyddsintressen och grundläggande rättsprinciper som ligger bakom de bestämmelser vi har idag. Dessa principer måste tillsammans med praktiska och tekniska krav fortfarande beaktas för att vi ska kunna få ett i alla avseenden adekvat regelverk, som också erbjuder berörda parter ett tillfredsställande skydd mot de nya eller ökade risker tekniken kan föra med sig. De juridiska aspekterna innefattar bland annat frågor om integritetsskydd och patientinflytande, data- och patientsäkerhet, samt olika ansvarsfrågor på huvudmannan- och individnivå.

På vissa områden har avsaknaden av föreskrifter ansetts utgöra ett problem som behöver åtgärdas, exempelvis när det gäller kvalitetssäkring och ansvarsfördelning avseende IKT-lösningar.<sup>7</sup> Också på EU-nivå betonas alltmer att lagstiftning kan utgöra ett stöd i utvecklingen av lämpliga tekniska lösningar samt bidra till att klarlägga de organisatoriska processer som behövs.<sup>8</sup> Särskilt i den gränsöverskridande vården avser kraven på interoperabilitet inte bara tekniska och semantiska standarder, utan också juridiska, etiska, kulturella och organisatoriska aspekter.<sup>9</sup>

Ett av de juridiska problem som ofta nämns i den svenska debatten är att sekretessgränserna mellan olika huvudmän och verksamheter försvårar eller rent av omöjliggör angeläget informationsutbyte i vården. Genomförandet av de förslag som framlagts i Patientdatautredningens huvudbetänkande (SOU 2006:82) medför ökade möjligheter till sådant

<sup>7</sup> Se t.ex. gemensam skrivelse den 7 mars 2007 från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket, Säkerheten i medicinska informationssystem, Dnr 50-2985/2007. Elektronisk version finns tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/35CC2E32-BA93-477A-8AC7-1E273DB7C29/7500/20071079.pdf> besöksdatum 2007-12-16).

<sup>8</sup> eHealth priorities and strategies in European countries, eHealth ERA Report March 2007, s. 15

<sup>9</sup> Connected Health – Quality and safety for European Citizens, Report of the Unit ICT for Health 12-13.09.06, s. 20 och 24, tillgänglig i elektronisk version på: [http://ec.europa.eu/information\\_society/activities/health/docs/policy/interoperability\\_report\\_final092006-cover.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/interoperability_report_final092006-cover.pdf) (besöksdatum 2007-05-23)

informationsutbyte, men tillgodoser ändå inte alla de önskemål om samordnad informationshantering som föreligger.

Bristande kunskaper om det gällande regelverket kan också medföra onödiga risker för att berörda intressen inte i tillräcklig utsträckning tillgodoses vid utveckling och införande av IT-lösningar i vården, trots att detta skulle vara både tekniskt och praktiskt möjligt. Det kan röra sig om allt från avsaknad av tillfredsställande back-up av data eller intrångsskydd i form av brandväggar, till underlåtenhet att garantera den inre sekretessen genom införande av behörighetsnivåer och kontroll av åtkomst. Sådana tillkortakommanden kan på längre sikt visa sig kostsamma såväl i ekonomiska termer som beträffande allmänhetens och användarnas förtroende för de nya systemen.

### 3.5 Sammanfattning

Vad vi ovan skisserat är en komplex sjukvårdsorganisation som inbegriper ett antal olika aktörer. Det är också en sjukvård i omvandling. Sjukvården omgärdas av ett antal olika IT-lösningar och inbegriper alltmer datorvana medborgare. Det är mot denna bakgrund vi ser ett allt större behov av vidare utveckling av teknik, nya organisations- och affärsmodeller och juridiska ramverk, utan också vikten av att belysa och förstå hur teknik, organisation och juridik samspelar.

## 4 Sammanställning av intervjuerna

I genomgången nedan har vi samlat de problem, möjligheter och risker som de 15 intervjuade nyckelpersonerna gav uttryck för när vi bad dem diskutera IT inom vården. Intervjupersonerna (se förteckning kap.8) har en lång erfarenhet i sitt yrke och valdes som representanter för följande grupper:

**FÖRETAG** som levererar tjänster och/eller system till vården

**VÅRDGIVARE**, offentliga eller privata

**VÅRDTAGARE/ANHÖRIGA** - Patient/Anhörigperspektivet & Patientförening

**BESLUTFATTARE** - Personer med ansvar för strategiska beslut på nationell nivå

**JURISTER**

Resultatet redovisas temavis utifrån ett organisatoriskt, tekniskt, ekonomiskt eller juridiskt perspektiv. Vi har här i första hand på ett relativt generellt plan sökt redovisa intervjupersonernas svar och synpunkter såsom de själva beskrev dem. Vi är väl medvetna om att balansen mellan vissa utsagor kan framstå som något skev. Vårt syfte med denna genomgång är dock inte att bevisa, utan att visa. Projektgruppens vidare analys och tolkning av intervjuerna återges i kapitel 5.

### 4.1 Typer av problem

#### 4.1.1 Övergripande problem

**Samordnings- och samverkansproblem:** Samverkansproblematiken är ett av de stora problemen idag, det handlar både om regelverk för samverkan men också inställningen till samverkan/ovanan att samverka. Det sker ingen samordning av de insatser som sker och ingen har helhetsansvaret. Det leder till dubbelbokningar och kommunikationsmissar. Landsting och kommuner måste jobba tillsammans mycket mer. Även då antalet organisationer inte är så många blir det ändå splittrat, bl a därför att ärenden i kommunen är uppdelat på ett antal olika nämnder i kommunen. Det leder till långa beslutsvägar och besluten tas långt från vårdtagaren. Då personal förlorar förmågan att påverka leder det lätt till minskad arbetsglädje, minskad vilja till initiativ till förändring och förlust av visioner. Vården kräver ett finmaskigt nät av kommunikation. Idag finns både tekniska, organisatoriska och juridiska hinder. Extra problematiskt blir det för de vårdtunga patienterna som ofta har kontakter med flera enheter, det är en grupp som ofta har svårt att föra sin talan och här är det extra viktigt att kunna erbjuda god vård.

**Informations- och kommunikationsproblem:** Kommunikationsproblemen inom vården är i huvudsak mellan huvudmän och organisatoriska enheter där man bara tittar på sitt eget. Det måste lösas både tekniskt och mentalt. Det saknas gemensamma möten rörande vårdtagaren hos de inblandade aktörerna och även över organisationsgränserna. Det är väldigt dålig kommunikation eller öppenhet mellan olika vårdinrättningar/organisationer. Det uppstår ytterligare problem med de icke svenskspråkiga patienterna som idag i allt större utsträckning saknar det hemmabarn som tidigare användes som länk i kommunikation. Dålig samordning, ingen som har ett helhetsansvar för vårdtagaren. Många tror sig ha tillgång till rätt information, den delges på olika vis med problem som följd. Alla behöver inte ha tillgång till så mycket information, det viktiga är att informationen är sammanfattad och korrekt.

### 4.1.2 Vårdtagarens roll

**Vårdtagaren är inte den centrala i processen:** Idag är det ingen som har huvudansvaret för en individs totala vård- och omsorg, ingen ser helheten. Varje insats är fokuserad på enskilda kroppsdelar. Verksamheten är styrd utifrån varje enskild organisation/klinik/enhet. Man tar inte heller hänsyn till vad vårdtagaren vill (tar sig inte tid att lyssna), hur vårdtagaren upplever det, hur dagsformen är etc. Det är svårt att få stöd och råd gällande helheten.

**Vårdtagaren saknar insyn och inflytande:** Då det saknas samordningsfunktion i den kommunala vården och omsorgen och beslut tas i ett flertal nämnder har vårdtagaren inte kontroll över helheten och tappar således inflytandet. Det leder lätt till att patienten tappar livskvalitet, förlorar möjlighet att planera sin tid, vilket i sin tur leder till otrygghet. Vårdtagaren kan inte själv välja hur stödet ska utformas då inte heller han ser helheten och vilka alternativ som finns. Individen måste få denna insyn och se all planering runt individen.

**Tillgänglighetsproblem:** Största problemet idag är processen innan man får behandling. Vi hänvisar runt vårdtagarna utan att sätta oss in i hur det uppfattas. När vårdtagaren väl når vården är han upprörd och har till viss del tappat förtroendet för vården. Med förbättrad samordning skulle man kunna besöka vårdinrättningen samma dag som behov uppstår. Vården har ofta ett begränsat antal besökstider och när de är slut så tar man inte emot fler vårdtagare. Det finns inget försvar för att en vårdtagare med cancer ska få gå och vänta på en besökstid. Det måste finnas någon man kan ringa och ställa krav. Kanske man kan bygga upp en gemensam växel, som ett medborgarkontor, vi bygger upp parallella organisationer idag.

Här behövs både tekniska hjälpmedel och attitydförändringar. Vårdtagaren måste kunna få råd och hamna på rätt vårdnivå direkt. Dagens system tvingar ofta vårdtagaren till besök på flera kliniker. Man måste också ges möjlighet att ta hand om sin egen hälsa, efter eget behov och möjlighet.

### 4.1.3 Anhörigas roll

Då vården inte klarar av att samordna insatser och kommunikationen mellan de olika utförarna inte fungerar hamnar ett **alltför stort ansvar på anhöriga**. Det är inte rimligt att de ska behöva ta så stort ansvar och koordinera insatserna. Det är svårt som anhörig att avsäga sig det ansvaret. Man tar idag många gånger för givet att en 85-årig dam kan ta hand om sin jämnåriga sjuke make.

Samtidigt **saknar de anhöriga helhetsbild och kontroll över de olika insatserna**. Ingen har riktigt tid att lyssna på de anhöriga och informera om vad som är aktuellt och planeras. Anhöriga har svårt att påverka situationen. Anhöriga ska inte ha insyn för sakens skull utan då vårdtagaren valt att ge en anhörig insyn och inflytande. Attityden till de anhöriga måste ändras, de sitter på kunskap och engagemang.

### 4.1.4 Organisatoriska problem

**Felaktig organisationsnivå - Tröghet i beslut:** Organisation och ansvar för beslut måste ske närmare vårdtagaren, det är de som finns närmast vårdtagaren som vet vad vårdtagaren behöver. Idag är det för många hierarkiska nivåer, överflödigt administration och brist på uppföljning, både vad gäller effekt, kvalitet och kostnad. Det är för långt mellan beställare och utförare och de som köper in system förstår inte hur vården fungerar. Det krävs mer medicinsk kompetens hos beställarna än de har idag. Därför krävs mindre enheter som utgår

från vad patienten behöver och inte vad organisationen runtom behöver. Det behövs mindre vårdenheter med lokalt ansvariga, eget budgetansvar och tydliga uppdrag för att förstärka och förbättra vårdarbetet. Utrednings- och utvecklingsavdelningar behövs inte då för att ta hand om misslyckade beslut och felaktiga satsningar. Vården lever kvar i en tjänstemannastruktur som utreder och bevarar sig själv. Idag finns det för många nivåer bland beslutsfattarna, politiker på olika nivåer som fattar beslut och inte känner till varandra och inte heller har koll på varandras beslut. Politikerna förstår inte vårdens komplexitet och påverkas av vad tjänstemän i landstingen säger, och de försvarar sin verksamhet.

**Alternativa vård- och boendeformer saknas:** Det är brist på mellannivåer mellan sjukhus och eget boende. Vården borde kunna komma till vårdtagaren i större utsträckning, t ex genom att kunna få vård i eller nära den egna bostaden, kanske en akutbil som kommer eller mobila lösningar i boendet, boendeformer med ständig tillgång till personal etc. Idag kan en person som behöver dropp/blodtransfusion bli kvar på sjukhuset bara pga av dessa skäl. Tio procent av patienterna på medicinkliniken kommer in pga felaktig medicindosering. En tredjedel av vårdtagarna tar inte sina läkemedel som de bör. Läkare lägger gärna till nya mediciner men tar sällan bort preparat. Många patienter tar flera läkemedel som har samma effekt. Krävs läkemedelsgenomgångar som är krävande både vad avser tid och kompetens.

**Risk att vi "tvingar" hem för svårt sjuka till eget boende:** Det ligger en trend i att alla ska vårdas i hemmet idag, man utgår från att alla vill vårdas hemma vilket är en fara. Idag skickar vi hem vårdtagare som absolut inte vill hem, som vägrar släppa taget när de ska åka, det är jobbigt! Vi måste inse att det finns folk som inte klarar sig hemma. Det måste också finnas en mental förmåga för att det ska funka. Om en person t ex är dement kan det bli problem även om de har massor besök från hemtjänsten. Det finns också en risk att närstående inte inser hur mycket jobb det innebär och säger att det ska funka trots att det inte gör det. Eller en vårdtagare som vill hem och säger att det finns någon som kan hjälpa till trots att så inte är fallet.

**Resursbrist kontra bristande resursutnyttjande:** Det är inte antalet personer som är problemet i vården. Man använder inte IT-stöd som förändringsmöjlighet. Man förändrar inte rutiner, förbättrar inte arbetsflöden etc. Det saknas vilja att tänka nytt, att förändra, allt fokus ligger på det kliniska idag. Mellan 30 % och 50 % av vårdpersonalens tid går åt för administration vilket är fruktansvärt.

Det kommer alltid saknas personal i vissa delar av vården. Det stora problemet är dock att man inte tar tillvara på befintliga resursers förmågor och de enskilda initiativen. Situationen leder till bristande arbetsglädje, bristande kompetens och bristande vilja att jobba på ett optimalt sätt.

Det är **bristen på kompetent ledarskap** i svensk sjukvård som möjliggjort en så splittrad bild av vården som vi har idag. Oförsvarligt att vi idag inte har en gemensam bild över vårdtagarens vård- och omsorgssituation. Om det finns en obalans mellan förväntningar och möjligheter, då spelar det ju ingen roll vem som utför arbetet. Vi måste skapa förutsättningar för enskilda att göra ett så bra jobb som någonsin går runt patienten. T ex vad behöver du för att göra ett riktigt bra jobb, effektivt och låter de få vara kreativa. Ledarskap är en nyckelfråga. Vi har inte tillräckligt bra ledarskap, på alla nivåer. Som ledare måste man skapa lust och kreativitet hos de anställda.

**Bristande innovationsklimat i vården:** Landstingen upplevs många gånger som en stelbent organisation med bristande flexibilitet där det är svårt att driva igenom förändringar, det leder till att drivande, duktiga individer tappar initiativförmågan, sin vilja att förändra och förbättra processer. Det måste skapas incitament för vården att förbättra och effektivisera processer.

#### 4.1.5 Tekniska problem

**Övergripande IT-stöd saknas:** Det finns idag inte nationella, regionala eller ens lokala fungerande lösningar för gemensam översikt av t ex aktuella läkemedel, hälsodeklarationsmodul, allergi och överkänslighetsinformation, kontaktuppgifter etc. Med dagens tekniska möjligheter är detta oförsvarligt.

**Brister i dagens IT system:** Idag finns en teknisk lösning för att ta del av den nationella läkemedelsförteckningen. Patientdatautredningen jobbar också vidare med läkemedelsfrågorna. Men många vårdgivare vill inte ta del av den totala läkemedelsförteckningen då det också kan skapas merarbete för vårdpersonalen. Vissa IT-system gör också arbetet besvärligare än nödvändigt. T ex när vårdgivaren ska fylla i Apotekets Apodosblankett så måste vårdgivaren fylla i den för hand. Vi vill kunna skicka information om aktuella läkemedel direkt från vårt system, med det godtar inte Apodoscentum. Det leder till irritation, och vi väljer då att skicka in vanliga recept vilket de inte kan neka att ta emot.

Gällande förskrivning med e-recept så effektiviserar det processen. Men systemet accepterar inte om man skriver tabl istället för tabletter. Det borde det göra.

**Utveckling och upphandling av IT stöd styrs av fel enhet:** Tidigare har upphandlingar varit väldigt styrda av IT-avdelningarna och kraven bestod till stor del av (icke relevanta) tekniska krav och nästan inga användarkrav. Idag medverkar användarna i större utsträckning i processen vilket är bra. Användarna måste medverka och agera kravställare för att lösningarna ska passa verksamheten. Om användarna inte ser nyttan kommer implementeringen bromsas. Det leder också till teknikfientlighet. Ofta sätts också krav på fel saker t ex viteskrav som alltid bara är skrivna mot leverantörerna. Man ser utveckling av IT-stöd som en fråga för IT-enheter och inte som ett led i verksamhetsutvecklingen.

**Beställarna är otydliga med vad de vill ha:** Beställningar läggs utan att man gjort en ordentlig behovsanalys och man har inte riktig förståelse för vad man vill ha. Man vill ha allt (alla funktioner) och man vill ha det nu. För att det ska bli bra måste det vara en process mellan kund och leverantör. Det är viktigt att man vet vad man vill uppnå med de olika systemen och att man tänker på hur de ska hänga ihop med andra system (eller produkter). Man går ofta ut på upphandling på sådant där man vet att det man eftersöker till 90 % inte finns att få tag på. Det leder till utvecklingsprojekt, det blir lätt stökigt. Som leverantör vill man att beställarna ska förtydliga det som efterfrågas. De ska sedan klara av att ta emot det som en leverans. En förutsättning för ett bra resultat är att beställarna ska veta vilka kliniker som ska ha vad och vad som ska finnas med vid implementeringen.

**Problem att införa ny teknik:** Även om den tekniska utvecklingen möjliggör nya lösningar för informations- och kommunikationslösningar, eller andra tekniska lösningar så krävs det att vården kan och orkar ta emot de tekniska lösningarna. Det är minst lika mycket jobb som själva utvecklingsinsatsen. Utvecklingsperioden och implementeringen i vården tar för lång tid. Det händer mycket i verksamheterna under den tiden. Krav och behov förändras, vården

kanske omorganiseras. Därför är samarbete, kommunikation, dialog hos kund, beställare och leverantör viktig. Risker och hinder kan annars uppstå.

#### 4.1.6 Juridiska problem

**Hinder för informationsöverföring:** Det är idag problem med att överföra information mellan olika organisationer vilket har lett till att man överlämnar ett minimum av information.

**Bristande kunskaper om gällande regelverk:** Personal och vårdtagare känner inte till rättigheter och regelverk rörande informationshantering. Inte heller jurister i allmänhet är särskilt initierade.

**Brister i integritetsskyddet:** Den inre sekretessen och risken att man bereder sig tillgång till uppgifter av nyfikenhet (t ex tittar i sin f.d. hustrus journal) är en viktig fråga som inte riktigt tagits på allvar.

**Avvägning informationsbrist – sekretess/integritet:** I dagens samhälle är vi vana vid att information görs tillgänglig bara vi lämnar vårt personnummer. Många vårdtagare utgår från att all vårdinformation blir tillgänglig då jag kommer in på sjukhus och uppger personnummer och risk finns därför att de utelämnar viktig helhetsinformation. Man förväntar sig att informationen redan är känd. Vårdtagaren tror oftast att en journal hör till hela sjukhuset och att läkaren vet mer än de gör. De som vet hur vården fungerar ger uttryck för en rädsla för att vårdgivare inte ska ha den information som behövs. Det är idag större risk för informationsbrist än sekretess och integritetsrisk.

## 4.2 Möjligheter och förslag på önskade lösningar

### 4.2.1 Organisatoriska lösningar

**Ansvarig person/koordinator/lots/rådgivare:** Det bör finnas en koordinator i vården, en spindel i nätet. En person eller en funktion som man först anmäler sig till. Vem det ska vara är en sakfråga. Som vården ser ut idag bör det vara hos antingen primärvården eller kommunen. Det måste vara någon som jobbar nära vårdtagaren. Det är viktigt att vårdtagare och anhörig vet vem man ska vända sig till. Kanske en projektledare för personens vård. Funktionen ska finnas tillgänglig för alla och vara skattesubventionerad. Det krävs en tydligare struktur inom Hälso- och sjukvård, tydligare huvudmannaskap som är begripligt för både vården och patienten. Det bör vara en person som kan vara vårdtagarens rådgivare. Idag sägs det att man har valfrihet, men man vet inte vad man kan välja på. Det är viktigt med valfrihet t ex kunna byta läkare om man saknar förtroende för den man har.

**Det krävs en tydlig vård- och omsorgsprocess som utgår från patientens behov:** Ansvarskommitténs betänkande bör skapa en vårdstruktur som är tydlig och lätt att förstå i och med att man gjort en tydligare uppdelning mellan staten, kommunens och regionens ansvar. Om man kan se hela vårdkedjan kan man också se sin del i vårdprocessen, man förstår att det händer mer kring vårdtagaren och kan då se vad som krävs. Alla måste se helheten. Om man ser hela processen blir det enklare att veta vart man ska vända sig med frågor. Det kommunala självstyret bör finnas kvar men inte se ut som idag. Det krävs ett nytänk för hur man organiserar ansvaret för vård och omsorg.



**Bättre kontinuitet inom hemtjänst/hemsjukvård:** Det ges exempel om en närstående äldre person som ges vård i hemmet och under en vecka hade besök av 23 olika personer under en veckas tid. Några av dessa saknade också rätt personlighet (dvs var inte lämpliga) för jobbet. Svårt som vårdtagare då inte heller personalen som kommer är medveten om alla andra som besöker bostaden för att utföra sysslor. Det borde begränsas till max ett par olika personer varje dygn. Det måste gå att arbeta på andra sätt om man från vården verkligen anstränger sig att se till vårdtagarens bästa och inte till sina egna rutiner och organisationer. Förslag ges att ta bort en stor del av den övergripande administrationen och låta de som är närmast vårdtagare prioritera vården. Den övergripande strukturen ska användas för att stödja där defacto sker.

**Tydligare krav på uppföljning av vården:** Det ska finnas mycket tydligare krav på resultat och uppföljning av komplikationer samt avvikelser i vården än idag. Enskilda enheter följer inte upp vårdprogram och evidensbaserad vård. De har idag inte möjlighet att systematiskt följa upp detta. För att underlätta detta kan vården drivas som mindre enheter eller i team. Det är lättare att följa upp och kan lättare anpassas till individens behov och en ekonomisk resultatuppföljning. Titta på konsekvenserna av den organisation man har, snarare än titta på vad som är rätt eller fel beslut. Därför behövs nationell samordning av kvalitet, uppföljning och kravställning på vad det är man gör. De enheter som inte fungerar ska få reda på det. Det leder till en åtgärdsplan med t ex utbildningsinsatser för att förbättra resultaten. Detta kan höja kvaliteten, minska lidandet och med automatik leda till nöjdare kunder.

Vården behöver jobba mer med kvalitetsuppföljning där man parallellt jobbar med förbättringsinsatser. Varje enhet skulle tvingas redovisa sina resultat för allmänheten. Inte doktor för doktor men enhet för enhet. Här kommer nyckeltalen in, t ex hur många operationer av bråck har den här enheten och vilken ska jag välja. Man borde nationellt ta fram kvalitetsnyckeltal, patientnöjdhetsnyckeltal, utfall av svårighetsgrad samt följa upp behov och tillgänglighet. System för kvalitetsregister bör kopplas ihop med journalsystem så att informationen per automatik rapporteras till kvalitetsregistren. Kvalitetsregistren måste bli bättre, kompletta och användas av alla. Informationen från registren måste spridas i öppna jämförelser, dvs. man visar själva vad man är bra och dålig på. Det behövs en oberoende revision av vården av t.ex. RRV. Att de går in och granskar och offentliggör för alla medborgare. Titta på vilken kvalitet man lever upp till, produktionsnöjdhet, kompetensutveckling etc. och det kan inte vara frivilligt. I dessa register ska både kvalitet, resultat av patientenkäter och bemötande redovisas, på sikt sak även vårdtagaren kunna ta del av denna information. Kunder söker bra vård.

**Skapa alternativa vårdformer:** Det behövs fler/bättre mellanformer i vården. (För frisk för sjukhus men för sjuk för att vara hemma.). Kanske ska vara ett ställe som bemannas både av kommunen och landstinget i förening. Vården borde kunna komma till vårdtagaren i större utsträckning, t.ex. genom att kunna få vård i eller nära den egna bostaden. Men några vill inte att bostaden ska förvandlas till en vårdenhet vilket är viktigt att respektera.

**Skapa alternativa boendeformer:** Nya boendeformer krävs för att tillfredsställa behovet. Här finns en ny marknad för bostadsbolag. Det kan vara ett eget boende med ständig tillgång till personal. Viktigt med boende som tillfredsställer det sociala behovet för att människan ska må bra och känna glädje. Fel att styra dessa bostäder till en viss åldersgrupp då man lätt kan vara ett gränsfall. Flytta resurserna, inte vårdtagarna genom mobila lösningar i boendet, boendeformer med ständig tillgång till personal etc.

**Kompetens och metodutveckling:** För att vården ska vara ett attraktivt yrke krävs kompetensutveckling. Det är viktigt att jobba effektivare och kunna reflektera över hur man jobbar. Det är effektivt med utbildning och konsultation på distans. Det är effektivt och innebär att långa resor inte behövs vilket innebär både kostnads- och miljöbesparingar. Att ha inflytande över sitt arbete, se olika metoder och jobba för vårdtagarnas bästa. Vården är idag ett trögt system, med väntetider och onåbarhet. Det kan bli effektivare med andra arbetssätt.

**Resursbrist framtvingar nya metoder:** Vi måste hitta effektivare arbetssätt i vården för att klara av rekryteringen av ny personal till kommunal vård och omsorg. Viktigt att höja attraktionsgraden i yrket. Att rationalisera bort sysslor som bör/kan utföras av annan än vårdpersonalen bör omfördelas (t ex städ, inköp etc.) Även teknikutveckling attraherar troligen fler att välja yrket.

Ibland finns fördelar med att det är ont om personal. Sådant driver fram idéer, andra lösningar, andra arbetssätt, organisationsformer och teknik. Andra arbetssätt och tankemönster kommer fram, utmaningen driver utvecklingen: Ibland är det mer armar i vården man kräver och man tänker inte ut nya mönster om det inte behövs.

**Tydliga riktlinjer för vad som är god vård:** Då våra gemensamma solidariska resurser inte är oändliga måste gemensamma riktlinjer för vad som är god vård tas fram och följas upp.

Vi måste fokusera vårdens insatser på att göra insatser som ger ett bättre liv. Inte alltid behandla allt som går att behandla. Det är viktigt att alla har insyn i detaljer kring beslut vid palliativ vård. Det händer idag att en döende skickas in med ambulans till sjukhus för att någon i vårdkedjan inte är bekant med situationen. Det blir traumatiskt för alla inblandade. Här blir samarbetet mellan alla inblandade extra viktigt.

#### 4.2.2 Tekniska lösningar

**Befintliga system måste integreras mot varandra** för att möjliggöra utbyte av information och kommunikation och översikt över helheten på vårdtagarens villkor. Det behövs en nationell standard för informationsöverföring. Bastjänster för medgivande, inloggning etc.

Det krävs informationsutbyte först och främst på regional nivå, men sedan också nationell nivå (landsting-kommun, lokala sjukvårdsinrättningar, småsjukhus -specialistsjukhus etc.). Det måste vara ett system på nationellt plan som alla kan ansluta sig till och en lag på så pass central nivå som gör att det går. Det måste vara ett system där alla organisationer finns med, även kommunen. Sjuksköterskor och läkare måste skriva i samma journalsystem. Det viktigaste är inte att det blir den absolut bästa lösningen utan viktigare att någon vågar bestämma. Som beställare ska det vara ett krav, att använda ett visst gränssnitt/viss teknik för att få vara med i svensk sjukvård. En gemensam kommunikationslinje krävs. När informationen finns samlad kan man med behörighetssystem kontrollera vem som tar del av vad. Satsa på att skapa samordningstjänster, det tjänar man troligen in snabbt.

**Samlad vårdinformation:** Viktigt att skapa en patientöversikt (gemensam journalhållning) som innehåller olika vyer beroende på vem man är/vad man får ta del av. Informationen måste vara tydligt strukturerad och behöver innehålla information både från landstings, privat och kommunal vård och omsorg. (lokala patientöversikten som testas idag täcker inte den kommunala vården). Även vårdtagaren ska ha insyn i de delar som är till nytta för dem. Anhöriga i de fall vårdtagaren vill att den närstående ska ha insyn. Det vore också önskvärt att man här kan följa processen, t ex hur långt har remissen kommit, hur länge ska jag räkna med

att vänta etc. Det är också viktigt att man informerar och utbildar personal om systemet. Att de som har tillgång till systemet får en etisk värdegrund inpräntad samt en kontrollmekanism.

Man bör i större utsträckning dokumentera avvikelser, om man frångått rutinerna. Läkare och sjuksköterskor ska dokumentera i samma vårdokumentationssystem. Mer checklistor och standardvårdplaner bör finnas i systemen för att effektivisera.

Genom att ta fram en gemensam vård och omsorgsplan och se till att den också är ett avtal där man sätter upp mål, mäter och gör en kontinuerlig uppföljning av planen. Uppföljning kan ske från bostaden, kräver inte fysisk kontakt. T ex har man fått de insatser man beviljats, biverkningar av medicinering, resultat av träning, upplevd effekt etc. Det bör vara enhetliga läkemedelslistor överallt. Och apotekssystemet och läkemedelsmodulerna i journalerna bör kopplas ihop.

**Informations- och teknislösningar för vård i hemmet:** För att klara vård i hemmet krävs (nya) kommunikationslösningar och informationssystem för att man ska kunna nå/nås. Det krävs också tekniska lösningar och anpassningar, t ex bostadsanpassning, hjälpmedel och tekniska hjälpmedel. Det är viktigt att tekniken är enkel, att man förstår den och kan hantera den. Stödet måste tas fram individuellt.

**Framtagande av enhetliga begrepps- och terminologisystem:** Det finns behov av att ta fram ett enhetligt system för begrepp och termer inom vården. Det är en förutsättning för att integrera system och utbyta information/kommunicera/läsa information mellan systemen. Här måste man ta ett nationellt beslut, ett förslag är att socialstyrelsen ska ha det ansvaret.

Man har med Snomed CT tagit ett steg i rätt riktning, men det är ett stort projekt. Det behövs mycket personella resurser för att översätta alla termer och begrepp. Och det finns en risk att processen tar så lång tid att resultatet inte går att använda när det är klart. Samtidigt måste man vara beredd att allting inte går att standardisera/koordinera.

**Användarcentrerad utveckling:** En förutsättning för att skapa bra IT-stöd är att utveckling sker nära slutanvändarna. Detta kan ske genom utveckling i samråd med olika användargrupper både med vårdtagare och vårdgivare. Även vårdskolor kan vara bra att involvera i utvecklingsprocessen. Genom att låta processen ske med små steg i nära samarbete mellan användare, beställare och leverantör är förutsättningarna för en framgångsrik process mycket större.

Det krävs ett större ansvarstagande av alla inom vården för att klara av att få fram bra stöd för verksamheterna. Personalen måste in i utvecklingen och medverka. Hittills har eldsjälar tagit tag i IT-frågorna. Om inte personalen medverkar i utvecklingen kan de inte heller hjälpa och stötta vårdtagarna.

Vården måste **göra riskanalyser innan de inför nya system**. Man bör också introducera systemet på en enhet under en tid för att rätta till alla ”fel” i systemet innan man inför det på hela/flera enheter. Det är viktigt att många yrkeskategorier kan vara med i utvecklingen så att alla användare känner igen sig i systemet, gällande t.ex. terminologi. Om en yrkeskategori lämnas utanför är risken stor att det leder till att de blir ett motstånd vid implementeringen.

**Öka beställarkompetensen:** Det finns en bristande beställarkompetens i organisationerna idag. Vi behöver en gemensam beställarorganisation (Beställarkansliet) som tar fram en gemensam kravlista. Vi behöver bygga upp kompetenscentra för att få underlag för upphandling. Det har både kommuner och landsting nytta av. Tidigare har man inte enats och

ställt krav, finns för mycket prestige. Var och en har upphandlat egna lösningar istället för att samarbeta och ställa gemensamma krav.

Det är många brister och problem vid upphandling av vård. Dels tar upphandlingsförfarandet mycket resurser i anspråk. Det finns också brister i långsiktigheten vilket leder till minskad vilja att hela tiden förbättra system och lösningar. Det finns jättemycket duktiga och kompetenta människor som utför och leder administrativ vård. Låt dessa personer beställa vård åt hela landet. Tydliga uppföljningar och kriterier och en ersättning bunden till vad som utförs.

Idag pågår ett antal nationella projekt som är viktiga för att lösa problem inom vård och omsorg. För att få med flera möjliga systemintegratorer bör man satsa på att ta fram tillräckligt bra metodböcker, dokumenterade riktlinjer, programkodsindex, anslutningsprogramvara etc. Tjänsterna måste vara färdiga för alla leverantörer att kunna leverera till. Att man som leverantör kan ta del av hela regelverket, tillgång till en stöd- och supportfunktion, tydliga gränssnitt för hur man ansluter sig till de nationella tjänsterna. Att nationellt tillhandahålla helpdesk och en certifieringsprocess. Det skapas då möjlighet för alla leverantörer att ansluta sig till de nationella systemen på lika villkor.

**Nationell samordning:** Det är viktigt att målet med det som utvecklas är att det ska bli en nationell tjänst, hur det passar in i den nationella IT-strategin. Det är också viktigt att finansiärer inom detta område har en översikt. Idag delar man ut pengar till sådant som redan gjorts. Projekten leder då inte vidare utan leder till besvikelse.

**Inför Medborgarkortet nationellt:** Implementera ett medborgarkort som kan fungera som nyckeln till alla system. Det behövs ett centralt förvaltad ID-kort med tydliga gränssnitt så att vilken leverantör som helst kan ansluta sig, då kommer vi se mängder av lösningar. Det krävs nationella tjänster så att man säkert kan identifiera en användare. Det är en förutsättning för informationssäkerhet och garanterad patientsäkerhet.

### 4.2.3 Lösningar för vårdtagare och anhöriga

**Vårdtagarens och anhörigas översikt/plattform:** Vårdtagare och anhöriga bör ges möjlighet till insyn och medverkan i vården, t.ex. genom en webbaserad lösning som ger insyn i vårdtagarens kalender. Vårdtagaren bör vara den som bestämmer vem och vilka som ska ha insyn. Viktigt att det inte leder till informationsöverflöd. Viktigt att vården anstränger sig lite extra och skapar patient och anhöriginformation till systemet. T ex en kalender som visar när folk kommer, vad som händer, hur han kan motsätta sig besök, dvs. avboka om det blir för mycket etc. Här ska också finnas vårdinformation om behandlingar, sjukdomar, uppgifter vem man kan kontakta med olika frågor och vart man kan vända sig om man är missnöjd etc. Det skulle behövas en lista för landsting och en för kommunen där det framgår vem som har ansvar för vad. Att man vet vart man kan vända sig och kunna lita på att något händer så man ringt. Viktigt att viktigaste aktören har prioritet och kan boka om vissa insatser om det krävs. Det kan t.ex. vara en vårdplan kopplat till en kalender. Vårdtagarens egna aktiviteter bör ha högsta prio.

**En utvecklad journal för vårdtagaren:** Journalen är historia. Det finns behov av en utvecklad journal med planerade aktiviteter, kontaktuppgifter, träningsprogram, motivationsövningar, coachingstöd. Det ska vara vårdtagarens tidbok, uppföljning och kontaktbok. Gärna möjlighet för vårdgivaren att skicka information, egenvårdsmätning, notering av biverkningar, effekter etc. Verktyg för att ta ett större ansvar för sin egen hälsa.

För att inte alla som är inblandade i vårdkedjan ska behöva fråga vårdtagaren om all information kan frågeformulär skapas med t.ex. 20 viktiga övergripande frågor. Dessa frågor och svar ska sedan finnas tillgängligt för alla huvudmän.

**Välinformerade vårdtagare och anhöriga:** Genom att se till att vårdtagare och anhöriga är välinformerade avlastar man vården. De kan då vara med och stötta och hjälpa i olika vårdsituationer (det får dock inte vara ett krav). De slipper ringa, stå i telefonköer och belasta systemet om de är välinformerade. En välinformerad person är tryggare. Morgondagens vårdtagare kommer att kräva mer och bättre information om vård, behandlingsalternativ etc. Idag kan man i bästa fall få information på papper, men vi behöver bli bättre på detta, att även ha information på annat sätt (filmer, illustrationer etc.) och på flera språk.

**Bra system för avlastning av anhörigvårdare:** Det finns för lite stöd för anhöriga idag, de gör ett jättejobb! Det måste finnas bättre stöd för dem när det krisar, de har ingen att vända sig till. Blir ofta fångade i bostaden för att släppa in olika personer, hålla ordning på information etc. Ibland får de avlastningsplats, men det är också väldigt stelbent system och borde vara mer flexibelt. Man vill ju ha avlastning när man behöver det och inte alltid t.ex. varannan vecka. Man kanske vill ha sin närstående hemma över påsken men kan inte avstå avlastning för då blir man av med platsen. Som anhörig är det mycket oro, och det sociala skyddsnätet krymper oftast. Det är viktigt att inse att det inte handlar om att överleva utan att ha ett värdigt liv!

**Ökat patientinflytande:** Ersättningen för vård måste kopplas till vårdtagaren genom ökat patientinflytande. Antingen genom sjukvårdspeng eller genom att förskjuta makten inom vården till dem som är patientnära därför att de vet vad vårdtagarna behöver. Låt kunden välja vårdcentral och låt pengarna följa med. En rimlig grad av privatisering där det finns alternativ. Om mötet och vårdtagarens behov är det centrala och man skapar verksamheten utifrån det blir resultatet bäst och utvecklingen av IT-stöd kommer då med automatik. Om utgångspunkten är att göra det bästa för vårdtagaren skulle man inte skicka hem vårdtagare som inte klarar sig själva.

**Bygg organisationen kring vårdtagaren:** Bemötande och patientupplevelser är viktiga! Skapa därför organisationen runt vårdtagaren och lägg inflytande och ansvar nära. Man pratar om vårdtagaren i centrum, men det är bara en klyscha idag. Det behövs mer delegerat ansvar i vården och mindre resultatuppföljningsenheter. Ner med befogenheter och ner med ansvar och följ upp resultatet på respektive klinik/enhet. Man kan då jämföra olika enheter och sätta in förbättringsinsatser där verksamheten inte fungerar. I vården är vi inte vana att jobba i team kring patienten. För att lyckas med det krävs nya arbetssätt, attitydförändringar och förtroende mellan yrkeskategorier.

**Ökad tillgänglighet:** Morgondagens vårdtagare och anhöriga vill ha större valfrihet på hur, var och när man kontaktar vården. Här kan Informations- och kommunikationslösningar via Internet, chatt och sms vara alternativ. En 17-årig tjej vill kontakta vården på ett annat sätt än en 85-årig man. Vården bär sig inte åt som en organisation som är beroende av sina patienter. Vi måste använda smartare kontaktvägar och hantera ett ökat inflöde. Ett exempel kan vara om jag har en smittsam sjukdom och söker vård. Om man då redogör för hur lång tid det tar att transportera sig till mottagningen bör man kunna få ett sms med fem minuters marginal när man beräknas få träffa sin läkare. Man slipper då sitta i väntrummet och smitta och får en bättre helhetsupplevelse.

Det är oerhört viktigt att man som vårdtagare vet vart man ska vända sig om man behöver hjälp eller information, det innebär en trygghet. Därför måste vi jobba för en enkel ingång till vården! Att veta vem man ska vända sig till i olika situationer och vad man kan förvänta sig är viktigt för tryggheten. Krisbilden som målas upp kring vården förstärks när man inte hittar rätt i vården, men vården är inte i kris, behandlingarna fungerar men organisationerna runt omkring måste förändras. Det borde vara fler positiva artiklar om vård och omsorg i media, idag målas allt i svart vilket skapar oro och rädsla.

Som medborgare ska man kunna nå vården, bli schysst behandlad och inte nonchaleras. Man ska bli sedd och lyssnad på, att man ska uppfattas som en respekterad person. Sjukvården har en genuin respekt för den enskilda patienten. Alla som jobbar i vården ska uppfylla bra vård, vara omvårdande och omvårdnadsorienterad. Som patient känner man sig ganska liten när man kommer in i ett system vid ett omhändertagande. Det handlar om mänsklighet och trygghet på ett djupare plan.

**Beskriv vårdtagarens rättigheter:** Som vårdtagare vill man ha tydlig information om sina rättigheter. Kommunen säger t.ex. att man har rätt till trygghet. Vad innebär det för individen. Ta fram vårdtagarens folder som beskriver vad man menar med trygghet, vad man blivit lovad, i detalj. Möjlighet får vårdtagaren att kolla att man får vad man blivit lovad.

#### 4.2.4 Ekonomiska lösningar

**Effektivare ersättningssystem:** Vården måste ha ersättningssystem som motiverar flexibla arbetssätt. Ersättning utgår inte för att hantera kunder via IT-lösningar utan ersättning bygger på en fysisk kontakt. Det är viktigt att man sätter sig in i vårdtagarens situation. Att göra det möjligt att skicka e-postmeddelande och få svar den vägen, att jobba mer hälsoförebyggande, talsvarssystem så att man slipper telefonköer etc. Man sparar resurser om man jobbar mer förebyggande med personer med högrisk att drabbas av sjukdom. Man behöver se över ersättningssystemet och lägga in någon effektivitetsaspekt. Man måste titta på hela processen, inte bara slutresultatet.

Det måste kosta att vara ineffektiv för att motivera att se över rutiner och löna sig att effektivisera verksamheten. På något sätt måste man få pengar efter vad man gör i sjukvården. Men det måste finnas någon sorts hållhake så att man inte gör saker för att tjäna pengar utan jobbar för individens bästa.

**Genomför kostnads/nytt kalkyler:** Det är viktigt att påvisa vilka pengar verksamheterna sparat med olika system, titta på kostnadseffektiviteten och vad som är den ekonomiska vinsten. Det missar man ofta idag.

**Belöningsystem:** Det ska finnas tydligare hantering av avvikelser inom vården och omsorgen och man bör införa ett belöningsystem. Ett belöningsystem där klagomål utgör ett incitament till förbättringar och uppmuntra önskemål. Om en klinik är kreativ och får ner sina kostnader ska dessa pengar återföras till verksamheten (inte leda till minskad budget) mot en plan för hur man gör verksamheten effektivare. Förbättringspengar till förbättringsarbete, uppmuntra personalens kunskap, kompetensutveckla och uppmuntra lust och glädje.

#### 4.2.5 Juridiska lösningar

**Tydliga och tillgängliga lagar och förordningar:** Det finns bra författningssamlingar som är ett bra stöd för verksamheterna men en stor okunskap i verksamheterna om hur regelverket kan användas för att stödja och utveckla verksamheterna. Det är bra att man gör om Patientdatalagen. Brister när det gäller möjlighet till informationsöverföring hoppas man komma tillrätta med då den nya Patientdatalagen antas den 1 juli, 2008. Gällande överföring av data behöver man definiera vad som är enhet, vad som är överföring mellan klinik och vad som är överföring mellan organisationer. Det vore bra om juridiken kan beskrivas på ett enhetligt övergripande och lättillgängligt sätt så alla kan och förstår dess innebörd. Även vårdtagaren behöver kunna ta del av lagar och förordningar så de vet sina rättigheter. Det behöver också tas fram kortfattade informationsblad som beskriver regelverken.

**Tillfredsställande lösningar på sekretessproblem och integritetsfrågor:** Att förverkliga en sammanhållen journal är inte bara en teknisk utmaning. Vilken information ska finnas tillgänglig och för vem? Patienten ska alltid kunna säga nej, till att vara med i systemet med delad information eller om man har sagt ja ändå kunna neka tillgång till informationen i en senare vård-situation. Patienten själv ska ha full koll på vem som haft tillgång till informationen. Överhuvudtaget ska kontrollmekanismerna stärkas. Det krävs tydliga riktlinjer för dokumentering, tydliga sammanfattningar, att man tänker på för vem man skriver och ser över gränserna. Funderar över vilka kategorier som ska läsa vad. Noteringar ska i första hand vara till för patienten.

**Skapa starkare patienträttighetslagstiftning:** Vården är till för patienten. Lagstiftningen ska vara mycket starkare på vårdtagarens sida än på personalens. Patienter måste kunna anmäla brist i bemötande, de ska bli tagna på allvar när något gått fel.

**Skapa möjlighet att reklamera vården:** Som kund är det svårt att klaga på den tjänst man får och svårt att hålla reda på vem som gör vad. Kunden kan inte heller låta bli att ta emot den tjänst de får. Den som har det dagliga omvårdnadsansvaret och jobbar närmast kunden får koordinera det hela och vårdtagaren och anhörig skall styra över betalningen. Om vårdtagaren skulle ha styrinstrument så köper de vård där det funkar.

## 4.3 Risker med nya tekniska lösningar

### 4.3.1 Risk med problematisering

Det är alltför lätt att fokusera på problem med ny teknik, risker och säkerhet. Men man glömmer att gamla system också har stora problem och risker.

### 4.3.2 Risk för informationsöverflöd

Då vården innehåller väldigt mycket information är det viktigt att informationen är tydligt strukturerad så att var och en ser det de behöver och inte allt annat. Vilken information ska finnas tillgänglig för vem, det krävs tydliga sammanfattningar och ett nytt sätt att dokumentera. Noteringarna måste i första hand vara för patienten. Risk annars att det blir för mycket information. Måste finnas möjlighet att söka/filtrera i informationsmängden.

### 4.3.3 Risk med konsolidering av nationella projekt

Det finns en risk med de nationella projekten, t.ex. BIF att det inte tas fram tillräckligt bra metodböcker, programkodsindex, anslutningsprogramvara etc. De missar då att få med många systemintegratörer och det troligen blir svårt att kommunicera ut information om hur systemleverantörer ansluter sig. Det finns också risk att det kommer att kosta mycket för varje systemleverantör att ansluta sig. Det är viktigt att behandla leverantörerna lika och bjuda in alla leverantörer.

### 4.3.4 Patientsäkerhetsrisker med elektroniskt informationsutbyte

Det finns en risk i kommunikationsutbytet med elektroniska journaler, uppgifter kan komma på avvägar. Elektroniska journaler kan också spridas till många mottagare snabbt. Det kan innebära en falsk trygghet att journalinformationen finns tillgänglig digitalt. Man litar på det som syns på skärmen och reflektera inte om informationen är fullständig och vad det egentligen var som matades in från början. Men det är marginaler i kanten. Risk finns men det är oerhört mycket bättre idag än det var med pappersjournaler.

### 4.3.5 Integritetsrisker

IT-utbyggnaden är en nödvändighet men svårt att hantera integritet/säkerhet. Självklart är systemet mer integritetskänsligt när man får tillgång till mer information, men man måste se möjligheter, inte bara risker. Informationen måste gå att få tag i när den behövs. Det finns risk för att information kommer i orätta händer. Har man inte respekt för patientintegriteten så kommer patienten på sikt att tappa förtroendet för vården, vilket i sin tur kommer att påverka patientsäkerheten negativt. Viktigt att ha patienten med sig och inte låta utvecklingen skena iväg. Viktigt att vårdtagaren kan påverka hur informationen ska hanteras.

### 4.3.6 Säkerhetsrisker

Det finns en fara med vårdtagarens ökade makt över vem som inte ska få ta del av viss information. Det finns en risk att patienten kan blockera viktig information som kan vara till skada för patienten eller andra personer. Det måste vara en avvägning mellan integritet och säkerhet.



## 5 Analys och reflektioner

Mot bakgrund av de nedslag i empirin vi här gjort ska vi här kortfattat analysera empirin och ge några mer personliga reflektioner över problemkomplexet.

### 5.1 Vård- och omsorgsorganisation

Av intervjupersonerna påtalas att svensk vård och omsorg befinner sig i ett läge där man är tvungen att inte endast se över hur man arbetar, planerar, utför och utvärdera arbetet, hur finanserna används utan också se på nyttan av insatta resurser och att kvalitet och patientsäkerhet finns. Man anser att en koordinator eller ansvarig person/koordinator/lots/rådgivare behövs för att möjliggöra detta. Det bör finnas en person som kan vara vårdtagarens rådgivare och företräda vårdtagarens intressen när denne inte själv orkar. En samverkande vård- och omsorgsplan skulle kunna utgöra en stödjtjänst för denna roll.

Intervjupersonerna efterfrågar och ser behov av att beskriva patientens hela vård-omsorgsprocess, man efterfrågar vikten av att se sin del av ansvaret i vård- och omsorgsprocessen. Man vill se vad andra planerat, vad som genomförts för att utifrån en gemensam bild av patientens vård- och omsorgsstatus kunna fatta beslut om nästa steg i vårdkedjan. Man vill ha tillgång till hela processen för att enklare veta vart man ska vända sig med frågor. Man menar också att man bör tänka över hur man skall organisera ansvaret inom vård och omsorg, att börja bygga mer samverkande och processorienterade verksamheter. Därutöver kommer respekten för patientens integritet och självbestämmande.

Ett teambaserat arbetssätt i mindre enheter där antalet vårdutförare minskas ner ser man som betydelsefullt när det gäller svårt sjuka patienter såsom äldre, multisjuka och palliativa vårdtagare. Man menar också att ett framtida behov finns av att skapa nätverk med vård-omsorgsaktörer för att uppnå resultat som varje enskild grupp inte kan uppnå själva. Det handlar om att bygga nätverk som sedan kan vidareföras i olika typer av verksamheter och möjliggöra att vårdens aktörer fritt kan bygga upp och styra hur arbetet skall utföras så att ansvar kan tas nära de vård- och omsorgsproblem som finns runt patienten. Ett nätverk som öppnar upp för en fri samverkan skapar troligen incitament för att arbeta för patientens bästa och på så sätt skapa en vård- och omsorgsmiljö som gynnar patientens behov.

Samtidigt visar svaren att det behövs en förbättrad nationell samordning av kvalitet, uppföljning och kravställning på vad det är man gör. Man menar att det ska finnas tydligare krav på resultat och uppföljning av utförd vård och omsorg, även en mer omfattande uppföljning av komplikationer samt avvikelser i vård och omsorg än vad som finns idag.

Intervjupersonerna anser att situationen ställer krav på ett långsiktigt mer heltäckande perspektiv på hur vård och omsorg skall bedrivas och utvecklas som att tydliga riktlinjer och strategier krävs för vad som är god vård och omsorg. Flertalet av de intervjuade menar att vården behöver arbeta mer med kvalitetsuppföljning där man parallellt arbetar med förbättringsinsatser.

I första hand intervjupersoner från vården tror att en målfokuserad vård- och omsorgsorganisation där det skapas en tydlighet för vem som gör vad, hur, när, och där ett tydligt ansvar finns i vård- och omsorgsprocessen. Det skulle sannolikt leda till att verksamheten runt patienten effektiviserades och resurser användes mer effektivt. Med ganska

hög sannolikhet skulle rätt beslut fattas närmare vårdtagarens behov och i rätt tid. Detta skulle antagligen leda till en ökad patientsäkerhet och en vårdkvalitet som gagnar patienten.

## 5.2 Teknik

Av intervjupersonerna påpekas att det idag saknas fungerande IT-stöd som stödjer samverkan i vård och omsorg. Tekniska hinder som avsaknaden av standarder och enhetlig terminologi nämns som en orsak till varför informations- och kommunikationsflöden inte fungerar så bra som de skulle kunna göra. Samtidigt ser man också en tydlig koppling till organisationen. Man använder inte IT-stöd som förändringsmöjlighet för att ändra rutiner eller förbättra arbetsflöden. Intervjupersonerna ser också IT som en avgörande faktor för kvalitetsuppföljning. Att man ser IT-stöd som en fråga för IT-avdelningen och inte som ett led i verksamhetsutvecklingen leder också till att upphandling av IT system oftast styrs av IT avdelningar. Detta leder i sin tur till upphandlingar baserade på tekniska i stället för verksamhetskrav och i förlängningen till missnöjda användare. De som arbetar inom själva verksamheten klagat över dåliga IT system och leverantörerna skyller på otydliga beställare.

Intervjusvaren lyfter fram ett tydligt glapp mellan beställare och leverantörer. Man ser bristerna i dagens IT system och tycker att beställarkompetensen i sjukvården när det gäller IT system brister. Framförallt intervjupersoner från verksamheten vittnar om dålig användarvänlighet i dagens IT-system och klagat på att användarna inte har blivit involverade i systemutvecklingen i tillräcklig stor utsträckning. Det upplevs också som svårt för teknikerna att få användarna att medverka.

Samtidigt visar svaren också på att läget håller på att förändras och användarmedverkan vid upphandlingar ökar. Intervjupersonerna sätter också krav på verksamheten att engagera sig när det gäller IT frågor och inte överlåter det till "eldsjälar". Användarcentrerad systemutveckling efterfrågas för att bygga övergripande IT stöd för samverkan där olika personalgrupper, patienter och anhöriga kan dokumentera i ett enhetligt vårddokumentationssystem. När det gäller informationsmängden så skiljer sig intervjupersonernas åsikter. De flesta anser att det finns en risk med för mycket information som blir oöverskådlig och svart att hantera medan somliga tror inte att det finns risk med för mycket information.

Intervjupersonerna är överens om att det behövs ett nationellt grepp angående IT i vården. En gemensam infrastruktur, gemensamma termer och begrepp samt en enhetlig beställarorganisation som ger tydliga riktlinjer till IT leverantörerna. När det gäller trovärdighet av de pågående nationella aktiviteterna så tror några av intervjupersonerna mycket på deras framgång. Andra ser riskerna med landstingsdrivna projekt som inte involverar kommunerna i tillräcklig stor utsträckning. Även otillräcklig information gentemot leverantörerna när det gäller kostnader för anpassning till de nationella lösningarna, riktlinjer och metodhandböcker påtalas. En av intervjupersonerna förespråkar nödvändigheten av en genomgående riskanalys inför införandet av nya IT system. Man önskar att någon tar det övergripande ansvar och bestämmer vilken teknik och vilka standarder alla bör anpassa sig till för att skapa en nationell systemintegration.

Somligas önskemål om att någon bestämmer på nationell nivå påminner om Storbritanniens ansats med NHS där en centraliserad ansats har valts. Men även om den centraliserade ansatsen i NHS har haft sina fördelar så har man inte alls kommit så långt som planerat<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> The Electronic Patient Record, House of Commons Health Committee, Embargoed Advance Copy, September 2007

Otillräcklig användarmedverkan anses vara den största orsaken till det. I fortsättningen rekommenderas att man ge mera lokalt ansvar i hur systemen skall utformas men samtidigt kräver följsamhet till standarder som införs på nationell nivå istället för att försöka styra teknikimplementering lokalt. Inrättning av ett standardiseringsorgan (som det infördes i t ex Kanada) och en tydlig tidplanering för införandet av SNOMED-CT rekommenderas också. Framförallt behövs det nu tydliga målbeskrivningar, konkreta tidplaner och en mera decentraliserad ansats som ser till att de lokala organisationer tar ett ansvar för införandet.

Dessa erfarenheter från andra länder visar att det inte enbart krävs tydliga mandat och beslut utan även en införandeprocess som tar hänsyn till lokala förhållanden. Det är en process som tar tid tar tid och kräver mycket dialog och utbildning – som en intervjuperson också påpekade.

### 5.3 Affärsmodeller

I föregående sammanställning konstateras att det finns en otydlighet i vad affärsmodellerna skall omfatta och hur dessa skall vara utformade för att generera största möjliga nytta för både vårdtagaren och samhället. Idag kan vi inte beskriva hur resurser allokeras, utnyttjas och ersätts på ett för alla begripligt och bra sätt, vilket tyder på att affärsmodellerna inte är tillräckligt utvecklade. Affärsmodellerna skall vara utvecklade på ett sådant sätt att vårdgivarens organisatoriska hemvist är ointressant.

I framtidens system kommer det inte att vara nödvändigt att vårdgivaren är en offentlig förvaltning, utan vårdgivaren skall kunna vara:

- privat
- kommunal eller
- landstingskommunal

och affärsmodellen skall klara av att hantera detta.

För att affärsmodellerna skall kunna utvecklas och fungera måste beställarfunktionen vara mycket tydlig och klar över vad som skall beställas, med vilken tillgänglighet och till vilken kvalitet. När det gäller hemsjukvård bör också specificeras till vilken grad anhörig kan delta i processen runt vårdtagaren.

I affärsmodellen bör man också utreda under vilka förutsättningar hemsjukvård kan vara lönsam ur samhällets perspektiv. Det kan dock finnas andra icke ekonomiska faktorer som gör att man vill ha hemsjukvård. Dock kan det vara av kulturella eller andra skäl som gör att en vårdtagare vill vårdas i hemmet.

I affärsmodellen bör uppdragen från beställaren göras tydliga så att förutsättningarna är beskrivna vad olika parter skall/bör göra. Tydligheten är också av stort värde så att närstående vet vad som förväntas av dessa och att anhörig vet vad man kan bidra med och vad man behöver bli stöttad med.

I uppdragen och därmed affärsmodellen måste följande områden specificeras därför att dessa är väsentliga att dokumentera för att möjliggöra en uppföljning mot vårdtagare, finansiär, vårdgivare och anhörig och som dessutom skall leda till att utveckla vård och omsorg till att kontinuerligt bli bättre och bättre:

- Kvalitetsregister
- Resultatredovisning på olika nivåer
- Ekonomiuppföljning

I affärsmodellerna finns idag ingen som följer vårdtagaren och ser till att dennes intressen blir tillvaraget på ett så optimalt sätt som möjligt.

En fråga som inte är helt klarlagd är hur man kopplar vårdssamverkan till affärsmodell.

För att en affärsmodell skall bli bra måste följande vara uppfyllt:

- Tydlighet är ett måste, vad som skall utföras skall vara tydligt beskrivet, likaså till vilken kvalitet.
- En beskrivning av hur uppföljning kommer att ske.
- Hur ersättning skall ske när uppdraget är fullgjort med avtalad kvalitet och utfall
  - Beskrivning av vem som har ett helhetsansvar för vårdtagaren.
- Hur information till vårdtagare/individ och/eller anhörig skall ske.
- Utformning av framtidens ersättningssystem utifrån en resultatdriven vård- och omsorgsprocess och som utgår från patientens behov och medicinsk kompetens.

## 5.4 Juridik

En av de juridiska aspekter som mest uppmärksammas av de intervjuade gäller juridiska hinder för ett effektivt informationsutbyte i vården, inte minst mellan olika vårdgivare. Här ställs stora förhoppningar till genomförandet av Patientdatautredningens förslag, men företrädare för jurister, vårdgivare och beslutsfattare befarar samtidigt att möjligheten för patienten att spärra vissa uppgifter kan leda till risker för patientsäkerheten. Beträffande den inre sekretessen uppmärksammar dock flera av de intervjuade behovet av tillförlitliga åtkomstsystem med olika behörighetsnivåer etc.

Intervjusvaren ger sammantaget en mycket splittrad bild när det gäller vilken betydelse integritetsskyddet tillmäts. Vissa av de intervjuade nämner det inte alls och andra anser att patientsäkerhetsintresset måste ges företräde. Endast någon enstaka person ger uttryck för att ett otillräckligt integritetsskydd på sikt skulle kunna skada förtroendet för vården och påverka patientsäkerheten negativt, genom att människor skulle kunna bli mindre benägna att anförtro vårdpersonalen känsliga uppgifter. I Patientdatautredningens enkät från hösten 2005 var det emellertid närmare hälften av de svarande (46 procent) som i någon utsträckning kände oro för att obehörig *vårdpersonal* skulle kunna få tillgång till uppgifterna i en gemensam patientjournal på nationell nivå (fråga 12) och 39 procent uppgav att de kunde komma att bli mer återhållsamma med att anförtro sin läkare känsliga uppgifter (fråga 14).<sup>11</sup> Endast 11 procent av de svarande ansåg att patienten inte ska bestämma vilken vårdpersonal som ska få tillgång till uppgifter i journalen, under det att 83 procent ansåg att patienten ska ha inflytande över den saken (fråga 15). Så många som 31 procent ansåg att patientens samtycke ska krävas till *all* åtkomst som inte sker i i akuta situationer. Även när det gäller användning av journaluppgifter för forskning eller för medicinsk och ekonomisk kvalitetssäkring tyckte 75 respektive 80 procent att patienten själv ska kunna bestämma i vilken utsträckning sådan användning får ske. Sammantaget tycks allmänheten lägga mycket stor vikt vid ett tillfredsställande integritetsskydd för de känsliga personuppgifter som hanteras i vården, och förutsätter att den enskilda patienten ges ett avgörande inflytande över användningen av journaluppgifter.

Ett stort antal av våra intervjupersoner ger uttryck för att många/de flesta patienter tror att vårdgivare redan har åtkomst till information från andra vårdgivares patientjournaler. Denna

<sup>11</sup> Se Din patientjournal, enkätundersökning utförd av Statistiska centralbyrån 2005, på uppdrag av Patientdatautredningen. Elektronisk version av SCBs rapport finns tillgänglig på adress <http://www.sou.gov.se/patientdata/PDF/Rapport%20Patientdatautredningens%20enkätundersökning.pdf>.

föreställning har dock ganska svagt stöd i Patientdatautredningens enkät, där det bara var ca en tredjedel av de svarande som trodde att information är åtkomlig inom olika typer av vårdkedjor (fråga 8-11), samt endast 22 procent som trodde att vårdgivare i andra delar av landet har sådan åtkomst. Samtidigt visar även dessa siffror på vikten av att patienter får tydlig information om var olika journaluppgifter kan göras tillgängliga.

Eventuella problem eller risker rörande närståendes tillgång till integritetskänslig information uppmärksammas inte i någon större utsträckning av respondenterna i vår förstudie. Många intervjuade framhåller att närstående ska ha insyn och information, utan att kommentera vilken betydelse patientens egen inställning till detta har. Endast ett fåtal av de svarande nämner att patienten själv måste bestämma vilken information de närstående ska få del av. Frågor om vem som företräder icke beslutskompetenta patienter berörs inte, trots att detta är ett besvärligt område ur juridisk synvinkel..

Det kan också konstateras att ingen av de intervjuade uttryckligen berör risken för att någon utomstående skulle kunna göra intrång i system med uppgifter rörande enskilda personers hälsa. Inte minst mot bakgrund av återkommande rapporter om bristande IT-säkerhet hos olika myndigheter är detta naturligtvis en viktig fråga i system där stora mängder integritetskänslig information hanteras. Även om något absolut skydd mot intrång aldrig kan garanteras måste systemen göras så säkra som möjligt, med beaktande av såväl kostnader och tekniska möjligheter som de särskilda risker personuppgiftsbehandlingen medför (jfr 31 § personuppgiftslagen 1998:204). För att den avsedda och eftersträvade förbättringen av patientsäkerheten ska kunna uppnås genom olika typer av IKT-lösningar måste dessa naturligtvis också uppfylla andra krav på datasäkerhet och tillgänglighet, innefattande såväl skydd mot förstöring och förändring av uppgifter som sållning av informationen efter användarnas behov. Några intervjuade personer nämner behovet av ändamålsenlig sortering av vilka uppgifter som visas och påtalar risken för överflödsinformation som försvårar arbetet. Det behöver således utvecklas system för kvalitetssäkring och standardarder där samtliga relevanta aspekter beaktas.

Flera intervjuade uppger också att otillräckliga kunskaper om gällande regelverk kan utgöra ett problem. Lagstiftningen ska vara tydlig och lättillgänglig. Representanter för vårdtagare och jurister framhåller även att patientens ställning och rättigheter i vården mera allmänt behöver förtydligas i regelverket. Även oklara ansvarsförhållanden och svårigheter i fråga om organisationsformer m.m. kan åtminstone delvis ha samband med bristande tydlighet eller andra tillkortakommanden hos det befintliga regelverket.

## 6 Fortsatt forskning

Den schematiska bild vi tecknat ovan gör det tydligt att det finns ett stort behov av forsknings- och utvecklingsinsatser inom vården vad gäller införande av IT-verktyg.

Den kanske tydligaste slutsatsen är behovet av helhetssyn. Vi menar då inte att man ska försöka ta fram lösningar som innefattar allt – sådana lösningar är dömda att misslyckas. Däremot bör betydligt mer forskning inriktas på att försöka fånga helheten genom att kartlägga de ofta mycket komplexa sambanden mellan olika berörda verksamheter, intressen och discipliner. Innebörden av dessa samband måste också analyseras och beaktas vid såväl fortsatt forskning som praktisk verksamhet. Forskningen om IT-lösningar i hälso- och sjukvården måste alltså vara tvärvetenskaplig och hämta kunskap från olika akademiska vetenskapsområden. Vi ser framför oss samarbeten mellan informatik, informationsvetenskap, medicin, medicinsk teknik, omvårdnad, företagsekonomi, juridik, etik och sociologi. Vi behöver nya bilder över sjukvården som utgångspunkt för bättre införande av IT. Först när vi skaffat oss ett grepp om helheten kan vi ta oss an de olika delarna, men även där måste det mångvetenskapliga perspektivet genomsyra såväl utveckling och implementering som utvärdering. Allsidiga riskanalyser är också en förutsättning för strategisk riskminimering och beredskap för att hantera eventuella icke önskvärda konsekvenser av nya lösningar.

Av diskussionen ovan har några delområden också framkommit som särskilt viktiga att vidare forska om:

- Integritets- och datasäkerhetsfrågor i relation till patientsäkerhet, effektiva vårdkedjor och informationstillgänglighet
- Ledarskap i skenet av IT-införande
- Kompetensutveckling och vidare kunskap om inköpsfunktionen
- Affärsmodeller som möjliggör långsiktig utveckling av komplexa IT-system och samtidigt låter sig förenas med rättsliga krav avseende upphandling och ansvarsfördelning.
- Ekonomiska och kvalitetsmässiga konsekvenser av utvecklad hemsjukvård (med IT- och telemedicinska lösningar)
- Identifiering och utveckling av tekniska lösningar som stöttar vårdtagare, vårdgivare och närstående på ett användarvänligt och säkert sätt, samtidigt som respekten för enskildas integritet garanteras
- Metoder och modeller för kravfångst där ett flerintressenters perspektiv beaktas
- Metoder och modeller för systeminförande
- IT:s inverkan på arbetsorganisation
- IT:s inverkan på kunskapsprocesser
- System för allsidig uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av IT-lösningar och -tjänster

## **7 Projektgrupp**

Mats Edenius, Professor (IT-användning), Docent (Företagsekonomi), Föreståndare,  
Nationellt IT Användarcentrum, Uppsala universitet

Lena Furubacke, Projektledare, OpenCare, Gävle

Björn-Erik Erlandson, Professor (Medicinsk teknik), Centrum för eHälsa, Uppsala universitet

Sabine Koch, Professor (Hälsoinformatik), Karolinska institutet, Föreståndare, Centrum för  
eHälsa, Uppsala universitet

Elisabeth Rynning, Professor (Medicinsk rätt), Juridiska institutionen och Centrum för  
eHälsa, Uppsala universitet

Monica Winge, affil. lektor, LIME, Karolinska institutet

## **8 Intervjupersoner**

Hans Almvide, VD, Lorensbergs Communication

Susanne Bergenbrandt, överläkare, ASIH Långbro, SLL

Johan Carlsson, chef för tillsynsenheten, Socialstyrelsen

Thomas Eriksson, husläkare, Aneby vårdcentral

Daniel Forslund, departementssekreterare, Socialdepartementet

Angelica Frithiof, vårdkonsult och författare, (AF Patientkommunikation)

Sigurd Heuman, lagman vid Helsingborgs tingsrätt och särskild utredare  
(Patientdatautredningen)

Ellen Hyttsten, direktör/avdelningschef, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges  
Kommuner och Landsting

Lena Lindqvist, marknadschef, Tieto Enator Healthcare AB

Ulla Lönnqvist Endre, chefsjurist vid Sveriges Kommuner och Landsting

Åke Rosandher, styrelseordförande beställarorganisationen, Sveriges Kommuner och  
Landsting

Karin Sandström, utredare, Handikappförbunden

Henrik Toss, överläkare, verksamhetschef akutsjukvården, Akademiska sjukhuset

Kerstin Weivert, verksamhetschef för anhörigstöd samt för förebyggande enhet,  
Anhörigcentrum Gävle

Björn Zackrisson, VD, Capio Anorexi Center och Capio Medocular





## **Bilaga 1: Scenario**

# **Ett patientscenario i hemsjukvårdsmiljö**



baserat på resultat från mobisams projektet (<http://www.lime.ki.se/mobisams>)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

Inledning.....	35
Ett patientscenario i hemsjukvårdsmiljö .....	36
Syfte .....	37
Fallbeskrivning: "Gustav Samson och hans kontakter med vård och omsorg." .....	37

IT implementering i vård och omsorg: Samspel mellan patientcentrerade vårdkoncept, teknik, juridik och ekonomi är en förstudie som finansieras av VINNOVA – Verket för innovationssystem.

Förstudien bedrivs av Centrum för eHälsa, Uppsala universitet.

Projektledare är Lena Furubacke, Rivermen AB.

I arbetsgruppen ingår:

- Mats Edenius, CIC/Handelshögskolan och NITA,
- Björn-Erik Erlandson, Landstinget i Uppsala län.
- Sabine Koch, Centrum för eHälsa,
- Monica Winge, LIME/ Karolinska Institutet
- Elisabeth Rynning, Juridiska institutionen, Uppsala universitet

## Inledning

Otillräcklig samordning inom vården är ett stort problem idag. En viktig aspekt när det gäller samverkan mellan olika enheter och vårdgivare, speciellt i hemsjukvården, är att förstå och beskriva behovet av hur samverkan ser ut, samt vilken information och vilket regelverk som krävs för att kunna samverka. Situationen inom vård och omsorg visar på bristande kvalitet när det gäller samverkan mellan vård och omsorgspersonal, delvis beroende på nedskärningar och minskade resurser i vården. Behovet av vård och omsorg bedöms öka i samhället. Resurserna kommer dock fortsatt att vara begränsade. Fler patienter och helt nya patientgrupper skulle också kunna vårdas i hemmet jämfört med vad som sker idag.

Idag, åtminstone i Sverige, har de flesta vårdenheter och organisationer egna IT-system för lagring av vårdinformation. Oftast är dessa system inte tekniskt och semantiskt kompatibla, på grund av att standarder för informationsöverföring och enhetliga begreppssystem saknas. Ett resultat av detta är att man inte enkelt kan överföra informationen mellan olika vård- och omsorgsenheter och vårdgivare och det uppstår regionala speciallösningar. Utöver den teknisk/semantiska kompatibiliteten finns det en juridisk problematik. Trots att dagens regelverk i viss utsträckning medger att information i vårdsyfte överförs mellan olika vård- och omsorgsenheter utan patientens uttryckliga samtycke, uppkommer inte sällan situationer där dessa möjligheter uppfattas som otillräckliga för att garantera en god vård och omsorg.

Även om Patientdatautredningens förslag till ny patientdatalag<sup>12</sup> antas och träder i kraft fr.o.m. 2008 kvarstår frågor att utreda, t.ex.

- Hur skall samarbetet mellan olika verksamheter och huvudmän se ut?
- Vilka möjligheter bör finnas för överföring av patientinformation mellan olika verksamheter och huvudmän i anslutning till vård och omsorg i särskilt eller enskilt boende?
- Bör det finnas möjlighet till gemensam vård- och omsorgsinformation eller någon form av samordnad översiktsplanering rörande åtgärder inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården?
- Vilka konsekvenser får en alltmer integrerad samverkan mellan olika aktörer i vården, för huvudmannaskap, informationshantering och ansvarsförhållanden?

Juridiska begränsningar och osäkerhet om vad som gäller kan hindra både IT-industrin och vård- och omsorgsgivare från att investera i utvecklingen av organisationsoberoende och enhetsövergripande IT-system och tjänster. Ytterligare en problemställning som bör uppmärksammas rör affärsmodellerna för framtida IT- och telemedicinska tjänster. Detta gäller ur ett industriellt perspektiv, dvs. ska IT-företagen ta betalt för en IT-tjänst per användning eller för en produktlicens per användare eller ska vi bygga framtidens IT-system på s.k. Open Source?<sup>13</sup> Frågan har relevans även ur vårdproducenternas perspektiv. Hur blir det t.ex. om vårdgivare levererar allt mer sjukvård eller prevention på distans? Hur ska de ta betalt för sådana tjänster och vem ska betala? Hur garanteras patientsäkerheten och vem har ansvaret om något går fel?


<sup>12</sup> Se bilaga 1: Patientdatautredning - sammanfattning

<sup>13</sup> *Open Source* innebär att källkoden till ett datorprogram är tillgänglig att använda, läsa, modifiera och vidare-distribuera för den som vill. Detta gör att användaren kan försäkra sig om att programmet gör vad det ska, eller anpassa det till sina behov.

Scenariot i detta dokument beskriver både hur samverkan i vården sker idag. Scenariot ska vara en tankeställare inför den intervju som kommer att genomföras med 15-20 olika personer, för att fånga in olika perspektiv som belyser hur vårdprocesser, teknik, ekonomi och juridik hänger ihop, samt varför IT-användningen inom vård och omsorg inte har kommit längre, trots att de flesta är övertygade om att den skulle kunna ge stora vinster i form av ökad effektivitet och kvalitet.

## Ett patientscenario i hemsjukvårdsmiljö

### Många inblandade vård- och omsorgsintressenter

Försäkringskassan	Närstående	Specialistläkare
Apotek	Logoped	Husläkare
Medicinsk Service		Sjuksköterskor
Hjälpmedelscentralen		Undersköterskor
Ekonomi& Adm		Hemtjänstpersonal
Kurator	Fotvård	Distriktsköterskor
Biståndsbedömare	Arbetssterapeut	Sjukgymnast
Diakonissa	Dietist	Hjälpmedelcentralen

**Figur 1**

I Figur 1 beskrivs att patienter får tjänster utförda från många olika vård- och omsorgsintressenter, det kan vara vårdenheter och omsorgsenheter, både privata kommunala och landstingsdrivna. Patienten kan uppleva att åtgärder från dessa olika enheter utförs på ett icke koordinerat sätt. Patienten upplever att det blir en massa spring i dörren genom att olika personer går in och ut med korta intervaller emellan. Patienten kan uppleva att samordningen är dålig, vilket leder till en upplevelse av bristande kvalitet i den samlade vård och omsorgen. Patient/brukare har ofta inget intresse av att veta vem som kommer från vilken organisation, utan förväntar sig att samordningen finns och vård och omsorgsåtgärder är koordinerade mellan de organisationer som ansvar för denne.

## Syfte

Syftet med detta scenario är att beskriva en patients situation i hemsjukvården med ett stort vård- och omsorgsbehov och där behov finns av samverkan mellan olika huvudmän inom vård och omsorg.

Scenariot baseras på material som är skrivet av Monica Winge, Karolinska Institutet, som ett resultat i MobiSAMS projektet (<http://www.lime.ki.se/mobisams>), och utgör ett bakgrundsmaterial till intervjufrågorna.

Patientfallet som beskrivs tydliggör en komplex vårdssituation med många problem och många inblandade parter för att på ett pedagogiskt sätt visa hur verkligheten faktiskt kan se ut idag för en patient. Gustav Samson är en fiktiv patient och existerar inte i verkligheten som person.

## Fallbeskrivning: ”Gustav Samson och hans kontakter med vård och omsorg.”

Gustav Samson är förtidspensionär sedan 5 år tillbaka, han är nu 63 år. Han bor ensam i en lägenhet i Stockholm. Gustav har en särbo som heter Emma Särkvist. Emma stöttar och hjälper Gustav på olika sätt men hon kan inte hjälpa honom i vardagen. Emma arbetar och bor i Delsbo och de träffas oftast bara på helgerna. Gustav är skild sedan många år, han har inte någon kontakt med sin förra hustru. Gustav har inga barn.

Gustav har diabetes, kärlekskramp, bensår och emfysem samt psykiska problem med oro och ångest. För sina medicinska problem har han regelbunden kontakt med distriktssköterskan Inger från husläkarmottagningen. Hon kommer varje vecka hem till Gustav för att dela medicinen i Gustav's dosett, eftersom han har svårt att hålla reda på vad och när han ska ta sin medicin. P.g.a. sina psykiska besvär har Gustav hjälp från kommunen med sociala aktiviteter. Han är beviljad detta stöd 1 gång/vecka då en boendestödare kommer hem till Gustav.

Han träffar ibland sin husläkare för att följa upp sin diabetes, kärlekskramp, bensår och sitt emfysem. För sina psykiska besvär har han kontakt med den psykiatriska öppenvården. Där träffar han sin läkare som följer upp hans psykiska problem och medicinerar. Den medicin han får där delar distriktssköterskan i dosetten åt Gustav.

Gustav är beviljad hemtjänst sedan några år tillbaka med dusch och inköp 1 gång/vecka samt städ och tvätt var 3:e vecka. Han är även beviljad färdtjänst sedan ett år tillbaka.

## Nuläget, status för Gustav

Gustav har haft svår yrsel och ramlat ett flertal tillfällen i hemmet. Efter några av dessa tillfällen har hemtjänsten bett att få en nyckel till hans dörr och han tycker det är bra. Vid ett tillfälle är han mycket dålig när hemtjänsten kommer till honom, varför de tar kontakt med distriktssköterskan som efter ett akut hembesök och efter telefonkontakt med Gustavs husläkare som bedömer att det är bäst att skicka in honom till akuten för bedömning.

Efter de första undersökningarna på akuten läggs Gustav in på en neurokirurgisk vårdavdelning där ytterligare undersökningar görs. Efter dessa undersökningar konstateras att han har en inoperabel malign hjärntumör. Han blir efter beskedet väldigt ångestfylld och orolig. Läkaren har ett samtal med Gustav vad sjukdomen innebär och behandling i form av

cytostatika skall sättas in omgående i palliativt syfte. Gustav kommer även att få strålbehandling. De pratar också om vård i hemmet och hur det skall gå till.

Den ansvariga sjuksköterskan på avdelningen kontaktar biståndshandläggaren och de bokar en tid för vårdplanering. Sjuksköterskan tar också kontakt med Emma då Gustav gärna önskar hennes närvaro vid vårdplaneringen på sjukhuset.

På vårdplaneringen går man igenom vilka behov Gustav har och kan tänkas ha när han kommer hem. Han vet med bestämdhet att han vill komma hem och vara hemma så länge det är möjligt. På vårdplaneringen är Gustav, Emma, patientansvarig sjuksköterska och läkare med, en arbetsterapeut samt kommunens biståndshandläggare deltar också. Gemensamt beslutas att Gustav skall åka hem två dagar efter vårdplaneringen. Då varken Emma eller Gustav kom ihåg att ta upp kontakten med kommunens psykiatrienhet har de inte fått information om hemgången och vårdplaneringen.

**Fakta:**

När Gustav kom till avdelningen faxade sjukhuset till kommunen för att meddela att han var inlagd. Efter en vecka då undersökningarna var klara och läkaren konstaterat att de inte kunde göra så mycket för Gustav på sjukhuset sändes ett fax till kommunen som meddelade att Gustav var utskrivningsklar. Detta gjordes enligt lagen (1990:1440) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (vårdplanering).

**Problem:**

Bristande kommunikation mellan vårdenheter; här kommunens psykiatrienhet - sjukhus

Gustav har nu ett utökat behov av hjälp med personlig omvårdnad eftersom han nu har svårare att klara sin dagliga hygien och blir fort allt sämre, han har också svårt att kunna gå själv utan stöd. Han har fått gånghjälpmedel på avdelningen

Enligt den medicinska bedömning som gjorts på avdelningen har Gustav behov av palliativ vård. Remisser för detta behov har skickats till landstingets ASiH, avancerad sjukvård i hemmet, den för Gustav närliggande palliativa enheten (vård i livets slut).

Biståndshandläggaren tar kontakt med hemtjänsten samt den nattpatrull i privat regi som upphandlats för omsorgen. Hon berättar att Gustav kommer hem om två dagar och vilka behov han nu har. Hon skickar även en beställning på insatserna han har behov av och vilka tidsmarginaler de har att jobba med.

Idag är det dags för Gustav att åka hem, han är nervös och orolig inför det. Emma kommer till sjukhuset för att följa honom med färdtjänsttaxin hem. De har avlagt sig hjälp den första kvällen eftersom Emma sover hos honom och hjälper honom den kvällen och natten. Emma går och handlar hem och lagar en god middag. Gustav känner sig lugn av att vara hemma igen. Emma sover över hos Gustav. Vad händer sedan? 3 dagar i Gustavs liv (Läsanvisning; Texten som är kursiv är Gustavs egna tankar såsom de uppfattats.)

### Dag 1 tisdag

Kl. 07.00

*"Oh vad skönt det var att få sova i sin säng, skönt också att Emma var med mig i går på sjukhuset. Det var tur det så virrig som jag var och orolig, hur ska det bli med mig? Undrar vem som kommer och hjälper mig idag? Vad var det jag skulle få hjälp med? Jag kommer inte ihåg vad som sades, det var så mycket konstiga ord och prat mellan de andra. Undrar vem som kommer hit??"*

#### Patientperspektiv:

Mycket information, svårt att komma ihåg

Emma har lugnat Gustav med att tala om att hemtjänsten kommer att komma på förmiddagen. De äter frukost och han säger "hej då" till Emma och går och vilar en stund innan hemtjänsten skall komma. Gustav känner sig trots allt mer lugn och trygg med att vara hemma.

Emma tycker det känns bra att Gustav är hemma och det mesta är ordnat, men det har krävts mycket planering från hennes sida för att det skall fungera. Hur hade det gått om inte hon pratat och hållit reda på allt med alla inblandade som de på sjukhuset, husläkaren och kommunens biståndsbedömare?

#### Anhörigroll:

Koordinator och kvalitetskontrollant?

#### Fakta:

Beslut om behov av hemtjänst har tagits av biståndsbedömaren utifrån socialtjänstlagen (SoL) och vilka behov Gustav har i dagsläget. Gustav har haft kommunens hemtjänst sedan tidigare och har inte uttryckt önskemål att välja någon annan utförare. Biståndsbedömaren skickar därför en beställning till kommunens hemtjänst i aktuella området där Gustav bor.

Kl. 08.30

Det ringer på dörren. ”Jag ska försöka gå för att öppna, men oj!, vad svårt det var att komma upp från stolen, var är nu rollatorn? Gustav hör att nyckel sätts i låset och någon kommer in och ropar -”hej, det är Kalle”.

*”Jaha, det var Kalle idag, skönt det är någon jag känner i alla fall. Men vad var det han skulle göra?”*

Patientperspektiv:  
Omedveten om planering

Kalle hjälper honom med att tvätta och klä sig. Han bäddar sängen och plockar i ordning som han tror Gustav vill ha det. *”Vad han håller på, nu hittar jag ju ingenting jag behöver, men han är ju snäll som vill komma och hjälpa mig.”*

Kalle har med sig veckans matsedel från servicehuset. *”Svårt att välja mat för hela veckan, vad kan jag vara sugen på idag?”*

Kl. 10.00

*”Vad trött jag är, nu ska det bli skönt att få vara ensam en stund och vila. Undrar vad det kan bli till lunch?”*

Det ringer på dörren igen och Gustav försöker ta sig ur sängen och famlar efter rollatorn, det tar tid för honom att ta sig till dörren för att öppna.

*”Vem kan det vara nu som kommer? Har Kalle glömt något? Men han har ju nyckel”.*

Utanför dörren står distriktssköterskan Inger, hon ska dela läkemedel i dosetten och gå igenom den nya medicinen som han fått ordinerat på sjukhuset. Hon pratar lite om situationen som uppkommit och hur han mår och hur det är med hans diabetes.

*”Oj vad mycket att komma ihåg och vad hon pratar, det är ju som det är, nu vill jag vara ifred, kan hon inte gå snart”.*

Patientperspektiv:  
Patient som informations-samlingspunkt

Fakta:

Husläkarmottagningen har fått ett utskrivningsmeddelande via fax från avdelningen där Gustav låg. Där finns information om att patienten har behov av palliativ vård i hemmet och behöver hjälp med omvårdnad i livets slutskede och hjälp med läkemedel. Ansvarig distriktssköterska skriver ett delegeringsbeslut till kommunens hemtjänstpersonal för att ge medicin från dosetten hon delar.



På vårdplaneringskonferensen bestämdes att ASiH, avancerad sjukvård i hemmet är det medicinska ansvaret för Gustav. Husläkarmottagningen blir därmed bortkopplad. De tar även ansvar för hans diabetes och kärlkramp och hans emfysem. Omläggningen av Gustavs bensår delegeras till teamet som har utbildade undersköterskor. I och med att ASiH, avancerad sjukvård i hemmet tar det fulla medicinska ansvaret får Gustav en helhet i medicinska frågor i hemmet. Det blir en kontaktyta mindre för honom.

Kl. 12.00

Det ringer på dörren. Gustav vaknar till eftersom han ligger och slumrar. *"Det var jobbigare att vara hemma än jag trodde"*. På sjukhuset var allt jag behövde så nära och sen var de ju bara att ringa på klockan när det var något jag ville. *"Vad är det som låter?"*. Gustav hinner bara tänka tanken så står Sara där med matlådan och ska duka fram maten och tar fram dosetten för att ge honom medicinen. *"Det är väl bäst jag går upp och äter, känner mig lite vimmelkantig."* Sara kommer till sovrummet för att hjälpa Gustav till matbordet, han behöver en arm till stöd för att komma upp till rollatorn och gå till köket. Han ber att få sitta ifred och äta så Sara går iväg och säger att det är Lotta som kommer och tittar till honom på eftermiddagen. *"Undrar vad "titta till" är? Vad är det nu de ska göra?"*

Sara berättar att det är Kalle som kommer på eftermiddagen och på kvällen.

Kl. 15.00

*"Det var skönt att få vila ifred ett tag. Nu skulle det vara gott med en kopp kaffe. Ska försöka ta mig ut i köket och fixa det"*.

Kl 15.15

Det ringer på dörren och nyckel sätts i låset. Det ropas från hallen ett, hej, hej, det är Lotta. - *"Ja, men det var väl bra då kan du sätta på kaffe, jag var så kaffesugen."* Lotta hjälper till med kaffet och dukar fram. Hon undrar hur det är med Gustav och om det är något annat han behöver hjälp med. Han vet inte om det är något mer, Lotta diskar upp efter lunchen. De pratar en stund om sjukhusvistelsen och vad som hänt. Hon går sedan och låser dörren efter sig.

Kl. 17.30

Det ringer på dörren och nyckeln sätts i dörren och ett käckt hallå hörs. Nu kommer hemtjänsten igen för att laga en enklare middag. Det är Abdou som jobbar ikväll eftersom Kalle är sjuk. *"Honom har jag nog aldrig träffat förut"*. Abdou hittar något i frysen att värma till Gustav, han själv vet inte vad som finns där, det är nog kanske Emma som handlat och han kommer inte ihåg vad hon handlat. Abdou lagar och dukar fram maten och går sedan därifrån.

*"Undrar om det kommer någon fler ikväll? Jag får väl lägga mig på sängen om jag inte klarar att bädda upp och klä av mig. Onödigt att de ska hålla på att bädda när jag ändå har svårt att bädda upp"*.

Patientperspektiv:

Många olika personer; planeringen är inte tydlig för patienten

Kl. 21.00

Gustav har slumrat till framför TV:n och hör ringklockan ringa och nyckeln sätts i låset. Därpå följer ett hallå och Abdou kommer in och säger att nu är det dags att lägga sig.

*"Vem har bestämt det kan jag undra? Men nu är jag ju väldigt trött så det ska bli skönt att krypa ner. Undrar varför jag är så trött, det har ju inte varit förut". Abdou hjälper Gustav till toaletten så Gustav kan borsta tänder och tvätta sig. Gustav får sedan hjälp av Abdou att ta av kläderna och komma i sängen.*

Kl. 04.00

Gustav sover oroligt och har ångest på natten han har också känning av sin kärlek. *"Usch vad ska jag göra! Jag ringer Emma så jag får prata en stund"*. Han ringer Emma på natten som blir orolig att det hänt något. De pratar och hon lyckas lugna ner honom efter en stund. Han somnar om efter att ha tagit en Nitroglycerintablett för sin kärlek och en lugnande tablett som han har vid behov.

## Dag 2 onsdag

Kl. 08.00

Det ringer på dörren. Gustav ligger kvar i sängen och han har svårt att komma upp för att gå och öppna. Det tar oerhört lång tid för honom för att gå till dörren. Efter mycket besvär och osäkerhet kommer han helt slut och öppnar dörren. Det är distriktssköterskan Gunnel från vårdcentralen som kommer för att lägga om bensåret.

Fakta: Distriktssköterskan på vårdcentralen har innan sjukhusvistelsen lagt om Gustavs bensår som han haft en längre tid. Hon har gjort en bedömning att det behövs läggas om var tredje dag. En överenskommelse har gjorts med ASIH att hon fortsätter med omläggningen.

Kl. 08.30

Det ringer på dörren och en nyckel sätts i låset. Greta från hemtjänsten kommer för att hjälpa till med frukost och hon hade tänkt duscha Gustav idag för att de hade tid till det.

*"Ja, så var den här dagen igång med full rulle." Nya människor hela tiden jag blir alldeles förvirrad, var kommer alla ifrån och vad ska de göra?"*

Distriktssköterskan Gunnel är kvar hos honom och har precis avslutat omläggningen. Gunnel berättar att hon precis har lagt om hans bensår och att det inte är så bra att duscha nu. Hon berättar för Greta att såret läggs om var tredje dag. Hon säger till Gustav att han får duscha en annan dag, hon ska gå igenom planeringen och kontakta hemtjänsten.

Problem: Bristande planering och samordning  
Olika behandlingar är inte avstämde

Distriktssköterskan tar också upp problematiken med att det tar långt tid för Gustav att öppna dörren. Greta berättar då att de har en nyckel. Distriktssköterskan vill inte gärna behöva ha ansvar för en nyckel och frågar om hemtjänsten kan vara där samtidigt som distriktssköterska.

Det blir svårt för hemtjänsten att passa exakta tider och när distriktssköterskan lägger om såret kan de inte hjälpa Gustav upp. Gustav blir irriterad och säger till dem att låta bli att låsa dörren, eftersom det ändå springer så många människor här.

Problem: Nyckelhantering

Kl. 11.00

Det ringer på dörren. Gustav ropar från sovrummet att dörren är öppen, det är bara att komma in. In kommer en taxichaufför som är irriterad eftersom Gustav inte stod nere i porten och väntade på bilen. *"Vad är det nu då, vad gör han här?"* Chauffören berättar att han är från färdtjänst och ska hämta honom till Onkologkliniken. *"Onkologen vad är det? Vad var det jag skulle göra där? Ja, ja det var visst något prat om att jag skulle på någon behandling, det är bäst att åka med"*.

Fakta:

Gustav är sedan ett år tillbaka beviljad färdtjänst. Kommunens biståndshandläggare har utrett ansökan och skickat den till landstingets färdtjänstnämnd för beslut. Vårdavdelningen hade bokat tid för honom på onkologmottagningen och även beställt färdtjänst.

Hon ställer in matlådan i kylan, går därifrån och låser dörren. Hon går ner till hemtjänstlokalen för att kontakta Greta som var där på morgonen och fråga henne om hon vet var Gustav är. Hon ringer sjuksköterskan på ASIH, för att fråga samma sak, men lyckas inte få tag på någon. Till slut ringer hon Emma som tror att Gustav skulle på någon behandling idag. Emma vet inte när Gustav skulle komma hem igen. Sara pratar med samordnaren och de bestämmer att samordnaren ringer honom under eftermiddagen så att de vet när han kommer hem igen.

Anhörigroll:

Koordinator och kvalitetskontrollant?

15.00

Gustav är på sjukhuset för att få strålbehandling. Han mår dåligt efter cytostatikabehandlingen med illamående och huvudvärk och skall bli inskriven på sjukhuset över natten. Gustav ringer själv till Emma för att tala om att han skall vara kvar på sjukhuset.

15.30

Emma ringer då till hemtjänsten och meddelar vad som hänt. De bestämmer att Emma ringer när han kommer hem igen. Gustav sover nästan ingenting den natten, han mår illa och är mycket orolig och ångestfylld som delvis beror på cytostatikabehandlingen. Gustav blir utskriven nästa dag. Gustav är visserligen bättre men han mår fortfarande dåligt och känner sig orolig för att åka hem. Emma pratar med Gustav för att lugna honom.

Anhörigroll:

Koordinator, kvalitetskontrollant och vårdare?

**Fakta:**

Gustavs behandling sker på en dagvårdsavdelning och han måste alltså skrivas in på en annan vårdavdelning under natten. Behandlande läkare tar beslut efter bedömning av den behandlande sjuksköterska som utfört cytostatikabehandlingen.

**Dag 3 torsdag**

08.00

Emma har ringt avdelningen på morgonen för att höra hur det är med Gustav. Hon känner sig orolig för honom och ringer biståndshandläggaren och meddelar att han skulle behöva någon som tittade till honom på natten eftersom han är så orolig. Hon ringer även till hemtjänsten och meddelar att han kommer hem på förmiddagen.

Anhörigroll: "Spindeln i nätet"

Koordinator, kvalitetskontrollant och anhörigvårdare?

Avdelningen har beställt färdtjänst som hämtar Gustav och kör honom hem. Taxichauffören hjälper honom upp till lägenheten.

*"Äntligen hemma, jag är helt slut, nu måste jag lägga mig och vila."*

Kl 12.00

Det ringer på dörren och in kommer Pelle från hemtjänsten. Gustav har inte låst dörren eftersom han inte tycker att det är någon idé längre, det kommer snart någon annan som vill in. Pelle har med sig en matlåda till lunchen. Han dukar fram och säger till Gustav att maten är serverad. Gustav frågar Pelle vilken dag det är.

Problem: Inbrottsrisk!

*"Hm, är det inte på torsdagar Adam brukar komma till mig. Det var länge sen han var här".*

Gustav sätter sig vid matbordet för att äta och Pelle går därifrån. Gustav bestämmer sig för att leta reda på telefonnumret till Adam för att fråga om han ska komma någon dag.

**Fakta:**

Adam är en boendestödare som kommer från kommunens hemtjänst. Gustav är beviljad boendestöd som ska stödja honom i sociala aktiviteter och Adam kommer till honom en gång/vecka. Biståndet är beviljat av kommunens biståndsbedömare enligt SoL.

#### Kl. 13.20

Sjuksköterskan Lena från ASIH ringer och vill boka ett bedömningsmöte för en eventuell inskrivning i hemsjukvården.

*"Vad var det där nu då? Jag vet nog inte vad det är för några, har någon sagt något om det?"*

Gustav frågar vad de ska göra och Lena förklarar varför hon ringer och beskriver vad deras uppgift är. Han säger att det är okej att de kommer och Lena bokar en tid senare samma eftermiddag.

#### Kl. 15.00

Det ringer på dörren och Lotta från hemtjänsten kommer för att höra hur det är med Gustav. *"Vem är det nu som kommer och vad vill hon! Jag är ju så trött! JAG VILL VARA I FRED!!"*

Han är irriterad när Lotta kommer och inte vet vad hon ska göra. Hon försöker fråga om det är något han vill ha eller behöver. Hon har tid att gå handla om det är något han behöver från affären. Han ber henne handla lite, men han vet inte vad han behöver. Hon tittar i kylskåpet och försöker fråga vad han brukar ha där och gör en inköpslista.

#### Kl. 15.30

Det ringer på dörren igen och Gustav blir arg och irriterad. *"men, det är väl bara att öppna för Lotta, hur kan det förresten gå så fort att handla?"*

Efter en dörrsignal till och en stunds väntan öppnas dörren och det ropas från hallen att det är ASIH, avancerad sjukvård i hemmet som kommer. Det är sjuksköterskan Lena och läkaren Anneli som kommer för ett bedömnings och inskrivningsbesök. De har ett samtal med Gustav om hur han mår och vad som hänt och hur han önskar ha den dagen han inte kommer att klara sig själv och inte är medveten och kan beskriva sina behov och vad han vill.

*"Hur ska jag kunna veta det, jag vet väl inte vad som kommer att hända, det springer ju bara massa människor här som inte vet vad de ska göra."*

Han har svårt att beskriva hur han vill ha det och vad han önskar, det är svåra tankar som han måste få prata med Emma om. De bestämmer tillsammans med Gustav att komma tillbaka efter helgen när han pratat med Emma och fått fundera lite till på hur han vill ha det.

#### Fakta:

En bedömning är redan gjord för palliativ vård för Gustav. Det är bestämt att de ska komma till honom när han varit hemma ca 1 vecka för att då göra en bedömning vad han har behov av. Läkaren gör den bedömningen att Gustav ska skrivas in i ASiH, avancerad sjukvård i hemmet. Hans prognos ser dålig ut och sannolikt kommer han att försämras fort.

När Lotta (hemtjänsten) kommer tillbaka från affären är ASiH kvar hos Gustav. De hälsar på varandra och ASiH berättar att Gustav kommer att få deras hjälp på något sätt. Lotta meddelar detta till samordnaren i hemtjänsten när hon kommer tillbaka till kontoret.

#### Kl. 16.00

Arbetsterapeuten Anders Hurtig ringer till Gustav och vill göra hembesök i morgon. *"Vad är nu detta? Pratar de inte med varandra? Jag blir snart tokig av allt rännande!"* Han säger till

Anders att det är bara att komma, dörren är öppen. Gustav somnar, han vet inte när Anders tänker komma, det hörde han inte att han sa.

**Fakta:**

På vårdplaneringskonferensen beslutades att man skall se över hjälpmedelsbehovet. Landstingets arbetsterapeut har enligt HSL ansvar för personer i ordinärt boende. Arbetsterapeuten har fått en förfrågan från hemtjänsten som tycker att det behövs hjälpmedel till Gustav så att han kan klara vissa delar själv. Det behövs också lite hjälpmedel för personalens räkning. I Gustavs fall rör det sig om rullator, toalettförhöjning, handtag på toaletten och vid sängen, lyftbälte och benförhöjare till säng och fåtölj.

**Kl. 17.30**

Hemtjänsten kommer för att värma middag till Gustav, i kväll är det Abdou som kommer. Gustav känner sig uppgiven och trött. Han ber Abdou gå så fort han dukat fram middagen.

**Kl. 20.00**

Emma ringer och frågar hur det är med Gustav, men han orkar inte berätta allt vad som händer, han kommer heller inte ihåg allt. Hon kommer ju till honom på lördag så de får prata mer då.

**Kl. 21.00**

Gustav är jättetrött och längtar i säng, han gör ett försök att bädda upp och klä av sig. Han förmår sig inte att klara det själv, han lägger sig på sängen och somnar med kläderna på. När han somnat kommer Abdou från hemtjänsten för att hjälpa honom i säng. Abdou hjälper honom av med kläderna och Gustav somnar om snabbt. Abdou låser dörren för natten.

**Kl. 02.00**

Nattpatrullen från ett privat hemtjänstföretag ska titta till Gustav på natten. De har inte träffat honom och när de kommer vaknar han till och blir orolig, han kommer inte ihåg att någon ska komma på natten. ”Jag vill ju sova och vara ifred. Tänk att de nu också ska komma på natten och störa”. Nattpatrullen lugnar Gustav och går direkt när de ser att det är bra med Gustav.

**Kl. 05.00**

Gustav vaknar och är ångestfylld, han vet inte riktigt vad ha skall ta sig till. Han förnimmar då en typ av klocka han har på armen, att det är ett larm, som på sjukhuset. Han trycker på det och känner att han får vänta i evighet på någon. Gustav ringer Emma för att han känner paniken komma, Emma pratar med honom tills nattpatrullen kommer. Efter 20 minuter kommer nattpatrullen till Gustav, de lugnar honom och pratar en stund med honom. Han tar även en lugnande tablett han har vid behov. Nattpatrullen går därifrån och Gustav somnar om.

**Fakta:**

Vid vårdplaneringen på sjukhuset blev Gustav beviljad trygghetslarm för att kunna kalla på personal om något akut händer honom. Trygghetslarmet och de kontakter som sker är även det utlagt på entreprenad till samma företag som sköter nattpatrullen. Biståndet är beviljat av biståndshandläggare enligt SoL.

## Bilaga 2: Intervjufrågor

### Allmän del – öppna frågor

- 1) ”Vem är du och vad har du för arbetsuppgifter, vad är din roll?”
- 2) Du har tagit del av ett material – känner du dig bekant med situationen? Hur? På vilket sätt? Berätta. (patienter, närstående)
- 3) På vilket sätt berörs du i ditt arbete av denna bild/scenario? Vad är din roll i sammanhanget? Berätta. (arbetskoppling)
- 4) Finns det något i denna bild/scenario som du utifrån dina utgångspunkter ser kan göras på ett annorlunda sätt? Vad fungerar bra/dåligt? Berätta.
- 5) Vad tror du om kvarboende hemma i hög ålder i framtiden? Kommer mer avancerad vård att ske i hemmet i framtiden?
- 6) Vad behövs för att underlätta vid vård i hemmet? (Information, kommunikation, teknik, stöd?)
- 7) Vem ska ha koll på en persons totala vårdssituation/vårdinformation? (Behövs det en särskild koordinatorroll? Hur skulle den i så fall kunna se ut?)
- 8) Vem ska ha tillgång till information och vem ska kunna påverka innehållet i den? Vem ska lagra informationen? Vem ska vara ansvarig för att informationen är rätt?
- 9) Hur anser du att framtidens vård- och omsorg borde se ut? Varför?
- 10) Hur ser du att situationen skulle kunna förändras? Hur skulle den situationen du beskriver kunna uppnås? (Vad måste till? Var brister det?) Med avseende på t ex:  
Utgå dels från din egen situation (vad kan du göra bättre utifrån din utgångspunkt) och vad kan andra aktörer göra bättre?
  - Patientens inflytande
  - Anhörigas inflytande
  - Organisation
  - Bemanning
  - Styrinstrument Hur kan man styra aktörernas beteende, betalning, lagar/författningar etc.
  - Resursallokering
  - Situationen som helhet
  - Teknik
  - Lagar och förordningar
- 11) Ser du några nackdelar/risker med det sätt på vilket du föreslår att situationen kan förändras? Vilka är de? Hur kan de förebyggas i så fall?
- 12) Tror du att problemen i scenariot kan lösas med hjälp av IT? Varför har det inte skett? Vad hämnar IT utvecklingen inom vården?

## Specifik del - målgruppsanpassad

Företag (IT företag, MedTech företag + Kommun/Landstingsledning+ Beslutsfattare):

1. Affärsutveckling (Är "IT i vården" en växande marknad? Är det en svår marknad? Varför?)
2. "Affärsmodeller" - (Produkt eller tjänst? Vem skall betala och hur? Vem är kunden?) Vilka typer av produkter och tjänster tänker man sälja? Hur tänker man sälja dessa? Vem säljer man till? (Vem är kunden?) Hur ser du på "offentlig upphandling (LOU/ramavtal)"?
3. Hur väl tycker du er/din organisations leverantörs- respektive beställarkompetens är?
4. Hur väl tycker du leverantörs- respektive beställarkompetensen är hos motparten?
5. Hur ser du på "öppen källkod"? Fördelar och nackdelar?
6. Interoperabilitet mellan befintliga IT applikationer eller IT gränssnitt för presentation av info via gemensamt gränssnitt (webbgränssnitt)?
7. Finns det behov av att standardisera gränssnitt mellan systemen? Begrepp/Termer? Språk för kommunikation (importera och exportera data) etc.?
8. Vad krävs för Patientsäkerhet och god vård? Kvalitetsuppföljning/Ansvarsfrågor
9. Juridiska ramar som gäller inom vården (regelverk). Hur kunnig är du/ditt företag inom det området? Vet ni vad som krävs med tanke på integritetsskydd, informationssäkerhet, patientsäkerhet etc.? Utnyttjar ni till fullo de lagliga möjligheterna?

Jurister:

1. Hur väl insatt är du i juridikens roll i vårdens vardag?
2. Känner du och tror du att juristerna i allmänhet är informerade om framtidens behov när det gäller IT användning i vård och omsorg?
3. Tror du att beställare/leverantörer känner till regelverken och vet vilka krav som ställs? Utnyttjar beställare och leverantörer till fullo de lagliga möjligheterna?
4. Kommer patienten/anhöriga få ta större ansvar för vård och informationshanteringen i framtiden? Vilka konsekvenser får det i så fall när det gäller olika aktörers informationstillgång, behörighet och ansvar?

Vårdpersonal:

1. Vilken information om patienten vill du ha tillgång till? Känner du dig trygg med att du har tillgång till "rätt information"?
2. Hur ser du på vårdpersonalens inställning till teknik? Skiljer den sig för olika yrkeskategorier?
3. Tror du att IT skulle kunna förändra ditt arbete? Hur? På vilket sätt? (Kan IT bidra till verksamhetsutveckling/förbättrade samarbetsformer? På vilket sätt? Vad krävs för att detta ska lyckas? Ser du några risker med IT-lösningar?)
4. Hur tror du att vårdpersonalens kunskap om regelverket ser ut när det gäller informationshantering och sekretess? Känner du dig själv trygg med din kunskap inom detta område? (Att jag vet vad jag får/inte får göra?)



5. Tror du att patientens roll kommer att förändras inom vård och omsorg
6. Hur ser du på de anhörigas roll i vårdprocessen i framtiden?  
(Kvalitetskontrollant/anhörigvårdare/samordnare)
7. Kommer patienten/anhöriga få ta större ansvar för vård och informationshanteringen i framtiden? Vilka konsekvenser får det i så fall när det gäller olika aktörers informationstillgång, behörighet och ansvar?

#### Patienter:

1. Hur ser du på din och dina anhörigas roll i framtiden när det gäller vård och omsorgsfrågor?
2. Vilken information vill du ha tillgång till? Och på vilket sätt?
3. Tror du att IT skulle kunna förändra för dig som patient? Hur? På vilket sätt?  
(Är du positiv till att använda mer teknik för kontakt med vård och omsorgssektorn, Vad skulle du vilja göra/kunna? Vilka farhågor finns?)
4. Integritetsfrågor – Vem bör bestämma vilken information om dig olika vårdgivare och medlemmar av personalen ska ha tillgång till? Tror du att det kan finnas risk för att information om dig kommer i orätta händer? Vilket är viktigast, ett bra integritetsskydd eller att info om dig finns tillgänglig vid kontakt med olika vårdgivare? Tror du att det är möjligt att få båda?

#### Anhöriga:

1. Hur ser du på din roll i framtiden när det gäller vård och omsorgsfrågor?
2. Vilken information vill du ha tillgång till? Och på vilket sätt?
3. Inflytande - Hur upplever du att ditt inflytande är på din närståendes vårdgivare/vårdkontakter?
4. Omvårdnad - För stort ansvar? Tillräcklig kunskap? Behov av stöd och hjälp? Hur? Vad?
5. Teknik Skulle du vilja använda tekniska lösningar för att kommunicera med närståendes vård- och omsorgsgivare?
6. Integritet - Vem ska bestämma vilken info som ev. ska finnas tillgänglig? Vårdgivare, vårdtagaren själv? Vilket skydd behövs i övrigt? Har du några farhågor avseende en ökad IT-användning i vården?

#### Summering

- 13) Sammanfattningsvis har du beskrivit problemen och möjliga lösningar ur ditt perspektiv så här:... På lång och kort sikt. Har jag uppfattat rätt?
- 14) Har du något att tillägga (rapporten kan vi t ex lova att sända ut när den är klar)?