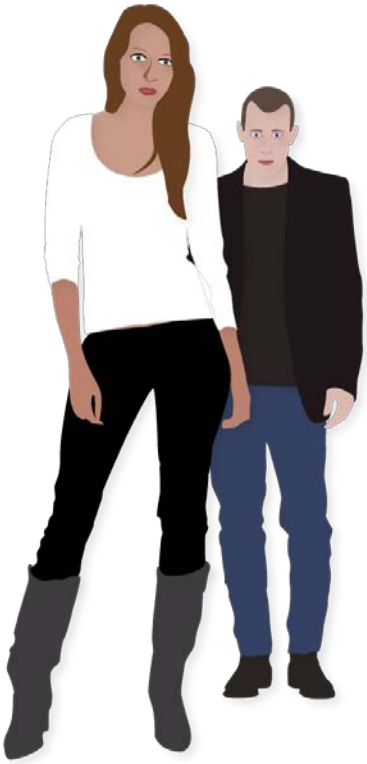
Vårdens framtida informationssystem – vision i form av en demonstrator

Slutrapport januari 2010



Författare

Karin Hedström
Kerstin Jäger
Hanife Krasniqi
Henrik Linderoth
Marcus Nohlberg
Anne Persson (projektledare)
Rose-Mharie Åhlfeldt

Kontakt

Anne Persson
anne.persson@his.se
0500-448342

Innehållsförteckning

1 Projektets bakgrund och mål ... 1
2 Projektets genomförande ... 4
2.1 Avgränsning ... 4
2.2 Projekttid ... 5
2.3 Projektets finansiering ... 5
2.4 Projektets organisation ... 5
2.5 Projektaktiviteter ... 6
2.5.1 Analys av nuläget ... 6
2.5.2 Modellering av det tänkta framtidsläget ... 7
2.5.3 Utveckling av processtödet ... 8
2.5.4 Validering och spridning av projektresultat ... 8
3 Resultat från nulägesanalys ... 11
3.1 Sammanfattning av nulägesanalysen ur verksamhetens perspektiv ... 11
3.2 Sammanfattning av nulägesanalysen ur patientens perspektiv ... 12
3.2.1 Den sjuka men aktiva patienten - ”Måste vara frisk för att vara sjuk” ... 14
3.2.2 Patienten som ”informationsbärare” ... 14
3.2.3 ”Vad var det läkaren sade” ... 14
3.2.4 ”Har jag blivit bortglömd” ... 14
3.2.5 Inga ”Toyotaprinciper” – ”Allt tar så lång tid” ... 15
3.2.6 Språksvårigheter – fackspråk svenska/andra språk ... 15
3.2.7 Vårdgarantin och tillgänglighet är inte samma sak ... 16
3.2.8 Läkar - patientrelation eller patient - läkarrelation ... 16
3.2.9 Huvudkategori 1: Avsaknad av helhetstänkande ur ett patientperspektiv ... 17
3.2.10 Huvudkategori 2: Ovissheten blir till otrygghet ... 17
3.2.11 Huvudkategori 3: Patientens brist på inflytande över sin egen vårdprocess ... 18
4 Den framtida processen och dess krav på det framtida processtödet ... 19
4.1 Mål för den framtida processen ... 19
4.1.1 Kommentarer till målen från verksamheten ... 19
4.2 Verksamhetens behov ... 21
4.2.1 Handlägga vårdbegäran ... 21
4.2.2 Planera besök ... 21
4.2.3 Genomföra besök ... 22
4.2.4 Planera fortsättning ... 22
4.2.5 Generellt ... 22
4.3 En ny process ... 23
5 Beskrivning av processtödet ... 26
5.1 Beskrivning av viktiga designprinciper för processtödet ... 27
5.1.1 Patientens process i fokus ... 27
5.1.2 Gemensam målbild inför besöket ... 28
5.1.3 Processtödet bygger på standardiserad information ... 28
5.1.4 Effektiva informationsflöden ... 28
5.1.5 Bokning och samordning av patientens behandlingar och undersökningar sker elektroniskt ... 29

5.1.6 Förbättrad säkerhet 29
5.1.7 Ökad samordning med säker infrastruktur 29
5.2 Processtödets utformning 30
5.2.1 Beskrivning av scenarier 30
5.2.2 Beskrivning av processflödet i processtödet 30
5.2.3 Beskrivning av vyerna 32
5.3 Demonstration av processtödet 35
6 Validering av processtödet 36
6.1 Validering gentemot behov identifierade från observationer, intervjuer och idémöten 36
6.2 Validering gentemot den nationella strategin för e-hälsa 44
6.3 Mål i strategin för nationell eHälsa 45
6.3.1 E-hälsotjänster som används och skapar nytta 47
6.3.2 Samordning och samsyn 47
6.3.3 Patientmötet 48
6.3.4 Jämförande analys 49
6.3.5 Slutsats 52
6.4 Resultat av diskussioner vid projektets slutseminarium 2010-11-02 53
6.4.1 Vilka ytterligare möjligheter och utmaningar ser ni? 53
6.4.2 Det här håller vi inte med om? Här har ni fel! Här tänker ni fel! 54
6.4.3 Vilka kritiska frågor vill ni ställa till projektet? 55
7 Konsekvensanalys 58
7.1 Patientperspektivet 58
7.2 Styrning och ansvar 59
7.3 Processyn 59
7.4 Informationssäkerhet/patientsäkerhet 60
7.5 Befintliga och nya system 61
7.6 Standardisering 61
7.7 Nya system – nya roller och relationer? 62
8 Avslutande reflektion 67
9 Referenser 68

Bilagor

Bilaga 1 Rapport över nulägesanalys

Bilaga 2 Fullständiga processmodeller över den framtida processen

1 Projektets bakgrund och mål

Den nuvarande situationen när det gäller informationssystem som stöd för vårdprocessen är långt ifrån tillfredsställande. Informationssystem som används av olika vårdgivare kommunicerar inte med varandra och deras användare är långt ifrån nöjda med deras funktion och bidrag till verksamheten. Situationen är densamma även när det gäller system som används inom en och samma vårdgivande organisation. Det finns ett stort antal exempel på vårdskador som uppstått därför att informationsutbytet mellan olika aktörer i vårdprocessen inte fungerat på ett tillfredsställande sätt. En komplicerande faktor i sammanhanget är vårdens decentraliserade sturktur. Denna gör det svårt att åstadkomma lösningar som tar ett helhetsgrupp på problematiken utifrån ett patient- och samhällsperspektiv.

Frågan om mer ändamålsenliga informationssystem som stöd för framtidens vård har prioriterats av den svenska regeringen. Detta kan märkas bl.a. genom det stora antal projekt som initierats, på nationell och regional nivå, i syfte att utveckla samordnade system som möjliggör att informationen om patienten på ett processorienterat sätt kan flöda mellan olika vårdgivare. Den nya patientdatalagen, som trädde i kraft den 1 juli 2008, verkar i denna riktning. Ett annat exempel på ett nationellt initiativ är Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en nationell informationsstruktur som ska underlätta delning av information mellan vårdgivare. Dessa initiativ verkar i en positiv riktning för framtiden. Vidare sägs i regeringens IT-proposition (2004/05) att "Användningen av öppna standarder och öppna programvaror bör främjas". Det räcker dock inte med nationella top-down-projekt för att lösa vårdens stora informationsproblem. Det behövs ett genomgripande lokalt förändringsarbete inom vården för att uppnå en vård där informationssystemen kan spela en den stödjande roll som är tänkt och att de motsvarar de krav och förväntningar som finns.

Utmärkande för många befintliga system är att de utgår från enskilda och avgränsade vårdinsatsers (eller delar därav) behov av information. Utifrån ett övergripande och mer processorienterat systemsynsätt är detta ett, i många avseenden, suboptimalt system. Det försvårar utbyte av information mellan delsystem, det innehåller redundans (dvs dubbellagrad och därmed även potentiellt motstridig information) och kanske mest allvarligt, det sätter insatserna i fokus snarare än patientens behov och patientens väg genom en vårdprocess där flera vårdaktörer deltar. Dessutom är få (om ens några) av de system som upphandlas baserade på en öppen arkitektur och öppna standarder vilket leder till oönskade inlåsningseffekter i system och beroenden av enskilda leverantörer.

Vårdens suboptimala informationssystem medför även ökade krav på vårdpersonalens IT-mässiga kvalifikationer, då de måste kunna hantera system med olika gränssnitt. Systemen orsakar även suboptimal resursförbrukning, då vårdpersonalen måste lägga alltför mycket tid på att skicka och utbyta information mellan olika behandlingsslag istället för att ägna sin tid och kompetens till omsorgstagarna. När informationen inte följer patienten både geografiskt och inom olika nivåer i vård och omsorgsverksamheten ökar också belastningen på individen som blir en ”informationsbärare”. Patienten tvingas upprepa samma information till olika vårdgivare varav risken för en osammanhängande och motstridig vårdbild ökar, men det kanske mest allvarliga är att det sätter insatserna i fokus snarare än patientens behov. Ett mer processorienterat synsätt, med stödjande IT-system, skulle kunna innebära ett mer effektivt resursutnyttjande. Resursvinsterna är

inte endast relaterade till det offentliga vårdsystemet, utan de kommer även den enskilde patienten till del genom bl.a. kortare väntetider, ökad vårdkvalité och mindre lidande.

Även om ovanstående antaganden ofta framförs saknas både konkreta beskrivningar av framtida möjligheter och väl grundade uppskattningar av vilka vinsterna med en ny systemsyn faktiskt skulle bli. Denna osäkerhet vad gäller såväl identifiering av möjligheter till kvalitetsutveckling som potentiella kostnadsbesparingar försvårar framtagandet av en realistisk målbild för framtidens informationssystem i vården. Utan en sådan målbild är sannolikheten stor att systemen blir en förlängning av dagens system. Eftersom målbilden borde peka på ett i grunden förändrat system behövs även praktiska demonstrationer av de vinster det skulle ge, för att motivera att göra en initial investering i en ny systemsyn. Denna systemsyn skulle säkerligen innebära att vissa delsystem fortsatt kan utnyttjas, att vissa skulle behöva olika grad av konvertering och att vissa skulle behöva avvecklas men även nyutvecklas. I vår omvärld har flera länder också tagit kraftfulla initiativ för att utveckla system baserade på en öppen arkitektur, öppna standarder och öppen programvara (Open Source Software).

Det finns således ett stort behov att ta fram ett trovärdigt beslutsunderlag som visar på möjigheterna med ett nytt processorienterat synsätt för framtidens informationssystem i vården. Ett sådant beslutsunderlag bör vara så konkret som möjligt och dessutom kunna inspirerar till nya idéer. I samverkan har Högskolan i Skövde och Västra Götalandsregionen kommit fram till att pröva möjligheten att utveckla en demonstrator som konkretiserar en vision om hur framtidens informationssystem i vården kan vara utformade.

Visionen som präglar projektet är:

VISION

Vårdgivare ska ha tillgång effektiva samverkande informationssystem som stödjer en processorienterad vård där patienten är en tydlig och aktiv medaktör.

Projektets syfte är som följer:

SYFTE

Utveckla en demonstrator som visualiserar en vision om hur framtidens informationssystem bör vara utformade.

Demonstratorn är tänkt att visa på ett nytt processorienterat sätt att arbeta i vården där patientens aktiva deltagande och effektiv kommunikation mellan berörda aktörer är centralt. Projektet syftar även till att visa hur processer på olika nivåer kan samverka för att uppnå vinster/positiva effekter av olika slag. Ökad kvalitetet, t.ex. med avseende på bättre beslutsstöd, optimerad enskild vårdinsats, optimerad verksamhet är exempel på sådana vinster.

Ett processorienterat synsätt är en viktig byggsten för att åstadkomma en systemdesign som fokuserar på vårdprocessen ur patientens perspektiv. Grunden för systemdesignen kommer att vara det processorienterade synsätt på verksamheten som utvecklats inom Södra Älvsborgs Sjukhus. Tanken är att utifrån detta synsätt utveckla en systemdesign som är generellt tillämpbar, inom Västra Götalandsregionen och även nationellt. I utvecklingen kommer vårdens professioner, verksamhetsutvecklare och administratörer att samverka med forskare från vetenskapliga discipliner med bäring på det aktuella problemet.

Projektet kommer även att ge viktiga insikter när det gäller vilken grad av ny- och vidareutveckling av tjänster och system som vårdsektorn har behov av i det fall en ny typ av informationssystem införs. Detta kan potentiellt ge goda möjligheter för tillväxt inom regionens IT-sektor.

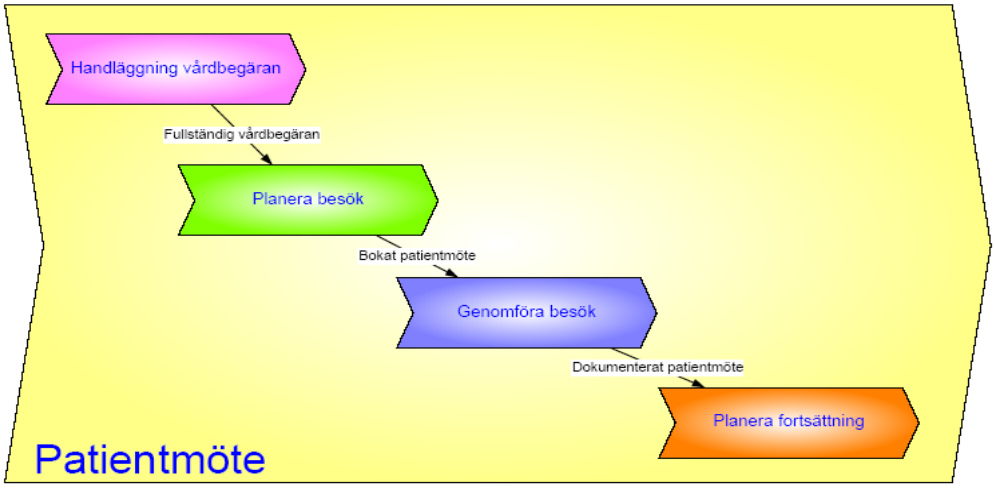
2 Projektets genomförande

2.1 Avgränsning

Att ta sig an vårdens samtliga processer med tillhörande informationssystem ter sig som en omöjlig uppgift för ett enskilt projekt. Det var därför nödvändigt att välja en lämplig avgränsning som skulle stödja uppfyllandet av projektmålen. Följande kriterier definierades:

- Den valda processen skulle kunna ge patienten en aktiv roll
- Den valda processen skulle vara relevant för mer än en vårdnivå
- Den valda processen skulle vara relevant för mer än en profession
- Den valda processen skulle vara tillräckligt komplex för att påvisa skillnaderna mellan det nuvarande arbetssättet och det tänkta framtida arbetssättet
- Den valda processen skulle vara vanligt förekommande

Valet föll på en tydligt identifierbar process som kallas mottagningsbesöket, är vanligt förekommande i såväl primärvård som sjukhusvård. Den bedömdes uppfylla de uppställda kriterierna. Övergripande består processen av delprocesserna handlägga vårdbegäran, planera besök, genomföra besök och planera för fortsättning (Figur 1). För att poängtera patientens aktiva roll i mötet med de medicinska professionerna har projektet valt att kalla processen **Patientmötet.**



Figur 1: Översikt över delprocesser i Patientmöte

Projektet fokuserar på nya arbetssätt och processer som ska stödjas av ett effektivt IT-stöd. Dessutom är inte demonstratorn ett system som ersätter befintliga system utan snarare knyter ihop ett antal system. Vi har därför valt att kalla den utvecklade demonstratorn för ett **processtöd**. Detta begrepp kommer fortsättningsvis att användas i rapporten.

2.2 Projekttid

Projektet startade den 1 november 2008 och var ursprungligen tänkt att avslutas den 30 april 2010. Av olika skäl har projektet sedan förlängts så att det slutligen formellt avslutades den 31 december 2010.

2.3 Projektets finansiering

Den totala budgeten för projektet har varit 3 960 000 kr. Följande finansiärer har bidragit med var sin tredjedel av projektbudgeten:

- Västra Götalandsregionen, Regionutvecklingsnämnden
- Västra Götalandsregionen, Strategiska IT-avdelningen
- Högskolan i Skövde

Högskolan i Skövde har svarat för den ekonomiska admininstrationen av projektet.

2.4 Projektets organisation

En forskningsinriktad projektledare vid Högskolan i Skövde, professor Anne Persson, har ansvarat för det praktiska genomförandet av projektet. Huvudelen av det operativa arbetet har utförts av personal anställd vid Högskolan i Skövde och Södra Älvsborgs Sjukhus, men ett flertal andra verksamheter har involverats, särskilt i validering av projektresultaten.

Projektet har haft en styrgrupp bestående av följande personer:

Marika Hellqvist-Greberg, företrädare för regional utveckling
Karin Elfman, företrädare för IT-strategiska avdelningen
Uno Puhasmägi, företrädare för IT-strategiska avdelningen
Lars Niklasson, företrädare för ledningen vid Högskolan i Skövde
Christer Wettervik, företrädare för Södra Älvsborgs Sjukhus
Anne Persson, projektledare vid Högskolan i Skövde

Till styrgruppens möten har också Rose-Mharie Åhlfeldt, biträdande projektledare vid Högskolan i Skövde, adjungerats.

En referensgrupp för projektet etablerades tidigt vid Södra Älvsborgs sjukhus. Denna grupp har sammanträtt regelbundet under projekttiden. Gruppens sammansättning skulle säkerställa att relevanta verksamhetsperspektiv (strategiska, medicinska, administrativa, IT-relaterade och logistiska) belystes inom projektet. Dess roll var att diskutera och ge input till projektets resultat efter hand som dessa växte fram. Gruppen bestod av följande personer:

Christer Wettervik, medicinsk direktör
Hans Tygesson, överläkare, Hjärt- lungkliniken
Jan-Olof Moberg, chefslogistiker
Karin Lennartsson, projektledare/verksamhetsutvecklare
Margareta Johnsson, verksamhetschef, vårdadministrativ service
Mikael Hansson, lokal funktionsområdesansvarig, Försörjningscentralen
Nicklas Björklund, avdelningschef, Avdelningen för applikationssupport
Torbjörn Westman, IT-strateg
Mikael Eriksson, överläkare, Ortopedkliniken

Inledningsvis deltog även Uno Puhasmägi i referensgruppen, men övergick senare till IT-strategiska avdelningen och representerade då detta perspektiv i projektets styrgrupp.

Högskolans projektgrupp har bestått av följande personer:

Karin Hedström (del av projektet)
Peter Jonsson (del av projektet)
Kerstin Jäger
Hanife Krasniqi
Henrik Linderoth (del av projektet)
Marcus Nohlberg
Anne Persson (projektledare)
Rose-Mharie Åhlfeldt (biträdande projektledare)

När det gäller utveckling av processtödet har Högskolan samarbetat med Visuera Integration AB i Stockholm[1].

2.5 Projektaktiviteter

Projektets genomförande har följt följande huvudsakliga projektaktiviteter:

- Nulägesanalys
- Modellering av det tänkta framtidsläget
- Utveckling av processtödet
- Validering av projektresultat och marknadsföring av projektet

Projektaktiviteterna beskrivs var och en i de följande avsnitten. Aktiviteten validering har genomförts kontinuerligt under projektets gång i syfte att säkra kvalitén i projektets löpande resultat.

Det huvudsakliga arbetssättet i projektet har varit praktikorienterat, d.v.s. att forskare och verksamhetsföreträdare har tillsammans löst uppgiften och reflekterat utifrån gjorda erfarenheter och uppnådda resultat.

2.5.1 Analys av nuläget

Nulägesanalysen har genomförts i nära samarbete med berörda vårdgivare och specialister samt patienter. Huvuddelen av arbetet har skett på ortopedmottagningen men kompletterande

[1] http://www.visuera.com/

information har även inhämtats från kardiolog- och ögonmottagningarna, samt ett flertal övriga verksamhetsexperter. Målsättningen har varit att skapa en övergripande bild av nuläget som ett stabilt fundament att vila projektet på.

Ett stort antal intervjuer och observationer har genomförts med patienter, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och administrativ personal. Detta har bland annat lett fram till ett antal modeller som beskriver patientmötet. Dessa modeller har sedan diskuterats med kontrollgrupper och experter. Från genomförda intervjuer och observationer har också en riskanalys fokuserad på organisatoriska risker tagits fram.

Intervjuerna som genomfördes var semistrukturerade. Detta innebär att frågor har förberetts i förväg men det har funnits utrymme att ställa kompletterande frågor. Intervjuerna dokumenterades skriftligen och diskuterades inom projektgruppen. Intervjupersonerna fick vara anonyma där så var möjligt. Huvudsakligen gällde detta patienterna, vars medverkan var frivillig.

De observationer som gjordes dokumenterades via löpande anteckningar. Kompletterande frågor ställdes vid behov. Patienternas anonymitet observerades noga. Även observationerna dokumenterades och diskuterades inom projektgruppen.

Utifrån det insamlade materialet skapades ett antal modeller som beskriver patientmötet. Dessa skapades i Visio[2] med den s.k. Visuera-metoden[3]. Arbetet var iterativt och ett antal förändringar skedde under processen gång. Dessa stämdes av med verksamhetskunnig sjukvårdspersonal, projektets referensgrupp vid Södra Älvsborgs Sjukhus samt expertkompetens inom modellering. Stor vikt lades vid att göra modellerna så generaliserbara som möjligt, för att vara giltiga för flera olika vårdenheter.

Resultatet från nulägesanalysen redovisas i avsnitt 3 samt i Bilaga 1.

2.5.2 Modellering av det tänkta framtidsläget

2.5.2.1 Genomförande av idéseminarier

Ett antal idéseminarier/workshops organiserades på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS), dels med projektets referensgrupp och dels med olika grupper av verksamhetsrepresentanter.

Under ett första idéseminarium med referensgruppen utvecklades ett antal ”skarpa mål” som skulle gälla för den framtida processen (se avsnitt 4.1).

Dessa mål samt nulägesbeskrivningen låg sedan till grund för ett antal idéseminarier med verksamhetsrepresentanter vid SÄS. Här fick användarna till uppgift att diskutera fram mål och idéer om hur en ideal process runt patientmötet borde fungera i framtiden samt vad som krävs för att åstadkomma målen när det gäller IT-stöd. Vid seminarierna deltog sammanlagt 28 personer, vilka representerade olika enheter och roller vid SÄS. (7 läkare, 4 sjuksköterskor, 2 undersköterskor, 1 logoped, 1 chefsläkare, 6 sekreterare, 3 IT-ansvariga, 1 omvårdnadschef, 1 chef vårdadministrativ service och 1 verksamhetschef, 1 processekreterare). De representerade enheterna var ortopeden, anestesi, psykiatri, neurologi, ögon, kirurg, infektion, hjärta, och vårdadministrativ service.

[2] http://visiotoolbox.com/
[3] http://www.visuera.com/

Resultatet från idéseminarierna har varit en viktig utgångspunkt för utvecklingen av processtödet.

Resultatet av idéseminarierna redovisas i avsnitt 4.1.

2.5.2.2 Modellering av den framtida processen

Som underlag för modelleringen av den framtida processen har resultatet från nulägesanalysen och idéseminarierna använts. Nulägesprocessen har förändrats till att bli en tänkt framtida process. Modellen av den tänkta framtida processen har växt fram genom ett iterativt arbetssätt där referensgruppen vid SÄS har spelat en viktig roll. Modellerna har också validerats med representanter för primärvård. Även en representant för patientnämnden i Västra Götaland har fått ge sina synpunkter ur ett patientperspektiv.

Den framtida processen beskrivs i avsnitt 4.2.

2.5.3 Utveckling av processtödet

Utifrån nulägesarbetet och de framtagna processmodellerna påbörjades arbetet med att skissa det framtida ”bör”-läget. Utgångspunkt för arbetet har varit Visuerametoden (Visuera, 2010) . Först genomarbetades översikten över det generella patientmötet i syfte att hitta delprocesserna och informationsflödena . Därefter skapades processmodeller över de olika delprocesserna innehållande aktiviteter, roller och informationsflöden. En viktig del i arbetet var att identifiera informationsinnehållet som behövs för de olika aktiviteterna i processmodellerna. Informationsinnehållet skissades upp i formulär med hjälp av verktyget Visuera Process Modeler 2007 (Visuera, 2010). Processmodellerna samt informationsinnehållet validerades med olika yrkesgrupper från både primärvård och specialistvård i form av workshops, idémöten, seminarier och föredrag. Viktiga designprinciper identifierades och efter ett antal itereringar i syfte att förbättra och kvalitetssäkra processerna och informationsinnehållet skapades ett processtöd.

Det är viktigt att betona att processtödet inte är något färdigt körbart system utan endast ett demonstrationsmedel i syfte att visualisera projektets idéer, tankegångar och målsättning.

Processtödet beskrivs i avsnitt 5.

2.5.4 Validering och spridning av projektresultat

Projektresultaten har kontinuerligt validerats, dels med de intressenter som deltagit i nulägesanalysen och i idéseminarier och dels med andra intressenter regionalt och nationellt. Dessutom har projektet presenterats i olika sammanhang i syfte att dels sprida budskapet om att arbetet pågår och dels samla in synpunkter. En sammanfattning av aktiviteterna återfinns i Tabell 1.

En aktivitet som särskilt bör nämnas är projektets deltagande vid VITALIS-mässan i Göteborg i april 2010. Där deltog projektet med en egen monter (Figur 2) där projektet presenterades och där också den då föreliggande versionen av processtödet demonstrerades. Dessutom presenterades en artikel om projektet vid en konferens som SFMI (Svensk Förening för Medicinsk Informatik) organiserade i samband med mässan. Montern var mycket välbesökt och så var även presentationen av artikeln.

Figur 2: Montern på VITALIS 2010 innan mässans öppnande

Tabell 1: Validerings- och spridningsaktiviteter i projektet

Datum	Organisation/sammanhang	Aktivitet
2009-11-19	Skaraborg Primary Care Database Group, Primärvårdens FoU, Skövde	Presentation av VFI (vårdens framtida informationssystem)
2009-12-15	Tidboksgruppen, SÄS, Borås	Presentation av VFI
2010-01-12	FOA Vård, Göteborg	Presentation av VFI
2010-01-19	Tidboksgruppen, SÄS, Borås	Koppling tidbok - VFI
2010-03-03	Tidboksgruppen, SÄS, Borås	Koppling tidbok - VFI
2010-03-29	Ågårdens Vårdcentral, Lidköping	Presentation/demo av VFI
2010-04-01	Patientnämnden, Borås	Presentation/demo av VFI
2010-04-26--29	VITALIS 2010, Göteborg	Presentation/demo av VFI Egen monter samt presentation av artikel om projektet på SFMI konferens
2010-05-10	Forskningsgrupp Informatik Örebro Universitet, Örebro	Presentation/demo av VFI
2010-06-16	Processägare, SÄS, Borås	Presentation/demo av VFI
2010-09-02	Seminarium med Primärvården Skaraborg	Presentation/demo av VFI
2010-09-09	Workshop 1 verksamhetsrepresentanter SÄS, Borås	Presentation/demo av VFI
2010-09-13	Gothia Science Park - Vård för framtidens äldre	Presentation av VFI

2010-09-24	Kvalitetsmässa, Stockholm	Presentation av VFI
2010-09-30	Workshop 2 verksamhetsrepresentanter SÄS, Borås	Presentation/demo av VFI
2010-10-04	Arbetsgrupp Angereds närsjukhus	Presentation/demo av VFI
2010-10-05--06	Kompetensutbildning läkarsekreterare grupp 1-2 Värmlands landsting	Presentation/demo av VFI
2010-10-12--13	Kompetensutbildning läkarsekreterare grupp 3-4 Värmlands landsting	Presentation/demo av VFI
2010-10-19	Öppen föreläsning, Högskolan Skövde (i samarbete med Folkuniversitetet)	Presentation/demo av VFI
2010-10-25	Representanter för arbete kring tidbok, Skas, Skövde	Presentation av VFI
2010-10-26	Arbetsgrupp Remiss och Svar, VGR, Göteborg	Presentation/demo av VFI
2010-10-27	Presentation SKTF-möte, Göteborg	Presentation av VFI samt generellt om IT i vården
2010-11-02	Slutseminarium VFI, Högskolan Skövde	Presentation/demo av VFI
2010-12-06	Representanter NI-projektet samt Sahlgrenska akademin	Presentation/demo av VFI

3 Resultat från nulägesanalys

En rapport över nuläget har fastställts av styrgruppen och återfinns som bilaga 1 till denna rapport. Nulägesanalysen omfattar en detaljerad beskrivning av den nuvarande processen kring patientmötet samt en risk- och konsekvensanalys som resulterat i ett antal observerade problem och risker. Beskrivningen av nulägesprocessen återfinns i Bilaga 1. En sammanfattning av observerade problem och risker ur verksamhetens perspektiv ges i avsnitt 3.1. En fördjupad analys av observerade problem och risker ur ett patientperspektiv har genomförts efter att nulägesanalysen fastställts. Denna fördjupade analys redovisas i avsnitt 3.2.

3.1 Sammanfattning av nulägesanalysen ur verksamhetens perspektiv

De huvudsakliga problemen i det nuvarande arbetssättet och systemstödet för patientmötet och dess relaterade processer listas här i sammanfattning:

Avsaknad av helhetstänkande

Sjukvårdens suboptimala informationssystem försvårar inte endast utbytet av information mellan delsystem, de tvingar även fram ett ineffektivt arbetsflöde. Avsaknaden av helhetsfokus vid införskaffandet av IT-system har resulterat i en mångfald av system som försvårar vårdpersonalens vardagliga arbete. För att införskaffa bakgrundsinformation innan ett patientbesök måste till exempel en läkare använda ett stort antal olika system. Trots att ett flertal olika system används kan det inte garanteras att professionen har fått med all viktig information.

Samordningsproblem – för många vägar för att nå samma mål

Vårdpersonalen fattar dagligen beslut som har en betydande inverkan på patientens hälsa. Kliniskt beslutsfattande kräver att vårdpersonalen har tillgång till korrekt och aktuell information vid varje beslutspunkt. Enkel tillgång till aktuell information är nödvändigt för att kunna fatta rätt beslut. Eftersom patientjournalerna inte är strukturerade försvåras överblicken av patientens aktuella behandlingar, medicineringar och sjukdomshistoria, varför vårdpersonalen inte snabbt och effektivt kan hitta den information som efterfrågas.

Inkommande information ofullständig

Ett återkommande problem idag är att en inkommande vårdbegäran saknar viktig information för handläggning. Bristerna skapar merarbete för vårdpersonalen, och kanske mest allvarligt, patienten blir försenad i sin vårdprocess

Komplext informationsflöde

Sjukvården är en kunskaps- och informationsintensiv verksamhet med ett stort antal komplexa informationsflöden, varför det är en utmaning för vårdpersonalen att orientera sig i dessa. Idag är det ofta svårt för personalen att få en överblick över var informationen kommer in, och vart den tar vägen. I syfte att hantera informationsflödet, används både manuella sätt att hantera information och datoriserade IS. Risken med arbetssättet är att viktig information kan förbises, varför patienten kan ta skada.

Pappersbaserad information – manuell hantering av information

En stor del av informationen som hanteras i vårdprocessen är manuell, d.v.s. pappersbaserad eller rent av muntlig. System med manuellt förda och lagrade uppgifter utgör stora säkerhetsrisker. Manuell hantering av information kan ge effektivitetsvinster i stunden för vårdpersonal men risken för misstolkning, missad information samt att professionerna fokuserar på sina delar i vårdkedjan och inte på helheten, ökar.

Systemkomplexitet

Brister i systemintegrationen ger "mycket klickande", dubbeldokumentation och i vissa fall även trippeldokumentation. Detta suboptimala informationssystem medför även suboptimala resursanvändning. Risken finns också att ytterligare manuell hantering av information uppstår som ett sätt att anpassa systemet till verksamhetens arbetsflöden.

Bristande tekniskt stöd i vardagsarbetet

Ett genomgående önskemål tycks vara att systemen skall vara anpassade efter vårdpersonalens arbetsmetoder. I dagens digitaliserade system finns det inget stöd för samtidig visning av flera informationstyper. Till exempel är det inte möjligt för en läkare att se journalen och samtidigt se röntgenbilder. Istället måste läkaren växla mellan röntgenbilder och journal på samma skärm. Granskningen blir på detta sätt en långsam och, i vissa avseenden, en komplex process i form av ökad kognitiv belastning, då läkare måste hålla viktig information i huvudet.

Tidsbrist och tidsåtgång för datorrelaterade problem och oväsentligheter

Ett viktigt intryck från denna undersökning men även från den nationella IT-strategin för vård och omsorg är att vårdpersonalen spenderar allt mindre tid med patienten, och allt mer tid med arbete i olika system. Våra resultat visar att 38 olika systemtransaktioner används för ett patientbesök, vilket bland annat leder till att den värdeskapande tiden är mindre än 20 % av ett patientbesök.

Nya rutiner behövs för effektivisering och kvalitetssäkring

Nuvarande rutiner som finns i verksamheterna är inte utvecklade för att stödja existerande lagkrav. Bristande kunskaper om helheten i verksamhetsprocesserna bland de som utformar rutiner leder till komplexa problem i verksamheten. Det finns tydliga direktiv om rutiner som personalen måste följa men eftersom rutinerna är illa anpassade till verkligheten ställs orimliga krav på vårdpersonalen. Till exempel finns det tydliga krav på signering av journalanteckningar men samtidigt är det vanligt förekommande att journalerna signeras dagar eller veckor efter diktering. I dessa situationer kan det diskuteras huruvida signeringen är nödvändig, då det nästan är omöjligt att med minnets hjälp avgöra om informationen är korrekt.

Trots de observerade problemen upplevs vården fungera på ett rimligt tillfredsställande sätt. Vår bedömning är att detta möjliggörs tack vare personalens ansvarstagande och lojalitet mot patienterna.

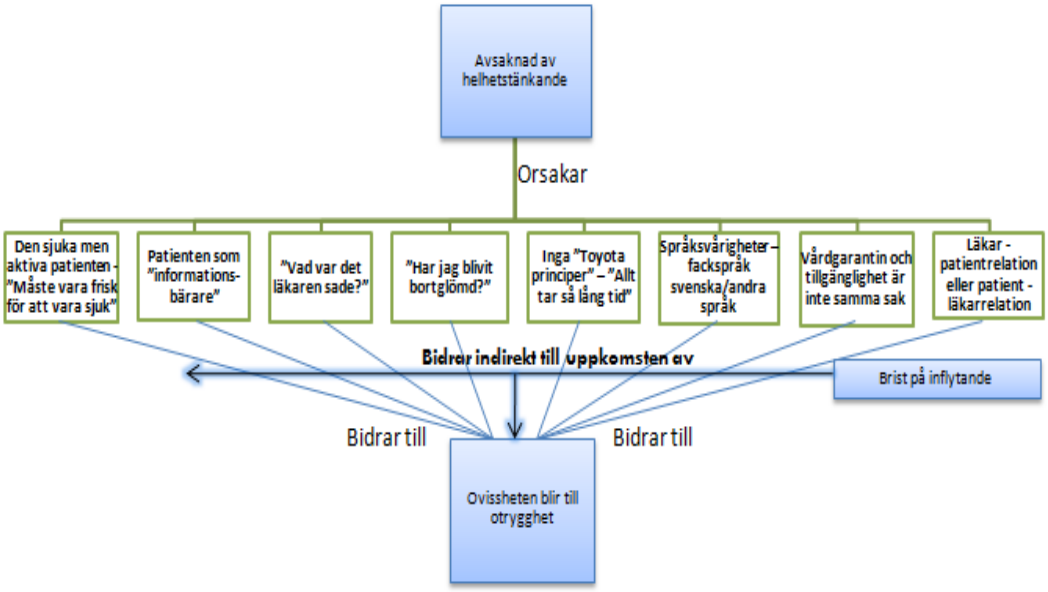
3.2 Sammanfattning av nulägesanalysen ur patientens perspektiv

För att ytterligare bearbeta dokumentationen från patientintervjuerna användes en kvalitativ dataanalys (Glaser och Strauss, 1967). Analysen av intervjuerna resulterade i 11 kategorier som

beskrivs i figuren nedan (Figur 3). Varje identifierad kategori åsyftar beskriva patientens upplevelse av patientmötet.

Figur 3: Kategorier härledda från intervjumaterialet

Figur 4 beskriver kategoriernas inbördes relation. Här framträder tre huvudkategorier: avsaknad av helhetstänkande, ovissheten blir till otrygghet och brist på inflytande. De tre huvudkategorierna beskrivs närmare i avsnitten 3.9 - 3.11.



Figur 4: Relationen mellan de identifierade kategorierna

3.2.1 Den sjuka men aktiva patienten - ”Måste vara frisk för att vara sjuk”

Att vara sjuk idag är en krävande process. Den svenska sjukvårdens utformning förutsätter att patienten är aktiv trots sin sjukdom och/eller skada. Vid väntetider, tidsbrist etc. förväntas patienten själv ta kontakt med sjukhuset och i vissa fall till och med själv ta reda på om det finns någon annan vårdgivare som kan erbjuda vårdgaranti. I många fall måste patienten dessutom driva på för att få provsvar, nya tider och för att se till att information kommuniceras mellan vårdenheter.

”Jag har varit aktiv. Man måste vara frisk för att orka vara sjuk” (Patient G)

”Hade jag inte agerat själv så hade jag inte varit halvvägs i mitt vårdförlopp” (Patient F)

3.2.2 Patienten som ”informationsbärare”

Ytterligare en viktig företeelse som bidrar till att patienten ”måste vara frisk för att vara sjuk”, är begränsningarna i gränsöverskridande kommunikation mellan olika vårdgivare. Eftersom vårdpersonalen inte har tillgång till aktuell patientinformation, förväntas patienten agera informationsbärare. Patienten förväntas således kommunicera sin nuvarande och tidigare hälsosituation, genomförda undersökningar och resultatet av genomförda undersökningar mellan vårdenheterna. Situationen tvingar patienten att agera budbärare mellan olika vårdgivare, varför patientsäkerheten kan hotas. Patienterna efterfrågar dock ökat inflytande och delaktighet i den egna vården, men detta innebär inte att patienten ska ansvara för att överföra informationen mellan olika vårdgivare.

”Jag rekommenderades att åka till akuten. Där visste de inget om mig och jag fick sitta där och förklara vad det gällde” (Patient F)

”Det är en ny läkare varje gång. Jag får då berätta allt igen för varje läkare” (Patient G)

3.2.3 ”Vad var det läkaren sade”

Att komma ihåg den information som läkaren förmedlar är lätt sagt. Förmågan att ta emot och ta till sig information kan försvåras pga. patientens hälsotillstånd, vårpersonalens ineffektiva förmåga att förmedla informationen till den enskilde och/eller vid användningen av ineffektiva kommunikationsmedel som inte är anpassade till den enskilda patientens individuella behov. Det är vidare på vårdgivarens ansvar att säkerställa huruvida den enskilde individen uppfattat informationen som förmedlats. För att patienten ska vara delaktig och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling, är det viktigt att informationen uppfattas och att den framförallt uppfattas korrekt. Patient D berättar:

”Jag hade med mig en väninna. Jag tycker det är bra att vara fler under läkarbesöket så att man kan komma ihåg allt” (Patient D)

3.2.4 ”Har jag blivit bortglömd”

Ett flertal patienter upplever att tillgången på information i väntan på en behandling eller svar från en undersökning inte är tillfredställande. Bristen på tydliga besked och information är således ofta påtagliga för patienterna. Patienterna upplever att de inte erhåller information under processens gång, varför känslan för att man blivit bortglömd/hamnat mellan stolarna ökar. Detta skapar

frustration och tvingar patienten, trots sin sjukdom, att driva på för att erhålla nödvändig information.

> *”Jag är osäker på om det blir titthållsoperation eller inte. Om jag inte hör något snart så måste jag själv ta kontakt med dem”* (Patient B)

> *”Jag väntade i 3 veckor utan att få något besked. Därför fick jag ringa själv”* (Patient C)

3.2.5 Inga ”Toyotaprinciper” – ”Allt tar så lång tid”

Det problematiska för patienten är den oupphörliga *väntan*. Analysen av intervjuerna påvisar att fem av sex patienter upplever att de får vänta för länge på att få vård. Socialstyrelsen har i basis på diverse undersökningar konstaterat att väntetiderna har minskat kraftigt efter införandet av vårdgarantin (Socialstyrelsen, 2010-3-13). Även analysen av patientintervjuerna indikerar att även om vårdgarantin fungerar, är det väntan på akutmottagningar, diverse avdelningar och telefonköerna som är det problematiska. Väntan för en läkarbedömning kan enligt patienterna överskrida en till fyra timmar.

> *”[…] Irriterad över väntetiderna när man beställt tid”* (Patient A)

> *”Allting tar tid. Otrolig tid. Att komma till akuten när man är sjuk är hopplöst […] Att komma oplanerat och vara skadad och inte ha någon tid är hopplöst”* (Patient C)

Problemen med långa väntetider går långt tillbaka i tiden och många ansträngningar har gjorts för att komma till rätta med problemet. Uttrycket ”Toyotaprincipen” fokuserar på en resurssnål produktion som minimerar slöseri och fokuserar på kundvärde. Toyotaprincipen har vidare länge fungerat som en inspirationskälla för hälso- och sjukvården. Målet med principen är att minska onödigt resursspill (effektivisera verksamheten) och att samtidigt öka värdet för patienterna genom att bl.a. minska väntetiderna på diverse mottagningar.

> *”[…] Ortopeden när man har sin tid man kommer inte in i tid. Åker man till besiktningen på bilen så har jag min tid. På ortopeden får man vänta. Lätt vänta i en timma. Otroligt att det får vara så. Man kan alltid skylla på akuta bitar men det håller inte”* (Patient C)

Att öka verksamhetens effektivitet och minska väntetiderna är viktigt för en välmående organisation och framförallt för att ge patienten en god vård och minska lidandet. Detta går i linje med hälso- och sjukvårdslagen som kännetecknar ”god vård” med att bl.a. vara ”lätt tillgänglig” (HSL 2 a §). Socialstyrelsen hävdar att långa väntetider till vård och behandling är ett tydligt uttryck för en bristande tillgänglighet (Socialstyrelsen, 2010-3-13)

3.2.6 Språksvårigheter – fackspråk svenska/andra språk

Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet (Socialstyrelsen, 2010-7-5). Det ligger på varje enskild vårdgivares ansvar att se till att patienten får information om vård och behandling. För att främja patientens säkerhet, delaktighet och medbestämmande i vården är det viktigt att rätt information om vård och behandling förmedlas till patienten. Förmedlingen av information utifrån varje patients förutsättningar och behov har påvisats vara en komplicerad process pga. ”språksvårigheter”. Analysen av patientintervjuerna indikerar att patienterna har problem att förstå vilken diagnos de har, vilka undersökningar som ska genomföras samt vad

undersökningsfynden indikerar. Problemen uppstår dels för att läkaren inte anpassar sitt språk till varje patients hälsotillstånd, förmåga och erfarenhet, samt dels på grund av att somliga läkare inte talar tillräckligt bra svenska. Detta kombinerat med bristande efterinformation gör att patienterna inte upplever att de förstår vad som händer och vad som skall hända i framtiden. Entydighet och kontinuitet i information bidrar enligt Socialstyrelsen (2010-7-5) till trygghet.

> *”Svårt att får reda på mycket. Jag hamnar oftast hos läkare som inte kan svenska och det blir svårt. Kommunikationsproblem uppstår då”* (Patient B)

> *”Den första läkaren pratade allting på latin”* (Patient G)

> *”Idag så hade jag en utländsk läkare och det var inte bra. Svenskan är viktig men jag hade med mig dottern så det gick bra”* (Patient D)

3.2.7 Vårdgarantin och tillgänglighet är inte samma sak

God tillgänglighet är fundamentalt för en välfungerande hälso- och sjukvård. Som det framgår i tidigare avsnitt kännetecknas god vård av att vara ”lätt tillgänglig” (HSL 2 a §), men det hävdas ofta att tillgängligheten i det svenska systemet är dess största svaghet (Socialstyrelsen, 2010-3-13). Långa väntetider till vård och behandling är enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2010-3-13) ett tydligt uttryck för en bristande tillgänglighet.

Vårdgarantin innebär att patienten ska få vård inom en viss tid. I liknelse med Socialstyrelsens undersökningar visar analysen av patientintervjuerna att vårdgarantin fungerar men tillgängligheten är långt ifrån tillfredställande. Även om kraven på att patienten ska få vård inom en viss tid (vårdgarantin) någorlunda efterlevs, innebär det således inte att sjukvården uppfyller kraven på tillgänglighet. Utöver långa väntetider påvisar även analysen av intervjuerna att patienten saknar möjligheter att på ett effektivt sätt komma i kontakt med sjukvården, då utbudet av kontaktkanaler är mycket begränsat. För den som vill kontakta sjukvården är telefonkontakt i många fall den enda möjligheten. En viktig problematik med detta är långa telefonköer. Att sitta i telefonkö kräver stort engagemang från patientens sida, särskilt då problemet upprepas löpande vid nästan varje vårdkontakt, och stundtals måste patienten ta många kontakter.

> *”[…] Jag satt 1 timma i telefonkö. De sa du står i kö och vi svarar på ditt samtal så fort så möjligt men det var inte speciellt snabbt. ”*(Patient E)

3.2.8 Läkar - patientrelation eller patient - läkarrelation

Under de senaste 50 åren har synen på patienter förändrats. Läkarna har alltmer uppmärksammat att patienter inte bara kommer med en sjukdom som ska diagnostiseras och behandlas utan att patienten också är en person med egna föreställningar, värderingar och förväntningar som måste beaktas (Lynöe, Engström & Löfmark, 2009). Genom historien kan man identifiera att läkar – patientrelationen har varit paternalistisk vilket innebär att läkaren var den aktiva (den kunniga) och patienten den passiva. Under åren har emellertid patientens ställning i den egna vården stärkts och man börjar alltmer tala om patient – läkarrelation. En bra relation mellan patient och läkare förutsätter att läkaren respekterar patientens värderingar, autonomi samt att patienten får ökat medinflytande i frågor om sjukdomar, undersökningar och behandlingar. Mötet mellan patient och läkare är således kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det är i samspelet mellan patient och

vårdgivare som vårdbehov identifieras och beslut om diagnostisering och behandling fattas. Varje individ är vidare expert på upplevelsen av sin egen hälsosituation och har därmed den bästa kunskapen om sin egen kropp och sin egen situation. Vårdpersonalen emellertid har kunskap i sjukdomar och behandlingar. I syfte att inge bästa möjliga vård är det viktigt att vårdpersonalen förstår och ser patientens kunskaper och möjligheterna till samarbete där var och en bidrar med sina kunskaper (Socialstyrelsen, 2010-7-5). Analysen av intervjumaterialet påvisar emellertid att patienterna stundtals upplever att läkarna inte tar deras problem på allvar. De låter sig nöjas med ett undersökningsfynd utan att beakta patientens upplevelse av sin egen ohälsa. *Att bli lyssnad till* är en av de företeelser som majoriteten av patienterna efterfrågar. Att kunna lyssna är för läkaren inte endast väsentlig för att erhålla information om patientens hälsotillstånd och därmed även igen korrekt diagnostisering, behandling och rehabilitering. Förmågan att lyssna är också väsentlig för patientens tillfredställelse samt för att kunna etablera en god patient – läkarrelation.

> *”Att läkarna lyssnar och tar mitt problem seriöst är viktigt. Allt som allt över 5 år så har jag inte blivit tagen seriöst om att jag har ont”* (Patient E)

> *”Att de ska lyssna på patienten och vilja göra något och inte enbart säga att det ska lösa sig. Ibland bara de föreslår att patienten ska äta tabletter utan att lyssna ”* (Patient B)

> *”Var vid en annan vårdcentral en gång och där blev man mer nonchalerad. Jag fick tjata mig till en röntgen för han såg ingen anledning till den”* (Patient D)

Att läkaren kommer till patientmötet utan att i förväg läst patientjournalen är också en viktig företeelse som patienterna omtalar. Situationen förvärrar sannolikt patientens upplevelse av att läkaren inte tar deras hälsoproblem på allvar.

3.2.9 Huvudkategori 1: Avsaknad av helhetstänkande ur ett patientperspektiv

Analysen av patientintervjuerna påvisar att det inom hälso- och sjukvården finns en ofantlig fokus på den del som ligger närmast vårdgivaren, snarare än patientens behov. Patienterna upplever att samarbetet mellan patient, läkare, specialist och exempelvis försäkringskassan är komplext och svårt. Vidare upplever patienterna att det är på deras ansvar att driva denna komplexa process för att hålls sin situation igång. Det krävs mycket arbete och kunskap för att balansera intyg och liknande som krävs. En del patienter besitter inte nödvändiga kunskaper för att driva processen mellan exempelvis försäkringskassan och läkare, varför de känner sig utlämnade.

> *”Jag hade problem med försäkringskassan och jag viste inte vem jag kunde vända mig till för att få hjälp. Jag hade ingen att vända mig till om problemet”* (Patient F)

3.2.10 Huvudkategori 2: Ovissheten blir till otrygghet

Patienterna upplever att de stundtals inte får adekvat information om sitt hälsotillstånd; *varför det blivit så här, vad det innebär, vad som kommer att hända framöver och vilka konsekvenser det kommer få på patientens vardagliga liv.*

> *”Tar väldigt lång tid att få svar. Gått med detta i 5 år och försökt att få reda på vad som är fel. Går det att åtgärda eller inte”*

Vissa patienter upplever också att den information som ges är otillräcklig och/eller inte anpassad efter individens förmåga och förutsättningar att tillgodogöra sig informationen. Språk, media, och andra kommunikationsmedel anses inte vara anpassade till varje patients hälsotillstånd, mognad och erfarenheter. Brist på adekvat information leder det till att patienten känner en ovisshet och oro men också frustration över att sjukvården inte inger det stöd och hjälp som efterfrågas. Enligt Socialstyrelsen (2010-7-5) måste all information ges på ett så enkelt och konkret sätt som möjligt och utifrån patientens förmåga att förstå och ta del av information. I vissa situationer kan det vara aktuellt med tolkstöd eller olika kognitiva hjälpmedel.

> *"Avdelningen var ok. Det var bra personal. Brottet var svårt men fick inte så mycket information i början"*(Patient A)

> *"Glömde bort att fråga för att få reda lite mer om vad som ska hända nu. Jag har varit på röntgen idag men inte vad som kommer att hända nu […] Vet inte om det blir ett titthållsoperation. Om de inte hör av sig snart så får jag göra det själv"* (Patient B)

En välinformerad patient är enligt Socialstyrelsen (2010-7-5) en individ som är trygg och med i det som sker samt är informerad om vad som gjorts, vad som kan tänkas hända, vad man ska vara uppmärksam på och hur uppföljningen ser ut. En välinformerad patient har också genom informationen fått kunskap, förståelse och insikt, om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (Socialstyrelsen, 2010-7-5). En välinformerad patient är således enligt teorin (Socialstyrelsen) vitalt men som enligt analysen av patientintervjuerna inte alltid efterlevs i praktiken.

3.2.11 Huvudkategori 3: Patientens brist på inflytande över sin egen vårdprocess

Ur dataanalysen från intervjuerna framkom det att patienter upplever sig utelämnade till vårdens situation, och att de måste acceptera det de erbjudits, eller finna sig i att inte få några lämpliga tider för behandlingar och/eller undersökningar. Det är frustrerande för patienterna att vara utelämnade, och dessutom blir det ibland till synes onödiga konsekvenser då patienterna inte kan lämna önskemål på behandlingstider. Patient B berättar:

> *"Jag var livrädd att missa uppvisningen i konståkning och det gjorde jag också. Jag fick en tid för operation så jag missade den med 4 dagar. Jag vill inte göra det igen. Det skulle vara bra om man får bestämma lite själv om när tider för operation ska bli"* (Patient B)

Vidare upplever patienterna att det är lite av ett lotteri att få en kompetent läkare. Patienterna upplever att de blir dåligt behandlade och att de får jobba för mycket själva med att få rätt vård. I vissa fall antyds dessutom att läkarens bristande kunskap, kombinerat med långa väntetider för att komma till läkare som faktiskt kan leda till vårdskador och att befintliga skador förvärras.

> *"Först fick jag en helt grön läkare. Han tittade på knät och sedan kände han lite bara och sa att jag skulle komma tillbaka när svullnaden hade gått ner. Han var ingen knäexpert. Han tyckte att jag skulle åka hem och köra på med rehab och komma tillbaka efter tre veckor igen. Jag beställde istället en ny tid vid receptionen och bad att få en bra läkare. Med rätt läkare blev situationen helt annorlunda. Det märkets att läkaren var kompetent"* (Patient A)

4 Den framtida processen och dess krav på det framtida processtödet

4.1 Mål för den framtida processen

Med utgångspunkt från nulägesanalysen och med hjälp av referensgruppen vid SÄS genomfördes en workshop där ett antal mål för den nya processen arbetades fram:

Vårdbegäran (från annan vårdgivare och patient) ska handläggas, planeras och *tidsbokas samma vardag* som den inkommer.
Patientens process ska inte stoppas i onödan.

Alla förberedelser innan patientmötet ska vara genomförda innan mötet påbörjas.
Patienter ska inte behöva skickas hem för att nödvändiga undersökningar eller provtagningar ej genomförts.

Alla patienter ska ha fått sina förväntningar bemötta.
Patienten ska förstå varför vissa beslut om hälsotillståndet fattas och visa inte.
Patienten ska känna att hennes/hans egna funderingar och frågor bemötts på ett respektfullt sätt.

Alla patientmöten ska ha formulerade och kommunicerade mål.
Alla berörda parter ska veta vad som är syftet med mötet.

Alla uppsatta mål med patientmötet ska vara uppnådda när mötet avslutats.
Patienten ska inte i onödan behöva besöka sjukvården på grund av bristfällig planering hos sjukvården.

Patientmötet ska dokumenteras under mötet.
Informationen ska fångas när den är ”färsk”.

Patient ska kunna få tillgång till dokumentation av mötet ”i handen” då mötet avslutas.
Patienten ska inte behöva lita till sitt minne när det gäller vad som beslutats vid mötet.

Patientbesöket ska ha noll fel, inga senare reklamationer och/eller justeringar.
Patienten ska inte behöva uppsöka sjukvården i onödan.

Dessa mål har varit vägledande när den nya processen modellerats fram och också spelat en betydande roll vid utformningen av processtödet.

4.1.1 Kommentarer till målen från verksamheten

Under idéseminarierna fick verksamheten möjlighet att kommentera de för processen formulerade målen. Notera att detta skedde i slutet av idéseminariet och att deltagarnas kunskap om de formulerade målen då inte har påverkat de behov som uttryckts (avsnitt 4.2). Det kan dock noteras

att ett flertal av de behov som uttrycks av verksamhetens representanter också speglas i de formulerade målen.

Vårdbegäran (från annan vårdgivare och patient) ska handläggas, planeras och *tidsbokas samma vardag* som den inkommer.

- Detta förutsätter ett antal utbytbara ”huvuden” i personalen – vem gör vad?
- Det går ej att veta 3 mån i förväg vilka personer som finns tillgängliga – krävs planering.
- Detta fungerar om det inte finns några köer.

Alla förberedelser innan patientmötet ska vara genomförda innan mötet påbörjas.

- Detta förutsätter att relevant information och korrekt beslutsunderlag finns tillgängligt.

Alla patienter ska ha fått sina förväntningar bemötta.

- Vad är avses med förväntan och bemötande – behöver klargöras.
- Vem har tolkningsföreträde? Patient eller vårdgivare?
- Rimligt att patienten får veta varför något inte händer.
- Patientens frågeställningar kan bemötas men kanske inte alla förväntningar.
- Det krävs att man tydliggör syftet med besöket och tar reda på patientens förväntningar i förväg.
- Vad tror vi att vi kan bemöta? När är patienten ”nöjd”? Idag är detta väldigt individbundet.

Alla patientmöten ska ha formulerade och kommunicerade mål.

- Här krävs en definition av vad som menas med mål.
- Vems mål avser detta? Patientens eller vårdgivarens?

Alla uppsatta mål med patientmötet ska vara uppnådda när mötet avslutats.

- Fungerar så länge som vårdgivaren formulerar målet. Här kan inte patientens mål vara med.
- Här kan finnas skillnad mellan olika kliniska specialiteter när det gäller huruvida detta kan uppnås.
- Kräver eventuellt samsyn med primärvården om vad som ska ha uppnåtts.

Patientmötet ska dokumenteras under mötet.

- Bra mål.
- Detta görs tills viss del redan idag.
- Detta kräver standardiserade och användbara system.
- Det finns språkbarriärer som kan var svåra att överbrygga.
- Kanske väl ambitiöst. Kräver differentiering mellan olika discipliner.

Patient ska kunna få tillgång till dokumentation av mötet ”i handen” då mötet avslutas.

- Informationen måste finnas på olika språk
- Ger detta bättre kvalitet?
- Fungerar för standardiserade diagnoser men kan vara svårt vid mer diffusa problem, t.ex. vis kuratorsbesök.
- Utlämnande av papper är inte målet utan att patienten tar till sig informationen.

Patientbesöket ska ha noll fel, inga senare reklamationer och/eller justeringar.

- Det krävs en definition av noll fel och reklamationer.
- Förutsätter att patienten kommer till rätt doktor i rätt tid.

- Måste gälla från ett informationsperspektiv, inte behandling eller vårdfel.
- Vad händer med diffusa problembilder?
- Noll fel kan fungera som vision men inget mer.
- Borde formuleras som “så få fel som möjligt”. Det kommer aldrig att bli noll fel.

4.2 Verksamhetens behov

En sammanfattning av de behov som framkommit vid idéseminarierna redovisas i detta avsnitt, uppdelat på processens olika delar.

4.2.1 Handlägga vårdbegäran

- Remisshantering
    - Elektroniskt
    - Regionalt remisshaneringssystem
    - Strukturerad information
    - Remissmallar
    - Remissbekräftelse
- Gemensam dokumentation
- Patient ska kunna godkänna redan på remissen att information får inhämtas från andra vårdgivare

4.2.2 Planera besök

- Sambokning öppenvård
    - Minskar resorna för patienten – för närstående, trafikkommunikation, miljön etc. Samhällsekonomiskt perspektiv.
    - Provsvar hinner bli färdiga om patienten är kvar på sjukhuset
    - Patientservice
    - Central bokning ett alternativ men kräver kompetens och insikt i patientens behov
- Flexibel tidbokning
    - Elektronisk
    - Patienten ska ha möjlighet till att kunna boka/bok om tid
- Hälsodeklaration ska kunna fyllas i hemma.
    - Minskar tiden på sjukhuset.
    - Kvalitetshöjning – gäller att frågorna är rätt ställda.
    - Tänka på lämpligt språk – kunna välja språk
    - Säkerhetsaspekter
    - Även ha möjlighet att fylla i patientbakgrund
    - Elektroniskt?
- Gemensam dokumentation
- Standardvårdplaner och checklistor
- Gemensam målbild inför besök
- Samordning
- Rätt patient till rätt tidpunkt till rätt doktor

4.2.3 Genomföra besök

- Besöksepikris till patienten – sammanfattning om besöket
- Patienten ska kunna få information om var ytterligare information finns, förutom det som ges vid besöket, t ex länkar.
- Information i väntrum till patienten
    - Var i kön finns patienten
    - Informationstavlor etc.
- Gemensam information om patienten
- Beslutstödssystem
- Gemensam målbild
- Lättanvända system
    - Mer fokus på patienten

4.2.4 Planera fortsättning

- Efterdokumentation ska kunna skötas av sekreterare eller med annan form av automatik.
- Tid behöver skapas till åtgärder direkt vid besöket
    - Vinner tid både för patienten och vårdgivare
    - Gäller även vid planering inför ett besök
    - Behöver kunna arbeta proaktivt i stället för reaktivt
    - Behöver tänka på hela flödet för patienten
- Behov av att skapa information som kan användas för verksamhetsuppföljning
- Snabb återkoppling tillbaka till verksamheten.
- Eftervårdsplanering
    - Hemsjukvård, sjukgymnastik, arbetsterapeut
    - Sökmöjligheter för olika statistiska data

4.2.5 Generellt

- Tillgång till relevant information – i form av vyer
    - Gäller alla delarna i processen
    - Information från andra vårdgivare, journalanteckningar, röntgenbilder.
- Minska dubbeldokumentation = Hög säkerhet och mindre administration
- Lämna information endast en gång
- Tillgång till ej digitaliserad information
    - Inskannat material, röntgenbilder etc.
    - Förbättrar patientsäkerheten
    - Sökbarheten förbättras
- Standardvårdplaner - checklistor
- Enhetlig struktur på dokumentinformation
    - Termer, begrepp, koder etc.
- All informationshantering ska ske med full sekretess
- Föreskrifter om vad som ska dokumenteras
    - Gemensam och verksamhetsspecifik information

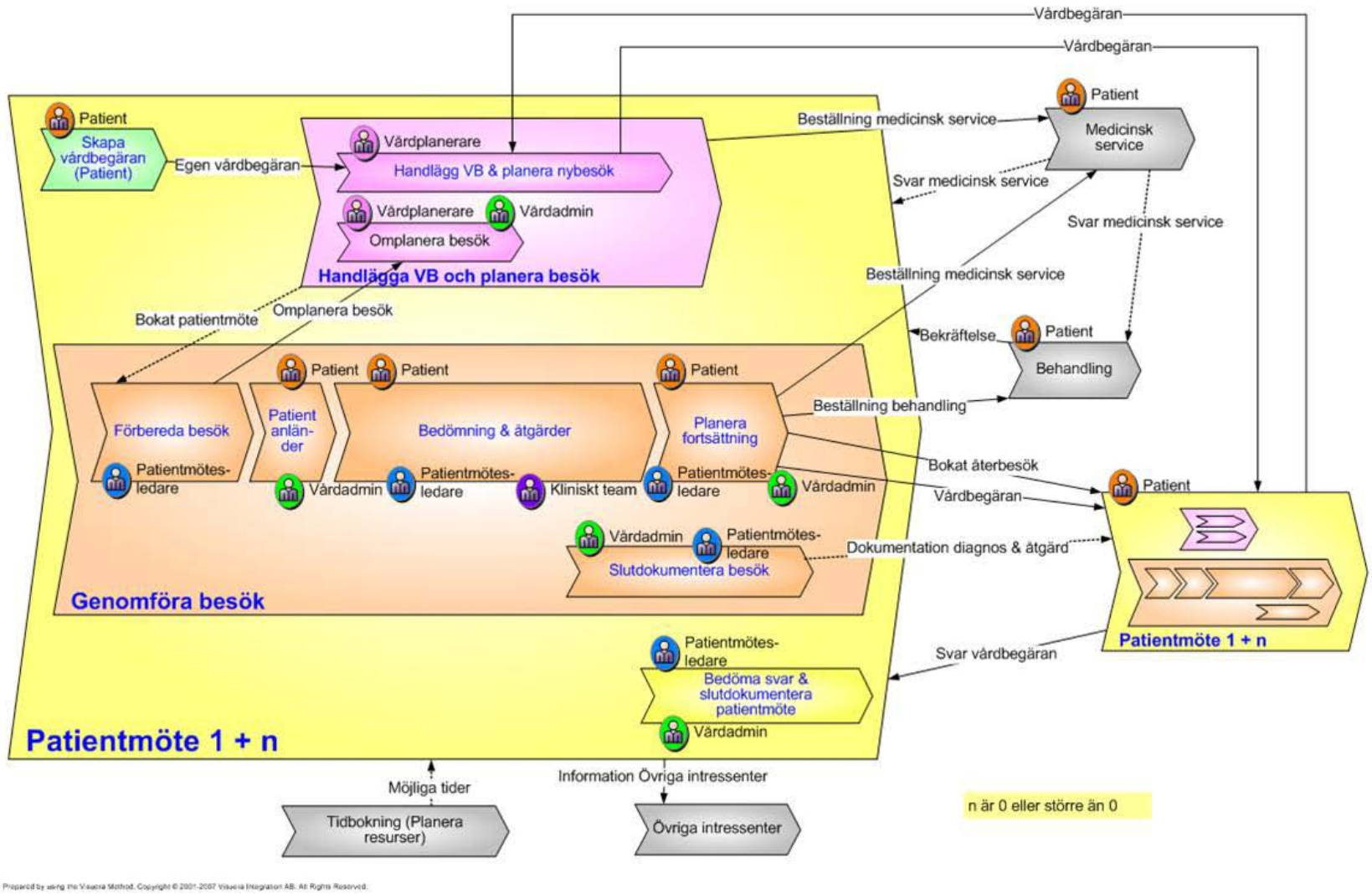
- Integration med övriga system
    - Integration med övriga vårdgivare ex primärvård, optiker etc.
- Planerbarhet
    - Schemaläggning, årshjul, flöden
    - Uppnå vårdgarantin
    - Akuta patientmöten måste även planeras i någon form
    - Information för att kunna planera resurser
- Behov av beslutstöd för att fånga rätt information
    - Eventuellt kunna kopplas till standardvårdplaner
    - Hjärtavdelningen ett gott exempel
- Mer patientinflytande
    - Patienten ska kunna följa sin vårdprocess, se sin position i flödet
- Tillgänglighet för patienten att nå vårdgivare – internt/externt
- Gemensamt signeringssystem
    - Labbar går inte att signera
- Uppföljning
    - Målrelaterad ersättning

4.3 En ny process

I Figur 5 återfinns i översikt den nya process som utvecklades baserat på nulägesanalys samt idéseminarier. I Bilaga 2 återfinns de fullständiga processmodellerna, både den översiktliga och de detaljerade simbanemodellerna. **Observera att vissas modeller är för stora för att läsas vid utskrift i A4-format. Här hänvisas läsaren till att läsa berörda modeller i pdf-format på dator där förstoring kan ske.** Processmodellerna har finjusterats ett antal gånger efter att feedback erhållits från olika intressenter inom regionen, såväl vid SÄS som i regionen i övrigt.

Den utvecklade processen är en generell process för patientmötet som är tänkt att vara tillämplig för olika vårdnivåer och för olika professioner. I projektet har vi fokuserat på det icke akuta patientmötet. På denna övergripande nivå torde processen fungera även för akuta patientmöten, men de underliggande detaljerna kan komma att vara delvis annorlunda. Detta behöver fortsatt utredning.

I den stora gula ”pilen” återfinns de övergripande delarna i nulägesprocessen, d.v.s. ta emot och handlägga vårdbegäran, planera patientmöte, genomföra patientmöte och planera fortsättning. Modellen är ritad så att det är patienten som lämnar den initierande egna vårdbegäran till primärvårdsenhet eller till specialistenhet. Patientmötet genomförs i enlighet med processen. Planering av fortsättning kan sedan resultera i en ny instans av patientmötet, men vid en annan vårdenhet, inom samma vårdnivå (t.ex. återbesök till egen enhet eller från specialistenhet till annan specialistenhet) eller i annan vårdnivå (t.ex. från primärvårdsenhet till specialistenhet). Detta symboliseras genom den mindre gulan ”pilen”.



Figur 5: Översikt över den nya generella processen för patientmötet

Under den stora gula ”pilen” finns en grå ”pil” benämnd Övriga intressenter. Denna symboliserar andra berörda aktörer som exempelvis kommunal hemsjukvård, försäkringskassa, apotek och försäkringsbolag. Inom projektet har inte tankarna utvecklats detaljerat kring denna kommunikation men finns med (till viss del även i processtödet) för att betona att en fullt utvecklad IT-lösning för patientmötesprocessen måste beröra patientens helhetssituation.

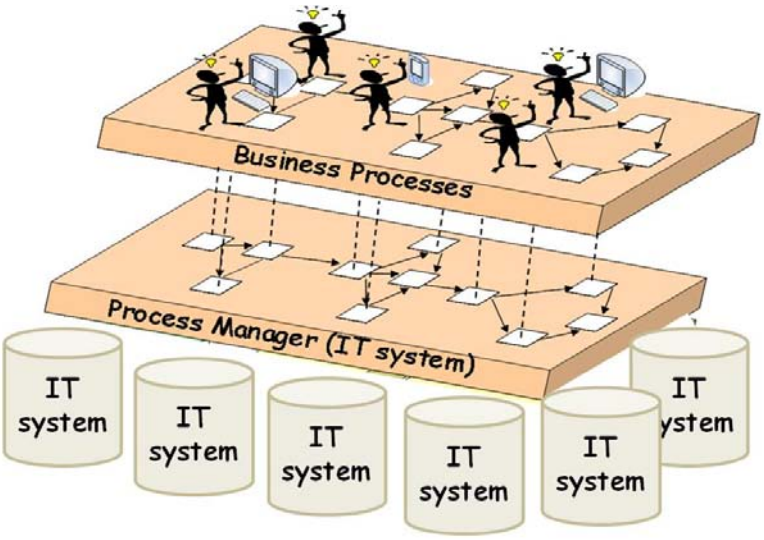
I de detaljerade processmodellerna återfinns rollen Patientmötesledare. Denna benämning har valts för att betona att olika professioner kan spela rollen som patientmötesledare, exempelvis läkare eller distriktssköterska på primärvårdsmottagningen och läkare och sjukgymnast på specialistmottagningen.

5 Beskrivning av processtödet

Visionen för processtödet är att vårdgivare och patienter ska ha **tillgång** till effektiva **samverkande** informationssystem som stödjer en **processorienterad** vård där **patienten** är en tydlig och aktiv medaktör. Orden i fetstil är de begrepp som projektet särskilt tagit höjd för:

- Processtödet är tillgängligt för såväl patient som profession i tillämpliga delar och gränssnittet anpassas till användarens förutsättningar i möjligaste mån
- Olika berörda roller samverkar med varandra genom processtödet
- Olika berörda IT-system samverkar med patient och profession genom processtödet
- Det underliggande arbetssättet är processorienterat

Processtödet är en IT-baserad ”spegel” av den tänkta processen. Genom att processtödet driver processen framåt säkerställs att den genomförs på avsett sätt och användaren stöds då också i sitt arbete. Processtödet utgör också användarens gränssnitt mot de olika system som berörs vid utförande av en arbetsuppgift. Detta gör att användaren på ett enhetligt sätt kan få tillgång till relevant information från berörda IT-system och också kan lämna ifrån sig relevant information till dessa utan att kommunicera direkt med systemen. Principen beskrivs i Figur 6 och Figur 7. Dessutom skulle en sådan arkitektur göra det möjligt, åtminstone i teorin, att byta ut enskilda IT-system utan att det nödvändigtvis behöver påverka användaren nämnvärt.

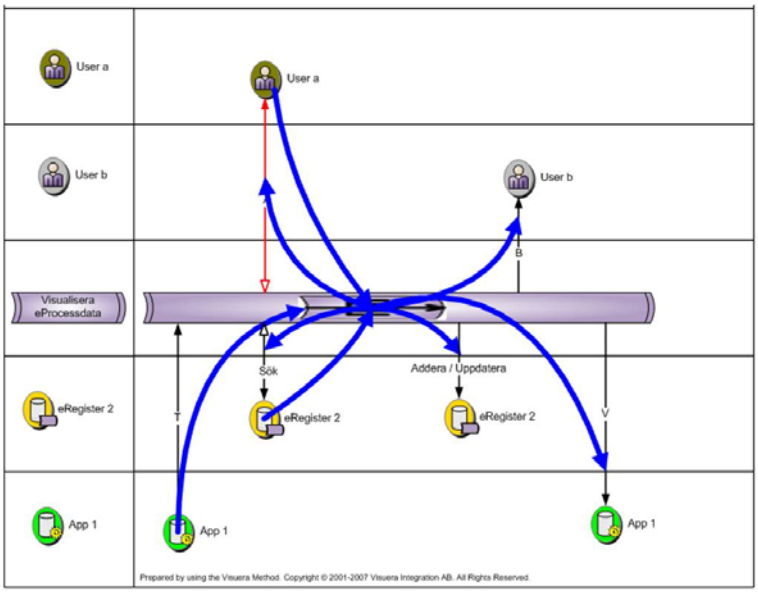


Figur 6: Schematisk bild över processtödets funktion

Processtödet kopplar samman följande aspekter:

- Den patientspecifika informationen, såväl medicinsk som administrativ
- Processtyrning som ger inbyggt stöd till användaren så att rätt roll utför rätt uppgift och rätt information beaktas och fångas i olika arbetsmoment.

- Medicinsk kunskap genom integrerad koppling till källor som t.ex. Internetmedicin.se[4] och UpToDate[5] och andra typer av beslutsstöd.



Figur 7: Kommunikation mellan användare, processtöd och IT-system

I processtödet kan s.k. processdata samlas om hur varje enskild instans av processen exekverats. Detta ger möjlighet till olika typer av mer kvantitativ verksamhetsuppföljning. Exempelvis kan väntetider mellan olika moment följas upp för att identifiera flaskhalsar.

5.1 Beskrivning av viktiga designprinciper för processtödet

Under arbetet med att validera processmodellerna identifierades viktiga designprinciper för processtödet. Nedan beskrivs dessa principer mer i detalj samt hur de är relaterade och implementerade i processtödet.

5.1.1 Patientens process i fokus

Ett av de största problemen som framkom från nulägesanalysen var avsaknad av helhetstänkande. Det finns idag ingen som har huvudansvaret för patientens hela väg genom vårdkedjan. Rätt information följer inte patienten på ett tillfredställande genom vårdkedjan. Det gäller både intraorganisatoriskt, d v s inom varje vårdgivande organisation men framförallt interorganisatoriskt, d v s när patienten går från en vårdnivå till en annan. Därför har utgångspunkten i processtödet varit att följa *patientens väg genom vårdkedjan* genom att visualisera hur patienten skickar en egen vårdbegäran till primärvården, genomför ett patientmöte på vårdcentralen, blir remitterad vidare till specialistvården samt genomför ett patientmöte på specialistvården.

Ett annat viktigt designbeslut var att *inkludera både medicinsk och administrativ information* i processtödet. Det ska inte ha någon betydelse varifrån informationen kommer utan den information

[4] http://www.internetmedicin.se/
[5] http://www.uptodate.com/home/index.html

som behövs vid det aktuella tillfället, den ska finnas till hands, d v s tillgängligheten till information prioriteras. Detta har gjort att i processtödet finns inte bara medicinsk information som t ex aktuella symtom, lab-svar, läkemedelslista etc., utan även administrativ information som t ex möjlighet att boka tid, bifoga informationsmaterial om kommande åtgärder etc.

När patienten lämnar besöksrummet och går ut från patientmötet är det inte alltid lätt att komma ihåg vad som bestämdes under besöket. Det är ofta som patienten går direkt fram till luckan i väntrummet och frågar ”Vad var det doktorn sa?”. Därför finns det möjlighet i processtödet för läkaren att kort dokumentera patientens åkomma samt vilka åtgärder som har satts in. *Dokumentation till patienten* kan lämnas i pappersform, d v s att patienten får med sig den i handen när hon/han lämnar patientmötet, och/eller skickas elektroniskt, d v s att patienten får tillgång till dokumentationen i sin patientvy när patienten kommer hem.

5.1.2 Gemensam målbild inför besöket

För att komma till rätta med avsaknaden av en gemensam målbild inför patientmötet finns det i processtödet *möjlighet för patienten att ange sina förväntningar* inför besöket. Det kan göras på två sätt. Dels kan patienten redan när han/hon skriver sin egen vårdbegäran ange sina förväntningar och dels kan förväntningarna anges i hälsodeklarationen som patienten får från respektive vårdenhet inför ett patientbesök. Det är viktigt att betona att bara för att patienten anger sina förväntningar betyder det inte att de ska vara uppfyllda när patienten går ifrån patientmötet utan syftet är att patientens förväntningar ska tydliggöras för patientmötesledaren så att de kan bli bemötta vid patientmötet.

5.1.3 Processtödet bygger på standardiserad information

Rätt information vid rätt tillfälle är en utmaning i vårdsammanhang. För att möjliggöra detta är det en förutsättning att informationen är standardiserad och strukturerad. För att uppnå detta i processtödet har informationsinnehållet i de nationella kvalitetsregistren för de utvalda diagnoserna använts. Den typ av information som lagras i kvalitetsregistren har omformats till checklistor för respektive diagnos. En ytterligare utmaning var att ta fram rätt information för varje vårdnivå. Här har ett arbete gjorts med medverkande parter för att definiera rätt information vid rätt tidpunkt. Prioriteringskriteriet har även här varit patienten i fokus.

5.1.4 Effektiva informationsflöden

Genom att använda ett processorienterat synsätt kan informationsflöden effektiviseras på ett tydligare sätt. I processtödet kan vi *säkerställa att berörda roller gör rätt saker i olika delar av processen*. Utmaningen är att identifiera vem som gör vad. Den delen har projektet bara kunnat implementera utifrån de scenarier som vi har jobbat med. För att göra detta på ett mer generiskt plan behövs fortsatt arbete både regionalt och nationellt. I vårt processtöd har t ex säkerställts att vårdbegäran till specialistvården innehåller information huruvida patienten åberopar vårdgarantin eller inte. Processtödet ska styra så att sådan information inte utelämnas.

En stor fördel med ett processorienterat synsätt och verktyg för att stödja processen är att vi får ett *processtöd som driver processen framåt*. När en aktivitet är genomförd hjälper processtödet till att tala om vilken aktivitet som kommer härnäst. När t ex patientmötesledaren på specialistvården har

skrivit och signerat slutdokumentationen så plockar processtödet automatiskt fram formuläret till svar på vårdbegäran som ska skickas tillbaka till primärvården.

Rätt information vid rätt tidpunkt, till rätt plats och till rätt person, är en vision som i första hand tryggar patientsäkerheten. Genom att använda ett processtöd som driver processen framåt till rätt person (fördefinierade roller), plats (t ex rätt vårdnivå) och tidpunkt (inga onödiga mellanlagringar eller manuell hantering) samtidigt som rätt information (standardiserade checklistor utformade från nationella kvalitetsregister) följer med i hela processen uppnår vi ett effektivare informationsflöde. Ytterligare en konsekvens av ovanstående arbetssätt är också att *dubbeldokumentationen minimeras*. Redan inskriven information följer med i hela processen och behöver inte skrivas in på nytt.

5.1.5 Bokning och samordning av patientens behandlingar och undersökningar sker elektroniskt

I processtödet ska det finnas möjlighet att boka patientens behandlingar och undersökningar samt att kunna se status på dessa aktiviteter. När vårdplaneraren planerar t ex en höftartrospatient och får stöd i prioriteringen med hjälp av checklistor som visar vilka obligatoriska respektive rekommenderade behandlingar/undersökningar som behövs, ska en sådan beställning kunna göras direkt i processtödet utan att behöva leta upp ett nytt system för detta ändamål. Vidare ska annan roll i processen kunna se att beställningar är gjorda och vilken status den har. T ex, när patientmötesledaren tittar på kommande besök för att förbereda sig inför patientmötet, visas det tydligt att en undersökning inte är klar inför besöket. Har undersökningen då en tidpunkt som visar att den inte kommer att vara klar vid patientmötet kan patientmötet avbokas i god tid. Ser däremot patientmötesledaren att undersökningen kommer göras samma dag som patientmötet ska äga rum kan processen gå vidare.

5.1.6 Förbättrad säkerhet

I nuvarande version av processtödet finns inga specifika tekniska säkerhetslösningar implementerade utan processtödet utgår från att pågående arbeten med nationella system för säker identifiering och behörighetskontroller samt plattformar med säker infrastruktur existerar. De nationella säkerhetslösningarna är en grundförutsättning för att en systemarkitektur med information som följer patienten i sin vårdkedja ska fungera enligt existerande lagar och föreskrifter för hälso- och sjukvården. Dock bedömer vi att patientsäkerheten förbättras genom att informationshanteringen styrs genom processtödet på ett standardiserat sätt och att processtödet kan säkerställa att kritisk information inte utlämnas.

5.1.7 Ökad samordning med säker infrastruktur

Ytterligare ett led i att förbättra säkerheten men även för att öka samordningen mellan olika vårdgivarorganisationer är den skisserade integrationen med nationella lösningar som t ex Nationell patientöversikt (NPÖ). I patientvyn kan patienten nå sin egen nationella patientöversikt och ta del av den information som finns om patienten där. Dessutom finns möjligheten både för vårdplaneraren och patientmötesledaren att nå den Nationella patientöversikten för respektive patient i sina respektive vyer. Denna accesspunkt till NPÖ är inte processtyrd utan kan nås var som helst i processen.

5.2 Processtödets utformning

För att tydliggöra det framtida processtödets funktion och användning utformades två scenarior; ett scenario gällande en *höftartrospatient* samt ett scenario gällande en *kärlkrampspatient*. Båda scenariorna har förloppet att patienten söker till vårdcentralen i primärvården för att därefter bli remitterad till specialistvården med efterföljande besök där. Detta innebär att varje scenario genomför två patientbesök, ett hos primärvården och ett hos specialistvården. Båda dessa besök föregås av att vårdbegäran skickas och handläggs. Scenarierna har tagits fram i samarbete med läkare och sjuksköterskor vid SÄS.

5.2.1 Beskrivning av scenarier

Nedan följer en kort beskrivning av varje scenario, en beskrivning av hur processflödet i processtödet är utformat samt beskrivning av respektive vy.

5.2.1.1 Höftartros

Höftartrosscenariot handlar om en 67-årig man som är före detta mekaniker, gift med två barn. Han har arbetet i 63 år och är förtidspensionerad av arbetsmarknadsskäl. Patienten har tidigare legat inne för bröstsmärtor och äter medicin för högt blodtryck.

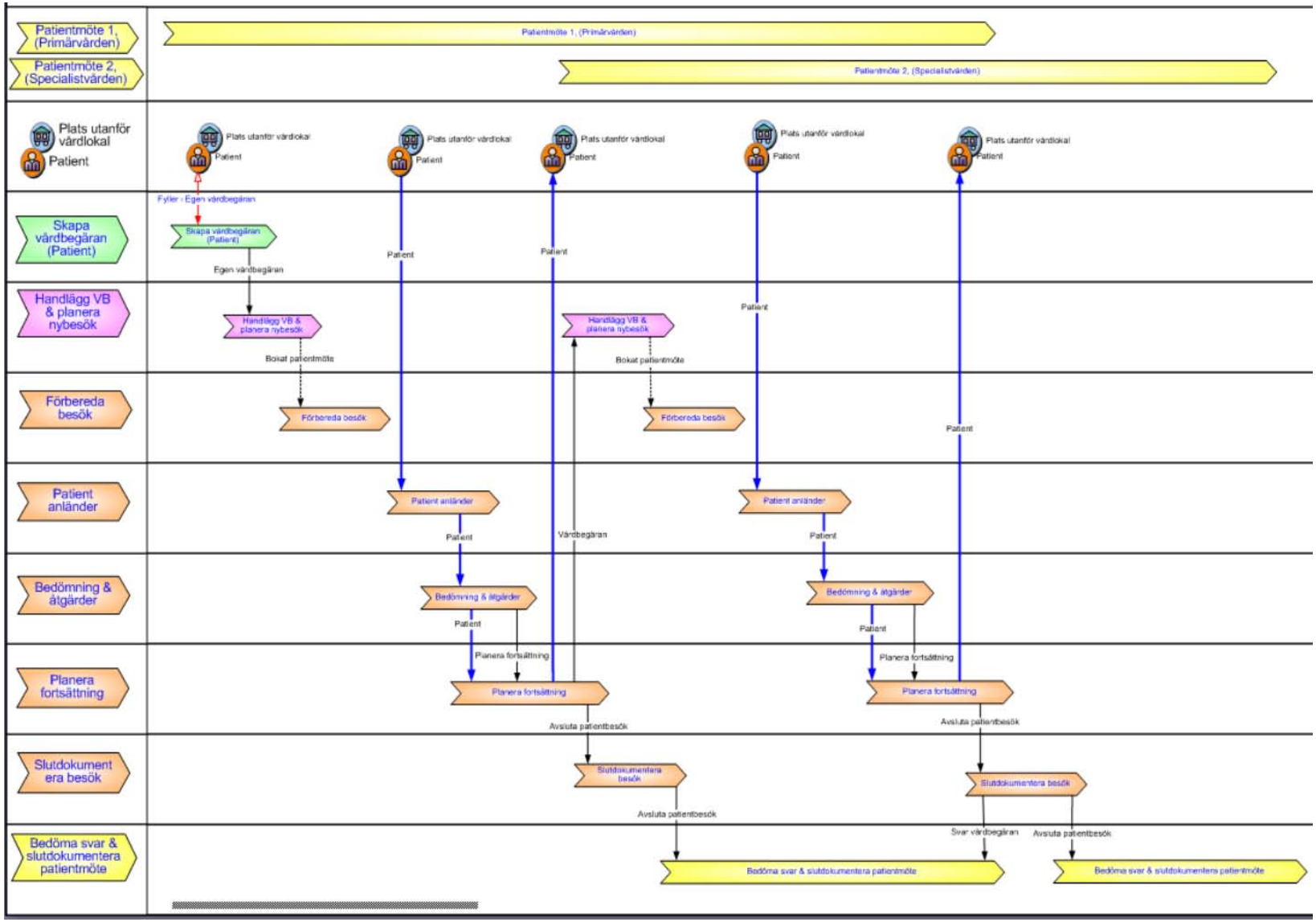
5.2.1.2 Kärlkramp

Kärlkrampsscenariot handlar om en 55-årig man som har varit idrottsutövare under många år och dragit på sig smärta under lång tid. Patienten kan för närvarande inte spela tennis på grund av höftsmärtan. Patienten är egen företagare och anser sig inte kunna vara sjukskriven i långa perioder.

5.2.2 Beskrivning av processflödet i processtödet

Processtödet utgår från den generella patientmötesprocessen. Nedanstående processmodell, Figur 8, visar att processtödet är indelat i två instanser av det generella patientmötet, en för primärvården och en för specialistvården eftersom varje scenario innefattar två patientmöten. Vidare visar processmodellen flödet i de olika delprocesserna och vilken information som skickas mellan processerna.

Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av respektive del av patientmötesprocessen, en för primärvården och en för specialistvården.



Figur 8: Modell över flödet i processtödet

5.2.2.1 Primärvårdsdelen

Processen börjar med att patienten elektroniskt fyller i en egen vårdbegäran som skickas till primärvården. Hos primärvården handläggs och prioriteras den av vårdplaneraren hos primärvärden. Därefter skickas en bekräftelse tillbaka till patienten och patienten får uppmaning om att fylla i hälsodeklarationen för det kommande primärvårdsbesöket. Patienten kan även fylla i sina förväntningar inför besöket. Därefter kommer patienten till Vårdcentralen och patientmötet. Patientmötesledaren har då haft möjlighet att ta del av kommande besök och tydligt se vilka patienter som är klara för besök. Patientmötesledaren kan även ta del av patientens vårdbegäran med inkluderande information samt den inskickade hälsodeklarationen och eventuella förväntningar. Därefter sker patientmötet och patientmötesledaren bedömer då att patienten behöver remitteras vidare till nästa vårdnivå som i dessa scenarier är specialistvården. Patientmötesledaren fyller därför i en vårdbegäran till specialistvården samt bedömer vilka övriga åtgärder som ska sättas in. Därefter skrivs dokumentationen till patienten och ett val görs om man vill ha dokumentation i skriftlig och/eller elektronisk form via sin patientvy i t ex Mina Vårdkontakter. Det finns även möjlighet för patientmötesledaren att påbörja dokumentationen om patienten under besöket. Patientmötet avslutas och dokumentationen om patienten slutförs och signeras.

När patienten kommer hem kan patienten ta del av patientdokumentation via sin patientvy. Där har också en bekräftelse kommit från specialistvården om att man tagit emot vårdbegäran från primärvården och att man ska återkomma med bekräftelse om tidpunkt för besök.

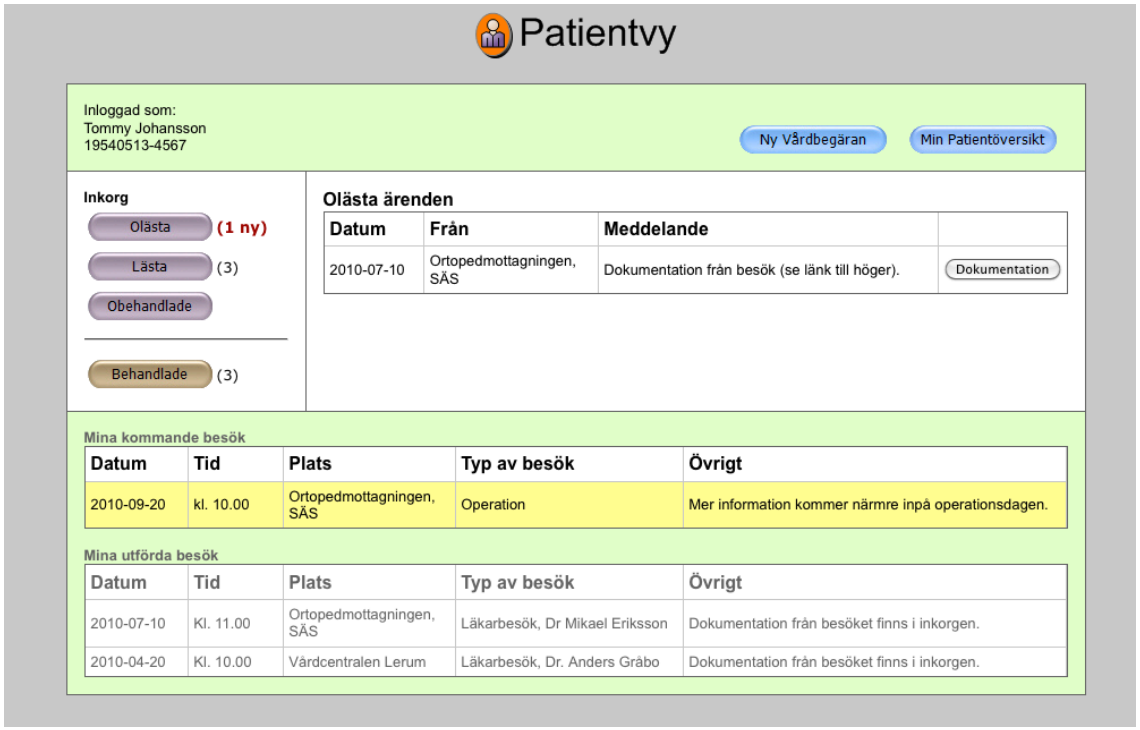
5.2.2.2 Specialistvårdsdelen

Hos specialistvården handläggs och prioriteras vårdbegäran. Därefter skickas en bekräftelse på tidpunkt för besöket till patienten, ev informationsmaterial om patientens åkomma samt en ny hälsodeklaration som patienten behöver fylla i, men kompletterande uppgifter som specialistvården behöver. Patienten fyller i hälsodeklarationen och skickar in den till specialistvården. Därefter är patienten klar för patientmötet hos specialistvården. Patientmötesledaren kan i sin vy se sina kommande besök och får dels information om patienten är klar för besöket, dels ta del av aktuell information om patienten. Patienten kommer till patientmötet och där bedöms vilka åtgärder som ska sättas in. Patientmötesledaren skriver dokumentationen till patienten samt påbörjar dokumenteringen om patienten. När patientmötet är avslutat sker slutdokumentationen genom att patientmötesledaren väljer om man vill diktera anteckningen med hjälp av underlaget som stöd eller om man väljer att skriver sina anteckningar direkt i processtödet. Nästa steg i processen är att dokumentationen kontrolleras och signeras. Därefter uppmanas patientmötesledaren att skriva ett svar på vårdbegäran vilken skickas via processtödet tillbaka till den enhet där vårdbegäran kom ifrån, i vårt fall primärvården.

5.2.3 Beskrivning av vyerna

Nedan följer en beskrivning av respektive vy i processtödet. Processtödet har tre generella vyer, patientens vy, vårdplanerarens vy samt patientmötesledarens vy. I processtödet där två olika scenarier visualiseras används totalt fem vyer för respektive scenario; patientvy, primärvårdsdelen – vårdplanerarvy och patientmötesledarvy, specialistvård – vårdplanerarvy och patientmötesledarvy. Nedan beskrivs de tre generella vyerna för respektive roll.

5.2.3.1 Patientvy



Figur 9: Översikt över patientens vy

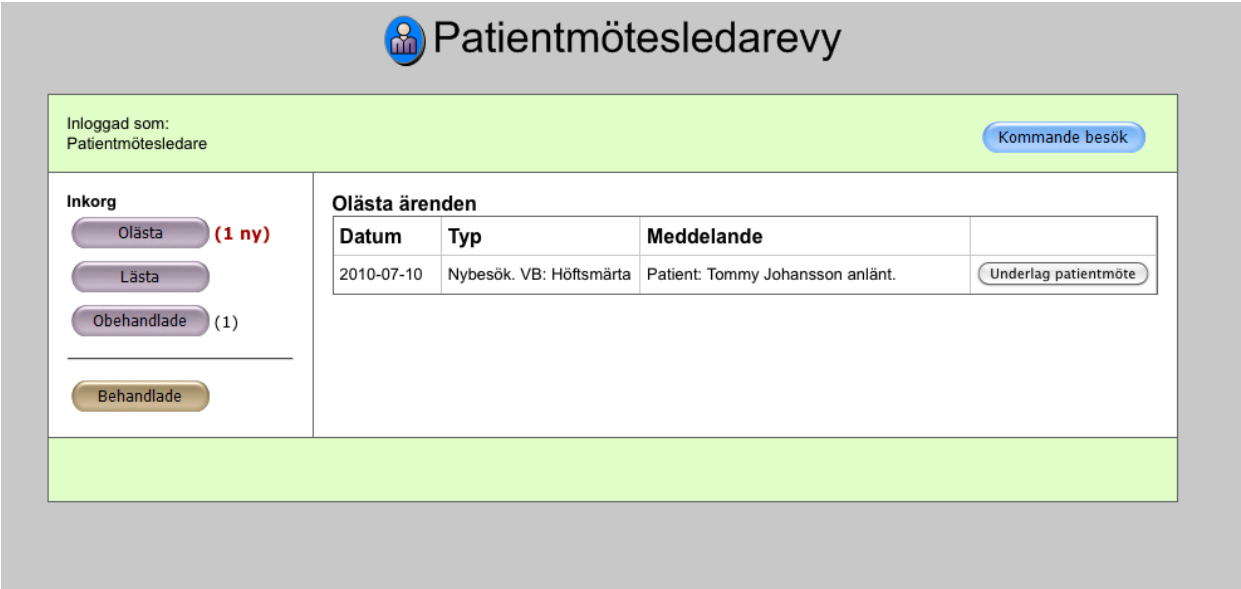
Patientvyn är tänkt att nås via någon patientportal liknande ”Mina vårdkontakter”. Utgångspunkten är att patienten loggar in med säker identifiering och starka behörighetskontroller med hjälp av de nationella lösningarna för säker infrastruktur. Patienten har också möjlighet att lägga upp sin profil. I övre delen av vyn finns till vänster inloggningsuppgifter som visar patientens namn och personnummer. Till höger finns dels en direktlänk till den nationella patientöversikten där patienten kan se den nationellt lagrade patientinformationen, dels en ingång till ”Ny vårdbegäran”. Här startar processen genom att patienten skapar en egen vårdbegäran till vald vårdenhet. I vänstra delen av vyn finns en inkorg med olästa meddelanden, lästa meddelanden och obehandlade meddelanden. Det finns också en lagringsdel med behandlade meddelanden. I mitten av vyn finns ett meddelande fält där de inkomna meddelandena visas. I den nedre delen av vyn finns ett ärendehanteringsfält där patienten dels kan se sina kommande besök men även historik om utförda besök. Fältet med pågående ärenden är färgkodade. Gult för väntan – vilket betyder att ytterligare information ska komma patienten till del, t ex en bekräftelse på tid. Rött för åtgärd – patienten ska göra någon form av aktivitet, t ex fylla i hälsodeklaration. Grönt för ”klar för besök” – all planering och informationsinsamling är klart inför patientmötet. I figur 2 visas en bild över patientvyn där patient Tommy Johansson är inloggad. Han har gjort två besök, ett på vårdcentralen i Lerum och ett på Ortopedmottagningen på SÄS. I meddelandefältet visas information från det senaste besöket. Dokumentationen som Tommy bad om att få digitalt finns nu tillgänglig. Ärendehanteringsfältet för kommande besök visar att Tommy har fått en operationstid för sin höftartros. Fältet är dessutom gulmarkerat eftersom det kommer att komma ytterligare informationsmaterial till patienten om operationen.

5.2.3.2 Vårdplanerare Primärvård/specialistvård

Figur 10: Översikt över vårdplanerarens vy

Layouten i vårdplanerarvyn är i princip densamma som för patientvyn men i någon enklare form. I övre vänstra delen finns inloggningsuppgifter på den som är inloggad. I processtödet har vi endast lagt in rollen vårdplanerare. I vänstra delen av vyn finns en inkorg med olästa meddelanden, lästa meddelanden och obehandlade meddelanden. Det finns också en lagringsdel med behandlade meddelanden. I mitten av vyn finns ett meddelandefält där de inkomna meddelandena visas. I figur 3 visas en bild över hur det ser ut när vårdplaneraren för primärvården har fått in en egen vårdbegäran på patient Tommy Johansson. Nästa steg för vårdplaneraren är att gå igenom och kontrollera patientens vårdbegäran genom att klicka på ”Kontroll vårdbegäran”.

5.2.3.3 Patientmötesledare Primärvård/Specialistvård



Figur 11: Översikt över patientmötesledarens vy

Vyn för patientmötesledaren bygger på samma layoutprinciper som de övriga två vyerna. I övre vänstra delen finns inloggningsuppgifter på den som är inloggad. I processtödet har vi endast lagt in rollen patientmötesledare. I övre högra delen finns möjlighet för patientmötesledaren att titta på kommande besök. Här visas tydligt vilka patienter som är klara för besök (grön markering) och vilka som av någon orsak inte är klara för besöket (röd markering). Syftet är att få en inbyggd kontroll för att säkerställa att alla planerade aktiviteter innan patientbesök är klara. Om de inte är det kan patientmötet omdirigeras och patienten behöver inte åka till vårdenheten i onödan. I vänstra delen av vyn finns en inkorg med olästa meddelanden, lästa meddelanden och obehandlade meddelanden. Det finns också en lagringsdel med behandlade meddelanden. I mitten av vyn finns ett meddelandefält där de inkomna meddelandena visas. I figur 4 visas en bild över hur det ser ut när patientmötesledaren har fått ett meddelande om att patienten har anlänt till besöket. Nästa steg är att patientmötesledaren möter patienten och öppnar upp underlaget för patientmötet.

5.3 Demonstration av processtödet

Ovanstående beskrivningar kan endast ge en överblick av processtödets layout och funktion eftersom det är svårt att med beskrivande text få med allt som processtödet kan åstadkomma. I skrivande stund pågår arbete med att skapa olika sätt att på ett pedagogiskt sätt beskriva processtödet och tankarna bakom samt också att på ett lättillgängligt sätt demonstrera det:

1. En animering av processflödet i den tänkta processen enligt Figur 8.
2. En demonstration som visar höftartrosscenariot från respektive vy.
3. En filmad demonstration av hela processtödet för kärlkrampsscenariot uppdelad i två delar; primärvård respektive specialistvård.

Efter beslut av projektets samarbetspartners kommer detta att göras tillgängligt för utpekade målgrupper. För mer information hänvisas till projektets hemsida www.his.se/vfi.

6 Validering av processtödet

I avsnitt 2 beskrivs olika aktiviteter som genomförts för att validera och sprida projektresultaten.

Sammanfattningsvis kan sägas att den feedback som getts i olika sammanhang om projektet och om processtödet har varit till helt övervägande del positiv. De idéer som genomsyrar projektet och så även processtödet ligger rätt i tiden tycks fylla ett tydligt behov av helhetslösningar som stödjer såväl patient som profession.

En av de stora utmaningarna i valideringen har varit att nå primärvård och patienter. Trots ihärdiga försök att få tillgång till personal från primärvården för validering har vi bara vid ett fåtal tillfällen lyckats få till stånd diskussioner om primärvårdens syn på den tänkta processen och processtödet. Visserligen har den feedback vi fått varit övervägande positiv och några utmaningar har också kunnat identifieras, men ytterligare samtal med primärvården hade varit önskvärt. När det gäller att komma i kontakt med patienter på ett strukturerat sätt är det svårt. Vi har utgått från vad som framkom vid intervjuerna i nulägesanalysen. Dessutom har ett möte med representant för patientnämnden i Borås genomförts. I tillägg till detta genomfördes en populärvetenskaplig föreläsning med demonstration av processtödet och avslutande diskussion på Högskolan i Skövde där allmänheten var representerad och också bidrog med kommentarer och förslag. Visserligen har vi alla erfarenhet från att delta i patientmöten i vården och kan utifrån egna erfarenheter bedöma olika aspekter, men mer systematiska sätt att validera innovativa lösningar med patienter behöver utvecklas.

I detta avsnitt analyseras hur väl det utvecklade processtödet uppfyller de behov som framkommit från observationer, intervjuer, idémöten och demonstrationer (avsnitt 6.1) samt hur väl processtödet ligger i linje med den nationelle strategin för e-hälsa (avsnitt 6.2). Dessutom diskuteras synpunkter och kommentarer som framkommit vid projektets slutseminarium i Skövde den 2 november 2010, där ca 60 personer deltog (6.3).

6.1 Validering gentemot behov identifierade från observationer, intervjuer och idémöten

En genomgång av anteckningar från intervju*er*, observationer, idémöten och demonstrationsmöten har genomförts. Därefter har en analys gjorts av materialet, där de frågor och den input som löpande under projektet har samlats in bemöts och bedöms i ljuset av det processtöd som tagits fram. För de olika aspekter som tas upp bedöms huruvida projektet på något sätt bidrar till att lösa de problem och uppfylla de behov som beskrivs.

En stor del av det insamlade materialet kommer från SÄS då projektets tyngdpunkt ligger där. Vidare har ortopedavdelningen varit en särskilt aktiv part och kan därför vara överrepresenterade i det insamlade materialet. Personal från Primärvården (PV) har intervjuats och observerats men i mer begränsad omfattning.

Nedan redogörs för vad som framkommit från SÄS och PV var för sig för att tydliggöra för läsaren varifrån önskemål, problem och kommentarer kommit. Genomgången omfattar samtliga nivåer inom

professionen, det vill säga läkare, sjuksköterska (ssk), undersköterska (usk), läkarsekreterare (l-sekr) och administration.

Materialet redovisas i fyra tabeller. I tabell 2 nedan presenteras det material som kom från SÄS i form av intervjuer och observationer. I Tabell 3 nedan presenteras material som kommit från primärvården, även där i form av intervjuer och observationer. I tabell 4 presenteras det material vi samlat in under Idémöten på SÄS och i tabell 5 finns kommentarer och frågor från den presentation vi haft av processtödet på SÄS.

Tabell 2: Material från SÄS, intervjuer och observationer

Problem/önskemål	Processtödet bidrar	Kommentarer
Ingen helhetssyn	OK	*”Varje avdelning har sina egna rutiner att arbeta utifrån…” ”Skulle underlätta med kommunikation från röntgen till hjärtprocessen. Mer samarbete med remitterande instans och deras system står också högt på prioriteringslistan.”* (hjärta) *”Kontaktytor idag är distriktsläkare, sjukgymnast, specialistläkare och PV och kommunikationen är mest skriftlig och e-post används inte dör patientinformation”* (ortoped) ”*En större helhetssyn från första bedömningen är önskvärd för patientens bästa. Vidare är en önskan om att arbeta mer tillsammans inom vården högprioriterat, genom gemensam planering inför ett besök. Detta skulle effektivisera och kvalitetssäkra processen.”* (ortoped, avdelningschef)
Svårt att få information mellan olika organisationer och avdelningar	OK	*”Svårt att få information på tvärs” ”Ögonläkare har inte tillgång till annan information än den de själva producerar”* (ögon) *”… kommit långt, men gränsytorna är ett löpande problem”* (hjärta) *”Önskar få mer information från andra kliniker, bland annat lyssningsrätt, i dikteringssystemet i Teleråd.”* (ortoped) *”röntgenbilder inom SÄS skickas elektroniskt men från andra sjukhus måste de beställa en CD-skiva med bilderna.” (*läkarsekreterare)

System för uppföljning av patienter saknas	OK	*”Inga system för uppföljning finns och jag vet inte hur patienterna följs upp”* *”…pratar om att skicka med en skriftlig notering om vad som sagts vid patientmötet, men görs inte idag.”* (ögon) *”Ingen direkt uppföljning av patienter görs idag.”* (ortoped) *Ingen uppföljning om hur bra ett besök blev görs idag utan det är det rent medicinska som rapporteras i kvalitetsregister.”* (ortoped)
Remiss/svarssystem saknas. Önskemål om elektroniska remisser.	OK	*”…finns inget remiss/svarssystem, så det fungerar lika illa för alla”* (ögon) *”Remisser, ca 30 varje dag, kommer in via brev…”* (ortoped) *Många remisser idag bristfälligt ifyllda… bedömning från bristfälliga grunder, patienten blir lidande* (hjärta) *”Remisser kommer med post från VC, öppnas och läggs ut i kassan för registrering, därefter läggs registreringarna till överläkaren.” (*läkarsekreterare) *”Remissvar skickas till PV, sjukgymnast, arbetsterapi och medicinbedömning innan operation, och remissvar måste signeras av läkare vilket kan ta 2 dagar till 1 vecka och sen tillbaks till läkarsekreterare för att skickas till berörda parter.”* (läkarsekreterare)
Standardvårdplaner	OK	*”Standardvårdplaner saknas utan istället används PM, vilka inte är generella utan varje avd/sjukhus har sina egna.* (ortoped) *”Det borde finnas en mall för primärvården att ta del av för att kunna skriva en komplett remiss så det går att göra en riktig bedömning. Av 350 remisser på en månad skickas 50 tillbaks för de är otillfredsställande.” (*överläkare SÄS) *Standardvårdplaner används ej men det skulle vara mycket bra och tanken är ju att komma dithän.” (*läkarsekreterare)

System som stödjer verksamheten saknas och därför skapas egna system, exempel hjärtjournalen	OK	*”Egna system utvecklas och dessa har sen ingen koppling till exempelvis Profdok eller Melior….”* (ögonläkare) *”…har kommit långt med datorisering, men måste skapa egna system där de befintliga inte stödjer det verksamheten behöver.”* (hjärta) *”…ssk måste hantera minst 6 olika system för att klara sina arbetsuppgifter och systemen är inte integrerade”* (ortoped) *Att stödja processer, säkerställa relevanta uppgifter på alla patienter, motverka redundant data, möjlighet till kvalitetskontroll och möjlighet till direktexport till kvalitetsregister saknas idag. (*läkare, hjärt) *Blå och orange lappar används…..* (ortoped)
Tidbokning	OK	*”…patient vill boka tid om ett halvår, går inte för schema för läkare läggs endast 3 mån framåt.”* (ortoped)
Patientdelaktighet inte som den borde	OK	*”patienterna får inte den information de borde. Vi har pratat om att skicka med information om vad som sagts under besöket, men där är vi inte ännu”* (ögon) *”Patienten bör bli informerad om olika saker innan den kommer till avdelningen… exempelvis genom att lägga information på nätet under ”mina vårdkontakter” och på så sätt göra patienten delaktig i besöket* (ortoped)
Mycket dubbelarbete med införande av information	OK – bland annat hälsodeklaration eller info från PV	”*Läkaren frågar vid besöket om mediciner denna använder (och lägger senare in den i Melior), allergier, hur patienten bor osv, dikterar sen detta och läkarsekreterare skriver ut”* (hjärta) *”Jag (ssk) går in i Teleråd och skriver in patientdata, när tid sen ska bokas måste jag in i ELVIS. Där måste samma data matas in och det går inte ens att ”klippa och klistra” från det ena systemet till det andra.* (ortoped) *”Diagnos och åtgärder måste registreras manuellt och måste grupperas för att det ska generera ”pengar”. Hantering mellan ELVIS och Melior är manuell varför det många gånger glöms bort. Dubbelarbete blir ett måste.”* (läkarsekreterare)

Mändgen information	OK - delvis	*”det är mycket information som ska ges till patienten och att dokumentera mellan besöken är svårt att hinna även om det är det bästa”* (läkare ortoped) *”Att ha en handdiktafon, utan att behöva logga in i alla system skulle underlätta…”* (läkare ortoped) *Skriver själv in recept för det har inte läkarsekreterare befogenhet till, och sjukskrivningar.”* (överläkare) *Personal från sjukhusarkivet kommer 2ggr/dag och hämtar dokument för scanning.”* (läkarsekreterare)
Beslutsstödssystem saknas	OK - delvis	*”Får ofta be att få återkomma till patienten med svar, efter att ha använt mig av specialistlitteratur, rådgjort med kollegor osv.”* (överläkare ortoped) *”Bättre med länkar till information än att hålla på att logga in i en mängd olika system….”* (ortoped)

Tabell 3: Material från PV, intervjuer och observationer

Problem/önskemål	**Implementerat/kan implementeras**	**Kommentarer**
En remissmall	Processtödet tänker sig en remissmall per diagnos	*”Vill ha en remissmall för alla typer av remisser, som det ser ut idag är det helt kass”*
Manuell remisshantering	OK	*”Läkare dikterar, läkarsekreterare skriver ut och skickas med internpost.” ”När svar på vårdbegäran kommer scannas de in, lite beroende på vad som gjorts.”*
Ej gemensam syn mellan PV och SV, på vilken information som ska ingå i remiss (vårdbegäran)	OK	*…..ytterligare information som VC har krav på att ta med , som inte anses nödvändig från VCs sida kan ……., checklista vore önskvärt.* (verksamhetschef PV)
Information till patient	OK	*”innan kontakt med specialist har VC ansvaret för information till patienten, vilket sker via brev.” ”Patienten får remissvar från VC via brev och samtidigt ombeds patienten att kontakta VC, via telefon.”*
Tillgång till och insyn i gemensamma system saknas	OK - delvis	*”hantering av vårdbegäran skulle underlättas om olika instanser kunde läsa varandras journaler och många patientrisker kunde elimineras.”*

Bättre samarbete mellan PV och SV	OK - delvis	*”varför måste PV skriva remiss på uppenbara SV-ärenden, det är onödigt att ta av varandras tid.” ”Egenremiss, egen vårdbegäran, blir oftast oprioriterad av SV och det tvingar patient till PV, endast för att få en remiss.”*

Tabell 4: Material från Idémöten, SÄS

Problem/önskemål	Implementerat/kan implementeras	Kommentarer
Efterfrågan av tillgång till relevant information.	OK	*Detta önskemål var övergripande och kunde handla om information från andra vårdgivare, journalanteckningar och röntgenbilder.*
Dubbelarbete.	OK	*Detta problem gällde samtliga delprocesser och skapar merarbete men medför även en säkerhetsrisk, sett ur patientperspektiv.*
Att endast behöva lämna information en gång.	OK	
Dokumentationsstruktur	OK	*Gäller samtliga delprocesser: att använda checklistor, standardvårdplaner, gemensamma termer, koder och begrepp. Full sekretess.*
Integration mellan system och olika vårdgivare.	OK	*Gäller samtliga delprocesser: Integration med primärvård, optiker, sjukgymnast, kommun och så vidare. Här kan behövas såväl nationella som processnivålösningar.*
Tillgång till beslutsstödsystem önskemål.	OK	
Mer patientinflytande efterlystes.	OK	*Gäller samtliga delprocesser: Patienten ska kunna följa sin vårdprocess och se sin position i flödet. Tillgänglighet för patienten att nå vårdgivare, både internt och externt bör göras möjligt. Även gemensamt signeringssystem och uppföljning av patienternas upplevelse vid vistelsen var faktorer som lyftes fram.*
Önskemål om tillgång till digitaliserad information samt förbättring av sökbarheten.	OK	*Gäller samtliga delprocesser: Kan handla om inscannat material, röntgenbilder och liknande.*
Önskemål om föreskrifter kring dokumentering.	OK	*Gäller samtliga delprocesser: Dokumentationen ska vara gemensam och verksamhetsspecifik*
Önskemål kring planerbarheten	OK - delvis	*Gäller samtliga delprocesser: Kan handla om schemaläggning, årshjul, flöden, hur akuta patientmöten ska planeras samt information om resurser för att kunna planera dessa*

Önskemål om förbättrad remisshantering.	OK	*Gäller främst PV och delprocessen handlägga vårdbegäran: Remissen ska vara elektronisk, ha strukturerad information, dokumenteras, vara gemensam och följa remissmallar. Remissbekräftelse att remissen blivit mottagen. Patienten ska vid remisstillfället kunna godkänna att informationen i remissen får inhämtas av annan vårdgivare.*
Flexibel tidsbokning	OK	*Gäller främst PV och delprocessen planera besök: Tidbokning ska kunna ske elektroniskt samt ska patienter kunna boka/boka om tid. Hälsodeklarationen ska kunna fyllas i hemma, ska innehålla patientbakgrund samt kunna skickas elektroniskt.*
Samordning ur patiensperspektiv	OK	*Gäller PV och SV delprocessen planera besök: Möjlighet till kompletterande undersökningar när patienten ändå är på sjukhuset. Patienten måste komma ”rätt” när den väl är på sjukhuset, det vill säga ”rätt” patient till ”rätt” doktor vid ”rätt” tidpunkt.*
Samordning med öppenvård	OK	*Gäller främst PV och delprocessen planera besök: Skulle minska exempelvis resor för patienter och närstående samt ge bättre patientservice.*
Gemensam målbild och patientens förväntningar.	OK/Kan möjliggöras med nytt processtöd	*Gäller PV och SV samt delprocessen planera besök: Ska helst ske i hälsodeklarationen som patienten fyller i och skickar in elektroniskt.*
Önskemål kring efterdokumentation.	Understöds av vårt arbete, men kräver särskilt projekt	*Gäller främst planera fortsättning: sekreterare ska kunna sköta efterdokumentering eller att det kan ske automatiskt*
Helhet och verksamhetsuppföljning	Understöds av vårt arbete, men kräver särskilt projekt	*Gäller främst planera fortsättning: Att tänka på hela flödet samt att det måste ske en verksamhetsuppföljning när patienten är klar. Eftervårdsplanering med bland annat hemsjukvård, sjukgymnastik, arbetsterapeut och så vidare måste förbättras och göras enklare.*

Tabell 5: Kommentarer från möte där processtödet visades, SÄS

Kommentarer/frågor vid presentation av processtödet	Åtgärdat/Ej åtgärdat
Kommer det att finnas tvingande fält i vårdbegäran (remissen)?	Ja
Vikten av att om, exempelvis, remissvar inkommit måste detta synliggöras för mottagaren.	Kan åtgärdas
Förväntningar är mycket viktigt och bra att ha med och bör komma väldigt tidig, men antalet ord/tecken bör begränsas när patienten anger sina förväntningar.	Ja
Alla mätvärden och röntgenbilder måste datummärkas!	Kan åtgärdas
Körkortsbehörighet måste finnas med i hälsodeklarationen. Läkemedel måste inkludera preventivmedel.	Kan åtgärdas. Preventivmedel har åtgärdats.
Mycket bra med verktyg som driver processen.	
Patienter som inte har tillgång till dator, hur hanteras detta?	Processtödet ger stöd för att ge och samla in information via papper också.
Bäst att ha all information i denna portal och ej ”trycka” ner det i exempelvis Melior.	Går att samla i en databas. Möjlighet finns. Den ska vara nåbar i hela Sverige. NPÖ ska vara den nationella.
Säkerheten kommer att stärkas med hjälp av att all information finns till för alla	
Ändring av tider viktigt att kunna göra antingen själv eller till kontaktperson.	
Många kontaktytor efterfrågades, exempelvis kommun, hemsjukvård.	Kan åtgärdas
Vem som skrivit in information är mycket viktigt	Delvis åtgärdats
Olika vyer för olika användare?	Ja
Förväntningar skrivs in i hälsodeklaration. Kan den fyllas på	Ja och tidigare information finns kvar.
Kan man söka fritt i fält som mottagning, läkare osv?	Ja, men sållning sker efter åkomma och beror på hur gräns-snittet grupperas.
Även ett fritt fält för *frågeställning* efterfrågas.	Ej åtgärdat

Tidbokning tar mycket tid, ska läkaren sitta med det? En av läkarna som var med på mötet, betonade att tider inte bör bokas av läkare, pga. tidsbegränsningar. Bokning av tid tillsammans med patienten bör ske av annan profession.	Kan åtgärdas och vem som gör vad behöver ej bestämmas här. Möjligheter finns.
Saknar möjlighet till provtagning, eller information om provtagningen	Kan åtgärdas
Det ska visas tydligare att tiden inte är bekräftat, så att patienten inte tror att det är den slutgiltiga tiden.	Kan åtgärdas
Söker datorn tid efter prioritering, gjord av läkare då vårdbegäran inkommit?	
Vårdbegäran, checklista, måste vi definiera vad som är obligatorisk och vad som är rekommenderat? Någon måste ta dessa beslut.	Ej åtgärdat
Dashboard efterfrågas, vid kontroll av diverse undersökningsfynd.	Ej åtgärdat
Angående Remissvar: Ska inte behöva fyllas i manuell information utan informationen bör komma från dokumentationen alternativt att det finns någon standardtext kopplat till diagnosen. Samtidigt bör en indikation om att skicka ett remissvar komma redan under slutanteckningen	Kan åtgärdas

6.2 Validering gentemot den nationella strategin för e-hälsa

Ett viktigt dokument för styrning av användning och utveckling av IT inom vård- och omsorg Socialdepartementets skrift från 2010 ”Nationell eHälsa - strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg” (Socialdepartementet, 2010). Strategins syfte är att styra informationshantering och användning av IT inom vård- och omsorgssektorn mot mer konkreta nyttoeffekter. Strategin är mycket central som beslutsstöd för prioriteringar och styrning av utvecklingen av eHälsa i Sverige.

> ”Arbetet under de kommande åren kommer att fokusera på att leverera nyttoeffekterna av olika e-hälsotjänster, leverera fler personliga e-tjänster för alla invånare, en kraftsamling för samordning och utveckling av eHälsa i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst samt ökat samspel med näraliggande nationella och internationella reformprocesser och initiativ.” (Utdrag ur Nationell eHälsa- strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg)

I strategin uttrycks det att det har skett ett värderingsskifte jämfört med den tidigare IT-strategin där den föreliggande strategin för eHälsa:

- ökar fokus på process- och verksamhetsutveckling utgår från individens behov och önskemål av sammanhållen information och personliga e-tjänster
- inkluderar socialtjänsten för samordnad utveckling inom vården och omsorgen
- möter behoven hos alla huvudmän och offentliga, privata och idéburna utförare
- säkerställer kontinuitet mellan olika huvudmän och utförare och undanröjer organisatoriska hinder
- ger beslutsfattare bättre underlag att planera och utveckla vård och omsorg
- skapar ökade möjligheter för både offentlig och privat forskning och utveckling
- stärker individens integritet i alla beslut och verksamheter

6.3 Mål i strategin för nationell eHälsa

Konsekvensanalysen utgår från de mål kring informationshantering och utveckling och användning av IT som uttalas i strategin (jag har avgränsat mig från mål kring harmonisering av lagar och regelverk). Med mål avser jag något som är viktigt att uppnå, t ex ”säkerställer kontinuitet mellan olika huvudmän och utförare” eller ”stärker individens integritet i alla beslut och verksamheter. Det resulterade i cirka 280 olika mål. Målen har kategoriserats utifrån frågan ”Vad handlar detta om?”. Detta resulterade i tjugofem övergripande målområden som beskrivs i tabellen nedan (se tabell 6). Varje målområde exemplifieras med ett måluttalande från strategin. Fem målområden är mer vanligt förekommande än andra. Dessa är **God informationskvalitet**, **Samordning och samsyn, Skydda känsliga patientdata**, **Ökad grad av individualisering** samt **Ökad patientdelaktighet och egenmakt**.

Tabell 6: Övergripande målområden i strategin för Nationell eHälsa

Målområde	**Exempel**
Använda och nyttiga eHälsotjänster	”ökat fokus på införandet, användningen och nyttan av tekniken”
Innovativt utvecklingsklimat	”stimulera utvecklingen av ändamålsenliga, interaktiva IT-stöd för myndighetsprocessen i kommunernas vård- och omsorg”
Följa och utveckla nationella standarder	”en nationell normering för införande och användning av informationsstruktur och fackspråk ska utvecklas i samråd med huvudmän och industri”
Förbättrad hälsa	”nya möjligheter för prevention och folkhälsofrämjande insatser”
God informationskvalitet	*Aktuell information:* ”aktuellt beslutsunderlag”; *Begriplig information:* ”nödvändig information presenteras på ett begripligt sätt”; *Strukturerad information:* ”strukturerad och entydig information”; *Fullständig information:* ” heltäckande och aktuellt underlag”; *Relevant information:* ”relevant information är tillgänglig för behöriga aktörer i olika verksamheter och över organisatoriska gränser”. *Tillförlitlig information:*” kunna dela tillförlitlig information”
Kontinuitet i vården	”möjliggöra vårdkontinuitet över både organisatoriska och nationella gränser”

Mätbarhet och uppföljning	”uppföljning av verksamhetens kvalitet och effektivitet, både på lokal och på nationell nivå”; ”uppföljning av läkemedelsförskrivning innebär att patientsäkerheten förbättras.”
Samordning och samsyn	*Sammanhållen uppföljning:* ”sammanhållen uppföljning av verksamheternas kvalitet”; *Samordnad utveckling*: ” kraftsamling för samordning och utveckling av eHälsa i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst”; *Samordnad informationsöverföring och vårdprocess:* ” förbättra möjligheterna till såväl samlade och koordinerade insatser”; *Samordnade IT-stöd*: ” sammanhållen och organisationsövergripande teknisk infrastruktur möjliggör”;
Skydda känsliga patientdata	”där såväl vårdgivaren som patienten själv har möjlighet att granska att endast behörig personal berett sig tillgång till journaluppgifterna”
Tillgänglig information	”Relevant information behöver tillgängliggöras för behörig personal i olika delar av verksamheten”
Tillgängliga och användbara e-Hälsotjänster	*Tillgänglighet:* ”tillgängliga och användbara för personer med olika förutsättningar och tekniska förkunskaper, som exempelvis personer med funktionsnedsättning.”; *Andvändbara:* ”svarar mot de krav på effektiva och ändamålsenliga arbetsredskap som personalen ställer”
Stöd för forskning	”Bör alla system för eHälsa så långt det är möjligt utformas så att de kan användas för forskningsändamål med respekt för individens integritet.”
Stöd för utbildning och lärande	”De behöver också tillhandahålla besluts- och kunskapsstöd för verksamhetens utförande”
Patientmötet	”ska kunna erbjuda insatser av hög kvalitet”
Utveckla av metoder och verksamhet	”fokus på process- och verksamhetsutveckling”
Helhetssyn på patienten och dennes behov	”Behovet av en helhetssyn över individens olika insatser är nödvändig”
Ökad delaktighet från verksamheterna	”Verksamhetens delaktighet och engagemang är nyckeln till att de nya e-hälsotjänster”
Individualisering och behovsanpassning i vården	”individens behov och önskemål av sammanhållen information och personliga e-tjänster”
Insyn i vården	”Kan vi erbjuda individen helt nya möjligheter att få en bättre insyn och delaktighet i de insatser man får.”
Patientdelaktighet och egenmakt	*Delaktighet:* ” utöva delaktighet och självbestämmande utifrån sina egna förutsättningar.”; *Egenmakt:* ”Detta ger förutsättningar för egenmakt och självbestämmande”
Tillgång till hälso- och sjukvårdens aktörer	”Invånarnas kontakter med utförare av hälso- och sjukvård eller socialtjänst underlättas”
Stöd för beslut och styrning	”aktuellt och heltäckande beslutsunderlag för verksamhetsstyrning, planering och resursfördelning.”

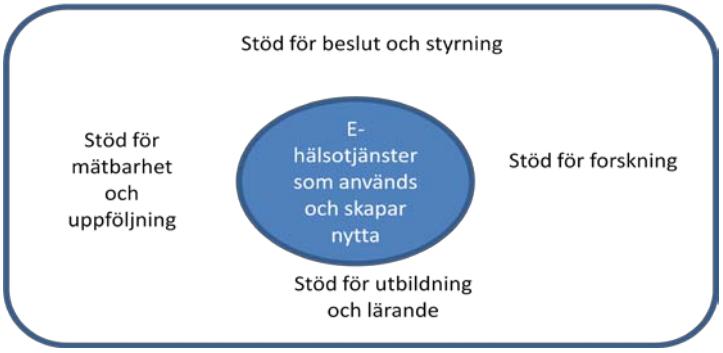
De olika målområdena är relaterade där ett antal områden är förutsättningar för att uppnå andra mål. Det gäller exempelvis God informationskvalitet som är en förutsättning för samordning och

samsyn som i sin tur är nödvändigt för Tillgänglig information, vilket är nödvändigt för att Utveckla vård av hög kvalitet. Det övergripande målet är givetvis Förbättrad hälsa, vilket förutsätter att vården håller god kvalitet. Målområdena delas i tre områden: e-hälsotjänster som används och skapar nytta, samordning och samsyn, samt patientmötet. Det första området rör kraven på vilka typer av e-hälsotjänster som ska utvecklas, det andra området beskriver förutsättningar vad gäller informationshanteringen och det sista området illustrerar vilka områden som i strategin som lyfts upp som viktiga för att vården ska hålla en hög kvalitet.

6.3.1 E-hälsotjänster som används och skapar nytta

Det övergripande målet för all vård är givetvis att ha skapa en bättre hälsa bland befolkningen. I strategin ses införande och bred användning av e-hälsotjänster som ett viktigt instrument för prevention och utveckling av vård av god kvalitet.

I strategin betonas särskilt vikten av att nu se till att på bred front införa och använda olika e-hälsotjänster i det praktiska arbetet inom vård- och omsorgssektorn. E-hälsotjänster ska skapa ”konkret nytta för invånare, personal och beslutsfattare”. E-hälsotjänster ska ge stöd för utbildning och lärande. Även behov av bättre informationsunderlag som grund stöd för forskning betonas. Ett viktigt område som återkommer är användning av information och e-tjänster som stöd för beslut och styrning (se figur 1). E-hälsotjänster ska också ge stöd för mätbarhet och uppföljning.



Figur 12: E-hälsotjänster som används och skapar nytta

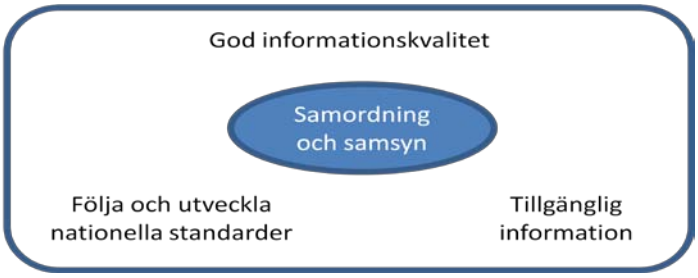
Nyttiga och användbara e-hälsotjänster är vidare tillgängliga och användbara i det praktiska vård- och omsorgsarbetet. Detta ska, enligt strategin, uppnås genom delaktighet från verksamheterna samt ett innovativt klimat för ”utveckling av produkter och tjänster”.

6.3.2 Samordning och samsyn

Viljan att skapa förutsättningar för samordning och samsyn är det som genomsyrar hela strategin. Samordning och samsyn ses som det allra viktigaste att nå och stötta för att utveckla vårdens framtida informationssystem med användbara, nyttiga och ändamålsenliga e-hälsotjänster för patienter och vård- och omsorgspersonal.

Samordning och samsyn rör flera olika områden; förutom samordnad informationsöverföring och vårdprocess, inbegrips också sammanhållen uppföljning, samordnad utveckling, samt samordnade IT-

stöd (se figur 2). Att samordning och samsyn är en av de mest centrala drivkrafterna i hela strategin syns tydligt då detta ständigt återkommer som förutsättningar för att tillgängliggöra information och skapa nyttiga och användbara e-hälsotjänster.

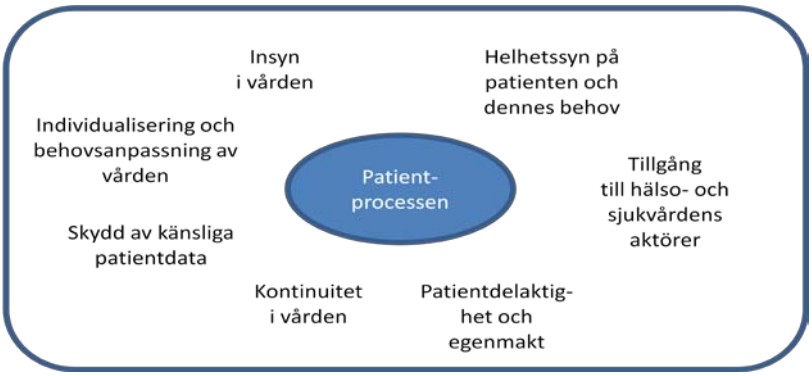


Figur 13: Samordning och samsyn

Viktiga grundförutsättningar för att skapa samordning och samsyn är, enligt strategin, att information är av god kvalitet (d v s aktuell, begriplig, relevant, strukturerad, tillförlitlig och fullständig) och att informationen är tillgänglig för ”behörig personal i olika delar av verksamheten”. Ett sätt att skapa god informationskvalitet är att följa och utveckla olika nationella standarder. I strategin lyfts behovet av ”informationsstruktur, enhetlig terminologi och standarder” fram som grund för ”entydig och strukturerad information”.

6.3.3 Patientmötet

Tillgång till information ses i strategin som ”nyckeln” till möjligheten att erbjuda vårdinsatser av hög kvalitet och patientens egenmakt. Kvalitet ses inte enbart utifrån ett resultatperspektiv, utan en annan viktig aspekt rör patienten och dennes upplevelse av kvalitet. ”Kvalitetsbegreppet innefattar insatsernas resultat för ökad hälsa för befolkningen, samhällets kostnader för dessa insatser och individens upplevelse av insatsernas kvalitet.” Kvalitetsbegreppet är m a o mångfacetterat, med många ingående delar (se figur 3).



Figur 14: Patientmötet

En mycket central aspekt av kvalitet är patientens möjlighet till delaktighet och egenmakt, som innebär att stärka ”delaktighet och insyn i de insatser som berör en själv”. En förutsättning för detta är tillgång till hälso- och sjukvårdens aktörer och förbättrad insyn i vården, vilket möjliggör öppna

jämförelser mellan olika kvalitetsdata. Andra viktiga områden som rör kvalitet är skydd av känsliga patientdata. Med tanke på strategins fokus på samordning och samsyn av information, vilket innebär att information ska kunna delas mellan organisationer och berörda personalgrupper, blir skydd av patientdata ett mycket viktigt område. Dessutom ses kontinuitet i vården, individualisering, god patientsäkerhet och behovsanpassning samt att arbeta med en helhetssyn på patienten och dennes behov som centrala områden för en vård av hög kvalitet.

6.3.4 Jämförande analys

Syfte med analysen är att identifiera vilka målområden i strategin som processtödet stöder och vilka målområden som inte har stöd i processtödet. Analysen har utgått från den målanalys av strategin som beskrevs ovan: e-hälsotjänster som används och skapar nytta, samordning och samsyn samt vård av hög kvalitet. Dessa tre områden jämförs sedan med den funktionalitet som finns eller inte finns implementerat i processtödet. Syftet är att se hur väl processtödet lever upp till målen som uttrycks i strategin samt vilka utvecklingsmöjligheter som finns. Analysen illustreras i tabellform (se tabell 2-4).

Analysen mellan målen i strategin och processtödet funktionalitet har gjorts med hjälp av dessa tre frågor:

1. Vad finns implementerat idag i processtödet?

   D v s vilka mål i strategin stöds av processtödets funktionalitet och hur

2. Vad finns möjlighet att implementera?

   D v s vilka mål i strategin skulle kunna utvecklas till att få handlingsstöd i processtödet och på vilket sätt skulle det kunna ske

3. Vad går inte att implementera?

   D v s vad ligger utanför det som är möjligt att göra i processtödet. Detta rör sådant som ligger utanför projektets ram.

6.3.4.1 Vad finns implementerat?

Processtödets fokus är informationshantering och samordning i patientprocessen samt ökad egenmakt och beslutanderätt för patienten. Även att bidra till en bättre helhetssyn på patientens och dennes behov har varit drivande i arbetet med att utveckla processtödet. Detta syns tydligt i de mål med hög implementeringsgrad från strategin Nationell eHälsa som finns representerade i processtödet (tabell 2). Det finns även ett antal mål som är delvis implementerade, som exempelvis ”Stöd för beslut och styrning” samt ”God patientsäkerhet)

Tabell 7: Implementerade mål

Målområde i strategin	Implementerings-grad[6]	Exempel
E-tjänster som används och skapar nytta	Hög	Processtödet har utvecklats i nära samarbete med verksamhetsföreträdare med utgångspunkt i verksamhetens behov
Stöd för beslut och styrning	Mellan	Stöd för planering av patientmöten och stöd för beslut om vårdkontakter och behandlingsalternativ. Däremot saknas stöd för verksamhetsstyrning och organisatoriska beslut.
Patientprocessen	Hög	Bra information och stöd för behandling och beslut är en förutsättning för högkvalitativ vård i patientprocessen. Dessutom utgår processtödet mycket från patientens egna upplevelser och behov vilket också bidrar till en bra patientupplevelse och god vård.
Helhetssyn på patienten och dennes behov	Mellan – Hög	En viktig del av processtödet är att samla information om patienten på en plats tillsammans med information om patientens förväntningar. Detta ger tillsammans en helhetssyn på patienten. Det som däremot saknas är kopplingar till andra områden, som exv. social omsorg.
Patientdelaktighet och egenmakt	Hög	Är implementerat i och med att patienten för stöd i val av vårdcentral, tid och läkare. Dessutom blir patientens förväntningar på vårdmötet en viktig del av dokumentationen.
Kontinuitet i vården	Hög	Genom att patienten själv kan välja läkare ges det förutsättningar för hög grad av vårdkontinuitet. Dessutom ger processtödet bättre vårdkontinuitet genom förbättrad samordning mellan olika vårdgivare.
Tillgång till hälso- och sjukvårdens aktörer	Mellan- Hög	processtödet ger tillgång till olika aktörer – detta kan med lätthet byggas ut.
Individualisering och behovsanpassning av vården	Hög	I och med att patientens förväntningar blir en del av vårddokumentationen ges förutsättningar för individualisering och behovsanpassning. Dessutom får läkaren bättre tillgång till övrig information om patienten – vilket underlättar individualisering.
Samordning och samsyn	Hög	Processtödet ger stöd för samordning och samsyn i och med att information om patienten följer patientprocessen genom de olika inblandade instanserna.

[6] Implementeringsgraden kan vara hög, mellan eller låg och visar hur väl respektive mål är uppfyllt. En hög implementeringsgrad innebär hög måluppfyllelse, etc.

God informationskvalitet	Mellan - Hög	Det finns bra stöd för att skriva in information. Informationen blir välstrukturerad, lättläst och begriplig. Däremot finns det risk att information som registreras av patienter och läkare inte blir tillräckligt välstrukturerad, begriplig och lättläst.
Följa och utveckla nationella standarder	Mellan	Arbetet med processtödet har drivits utifrån ett verksamhetsbehov och med utgångspunkt i olika nationella initiativ som Kvalitetsregistret. Men detta går att göra mer med detta att koppla till nationella standarder (t ex Nationellt fackspråk), och dessutom kan processtödet användas för att utveckla det nationella arbetet med standarder för samordning av information inom vård och omsorg.
Tillgänglig information	Hög	Information från olika delar i patientprocessen är samlad och tillgänglig, t ex kopplingar till läkemedelsmodul, labb och röntgen.

6.3.4.2 Vad finns möjlighet att implementera?

Det finns flera olika områden som med utgångspunkt i strategin för eHälsa går att vidareutveckla i processtödet (se tabell 3). Exempelvis skulle processtödet på ett bättre sätt kunna stödja forskning, mätbarhet och uppföljning. Även skydd av patientdata bör förbättras. Då processtödet är en prototyp har det inte funnits behov av att utveckla avancerade säkerhetslösningar.

Tabell 8: Mål möjliga att implementera

E-tjänster som används och skapar nytta	
Stöd för forskning	Stöd för forskning har inte varit utgångspunkt för utvecklingen, och processtödet har inte funktionalitet som stödjer detta på ett bra sätt idag. Men eftersom data blir väl strukturerad och samordnad är det möjligt att skapa underlag för forskningsändamål.
Stöd för mätbarhet och uppföljning	Stöd för mätbarhet och uppföljning har inte varit utgångspunkt för utvecklingen, och processtödet har inte funktionalitet som stödjer detta på ett bra sätt idag. Men eftersom data blir väl strukturerad och samordnad är det möjligt att skapa underlag för mätbarhet och uppföljning.
Patientprocessen	
Skydd av känsliga patientdata	Processtödet är en prototyp och säkerhetslösningar har inte implementerats i den nuvarande formen. Däremot fanns tankarna från nationella strukturer och regelverk som BIF (bastjänster för informationsöverföring), SIHTS (säker IT i hälso- och sjukvård) samt medborgarkort med i utvecklingen av processtödet, och vore möjligt att implementera.

Förbättrad läkemedelsföreskrivning	Detta område har inte prioriterats i det nuvarande arbetet med processtödet. Men genom tillgång till olika vårdgivare samt apoteket och i processtödet samordna information om läkemedelsföreskrivning så vore det möjligt att följa upp läkemedelsföreskrivning på ett bättre sätt på patientnivå och på nationell nivå. Även kopplingen till NPÖ finns i processtödet.

6.3.4.3 Vad går inte att implementerat?

Det som inte går att implementera ligger utanför processtödets avgränsning. Detta gäller då stöd för utbildning och lärande som i strategin lyfts fram som ett applikationsområde.

Tabell 9: Mål som inte går att implementera

E-tjänster som används och skapar nytta	
Stöd för utbildning och lärande	Processtödet syftar inte till att stödja utbildning och lärande. Detta ligger också utanför processtödets avgränsning.

6.3.5 Slutsats

Nationell eHälsa innehåller tre övergripande målområden som rör IT och informationshantering:

1. e-tjänster som används och skapar nytta
2. Patientprocessen
3. Samordning och samsyn

Jämförelsen mellan målen i ”Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg” och processtödet visar tydligt att processtödet väl stödjer målen inom dessa tre områden. Processtödet har utvecklats utifrån en vilja att stödja och utveckla patientdeltagande och egenmakt samt samordning och samsyn av information. Dessutom har processtödet utvecklats i nära samarbete med verksamhetsföreträdare, vilket har bidragit till ett IT-stöd som ger nytta för verksamheten. Då processtödet är en prototyp som illustrerar ett arbetssätt, saknas det säkerhetslösningar för att säkerställa skydd av känsliga patientdata. Detta bör givetvis ingå som en del i en mer hållbar lösning. Även om utvecklingen av processtödet har tagit utgångspunkt i flera nationella initiativ och standarder inom vård och omsorg, så skulle detta arbete kunna utvecklas tydligare. Processtödet exemplifierar och konkretiserar många av de mål som lyfts fram i strategin för Nationell eHälsa, och här skulle även andra nationella standarder kunna driva den fortsatta utvecklingen av processtödet. Även stöd för forskning och mätbarhet och utvärdering skulle kunna vara tydligare fokus i processtödet. Även idag går det givetvis att återanvända data för forskning, mätbarhet och uppföljning, men det är också möjligt att på ett mer tydligt sätt låta dessa delar ingå som en del av processtödets funktionalitet.

6.4 Resultat av diskussioner vid projektets slutseminarium 2010-11-02

Den 2 november 2010 genomfördes ett slutseminarium vid Högskolan i Skövde. Ett 60-tal personer från olika organisationer deltog. Dagen ägnades åt presentation av projektresultaten samt diskussioner om resultaten och deras konsekvenser. En programpunkt genomfördes som en workshop där deltagarna i grupper diskuterade och gav sina synpunkter utifrån ett antal i förväg formulerade frågor. Här redovisas resultatet då frågorna och kommentarerna är viktiga att fånga upp inför ev. fortsatt arbete i processtödets utpekade riktning. Här och var har projektgruppen lagt in sina kommentarer till det som framförts.

6.4.1 Vilka ytterligare möjligheter och utmaningar ser ni?

Möjligheter

- En startpunkt som leder patienten rätt. Frågan är bara vilken vårdnivå ska patienten starta sin resa på.
- Utveckla från sjukvård till hälsovård (inkludera idrott… med mera).
- Infrastruktur för identifiering och uppföljning av patient. Vilken nivå ska uppföljning ske på?
- Kan ge möjlighet till lärande och utveckling av beslutsstöd
- Snabb återkoppling – patient vill ha besked med en gång!
- Terminologi/struktur i journaler => meningsfulla data
- Gemensamma gränssnitt -> närma olika aktörer
- Metodsstöd för verksamhetskartläggning kan kopplas till
- Ökad interaktivitet
- Snabba upp processen?!
- Vårdens helhetsbild

Utmaningar

- Masterdata måste beslutas.
- Hur hantera personer (roller?) utanför ”processtödet”?
- Avgränsningar
- Prioriteringar
- Utbilda invånaren
- Hur få olika aktörer att samarbeta – samsyn?!
- Makt till patienten – har patienten tolkningsföreträde?
- Implementeringsprocessen. Här bör ytterligare samarbete med andra liknande projekt i VGR att etableras. Arbeta ännu mer tvärvetenskapligt då implementering blir aktuellt.
- Genomförande: Roadmap IT/verksamhet. Genomförande stegvis. Metodiskt uthålligt
- Ansvarsfrågan för systemet och vidareutvecklingen av det?
- Realisering i vårdverksamhet med befintliga system
- Hur hantera/genomföra kulturförändringar?
- Det kan finnas okända samband
- Pengar?
  Kommentar: Här är oklart vad som menas. Pengar saknas för att implementera
- … eller snarare hot: Jättesystem med komplexa samband.
  Kommentar: Kanske har man här missförstått hur systemet är tänkt att fungera. Vi har INTE tänkt att alla system ska integreras utan att det ska skapa gränssnitt som innehåller information som berör flera system.

- Målgrupper, -40 talister kontra -90 talister. Det bör finnas olika möjliga kanaler, IT, telefon. *Kommentar: Vi har fått frågan från flera håll hur det är möjligt att låta alla patienter gå den här vägen. Det har aldrig varit målsättningen. Vi har varit väl medvetna om att detta sätt att kommunicera med vården inte är lämpligt för alla och att alternativa kommunikationskanaler måste finnas. Vår poäng är att om en övervägande andel av patienterna kan gå vägen via ett sådant här system så kan övriga patienter gå via andra kanaler. Ett viktigt mål med processtödet är kvalitetssäkring och att rätt information finns på plats i varje skede av processen. För detta syfte kan man exempelvis man tänka sig att om en person ringer till en mottagning så kan processtödet användas som hjälp för att fånga den information som behövs för en handläggning av ärendet som präglas av kvalité och effektivitet.*
- Vårdgaranti, väntetider, schemaläggning
- Kapacitetsplanering – resurser som planeras, - Personal, utrustning…
- Informationsstruktur
- Genomgående handlar identifierade utmaningar om implementering av de tankar som finns skisserade i processtödet. Det som uttrycks ligger väl i linje med de utmaningar som vi själva ser. Se även avsnitt 7. Konsekvensanalys.

6.4.2 Det här håller vi inte med om? Här har ni fel! Här tänker ni fel!

- Ingen eller liten samverkan med arkitektur i VGR
  Kommentar: Vårt uppdrag var att tänka bort ifrån befintliga system och strukturer.

- Vi håller med om utgångspunkterna och hur ni tänkt med vi har däremot kritiska frågor

- Har ni tittat på omvärlden? Hur andra landsting/regioner löst problemet? *Kommentar: Ja, men vi har inte sett någon liknande lösning som tagit ett sådant helhetsgrepp som vi har gjort i projektet.*

- Hur förhåller ni er till nationella regelverk, som Nationell informationsstruktur o V-TIM? *Kommentar: Vi har fokuserat på informationsbehovet i processen utan att vara begränsade till det som finns i dessa. Hur informationen ska struktureras har vi inte tagit ställning till. En eventuell implementering behöver naturligtvis ta sådana hänsyn. På ett övergripande plan ser vi dock inga stora problem i förhållande till nationell informationsstruktur.*

- Tanken är bra men ingen tror väl att det är färdigt! Måste in i en helhet. *Kommentar: Detta håller vi fullständigt med om. Visst måste resultaten in i en helhet. Problemet som vi ser är att den helhet vi beskriver i processtödet inte heller finns. Frågan är då på vilken nivå man ska börja bygga.*

- Man kan inte bara optimera patientens behov utan måste också se till helhetsperspektiv = både patientens och verksamhetens behov. Man inte planera annars. *Kommentar: Vi har tagit hänsyn till båda parters behov, men sett processen ur patientens perspektiv för att få en helhet.*

- => Välja lediga tider själv! ←→ Fungerar för icke alltför komplicerad schemaläggning.

  - ⇨ Kräver nytt arbetssätt
  - ⇨ Behövs ingen vårdadministration i så fall

6.4.3 Vilka kritiska frågor vill ni ställa till projektet?

- Ni talar om att ert projekt är ”ett sätt att tänka i första hand. Vi vill inte kalla det (processtödet) för ett system”. Trots det heter projektet ”Vårdens framtida informationssystem” – alltså inget om ”omtänkande” och krav på förändrad maktrelation i förhållandet mellan patient/vårdpersonal. Gång efter annan gör ”alla” vällovliga projekt samma sak (också vi/jag). Är det för att det trots allt är lättare att starta med ”det hårda” än att jobba med makt, förhållningssätt (systemvisualisering), omtänkande, relationer mm. *Kommentar: Projektet startade med utgångspunkt i system, men kom mycket snabbt att handla om andra saker. Men, projektnamnet har naturligtvis kvarstått. Vi började arbetet i processen och i de behov som verksamhet och patient formulerade, inte i systemet, vilket vi inte ser som ”det hårda”. Sedan har processen satt kraven på processtödet.*

- Juridiska frågor? – Hoppa mellan olika vårdgivare
  Kommentar: Denna problematik har vi bara pekat på, men inte utarbetat några lösningar för. Enligt vår uppfattning skulle implementation av processtödet så som det ser ut till och med kräva att vården organiseras om. Frågan om vem som ansvarar och vem som också betalar blir kritisk i flera delar av processen.

- Risken för att detta blir ett stuprör till? alt för stort ”avgränsning”
  Kommentar: Det var nödvändigt att inom ramen för projektet göra någon form av avgränsning och då anser vi att vi funnit en process som är någorlunda avgränsad men som på ett tydligt sätt kan kopplas ihop med andra processer. Det som utvecklats i projektet kan mycket väl användas för att bygga på med fler relaterade byggstenar, som i sin tur kan koppla på nya delar. Det viktiga anser vi är att vara medveten om att den valda avgränsningen inte kan behandlas i isolering. Vi har genom att bara indikera kopplingar utan att närmare utarbeta detaljer visat på var sådana kopplingar från patientmötesprocessen kan finnas. Se exempelvis koppling mot beställning av medicinsk service, NPÖ och beslutsstöd.

- Är detta organisationsoberoende?
  Kommentar: Det beror på vad som menas med organisation. Vi bedömer att processen i sina övergripande delar är de samma oberoende av landsting men att det i detaljerna skulle kunna se olika ut. Vitsen med att ha en generell process att utgå ifrån är att man kan skapa varianter av processen utan att göra våld på de stora dragen.

- Hur guidas/utbildas patienter?
  Kommentar: Detta har inte diskuterats inom projektet, men idealt skulle det finnas tillgång till en instruktion (gärna animering) som är tillgänglig på samma ställe där access till processtödet skapas. Vi har även indikerat att man bör lägga in interaktiv hjälp i processtödet. Ett exempel på detta återfinns i formuläret egen vårdbegäran där det här och var finns frågetecken som man kan föra markören över för förklaring.
  Detta är egentligen en generell fråga om hur system introduceras och den berör inte enbart patienter utan även personal. Vi har sett att det finns stora brister även i det stöd som ges till personal vid införande av nya system och också vid introduktion av ny personal.

- Hur ska arkitekturen se ut? Utifrån verksamhetsperspektivet – it-perspektivet?
  Kommentar: Det har vi inte tagit ställning till.

- Vill patienten ha detta?
  Kommentar: De patienter som vi talat med ser positivt på vårt förslag. Tillgänglighet och egen kontroll är argument som framförs. Dessutom bygger processtödets utformning på problem som identifierats av patienter.

- Vem äger och var lagras informationen?
  Kommentar: Den information som fångas och den information som hämtas finns i de system som berörs, inte i processtödet. Det innebär att existerande ägandeförhållanden fortfarande gäller. I processtödet lagras dock information om själva genomförandet av processen, t.ex. hur lång tid det har tagit att genomföra processen. Här måste man bestämma vem som äger denna nya information när processen sträcker sig över flera vårdgivaren. Sedan är det en mycket större diskussion vem som äger vårdinformation, patient eller verksamhet. Det har vi inte berört i projektet. Projektets resultat bör snarare ses som ett underlag för att diskutera denna typ av frågor.

- Hur förändringsbar är processen?
  Kommentar: Processen är och måste vara förändringsbar. Poängen med vårt sätt att se på processtödet är att processen är frikopplad från specifika system. Den ställer dock krav på information som ska hämtas upp och fångas. Förändringar i processen kan därför medföra krav på förändring i specifika system.

- Förutsätter detta dagens struktur? PV, Slutenv. Etc
  Kommentar: Nej, eftersom den generella processen ska se likadan ut oavsett i vilken organisation den utförs och oberoende av vilken profession som berörs. Snarare ifrågasätter vi nuvarande struktur och sätter fingret på flera problem med nuvarande struktur.

- Organisationsfrågan och ägarfrågan kunde väl utretts?
  Kommentar: Vi har valt att börja i behoven. Det var också projektets uppdrag. Sedan var det tänkt att projektresultatet skulle ge underlag för att identifiera och diskutera denna typ av frågor.

- Hur ser projektet på fortsättningen? Hur ser VGR? HiS? På fortsättning?
  Kommentar: HiS ser många möjligheter till fortsättning och det finns indikationer på att så gör även VGR. Diskussioner om fortsättning pågår.

- Varför inte bara ringa 1177 och då löser sig allt?
  Kommentar: Klart man kan tänka sig att 1177 använder formulären för att fånga informationen för de patienter som väljer att kommunikationskanalen telefon. Dock är det kanske vanligast att man vänder sig till 1177 när man behöver råd och inte är säker på om eller hur man ska gå vidare. Patienter som redan vet vad man söker för och vem man vill ska hantera ärendet kan ev. föredra att styra processen själv genom patientvyn.

- Vilka besök hänger ihop? Kan alla läkare se patientvy?
  Kommentar: Patienten är den som ser patientvyn. Vi har diskuterat möjligheten för professionens representanter att se alla besök (även för andra åkommor än den aktuella) som berör en patient, t.ex. när man planerar fortsättning på ett aktuellt besök, men vi har inte implementerat detta i processtödet.

- Hur fungerar det för kompexa schemaläggningsprocedurer? Gränssnitt? Operationsplanering (kirurgi tex). Lagom komplexa procedurer som processtöd kan användas för?
  Kommentar: Vi har inte gått in i detalj i denna fråga.

- Vilka organisationsförändringar måste till innan detta processtöd kan införas?
  Kommentar: Vi har inte gått in konkret i detta, men en viktig organisatorisk fråga som kommit upp är vem som bestämmer vilka krav resp. vårdnivå kan ställa på varandra. Frågan uppkommer då huruvida den existerande organisatoriska konstruktionen primärvård och specialistvård fungerar i den process som vi utvecklat.

- Utgår från kval.reg men – de är gjorda utifrån vad läkare vill följa upp – ej för patienternas vård
  Kommentar: Helt korrekt. Men, det är först när man börjar fundera över vilken information som ska vara "standard" som sådana frågor uppkommer. Vi har valt kvalitetsregistren eftersom de finns där för en del diagnoser, men man kan naturligtvis hitta andra sätt att bestämma vilken information som ska finnas i processen. Man kan också tänka sig att utgå från kvalitetsregister och sedan komplettera. Detta hänger naturligtvis också ihop med arbete kring regionala vårdprogram och också med olika behov av verksamhetsuppföljning.

- Ansvar – får man (passiv) eller "tar man" (aktiv)? (Patienten)
  Kommentar: I vår vision tar patienten ett större ansvar i de fall det är möjligt.

- Fungerar dagens organisation och dagens specialistutbildningar för detta arbetssätt
  Kommentar: För frågan om organisation, se tidigare kommentar i detta avsnitt och avsnitt 7. Konsekvensanalys. När det gäller utbildning, oavsett om det är specialistutbildning eller den generella professionsutbildningen, så är det vår uppfattning att alla professioner bör utbildas i "helhetsprocessen" ur patientperspektivet och hur informationsflöden och IT-stöd relaterar till denna process. För att kunna utveckla effektiva processer i vården krävs sådan kunskap kombinerat med medicinsk specialistkompetens. Nationellt brister i alla fall sjuksköterskeutbildningen när det gäller detta. Vi förmodar att detsamma gäller för läkarutbildning, men där har vi ingen riktigt bra insyn.

- Det finns flera spår/vägar för patienten idag. Hur dokumenteras "manuella" processer? Utdata?
  Kommentar: Här förstår vi inte riktigt hur frågeställaren menar.

- Förvaltning av vårdprogram?
  Kommentar: Vårdprogram och kvalitetsregister borde höra samman och även beslutsstöd berörs i denna fråga. Vi har i tidigare projekt arbetat med vårdprogram och där är problemet generellt att hålla dem uppdaterade samt att de är utformade på ett sätt som vänder sig till berörda målgrupper. Nu talas det också, även från Socialstyrelsen, om behovet av kunskapsstyrning och kunskapsplattformar i vården. Mot bakgrund av vår forskning inom området "Knowledge Management" ser vi att här finns mycket arbete att göra. Framtida processtöd (liknande det som utvecklats i projektet) kommer att ställa nya krav på ett helhetstänkande vid beslut om vilken information som ska fångas av användaren och vilken information som ska presenteras för användaren och hur denna information ska kvalitetssäkras.

7 Konsekvensanalys

I detta avsnitt diskuteras viktiga konsekvenser som vi bedömer projektresultaten kan få vid en implementering. Dessutom lyfts ett antal obesvarade frågor upp som kräver vidare utredning vid eventuell implementering av projektresultaten. Flera av dessa frågor kom också upp i projektets slutseminarium (se avsnitt 6.4).

7.1 Patientperspektivet

Vi bedömer att med en bra kvalitetssäkring av den information som flödar i processtödet så kan patientsäkerheten öka. Det faktum att processen också är mer styrd genom processtödet torde också bidra till att ärenden behandlas på ett enhetligt sätt och att alla viktiga aktiviteter utförs. Detta torde också bidra till en öka patientsäkerhet.

I nulägesanalysen framkom tydligt att patienterna känner en brist på inflytande i och bristande information om sin egen process, vilket skapar en otrygghet hos dem. Genom att patienten i sin vy kan följa skeendet i processen och även ha tillgång till dokumentation som skapats i processen så kan denna otrygghet minska.

Genom att patienten i patientvyn och i lugn och ro och med egna ord kan beskriva sina symptom, olika omständigheter kring dessa och även ange sina förväntningar kan känslan av eget inflygande också öka. Patienten blir heller inte beroende av att passa vårdens ”öppettider”. Det faktum att denna information sedan finns tillgänglig för professionen vid det faktiska mötet och av professionen kan användas som en del av dokumentationen av patientmötet kan också öka känslan av eget inflytande men gör också att patienten får ett ökat ansvar för informationen om henne/han själv. Genom att patienten också kan ta del av den viktigaste dokumentationen från mötet efteråt, kan också möjliggöra för patienten att bidra till kontrollen av att informationen är korrekt.

I processtödet är det tänkt att viss dokumentation ska göras tillgänglig för patienten efter att mötet avslutats gör att dokumentationen i patientjournalen får en ny, och mer kommunikativ, roll i patientprocessen. En utmaning blir då att säkra att patienten har möjlighet att ta till sig informationen. Detta relaterar till det faktum att patienter upplever att det finns problem i kommunikationen med vården, uttryckt som språkliga barriärer.

Frågan om alla patienter kan förväntas att använda sig av en datoriserad lösning för kommunikation med vården har tagits upp i flera sammanhang när projektresultaten validerats. Här vill vi vara tydliga med att det aldrig har varit vår tanke att så ska ske. Eftersom patienter har olika förutsättningar för kommunikation med vården måste flera kanaler finnas att skapa tillgänglighet för patienter. Dock ser vi stora vinster ur ett patientperspektiv med att så många som möjligt kan använda datorn som kommunikationskanal. Några har beskrivits i detta avsnitt.

7.2 Styrning och ansvar

Under projektet har det blivit tydligt att en tydlighet i styrnings- och ansvarsfrågor är en viktig framgångsfaktor för att lyckas med implementeringen av ett processtöd liknande det som utvecklats i projektet.

Den viktigaste frågeställning i detta sammanhang är den om vem som tar ta ansvar för patientens process. I dagens vård tar varje enhet ansvar för sin egen process, men när patientens process sträcker sig över flera enheter, vem tar då ansvar för att koordinera helheten för patienten? I dagens vård anser vi att ingen tar det ansvaret, vilket tydligt framgår av projektets nulägesanalys. Denna huvudfråga kan brytas ner i ett antal delfrågor, som inte har besvarats inom projektet:

- Vem ska vara processägare för patientens process genom vårdsystemet?
- Vem ska ansvara för att kvalitet balanseras mot ekonomi ur ett helhetsperspektiv för patienten?
- Vem ska göra vad på olika vårdnivåer och vilka krav kan vårdnivåerna ställa på varandra?
- Vem ska betala för koordinering av patientens process?
- Vilken information ska finnas på respektive vårdnivå?
- Vem ska ansvara för processtödet då flera organisationer och vårdnivåer berörs av detta?
- Vem ska äga informationen som processtödet genererar, d.v.s. informationen om genomförandet av patientens process genom vårdsystemet?

Helt tydligt finns stora hinder att övervinna om det utvecklade processtödet skulle implementeras inom ramen för nuvarande organisation av vården, hinder som kan vara svårare att komma över än de tekniska problem som kan uppstå. Den stora frågan blir då om vården i grunden behöver omorganiseras om patientens process ska vara den process som vårdens IT-stöd ska byggas utefter.

7.3 Processyn

I det föregående avsnittet togs frågan om vem som ansvarar för patientens process upp. Denna fråga hör samman med frågan om vad som är kärnprocessen i vårdsammanhang. Enligt vårt sätt att se borde det vara patientens (d.v.s. kundens) process som är kärnprocessen, men för oss tycks det som om det finns annan processyn inom vårdverksamheter, där man t.ex. talar om höftprocessen eller operationsprocessen. Det är kanske rimligt att höftprocessen och operationsprocessen är delprocesser i patientens process, där förmodligen flera olika åkommor ska diagnosticeras och behandlas kanske till och med parallellt. Problemet är bara att, som vi tidigare angett, ingen ansvarar för patientens process i sin helhet.

I vårt projekt har vi huvudsakligen berört primärvård och specialistvård, men i patientens process kan också fler aktörer finnas, exempelvis kommunal hemsjukvård, socialtjänst, försäkringskassa, försäkringsbolag, optiker etc. Vi har bara berört kopplingen till dessa aktörer ytligt inom projektet men vi ser det som viktigt att poängtera vikten av att inte dra gränserna runt ett processtöd för snävt, samtidigt som det finns stora risker och problem med att inkludera allt.

En annan viktig fråga som berör processyn och hur denna implementeras i systemen är skiljelinjen mellan de administrativa (t.ex. tidbok eller remiss och svar) och de medicinska delarna av processen.

När man ser processen från patientens perspektiv blir det tydligt att dessa två delar, behöver sammanflätas i ett processtöd medan de i dagens systemstöd är tydligt åtskilda.

7.4 Informationssäkerhet/patientsäkerhet

Informationssäkerhet handlar inte enbart om att skydda information från obehöriga utan lika viktigt är att informationen är tillgänglig och korrekt. En grundförutsättning för att uppnå tillgänglighet och riktighet är att informationen finns när den behövs för de roller som ska ha den. I processtödet finns exempel på hur detta skulle kunna gå till. Patienten har tillgång till information via sin patientvy och kan hålla sig uppdaterad både avseende den medicinska och administrativa informationen. Vårdprofessionen har tillgång till relevant och korrekt information vid önskad tidpunkt och plats. Konsekvensen blir att säkerheten ökar för både patient och profession.

För att säkerställa riktigheten hos informationen ska den bara behöva skrivas in en gång. Processtödet ger möjlighet till detta genom att inskriven information följer med genom hela patientmötet. Därmed undviks dubbeldokumentation och den påföljande risken för modifiering av kritisk patientinformation.

Genom att processtödet kan erbjuda ”ett fönster mot informationen” elimineras risken för att viktig information göms eller glöms bort. T ex kan patientmötesledaren se den specifika patientinformationen för det aktuella vårdtillfället samtidigt som det finns möjlighet att ta del av annan relevant information som skulle kunna vara kopplad till patientens åkomma. Detta möjliggörs i processtödet genom tillgänglighet till bl a NPÖ och det egna patientjournalsystemet.

En risk som uppkommit under valideringsarbetet är frågan om hur information som lämnas från patienten valideras. Hur kan vi säkerställa att den lämnade informationen är korrekt? Idag uppger oftast patienten informationen muntligt och då görs en bedömning av kvalitén av professionen innan den dokumenteras. Man kan dock fråga sig hur korrekt den bedömningen är? Är inte patienten tillräckligt betrodd och respekterad för att kunna lämna information och att den gäller oavsett om den lämnas muntligt eller skriftligt. Oavsett tankesätt behöver ytterligare forskning göras för att kvalitetssäkra patientens information eftersom den ligger till grund och följer med i hela processen.

Som tidigare nämnts har inte den tekniska säkerheten specifikt implementerats i processtödet utan här förutsätts att pågående nationella lösningar genomförs avseende säker identifiering, behörighetsstrukturer och plattformar med säker infrastruktur. Detta är dock en grundförutsättning för att kunna hantera patientinformation genom hela vårdkedjan och mellan olika aktörer och vårdorganisationer.

En grundförutsättning för ett strukturerat säkerhetsarbete i sin helhet innebär att gällande standarder och föreskrifter för informationssäkerhet implementeras i vården fullt ut. Här finns mycket kvar att göra men ett ledningssystem för informationssäkerhet enligt internationell standard är en grundförutsättning. Inget IT-stöd kan i sig själv klara säkerheten om inte den tekniska och administrativa säkerheten runt omkring systemen fungerar.

7.5 Befintliga och nya system

Något som diskuterats flera gånger tidigare i denna rapport är relationen mellan det utvecklade processtödet och befintliga system samt eventuella nya system. Några sammanfattande synpunkter lämnas här.

I initieringen av projektet uttalades att projektet skulle göra en ordentlig konsekvensanalys av hur projektresultaten förhöll sig till befintliga system. Allt eftersom projektet framskred blev det allt tydligare att process och organisation var de kritiska frågorna och styrgruppen fattade då beslut om att en uttömmande analys av konsekvenserna för befintliga system inte skulle genomföras. Dock har det under projektets gång skapats kontaktytor med två pågående projekt inom VGR, nämligen tidboksprojektet och projekt om remiss och svar. Tanken är att våra resultat ska kunna utgöra input för dessa projekt.

Den bärande tanken med processtödet är att det ska kunna minska beroendet av hur befintliga system är utformade genom ett enhetligt gränssnitt mot användaren där information som berör olika system integreras. Integrationen mellan enskilda system är alltså tänkt att ske genom informationsutbyte. Detta ställer givetvis krav på befintliga system att kunna utbyta information med processtödet på ett standardiserat sätt. Denna typ av ”integration” torde göra möjligheten större att byta ut enskilda system utan att i betydande mån påverka användaren.

7.6 Standardisering

En viktig bärande princip i processtödet är att informationen ska vara standardiserad i checklistor/standardvårdplaner för olika diagnoser. I våra scenarier har vi använt den information som samlas in till nationella kvalitetsregister som grund för detta. Liknande exempel finns t.ex. i hjärtjournalen som utvecklats vid Södra Älvsborgs Sjukhus. Meningen med kopplingen till kvalitetsregistren har både varit att skapa en standardisering vid fångande av information men också att den fångade informationen direkt ska kunna överföras till kvalitetsregistren utan att ny inmatning behöver ske (som idag).

Man kan konstatera att kvalitetsregister saknas för många diagnoser och att det skulle kräva ett omfattande nationellt arbete. En öppen fråga är dock om kvalitetsregister ska användas på detta sätt, framför allt mot bakgrund av att de idag lever sitt eget liv och behöver samordnas. Om man inte ska bygga på kvalitetsregister kan man fråga sig vad alternativet är, möjligtvis ett genomgripande regionalt arbete med eventuellt avstamp i regionala vårdprogram, för att åstadkomma standardiserad information för fler diagnoser. Oavsett hur detta arbete fortskrider behöver det kopplas till det nationella arbetet med termer och begrepp. En vidare utveckling av checklistor/standardvårdplaner för olika diagnoser bör också innehålla både obligatoriska åtgärder och rekommenderade åtgärder.

Ytterligare en fråga som man behöver ta i är hur checklistor/standardvårdplaner ska kunna hantera problematik runt multisjuka. I projektet har vi använt två scenarier, ett höftscenario och ett hjärtscenario, men inte tagit bäring för om patienten både har höftproblem *och* hjärtproblem. Ju fler samtidiga diagnoser en patient har, ju mer komplicerade blir sambanden mellan dem, inte minst när

det gäller medicinering. Det är en mycket komplicerad fråga hur processtöd av det utvecklade slaget ska kunna hantera multipla diagnoser. Här ser vi en stor utmaning för de medicinska professionerna.

7.7 Nya system – nya roller och relationer?

Vid införandet av nya systemstöd i en organisation är en praktisk erfarenhet att det ofta inte händer lika mycket som man har tänkt sig, ofta händer inte vad man har tänkt sig, men oftast händer det något. Men med en viss grundläggande kunskap om de idéer som ligger bakom designen av ett systemstöd, samt en viss grundläggande kunskap om det sammanhang där ett nytt systemstöd skall användas, så går det till en viss omfattning att förutse vad som kan hända i införandeprocessen.

Mot denna bakgrund är syftet med detta avsnitt att göra en första analys av de mekanismer som kan stödja eller motverka acceptansen av systemstödet och dess olika funktioner. Först kommer en övergripande beskrivning att göras av de mekanismer som påverkar och formar processen vid införandet av ett nytt systemstöd. Denna beskrivning kommer att illustreras med några praktiska exempel från en studie av telemedicinanvändning över en 10-årsperiod. Därefter kommer, baserat på intervjuer med läkare och sjuksköterskor, en analys att göras av några olika funktioner i det inom projektet utvecklade systemstödet och hur dessa uppfattas i verksamheten.

När tänkbara konsekvenser av införandet av ett nytt systemstöd i en organisation skall analyseras, måste vi dels se på systemstödet och de visioner som ligger bakom utveckling av detta, dels måste vi se på den miljö där stödet skall användas. Har vi en viss kunskap om idéer, normer och värderingar som ligger bakom utvecklingen av systemstödet, samt de normer, värderingar, formella och informella regler som existerar i den miljö där systemet skall användas, så finns det vissa möjligheter att förutse vad som kan hända i införandeprocessen. Användningen av ett nytt systemstöd innebär att aktiviteter kommer att förändras. Vissa av dessa förändringar kan komma att stöta på ett hårt motstånd och vara mer eller mindre omöjliga att genomföra, medan andra förändringar kan genomföras relativt oproblematiskt. Om vi börjar med att se på ett systemstöd så kan detta ge användarna varierande frihetsgrader med avseende på när och hur stödet kan användas. Om vi t ex ser på ett traditionellt videokonferenssystem (telemedicin) där man även kan visa bilder på en närvarande, eller icke närvarande patient, så har användarna relativt stor frihet i att bestämma när och hur detta stöd skall användas. Teknikdesignern's övergripande idé är att användarna skall kunna kommunicera och utbyta information med varandra i realtid oavsett var de befinner sig. Det blir med andra ord upp till användarna, eller organisationen som inför systemet, att ta reda på och besluta i vilka situationer systemet kan och skall användas. Den övergripande restriktionen är dock att alla som skall delta i ett informationsutbyte måste vara fysiskt närvarande. Om vi sedan övergår till ett traditionellt elektroniskt patientjournalsystem så ger detta användarna betydligt mindre friheter i hur de kan använda systemet. Teknikdesignern har i detta fall t ex strukturerat hur information kan föras in i systemet, vilken typ av information som ska föras in i systemet, vem som får föra in viss typ av information, samt möjligheterna att hämta och lämna information till andra system.

Om vi applicerar det detta resonemang på det i projektet utvecklade systemstödet så är den övergripande visionen bakom designen av stödet: patienten i fokus och patientmedverkan. Detta innebär bland annat att en gemensam målbild skall kunna skapas inför ett patientbesök och att rätt person skall ha rätt information vid rätt tidpunkt. Strävan är att komma bort från ett stuprörstänkande och i stället fokusera på patientens process.

Går vi sedan över till den miljö där systemstödet skall användas så pågår där redan en rad olika aktiviteter och verksamheten organiseras på ett visst sätt. De handlingar som redan pågår i den miljö där systemet är tänkt att användas sker vidare inte helt slupmässigt. I stället formas dessa handlingar bl a av normer, värderingar, maktrelationer, samt formella och informella regler som existerar i den aktuella organisationen. Hur dessa mekanismer formar handlingar, roller och relationer kan skilja mellan organisationer, samtidigt som det finns professionsgemensamma normer och värderingar som oberoende av organisation formar roller och relationer mellan professionella grupper. T ex kan roller och relationer mellan laboratorie- och kliniska specialister vara likartade oberoende av sjukhus. Men å andra sidan kan roller och relationer mellan läkare och sjuksköterskor vid en vårdcentral skilja sig åt beroende på om vårdcentralen ligger i glesbygg eller i en tätort.

Hur formar då normer, värderingar, maktrelationer, formella och informella regler det sätt som man förhåller sig till ett nytt systemstöd, samt i förlängningen hur detta stöd används? Innan detta diskuteras i relation till det utvecklade processtödet, kommer några exempel att ges från införandet av telemedicin i ett landsting för att på så sätt illustrera vad som sker när idéer bakom en ny teknik möter en praxis i en befintlig organisation. Se även Linderoth, H. (2000).

Generellt kan sägas att mekanismerna skapar ett ”filter”, eller tolkningsschema, som aktörerna i en organisation använder sig av för att ge mening åt t ex ett nytt systemstöd. Om vi tar exemplet telemedicin så är en övergripande tolkning att tekniken kan användas för att göra specialistkompetens tillgänglig. Vidare har aktörerna en relativt stor frihet att tolka hur specialistkompetensen kan tillgängliggöras, d v s när och hur systemet skall används. Från distriktsläkarens perspektiv kan tekniken ses som ett medel för att göra specialistkompetensen tillgänglig på en vårdcentral. T ex kan distriktsläkaren, med en närvarande patient, koppla upp sig mot specialisten och få ett snabbt besked om hur han/hon ska gå vidare med behandlingen av patienten. Specialisten kan se en nytta för patienten med detta förändrade arbetssätt, men frågan är om specialisten är tillgänglig för en konsultation och hur specialisten upplever att undersöka patienten på distans. Om detta exempel analyseras kan vi snart se att det nya arbetssättet kan utmana både existerande normer för organiseringen av arbetet, samt formella regler. De formella regler som utmanas är t ex vem som har ansvar för patienten och de åtgärder som vidtas, eftersom patienten inte är fysiskt närvarande hos specialisten. Patientens fysiska närvaro hos distriktsläkaren i stället för specialisten, kan vidare uppfattas av specialisten som en förändring av maktbalansen. Traditionellt har specialisten i kraft av sin medicinska specialistkompetens avgjort om en remitterad patient skall komma till en specialist eller ej. Med det nya videokonferenssystemet blir det helt plötsligt distriktsläkaren som i första instans avgör om patienten skall för möta en specialist.

Å andra sidan kan andra tolkningar av hur och när telemedicintekniken skall användas, accepteras relativt oproblematiskt. Om t ex tekniken används för rond- och konferensverksamhet mellan laboratoriespecialister och kliniska specialister så utmanas inte traditionella roller och relationer i lika stor utsträckning. Deltagarna i en rond eller konferens följer sina traditionella roller och enda skillnaden är att parterna interagerar via videokonferens i stället för runt ett bord. Utmaningen i detta sammanhang kan istället vara hur eventuella ekonomiska ersättningsfrågor skall hanteras om den nya tjänsten erbjuds ett sjukhus som tidigare inte haft tillgång på vissa laboratoriespecialister på det egna sjukhuset. D.v.s., det nya arbetssättet innebär en utmaning av befintliga ekonomiska

ersättningssystem. Denna fråga brukar dock vara betydliga enklare att lösa i jämförelse med när institutionaliserade roller och relationer utmanas.

Om den föregående diskussionen om hur olika mekanismer formar användningen av ett telemedicinsystem, överförs till det aktuella processtödet, så kan vi se att vissa tänkta funktioner inte behöver stöta på några större hinder, medan andra funktioner kan bli mera problematiska att införa. Användarna av processtödet kommer att vara mera styrda med avseende på vad han/hon ska göra när stödet väl används. Detta innebär dock att det kan vara lättare att analysera vilka funktioner i processtödet som kan stöta på hinder när de ska användas, respektive vilka funktioner som skulle kunna vara mera oproblematiska att använda.

För att i ett första steg börja analysera tänkbara konsekvenser som användningen av processtödet skulle kunna medföra har tre läkare och tre sjuksköterskor intervjuats. Alla intervjuade personer har medverkat vid en demonstration av processtödet, vilket innebär att de intervjuade har kunna blida sig en första uppfattning om vilka funktioner systemet har och hur dessa skulle kunna påverka deras yrkesroll. De intervjuade läkarnas uppfattningar om den tänkbara nyttan av olika funktioner skiljer sig åt, men de är fullständigt överens om att de inte vill ha mera administrativa uppgifter. Denna gemensamma ståndpunkt kommer att vara mycket central för hur ska processtödet presenteras och introduceras i framtiden. Med andra ord är den första kritiska framgångsfaktorn för att läkarkollektivet skall acceptera processtödet, att det kommer att tolkas som något som kan underlätta deras verksamhet när det gäller åtkomst till information. Redan i dagsläget finns denna positiva tolkning framförallt hos intervjuade representanter från en specialistklinik. Dessa upplever att dagens system inte är särskilt lättarbetade och att mycket tid går åt för att gå in och ut ur olika system för att komma åt den eftersökta patientinformationen. Respondenternas spontana intryck från demonstrationerna av processtödet är mycket positiva. Framförallt med avseende på att de upplevde att man nu skulle kunna komma åt all nödvändig information om en patient på ett ställa och slippa hoppa mellan systemen.

Om processtödet i första steget kommer att tolkas som något som underlättar sjukvårdspersonalens vardag, blir nästa kritiska steg att processtödets olika funktioner stödjer den överordnade tolkningen. I den följande texten kommer jag att diskutera hur två funktioner: 1) inmatning av information om patienten och möjligheten att ge patienten en dokumentation av vad man har kommit överens om; 2) möjligheten att preliminärboka tider för ett patientbesök. När det gäller idéerna om inmatningen av patientinformation ser distriktsläkaren ett värde i att ta del av den information som patienten har möjlighet att själv lägga in i systemet, för att på så sätt strax innan ett besök få en snabb överblick av patientens problem. Funktionen som möjliggör att patienten kan få med sig information om vad man har kommit överens om vid besöket ser distriktsläkaren som värdefull, om det inte innebär att han/hon måste skriva alltför mycket. Redan idag gör läkaren en del dokumentation över kommande prover, remisser etc. medan patienten är kvar på mottagningsrummet och denna dokumentation skulle tillsammans med standardiserade texter om de vanligaste diagnoserna kunna skrivas ut och lämnas till patienten. Denna information kan också fungera som en del i underlaget för en remiss till specialistkliniken. Men enligt de intervjuade på specialistkliniken varierar nu kvaliteten väsentligt på de inkommande remisserna. Därför har man påbörjat ett arbete med att standardisera den information som man vill ha på en remiss som kommer in från en vårdcentral. Detta standardiseringsarbete kan också ses en rutin som skulle stödja inmatningen av patientinformation

på vårdcentralen. När det gäller hanteringen av remisser konstaterar både intervjuade läkare och sjuksköterskor på specialistkliniken att uppemot 80 % av remisserna skulle kunna hanteras av en kvalificerad sjuksköterska, för att på så sätt frigöra tid för specialisterna. Däremot verkar det i dagsläget inte vara helt enkelt att koppla dokumentationen av det man kommit överens om under ett mottagningsbesök till det befintliga sättet att arbeta. Den intervjuade specialisten tar alla diktat när patienten har lämnat rummet, men konstaterar att detta arbetssätt kan variera mellan specialisterna. Han konstaterar dock att en del dokumentation görs som patienten får med sig, t ex sjukintyg och remisser. Samtidigt konstaterar de intervjuade sjuksköterskorna att patienten ofta knapp kommer ihåg hälften av det som sades under mottagningsbesöket och därför ser sköterskorna det som mycket värdefullt om patienten skulle kunna få med sig någon form av dokumentation efter besöket. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det finns befintliga rutiner i läkarens arbetssätt som stödjer att en viss dokumentation av ett mottagningsbesök kan lämnas till patienten, i synnerhet om läkaren skulle kunna arbeta med ett system som har standardiserade texter för de vanligast förekommande diagnoserna.

När det gäller möjligheten för patienten att boka en preliminär tid för ett besök vid vårdcentralen via processtödet, samt möjligheten för distriktsläkaren att boka en preliminär tid hos specialisten, går åsikterna isär mellan de intervjuade läkarna om fördelarna med denna funktion. Inom primärvården ser man de administrativa rutinerna som ett hinder mot bakgrund av hur tidbokningssystemet är upplagt idag. I dagsläget läggs schemat för två- till treveckorsperioder och den intervjuade läkaren konstaterar att alla bokningsbara tider tar slut inom en halvtimme efter att de släppts och sedan återstår bara de akuta tiderna. Det är oftast på dessa tider som patienten som ringer för ett visst problem får komma till vårdcentralen. Om tanken att patienten själv ska kunna boka en preliminär tid vid vårdcentralen skall kunna realiseras, måste administrationen av tidsbokningen göras om konstaterar den intervjuade distriktsläkaren. Däremot är den intervjuade läkaren positiv till möjligheten att kunna boka in en preliminär tid hos specialisten. Denna tanke är dock inte de intervjuade specialisterna och sköterskorna vid specialistklinken särskilt förtjusta i. Detta grundar sig delvis i att distriktsläkaren inkräktar på specialistens roll när det gäller att göra en medicinsk bedömning av vilken prioritet en patient skall få och vilken specialist som är mest lämplig att ta hand om den aktuella patienten beroende på åkommans art. Risken, säger den intervjuade specialisten, är dels att distriktsläkaren bokar första bästa lediga tid, vilket t ex skulle kunna innebära att en höftpatient hamnar hos en specialist som är inriktad på axlar, eftersom primärvårdsläkarna inte vet hur arbetsbelastningen ser ut vid specialistkliniken. Man ser att det finns en risk att man kan få in patienter som inte är färdigutredda. D.v.s. att den information som primärvården förväntas lämna inte är helt fullständig. På dessa punkter är både sjuksköterskor och specialister vid specialistkliniken rörande överens, de vill inte släppa in primärvården i sina tidböcker. Dessutom anser de intervjuade att en preliminär tidsbokning på specialistkliniken skulle kunna ses som ett löfte ur patientens perspektiv och leda till ouppfyllda förväntningar. Främsta argumentet mot preliminärbokade tider som både specialisten och sköterskorna ger är att det är på kliniken som man utifrån informationen på remissen måste göra en prioritering av när man kan ta emot en patient.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att processtödet har vid första anblicken tagits emot mycket positivt av de intervjuade och det tolkas som ett medel som kan underlätta för dem att komma åt nödvändig patientinformation. På denna punkt kan vi konstatera att det finns en överensstämmelse mellan den övergripande visionen med processtödet och den miljö där det skall användas. När det

sedan gäller hur roller och relationer kommer att påverkas, baserat på de val som ligger bakom designen av processtödet, så kan det konstateras att vissa funktioner troligen kan integreras i verksamheten med hjälp av befintliga rutiner, som t ex att förse patienten med en dokumentation av mottagningsbesöket. Däremot kan vi redan nu se att andra funktioner, så som möjlighet för patienten att boka tid på vårdcentralen och möjligheten för distriktsläkaren att preliminärboka tid på specialistkliniken, kommer att stöta på hinder. Detta beroende på hur tidsbokningen är organiserad vid vårdcentralen, samt på grund av att personalen vid specialistavdelningen upplever förlorar kontrollen över sin verksamhet. När väl processtödet kommer att provas i verksamheten kommer det med all sannolikhet att dyka upp andra funktioner som man upplever kan förändra roller och relationer på ett icke önskvärt sätt. För att kunna hantera dessa blir det då viktigt att analysera om ett eventuellt motstånd beror på djupare liggande orsaker, eller om en förändring kan genomföras med hjälp av nya rutiner som stöttar en förändring.

8 Avslutande reflektion

Projektet Vårdens framtida informationssystem har varit ett mycket intressant projekt som berört många olika perspektiv på IT-stöd för vårdens processer.

Projektet har, mer an vi kunnat förutse, kommit att fokusera på frågor om organisation, processyn, patientinflytande, profession, kultur och patientsäkerhet. Att projektet inte fått huvudfokus på IT-frågorna tror vi är en viktig framgångsfaktor som gjort att vi kunnat nå fram till verksamheten och få med dem i vårt arbete. Visserligen är ett viktigt projektresultat den visualisering av ett IT-stöd för en tänkt framtida process runt mötet mellan patient och profession, men det är i frågorna om hur denna tänkta process ska kunna realiseras som projektet har sitt främsta framtidsbidrag. Orsaken till detta är, tror vi, att vi har sett processen först utifrån perspektivet patientens behov och till detta lagt de behov som verksamheten har och de krav som ställs på verksamheten. På så vis har patientens behov kunnat balanseras mot verksamhetens behov. Att se processen med patienten som utgångspunkt har satt frågorna om koordinering, beslutsmakt, relation mellan professioner, betalningsansvar och medicinskt ansvar på sin spets.

I projektet har vi inte gett lösningen på dessa problem, vilket inte heller var vårt uppdrag. Däremot ger den konkretiserade visionen i form av processtödet nya möjligheter att utifrån processtödets konkreta beskrivning av ett tänkt arbetssätt kunna hitta lösningar. Huvudfrågorna blir då:

- Vill vi arbeta på det här sättet?
- Vad krävs i så fall då?

Från projektgruppens sida vill vi tacka alla som bidragit till arbetet för deras engagemang och nedlagda tid. Det är vår förhoppning att föreliggande projektresultat ska göra positiva avtryck i det fortsatta arbetet med IT-stöd för vårdens processer.

Skövde i januari 2011

Anne Persson
Projektledare

9 Referenser

Hartman, J. (2005). *Grundad teori – Teorigenerering på empirisk grund.* Lund: Studentlitteratur.

Linderoth, H. (2000), Från Vision till integration – Infusion av telemedicin, en översättningsprocess.

Lynöe, N., Engström, I. & Löfmark, R. (2009) Från *läkarpaternalism till patientautonomi.* Tillgänglig på Internet: http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/13440/LKT0952s3500_3502.pdf [Hämtat 2010-09-09].

Socialdepartementet (2010), Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg, Tillgänglig på internet http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/14/84/29/b38c1b84.pdf [Hämtat 2010-12-15]

Socialstyrelsen (2010-3-13) Uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden: Årsrapport 2010. Tillgänglig på Internet: http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/Hem.aspx [Hämtat 2010-09-09].

Socialstyrelsen (2010-7-5) Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal Tillgänglig på Internet: http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/Hem.aspx [Hämtat 2010-09-09].

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research-Grounded Theory procedures and techniques.* Sage Production Editor: Susan McElroy.

Visuera (2010), Visuera Integration AB. Tillgänglig via Internet http://www.visuera.com , [Hämtat 2010-12-10].

Bilaga 1

HÖGSKOLAN SKÖVDE

Vårdens framtida informationssystem - Patientmötet

Rapport 1 Nulägesanalys

Maj 2009

Analys av nuvarande processer och informationsbehov

Rapport 1, Maj 2009

Författare:
Rose-Mharie Åhlfeldt
Marcus Nohlberg
Peter Jonsson
rose-mharie.ahlfeldt@his.se
marcus.nohlberg@his.se
peter.jonsson@his.se

Innehåll

Inledning 1

Genomförande 2

Patientmötet 3

Handläggning vårdbegäran 4

Planera besök 4

Genomföra besök 5

Planera fortsättning 5

Risk- och konsekvensanalys 6

Verksamhetens perspektiv 6

Avsaknad av helhetstänkande 6
Samordningsproblem - För många vägar för att nå samma mål 6
Gränsytor för inkommande information – avsaknad av information 7
Komplext informationsflöde 7
Pappersbaserad information - manuell hantering av information 7
Systemkomplexitet 8
Bristande tekniskt stöd i vardagsarbetet 8
Tidsbrist kontra tidsåtgång för strul och oväsentligheter 9
Brist på rutiner för effektivisering och kvalitetssäkring 9
Brist på strukturering, standardisering och mätbarhet 10

Patientens perspektiv 10

”Måste vara frisk för att vara sjuk” 10
Patientens behov ifrågasätts – vem vet bäst? 10
Information om “varför” – inte alltid behov av direkt åtgärd 11
Avsaknad av helhetstänkande – ”alla tänker enbart på sin del” 11
“Varför måste allt ta så lång tid?” 12
In- och utmentalitet 12
Språksvårigheter 12
Inget inflytande över sin egen vårdprocess 12
Mycket stora variationer avseende kompetens hos läkaren 13

Förbättringsförslag 14

Ökad tillgänglighet 14
Behov av samordning 14
Behov av helhetstänkande 14
Patientinflytande 14
Förbättrad kvalitet 14

Sammanfattning 15

Inledning

”Vårdens framtida informationssystem” är ett forskningsprojekt med visionen att vårdgivare ska ha tillgång till effektiva och samverkande informationssystem som stödjer en processorienterad vård där patienten är en tydlig och aktiv medaktör.

Projektet syftar till att utveckla en demonstrator som visualiserar en vision om hur framtidens informationssystem för vården bör vara utformade. Demonstratorn kommer att visa på ett helt nytt processorienterat sätt att arbeta i vården där patientens aktiva deltagande och effektiv kommunikation mellan berörda aktörer är centralt. Projektet syftar även till att visa hur processer på olika nivåer kan samverka för att uppnå vinster/positiva effekter av olika slag. Ökad kvalitet t.ex. med avseende på bättre beslutsstöd, optimerad enskild vårdinsats, optimerad verksamhet är exempel på sådana vinster.

Målet med projektet är att de praktiska demonstrationerna ska:

- Ge underlag för framtagande av en övergripande realistisk målbeskrivning för vårdens informationssystem.
- Ge underlag för beskrivning av kvalitativa vinster med det föreslagna synsättet.
- Ge underlag för identifiering av behov när det gäller vidareutveckling/anpassning av nuvarande vårdrelaterade informationssystem.
- Ge underlag för beräkning av kvantifierbara vinster med det föreslagna synsättet.
- Ge underlag för identifiering av behov när det gäller utveckling av nya och innovativa vårdrelaterade informationssystem.
- Ge underlag för framtagande av en generell systemdesign för framtidens informationssystem inom våren, vilket skulle skapa mycket goda möjligheter till tillväxt för inom regionens IT-sektor

Projektkonsortiet består av Högskolan i Skövde (HS), Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och IT-strategiska avdelningen i Västra Götalandsregionen (VG-region).

Projektet är finansierat av VG-regionens utvecklignsråd, IT-strategiska avdelningen i VG-region samt Högskolan i Skövde

Föreliggande rapport är projektets första och syftar till att ge en beskrivning av de nuvarande processerna och informationsbehovet i dessa. Med rapporten ges en bakgrundsbeskrivning . De utmaningar verksamheten står inför identifieras.

Genomförande

Efter diskussion inom projektkonsortiet har projektet avgränsats till att primärt fokusera på patientmötet och dess kringliggande processer.

Nulägesanalysen har genomförts i nära samarbete med berörda vårdgivare och specialister samt patienter. Huvuddelen av arbetet har skett på ortopedmottagningen men kompletterande information har även inhämtats från kardiolog- och ögonmottagningarna, samt ett flertal övriga verksamhetsexperter. Målsättningen har varit att skapa en övergripande bild av nuläget som ett stabilt fundament att vila projektet på.

Ett stort antal intervjuer och observationer har genomförts med patienter, läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och administrativ personal. Detta har bland annat lett fram till ett antal modeller som beskriver patientmötet. Dessa modeller har sedan diskuterats med kontrollgrupper och experter. Från genomförda intervjuer och observationer har också en riskanalys fokuserad på organisatoriska risker tagits fram.

Intervjuerna som genomfördes var semistrukturerade. Detta innebär att frågor har förberetts i förväg men det har funnits utrymme att ställa kompletterande frågor. Intervjuerna dokumenterades skriftligen och diskuterades inom projektgruppen. Intervjupersonerna fick vara anonyma där så var möjligt. Huvudsakligen gällde detta patienterna, vars medverkan var frivillig.

De observationer som gjordes dokumenterades via löpande anteckningar. Kompletterande frågor ställdes vid behov. Patienternas anonymitet observerades noga. Även observationerna dokumenterades och diskuterades inom projektgruppen.

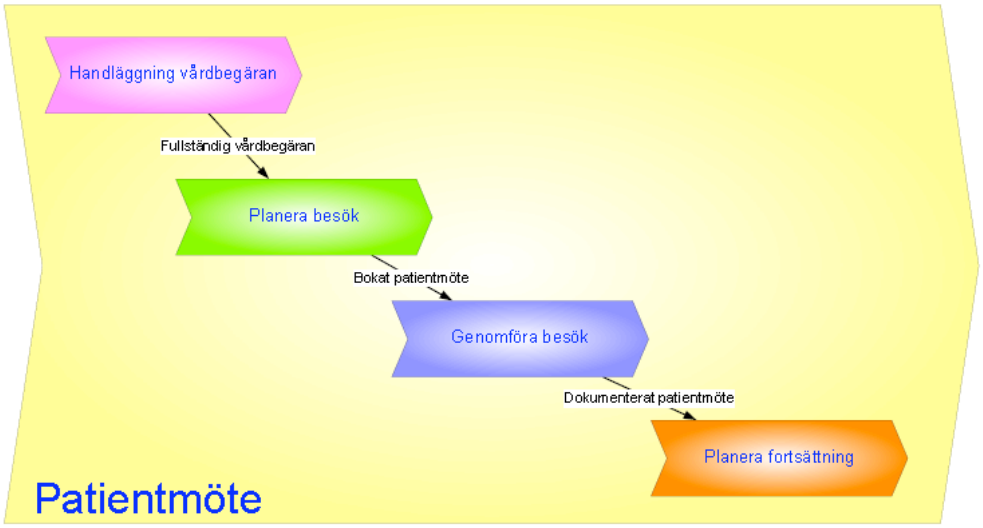
Utifrån det insamlade materialet skapades ett antal modeller som beskriver patientmötet. Dessa skapades i Visio[1] med den s.k. Visuera-metoden[2]. Arbetet var iterativt och ett antal förändringar skedde under processen gång. Dessa stämdes av med verksamhetskunnig sjukvårdspersonal, projektets referensgrupp vid Södra Älvsborgs Sjukhus samt expertkompetens inom modellering. Stor vikt lades vid att göra modellerna så generaliserbara som möjligt, för att vara giltiga för flera olika vårdenheter.

En risk- och konsekvensanalys utformades utifrån resultatet av genomförda intervjuer och observationer. Riskanalysen diskuterades inom projektgruppen varpå de viktigaste problemen med beskrivna konsekvenser valdes ut till denna rapport.

[1] http://visiotoolbox.com/
[2] http://www.visuera.com/

Patientmötet

Med hjälp av det insamlade materialet från genomförda intervjuer och observationer identifierades de processer som kom att utgöra grunden för de modeller som skapades. De färdiga modellerna förevisades upprepade gånger för de verksamhetsexperter som ingår i projektet. Modellerna modifierades utifrån de påpekanden som framkom under dessa förevisningar. Resultat blev ett flertal modeller som beskriver en generell bild av patientmötet som det ser ut idag. Huvudprocessen beskrivs i Figur 1.



Figur 1. Huvudprocessen Patientmötet

Patientmötesprocessen är indelad i fyra delprocesser: handläggning vårdbegäran, planera besök, genomföra besök samt planera fortsättning. De fyra delprocesserna är sammankopplade och bildar tillsammans huvudprocessen.

Nedan beskrivs modellerna mer ingående för de fyra delprocesserna. Bilaga 1-4 visar de dokumenterade delprocesserna. Varje processmodell består av ett antal rader och två kolumner. Raderna kallas för simbanor. Inom en simbana återfinns de aktiviteter som en namngiven roll utför. I kolumnen till vänster anges de roller som identifieras. Rollerna i modellerna utgörs av aktörer (yrkesgrupper), informationssystem och processer. Startpunkten i varje modell markeras med en eller flera gröna pilar, beroende på möjliga ingångar. Varje simbana kontrolleras av sin roll och pilar markerar flöden mellan de olika rollerna. Aktivitetsrutor beskriver vad som händer i de aktuella rollerna. Hexagonerna markerar beslut av olika slag.

Handläggning vårdbegäran

Den första modellen, bilaga 1, beskriver processen att handlägga en vårdbegäran. En vårdbegäran sänds från remittent - vårdcentral, patient eller annan avdelning inom berörd vårdenhet (i det aktuella fallet SÄS) - till mottagande enhet (i det aktuella fallet en mottagning inom SÄS). På mottagningen ankomstregistreras vårdbegäran av remisshanteringsansvarig sjuksköterska. Registreringen sker i ett administrativt informationssystem (AIS). Remisshanteringsansvarig sjuksköterska kontrollerar sedan att patienten har blivit informerad om vårdgarantin (skiljer sig mellan vårdenheter). Har patienten inte blivit informerad återsänds vårdbegäran till remittenten. Har patienten blivit informerad går vårdbegäran vidare till en överläkare för medicinsk bedömning. Vårdbegäran ska bedömas inom tre dagar och till sin hjälp har överläkaren patientens journal som inhämtas från ett kliniskt informationssystem (KIS), förutsatt att patienten finns i systemet. Om överläkaren anser att det saknas information i vårdbegäran för att kunna göra en bedömning återsänds denna till remittenten för komplettering. Om överläkaren kan göra en bedömning utifrån vårdbegäran och specialistvård anses nödvändig bereds en besökstid inom tre månader. Bedöms specialistvård ej nödvändig återsänds vårdbegäran till remittenten.

Planera besök

Den andra modellen, bilaga 2, beskriver processen då ett besök planeras. P.g.a. utrymmesbrist är denna modell delad i två delar. Modellen inleds med en ingång från föregående delprocess. Vårdbegäran ankommer till överläkaren som bedömer om någon medicinsk service (ex. röntgen) behöver beställas. Överläkaren prioriterar därefter vårdbegäran. Prioriteringen och beställningen markeras på vårdbegäran som sedan signeras. Bedöms all information finnas tillgänglig bokas en tid inom tre månader i AIS. Om inte, beställs och planeras journalutdrag och medicinsk service. Finns tid inom tre månader, arkiveras vårdbegäran och en kallelse sänds till patienten samt en bekräftelse till remittenten. Patienten är klar för besök.

Om det inte finns tid inom tre månader sänds en bekräftelse till patienten om att denne är uppsatt på väntelista. Kontroll av medgivande av vårdgarantin sker. Om patienten medgivit vårdgarantin vidareförmedlas denna till avdelningschefen och eventuellt vårdslussen. Om vårdgarantin ej medgivits ska en ny tid beredas inom sex månader. Om tid kan beredas bokas en ny tid i AIS preliminärt och en kallelse sänds ut till patienten. Vårdbegäran arkiveras. Om ingen ny tid kan erbjudas sänds vårdbegäran till avdelningschef för hantering. Om patienten ej accepterar tilldelad tid första gången erbjuds en ny tid inom sex månader. Om patienten ej accepterar tilldelad tid för andra gången returneras vårdbegäran till remittenten.

Genomföra besök

Den tredje modellen, bilaga 3, beskriver processen under vilket ett besök genomförs. P.g.a. utrymmesbrist är även denna modell delad i två delar.

Processen har två ingångar. Den första ingången i modellen inleds med att patienten kommer till sjukhuset. Patienten anmäler sig och betalar centralt i receptionen. Registrering sker i AIS och KIS. Om provtagning ska genomföras förflyttar sig patienten till platsen för provtagning.

Den andra ingången inleds med att receptionen skriver ut en tidsbokningsutskrift (TBU) från AIS. Därefter iordningställs underlagen för patientmöten. TBU och underlag lämnas till undersköterska.

Patienten kommer till mottagningen, anmäler sig och överlämnar hälsodeklaration. Väntar därefter i väntrum. Patientens ankomst registreras i AIS. Undersköterska kontrollerar att patienten kommit i AIS samt kontrollerar resursbehov i KIS. Om patienten anlänt hämtas denne. Undersköterska visar patienten till behandlingsrum där sjuksköterska eller läkare möter upp.

Vid besök hos sjuksköterska genomför sjuksköterskan behandling med eventuell assistans av läkaren. Ska patienten ej vidare för ytterligare behandling/bedömning, dokumenteras mötet i KIS. Om patienten behöver vidare bedömning/behandling lämnas underlag till läkaren.

Om patienten ska möta läkare visar undersköterskan denne till undersökningsrum samt tar med sig underlaget för patientmötet. Patientmötet genomförs och olika informationskällor (KIS) kontrolleras. Under patientmötet assisteras läkaren av sjuksköterskan eller undersköterskan vid behov. Under patientmötet görs en bedömning av patientens problem och ev. framtida vård. Besked om bedömning lämnas till patienten. Efter patientmötet dokumenteras informationen i KIS.

Planera fortsättning

Den fjärde och avslutande modellen, bilaga 4, beskriver processen i vilken fortsatt vård planeras.

Modellen inleds med beslutet att fortsätta eller inte fortsätta utreda patienten. Om bedömningen görs att inte utreda patienten vidare görs en slutdokumentering i KIS och AIS. Eventuellt underlag för detta lämnas vidare till läkarsekreterare. Läkarsekreteraren hämtar underlag från dikteringsrum, diktatet avlyssnas och registreras för utskrift. Registrering görs i KIS och tidsbokning av återbesök görs i AIS. Svar på vårdbegäran, i form av utskrift (epikris) ifrån KIS, tas fram. Den lämnas sedan för signering till läkaren, som signerar och återlämnar den till läkarsekreteraren.

Om fortsatt utredning bedöms nödvändig, meddelas detta patienten som via sjuksköterskan får besked om tidsbokning av ÅB (återbesök). Detta görs i KIS

och AIS. Därefter är delprocessen samt hela huvudprocessen för patientmötet avslutad.

Risk- och konsekvensanalys

Under arbetets gång har ett antal punkter och områden identifierats kring vilka det finns problem och risker. Dessa risker rör inte bara säkerhetsaspekter, utan också sådant som vårdkvalitet, effektivitet och patientaspekter.

De befintliga systemens tekniska säkerhet och eventuella risker som berör detta har inte analyserats i någon större utsträckning. Detta är ett medvetet val eftersom projektet inte ska fokusera på de befintliga systemen i någon större utsträckning, utan istället fokusera på att ta fram framtida lösningar.

Insamlade intryck och feedback från intervjuer och observationer av läkare, överläkare, sjuksköterskor, patienter och annan vårdpersonal har analyserats och därefter har gemensamma, övergripande, problem identifierats. Utifrån dessa problem har det sedan gjorts en enkel konsekvensanalys, där frågan ställts om vad dessa problem faktiskt innebär i förlängningen.

Verksamhetens perspektiv

Här beskrivs de risker och konsekvenser som rör verksamheten och den anställda personalen.

Avsaknad av helhetstänkande

Beskrivning: Det är uppenbart att dagens system inte har utvecklats med ett helhetsfokus. Istället har verksamheten en mångfald olika system, som dels samarbetar ytterst begränsat, dels tvingar fram ett ineffektivt arbetsflöde.

Exempel: För att skaffa fram bakgrundsinformation innan ett patientbesök måste en läkare använda ett stort antal olika system och kan ändå inte vara säker på att ha fått med all den information som är viktig.

Konsekvens: En stor risk är att läkaren missar någon information som är viktig vid patientbesöket. En vardaglig problematik är att mycket extraarbete genereras vid sökning efter information i ett flertal olika system. Dessutom är detta arbete till stor del manuellt. Det tycks som om läkare adresserar detta genom att hitta egna vägar att bemöta dagens systemflora, något som kan leda till oönskade konsekvenser. Överlag tycks det bristande helhetstänkandet vara orsak till att de som är involverade i processen snarare anpassar systemets flöde till sina egna önskemål, än anpassar sina flöden till vad som vore optimalt för helheten.

Samordningsproblem - För många vägar för att nå samma mål

Beskrivning: Vårdpersonalen har svårt att få en överblick av vilka behandlingar patienten har fått och vad som ytterligare behövs.

Exempel: En multisjuk patient har en stor mängd anteckningar i sin journal, men det finns i systemet inget stöd för att strukturera information i form av exempelvis sammanfattningar eller helhetsbilder. Istället måste mycket tid läggas på att läsa igenom alla tidigare anteckningar.

Konsekvens: Läkarna får lägga mycket tid på att leta i och läsa de specifika anteckningar som andra specialister har dokumenterat, med konsekvensen att den övergripande helhetsbilden saknas. Om tid däremot inte finns för läkaren att hinna med att fånga upp all information kan viktig patientinformation gå förlorad. Detta kan medföra allvarliga men för patienten.

Gränsytor för inkommande information – avsaknad av information

Beskrivning: Det är problematiskt att exempelvis vårdbegäran saknar information som krävs för att den ska kunna handläggas på ett adekvat sätt.

Exempel: Ofta saknar inkommande vårdbegäran information om att patienten informerats om vårdgarantin. Annan viktig information för att kunna bedöma remissen saknas också.

Konsekvens: Dessa brister skapar merarbete när kompletterande information måste begäras in. Det ger också sämre vård, då patienten i vissa fall kommer till specialister den inte borde kommit till och då blir försenad i sin vårdprocess . Detta kan leda till allvarliga men för patienten. Det bidrar också till onödiga väntetider och besök vilket är kostsamt för sjukvården.

Komplext informationsflöde

Beskrivning: Det är ofta svårt att få en överblick på var informationen kommer in, och vart den tar vägen. Ofta används flera olika system för att klara av informationsflödet, och det är inte alltid klart var och när informationen används. Dessutom kompletteras de befintliga systemen med ett antal manuella rutiner och ”informationslager”.

Exempel: Vid en vanlig vårdbegäran aktiveras ett antal olika system, både pappersbaserade och manuella.

Konsekvens: En stor mängd manuellt arbete genereras samtidigt som processen blir tidskrävande och kostsam. Dessutom uppkommer risken att patienter hamnar utanför systemet vilket leder till sämre vård för patienten.

Pappersbaserad information - manuell hantering av information

Beskrivning: En stor del av informationen som hanteras i vårdprocessen är manuell; d.v.s. pappersbaserad eller rent av muntlig. Detta kan ge vissa effektivitetsvinster i stunden för vårdpersonal, då det onekligen kan vara smidigare att säga eller skriva något på papper. Samtidigt visar statistik att var tolfte patient får en vårdskada, och 10 % av de som ligger på sjukhus får skador beroende på bristande informationshantering .

Exempel: Vid observation på akuten noterades hur en sköterska muntligen diskuterade med en läkare medicinordinering som senare visade sig oförenlig med tidigare ordinerad medicin. Detta upptäckte dock sköterskan i detta fall och fick på nytt ta en muntlig diskussion med läkaren som var mycket stressad i sin arbetssituation. Läkaren fick endast en ”postit-lapp” med patientens uppgifter och medicinordination för att vid senare tidpunkt, när tillfälle gavs, utfärda ett recept.

Konsekvens: Risk för missad och misstolkad information som gör att patienter blir sjukare, skadade och får sämre vård. Den spridda informationsmängden gör det svårare att få en helhetsbild av patientens hälsotillstånd. Professionerna fokuserar på sina delar i vårdkedjan, och inte på helheten.

Systemkomplexitet

Beskrivning: Många olika informationssystem av både administrativ och klinisk karaktär. Detta ger “mycket klickande”, dubbeldokumentation och i vissa fall även trippeldokumentation.

Exempel: Det är inte ovanligt att personal i vissa fall får mata in (i stort sett samma) information tre gånger. Det finns på många sätt en uppseendeväckande dålig integration mellan systemen. Inte bara saknas en logisk koppling mellan programmen. I vissa fall kan de inte ens vara synliga på datorn samtidigt, dels för att skärmen är för liten, dels för att programvaran inte stödjer det. Det går alltså inte att nå alla de för situationen relevanta systemen, då leverantören enligt utsago inte tillåter detta. Det befintliga journalsystemet skulle annars kunna agera som en spindel i nätet. Detta har lett till att underleverantörer och ansvariga inom verksamheten mer eller mindre har gett upp. Situationen liknar ett ställningskrig.

Konsekvens: Problemet resulterar i stora mängder onödigt extraarbete och frustration vilket i sin tur medför onödig förbrukning av resurser i form av tid och pengar samt låg acceptans för systemen hos medarbetarna. Risken finns också att ytterligare manuella rutiner och ”informationslager” uppstår som ett sätt att ”komma runt” systemen.

Bristande tekniskt stöd i vardagsarbetet

Beskrivning: Ett genomgående önskemål tycks vara att kunna se mer information samtidigt från systemet.

Exempel: På den pappersbaserade tiden kunde läkare se en utskriven journal samtidigt som röntgenbilder visades på ett röntgenskåp. I dagens digitaliserade system stöds inte detta, då läkare måste växla mellan röntgenbilder och journal på samma skärm.

Konsekvens: Eftersom systemet inte idag har stöd för exempelvis dubbla skärmar, tvingas läkare och sjuksköterskor växla fram och tillbaka mellan systemen. Detta gör att granskning av exempelvis röntgenbilder blir en långsammare process och att läkare måste hålla fler fakta i huvudet. Detta är ett

problem som på kort sikt kan adresseras på ett förhållandevis billigt sätt genom anskaffning av dubbla bildskärmar och grafikkort som stödjer detta.

Tidsbrist kontra tidsåtgång för strul och oväsentligheter

Beskrivning: Det krävs, enligt uppgift, 38 olika systemtransaktioner för ett patientbesök. Detta leder bland annat till att den värdeskapande tiden är mindre än 20 % av ett patientbesök.

Exempel: Ett intryck, både från intervjuerna och observationer, är att läkare spenderar allt mindre tid med patienten, och allt mer tid med systemarbete. Denna tid märker inte patienterna, varför det kan kännas som om läkaren bara spenderar någon enstaka minut på dem. Ibland kan detta dock vara en sanning i vissa fall, beroende på tidsbrist. Dessutom är systemen som används ofta mycket svåranvända, och det finns inte alltid en stringens i gränssnitten, vilket gör att inlärningstiden för olika system blir lång.

Konsekvens: Det är enkelt att säga att konsekvensen blir att patienterna får sämre vård, men det är inte nödvändigtvis sant. Däremot får de mindre tid med läkaren, vilket ofta uppfattas som sämre vård av patienterna. Däremot tycks läkarnas arbetssituation ha ändrats till det sämre, då de pålagts ökade administrativa krav, utan att ha fått ökad tid för detta. Eftersom inte vårdpersonalen upplever sig vara delaktiga i inköp/implementering av nya system, och de dessutom anser sig sakna utbildning för deras användning, blir användningen av systemen ofta ineffektiv och långsam, vilket ytterligare förvärrar problemet.

Brist på rutiner för effektivisering och kvalitetssäkring

Beskrivning: De rutiner som används idag är inte designade för att stödja existerande lagkrav. De som utformar rutiner verkar inte ha detaljkunskaper om helheten i verksamhetsprocesserna.

Exempel: Det finns krav på att all vårddata ska signeras av ansvarig läkare. Samtidigt får de i vissa fall sina journalanteckningar flera dagar, ibland veckor, efter att de dikterat dem. Det är då omöjligt att minnas om något faktiskt inte stämmer, varför signeringen anses som en meningslös process.

Konsekvens: Detta är en fråga som leder till komplexa problem i verksamheten. Å ena sidan finns inga tydliga direktiv eller incitament som tvingar personalen att följa rutinerna, å andra sidan är ofta rutinerna dåligt anpassade till verkligheten och ställer orimliga krav på personalen. Detta drabbar i förlängningen patientsäkerheten eftersom signering är en funktion för att säkra upp riktigheten i patientinformationen.

Brist på strukturering, standardisering och mätbarhet

Beskrivning: Även om processer görs om och effektiviseras, och även om programvaror förbättras, fastnar individer i gamla vanor och arbetar snarare mot systemet än med det.

Exempel: Vissa processer är märkliga och tidskrävande, men när personalen är i dem anpassar man sig och vänjer sig.

Konsekvens: Det är viktigt att inte bara se systemen, utan även processerna, som något som kan, och ska, förbättras. Ett sätt att genomföra detta är att försöka hitta en mätbarhet, något som på grund av de stora individuella variationerna idag kan vara nästan omöjligt. Här finns det en klar variation mellan olika avdelningar och vilka möjligheter de har, men överlag tycks ofta den enkla frågan ”varför gör vi detta, och behöver vi verkligen göra det?” saknas i resonemanget. Förutom den enskilda enhetens arbete med dessa frågor är det också viktigt att det inom en vårdverksamhet, i detta fall sjukhuset, finns ett arbete med att övergripande standardisera rutiner och processer där så är möjligt. Processer som skulle kunna vara likartade inom olika enheter bör vara så. Detta underlättar också flyttning av personal mellan enheter.

Patientens perspektiv

Här beskrivs ett urval av de risker och konsekvenser som framkommit från patientens perspektiv.

”Måste vara frisk för att vara sjuk”

Beskrivning: Det är krävande att vara sjuk, då mycket i dagens system är baserat på en aktiv och engagerad patient.

Exempel: Vid väntetider, tidsbrist etc. förväntas patienten själv ta kontakt med sjukhuset och i vissa fall till och med själv ta reda på om det finns någon annan vårdgivare som kan erbjuda vårdgaranti. I många fall måste patienten dessutom driva på för att få provsvar, nya tider och för att se till att information kommuniceras mellan vårdenheter.

Konsekvens: De patienter som mår sämst får sämst vård, emedan de som faktiskt orkar engagera sig och driva sin egen vård får bättre vård. De starkare patienterna efterfrågar privat vård, och vissa söker sig till och med till privata vårdgivare långt borta (t.ex. i Stockholm). Samtidigt är den vård de får hos dessa vårdgivare av skiftande kvalitet, och det finns också en känsla ibland hos patienter att de får sämre vård hos sina vanliga läkare efter att ha varit hos de privata vårdgivarna.

Patientens behov ifrågasätts – vem vet bäst?

Beskrivning: Patienterna upplever att de blir missförstådda från början, och att inte läkare fokuserar på dem och lyssnar på deras problem.

Exempel: Tiden för förstagångsbesök är ofta mycket kort, vilket leder till att vissa läkare bara hinner fokusera på en del av patientens problem. Detta gör att vissa problem missas eller inte tas hänsyn till. Vissa patienter har problem med

att klara sitt arbete på grund av skador som då kan uppstå. Dessa får inte mer hjälp för det, utan upplever ibland snarare att vården motarbetar dem och inte ger dem den hjälp de behöver för att klara sitt arbete, och för att hantera kontakten med t ex försäkringskassan.

Konsekvens: Patienterna kan kastas in i en vårdkedja, där en specialist inte har haft tid för den aktuella vården, och då får de gå tillbaka till primärvården, för att sedan få ny tid till specialist och hamna i en annan vårdkedja. Patienter kan också hamna i en vårdprocess där deras process inför förs framåt. Patienterna får inte tillräcklig hjälp för att bli friska, men är inte heller tillräckligt dåliga för att betraktas som sjuka. Försäkringskassan ligger då på som en tredje part. De olika vyerna är oförenliga vilket sätter patienten i en märklig situation.

Information om "varför" – inte alltid behov av direkt åtgärd

Beskrivning: Patienterna upplever att det stundtals finns för stort fokus på lösningen/behandlingen. I vissa fall inser patienterna att det kanske inte finns en behandling, men de vill ha en förklaring till varför det blivit så här, vad det innebär och vilka konsekvenser det kommer få.

Exempel: En patient har problem med sitt knä, vilket smärtar när patienten står upp. Patienten är ung, och i början av en karriär som kock. Under fem år har patienten försökt få kunskap om huruvida dessa problem kommer bli permanenta, då han i så fall behöver hitta ett nytt yrke. Patienten får inga klara svar utan endast temporära lösningar, vilket ger stora bekymmer inför valet av karriärväg.

Konsekvens: Bristen på tydliga besked och information är ofta påtagliga för patienterna. I vissa fall kan de tänka sig att vänta på behandlingen men de vill ha en diagnos. De vill få mer information under processens gång, framförallt med rekommendationer knutna till deras vardag och arbete.

Avsaknad av helhetstänkande – "alla tänker enbart på sin del"

Beskrivning: Det finns en tendens till att bara fokusera på den del som ligger närmast vårdgivaren, snarare än patientens behov. Dessutom finns en stor komplexitet med försäkringsbolag, försäkringskassan, apotek och andra inblandade.

Exempel: Samarbetet mellan patient, läkare, specialist och exempelvis försäkringskassan är ofta komplext och svårt. Patienter upplever att de får lägga mycket tid och engagemang för att driva dessa komplexa processer. "Den ena handen vet inte vad den andra gör".

Konsekvens: Patienten upplever att den får dra ett tungt lass för att hålla sin situation och sig själv igång. Det krävs mycket arbete och kunskap för att balansera intyg och liknande som krävs. Det saknas en person med tid, kunskap och resurser som hjälper patienten. Detta förstärks ytterligare av att vårdgivarna fokuserar just på sin specialitet och sitt ansvarsområde.

"Varför måste allt ta så lång tid?"

Beskrivning: Det är problematiskt för patienten att få kontakt med vården.

Exempel: Väntetid i telefonkö kan pågå nästan hur länge som helst. Detta kräver stort engagemang från patientens sida, särskilt då problemet upprepas löpande vid nästan varje vårdkontakt, och stundtals måste patienten ta många kontakter.

Konsekvens: Det finns en förväntan från vården att patienter själva ska driva sin vårdprocess. Detta blir svårt och tidskrävande då varje kontakt tar mycket tid och engagemang. Istället blir svaga patienter utelämnade, och starkare frustrerade och arga. Arbetsföra patienter som inte är sjukskrivna upplever att de inte har möjlighet att ringa och nå vården i den utsträckning de önskar vilket medför att vårdförloppet ofta förlängs.

In- och utmentalitet

Beskrivning: Patienter upplever att de inte får något djupare engagemang från läkare. Det är tydligt fokus på att åtgärda specifika problem, och det finns ingen plats för att diskutera större problem eller bakomliggande orsaker. Patienten ska så snabbt som möjligt behandlas för specifikt problem och sedan skickas vidare.

Exempel: En patient vars problem inte är direkt knutet till aktuell vårdgivare skickas vidare. Ett övergripande ansvar saknas.

Konsekvens: Patienter upplever systemet svårt och oöverskådligt att navigera i. Det är i många avseenden de själva som måste hantera och begripa, vilket gör det svårt för dem och det är lätt att de känner att de missar möjligheter och rättigheter.

Språksvårigheter

Beskrivning: Patienterna har problem med att förstå vad läkarna säger, och vad de har för diagnoser.

Exempel: I vissa fall beror dessa problem på att diagnoserna är komplexa och att läkarna talar ett medicinskt fackspråk. I vad som verkar vara flertalet fall beror problematiken på att läkarna inte talar tillräckligt bra svenska. Detta kombinerat med bristande efterinformation gör att patienterna inte upplever att de förstår vad som händer och förstår sin diagnos.

Konsekvens: Patienter känner sig åsidosatta och förtroendet för vården minskar. Vissa patienter begär till och med att få svenska läkare eftersom de vill undvika att få läkare som inte förstår dem, eller att de inte själva förstår läkaren.

Inget inflytande över sin egen vårdprocess

Beskrivning: Patienter upplever att de är helt utelämnade till vårdens situation, och att de måste acceptera det de erbjudits, eller finna sig i att inte få några tider/hjälp.

Exempel: Patienterna får ibland tider som är mycket olämpliga, vilket ger dem problem i sin vardag. De upplever det vara problematiskt att de inte kan påverka sin situation alls vad gäller dessa bokningar.

Konsekvens: Det är frustrerande för patienterna att vara utelämnade, och dessutom blir det ibland till synes onödiga konsekvenser då patienterna inte kan lämna önskemål på behandlingstider. Exempelvis blev en patient tvungen att avstå från en stor sportuppvisning som denne förberett under mycket lång tid, då hon fick en operationstid fyra dagar innan, som inte gick att boka om.

Mycket stora variationer avseende kompetens hos läkaren

Beskrivning: Patienter upplever att det är lite av ett lotteri att få en kompetent läkare. Vissa vet ”inget alls” om problemet och vissa dömer ut tidigare behandlingar.

Exempel: Det händer att läkare själva säger att de inte kan något om det aktuella problemet, men ger ändå någon form av behandling. Patienterna upplever att läkaren tror sig förstå vad som händer och vilken diagnos de ska ge.

Konsekvens: Självklart kan inte alla läkare vara specialister på allt. Dock verkar det finnas en alltför stor variation vad gäller kunskaper. Patienterna upplever att de blir dåligt behandlade och att de får jobba för mycket själva med att få rätt vård. I vissa fall antyds dessutom att läkarens bristande kunskap, kombinerat med långa väntetider för att komma till läkare som faktiskt kan leda till vårdskador och att befintliga skador förvärras. Om den första läkaren patienten får träffa är uppenbart okunnig om området borde tiden tills patienten får träffa en läkare som kan göra en korrekt bedömning minimeras för att undvika lidande och vårdskador.

Förbättringsförslag

Nedan följer ett antal förbättringsförslag som tydligt identifierats under nulägesanalysen. Det finns naturligtvis många fler men dessa kommer att arbetas fram i projektets nästa fas.

Ökad tillgänglighet

Både patienter och personal upplever problem med tillgänglighet. Denna brist består till stor del på bristande systemstöd; det är väldigt svårt att planera. Med övergripande kompatibla planeringsverktyg som tillåter patientinteraktion kan detta till viss del adresseras. Samkörning mellan vårdenheter och mer proaktiv planering på logistisk grund har lyckats i andra landsting och kommuner, t. ex. Västerbottens Läns Landsting och bl a. Umeå kommun samt Örebro Läns Landsting och Örebro kommun.

Behov av samordning

Även om projekt pågår, såväl nationellt, regionalt som lokalt, är samordning en komplex och omogen process inom vården. Bristen är både system- och processbetingad. Det är tekniskt möjligt att låta informationssystemen samarbeta men detta försenas, till synes beroende på komplexiteten, bristande kravställande och leverantörers ovilja. Ett lika stort problem är den bristande logistiska samordningen mellan olika vårdenheter. En centralisering av planering och ledningsfunktionerna från mottagningar och avdelningar, kan till viss del adressera detta problem, men avdelningsinternt arbete krävs också.

Behov av helhetstänkande

De informationssystem som används har uppenbarligen utvecklats separat utan gemensamma riktlinjer för funktion och användbarhet. Detta skapar ett onödigt komplext och tungrott arbete med mycket onödiga arbetsuppgifter för personal och svårigheter för patienter. En övergripande omarbetning av system behövs. En anslutning till nationella standarder, såsom NPÖ, kan till viss del adressera dessa problem.

Patientinflytande

Patienter upplever ofta att de har svårt att påverka sin vårdsituation, svårt att förstå informationen och saknar inflytande över sitt eget vårdflöde. Detta kan lösas genom att ha system som är samordnade och tillgängliga. Det största klagomålet från patienterna rör väntetiden. Genom effektiviserade processer och ett strukturerat logistiskt arbete kan förhoppningsvis den upplevda och faktiska väntetiden kortas avsevärt.

Förbättrad kvalitet

Kvalitetsarbete är av yttersta vikt för både patient, personal, verksamhet och framtida processer. Mycket tid läggs på att förbättra kvalité och redovisning av medicinska kvalitetsaspekter. Med ett bättre systemstöd kan insamlingen av mätvärden som ligger till grund för inrapporteringen underlättas markant och ett mer strukturerat arbetsflöde kan uppnås. Ett lyckat exempel på detta är Hjärtjournalen vid SÄS.

Sammanfattning

I nulägesfasen i projektet ”Vårdens framtida informationssystem” har ett antal intervjuer och observationer genomförts på Ortopedmottagningen på SÄS. Från dessa intervjuer och observationer har sedan patientmötet processmodellerats inkluderande fyra delprocesser. Processmodellerna visar på komplexiteten i informationshanteringen för ett generellt patientbesök. Det som tydligt har framkommit som klara problem och som även har behandlats i riskanalysen är följande områden:

Verksamhetens perspektiv

- Avsaknad av helhetstänkande
- Samordningsproblem – för många vägar för att nå samma mål
- Inkommande information viktig – avsaknad av information
- Komplext informationsflöde
- Pappersbaserad information – manuell hantering av information
- Systemkomplexitet
- Bristande tekniskt stöd i vardagsarbetet
- Tidsbrist kontra tidsåtgång för strul och oväsentligheter
- Brist på förbättrade rutiner för effektivisering och kvalitetssäkring
- Brist på strukturering, standardisering och mätbarhet

Patientens perspektiv

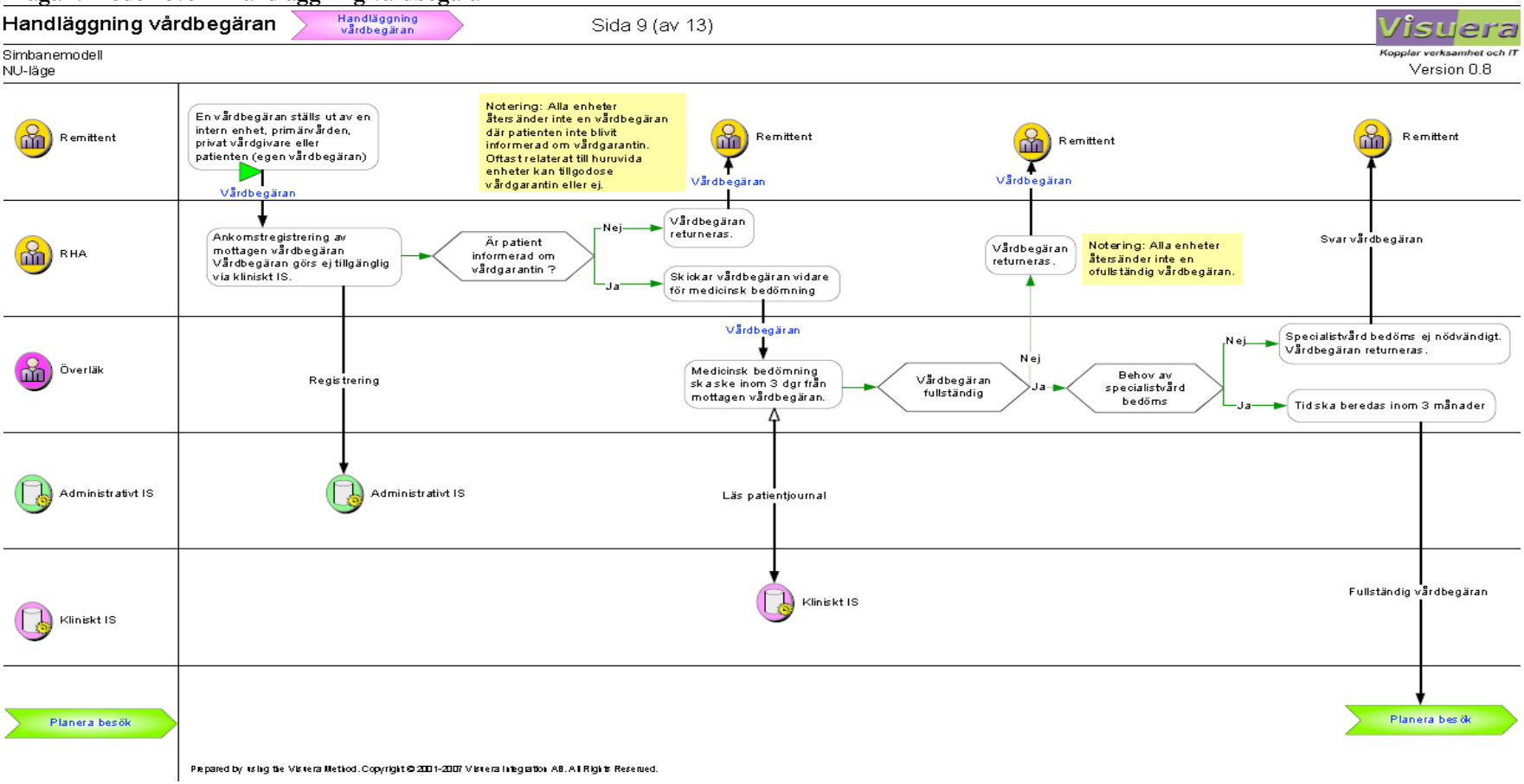
- ”Måste vara frisk för att vara sjuk”
- Patientens behov ifrågasätts – vem vet bäst?
- Information om ”varför” – inte alltid behov av direkt åtgärd
- Avsaknad av helhetstänkande – ”alla tänker enbart på sin del”
- ”Varför måste allt ta så lång tid?”
- In- och utmentalitet
- Språksvårigheter
- Inget inflytande över sin egen vårdprocess
- Mycket stora variationer avseende kompetens hos läkare

Från ovanstående har ett antal förbättringsförslag identifierats.

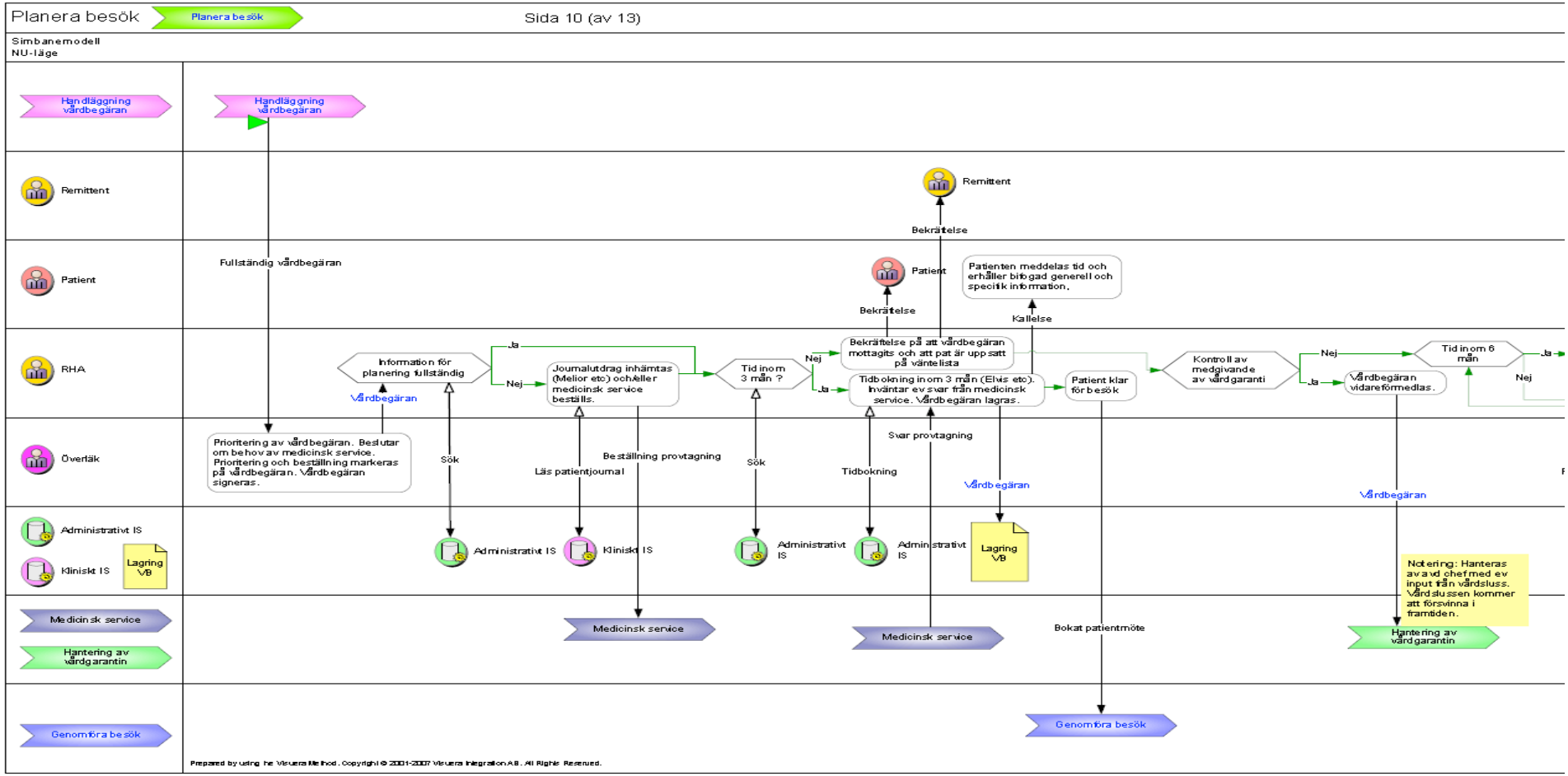
- Ökad tillgänglighet
- Ökad samordning
- Ökat helhetstänkande
- Patientpåverkan
- Förbättrad kvalitet

Som beskrivits ovan är utmaningarna för vårdens framtida informationssystem stora. Nulägesanalysen tillsammans med inkluderande förbättringsförslag kommer att ligga till grund för nästkommande fas i projektet där nya idéer för framtida verksamhetsprocesser ska identifieras.

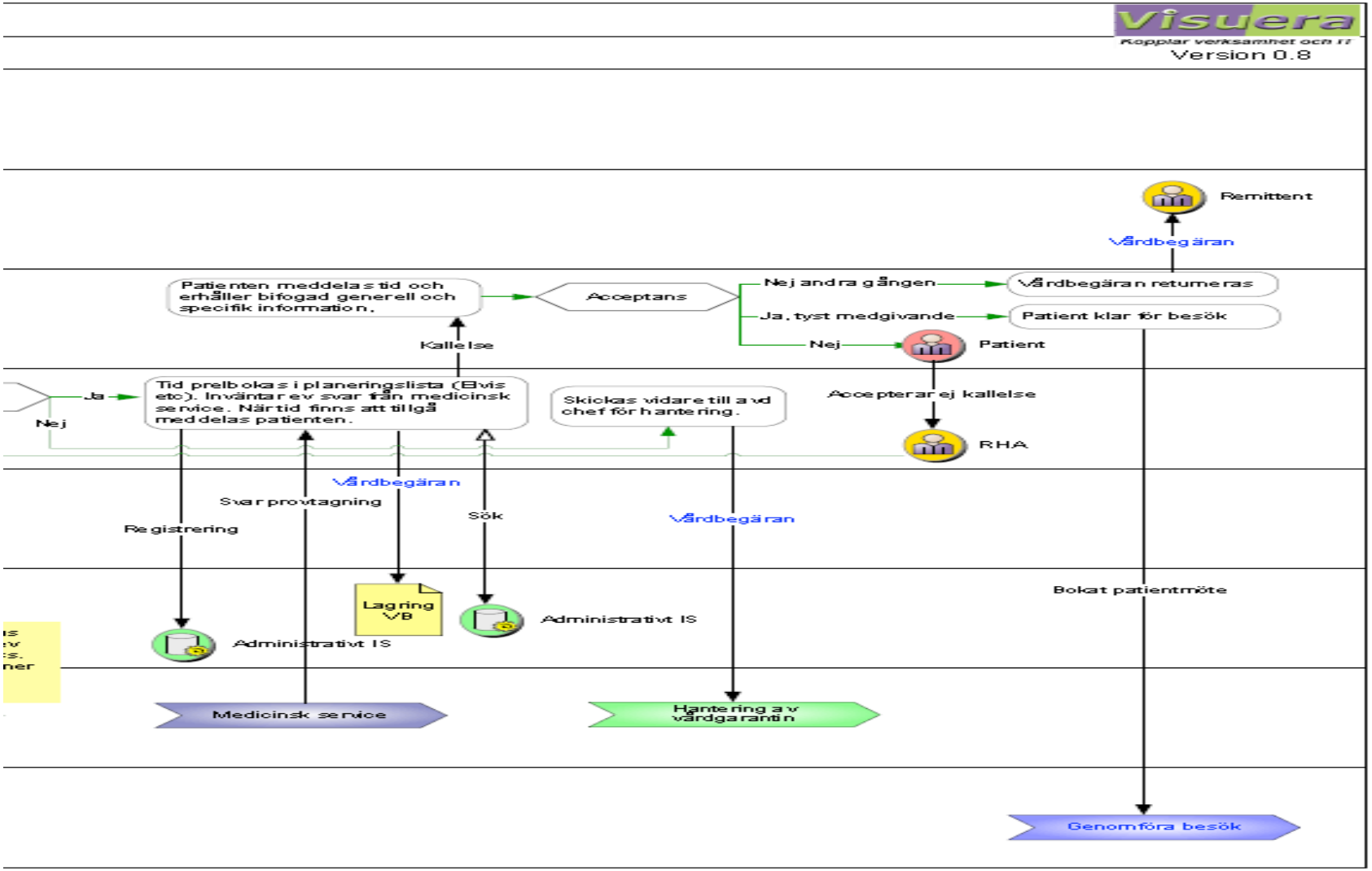
Bilaga 1: Modell över "Handläggning vårdbegäran"



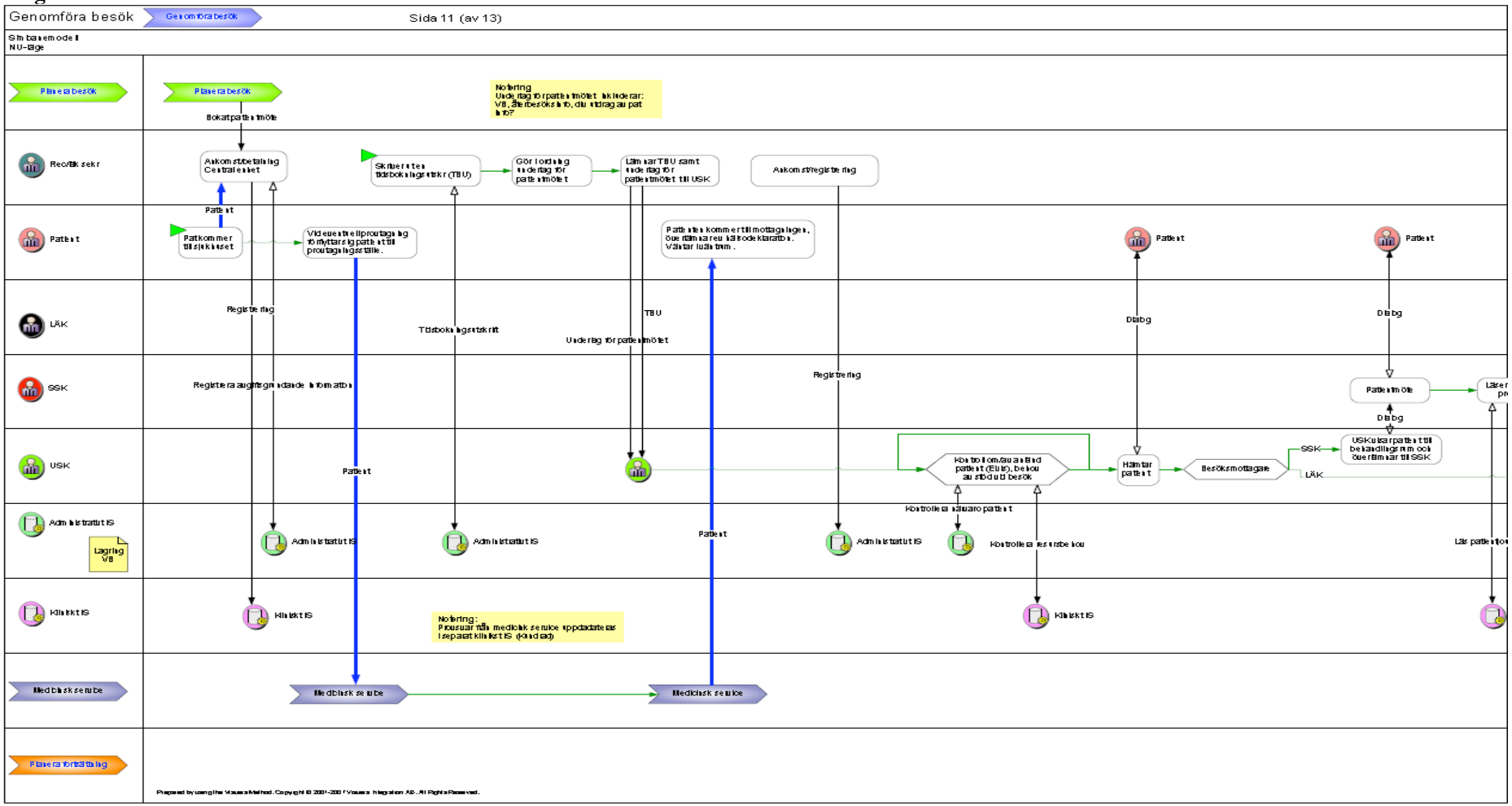
Bilaga 2 Modell över "Planera besök"



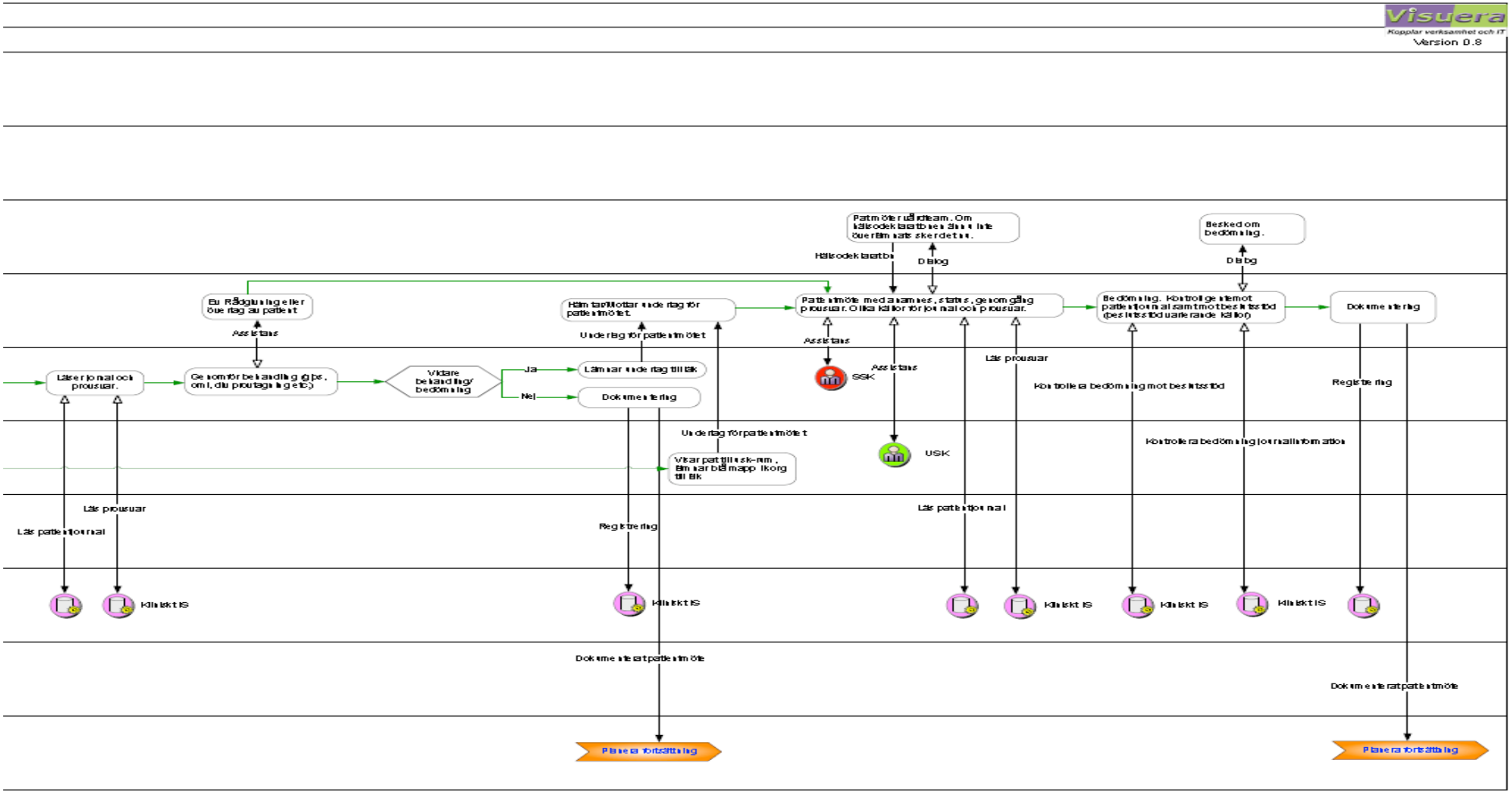
Bilaga 2: Fortsättning av modell "Planera besök"



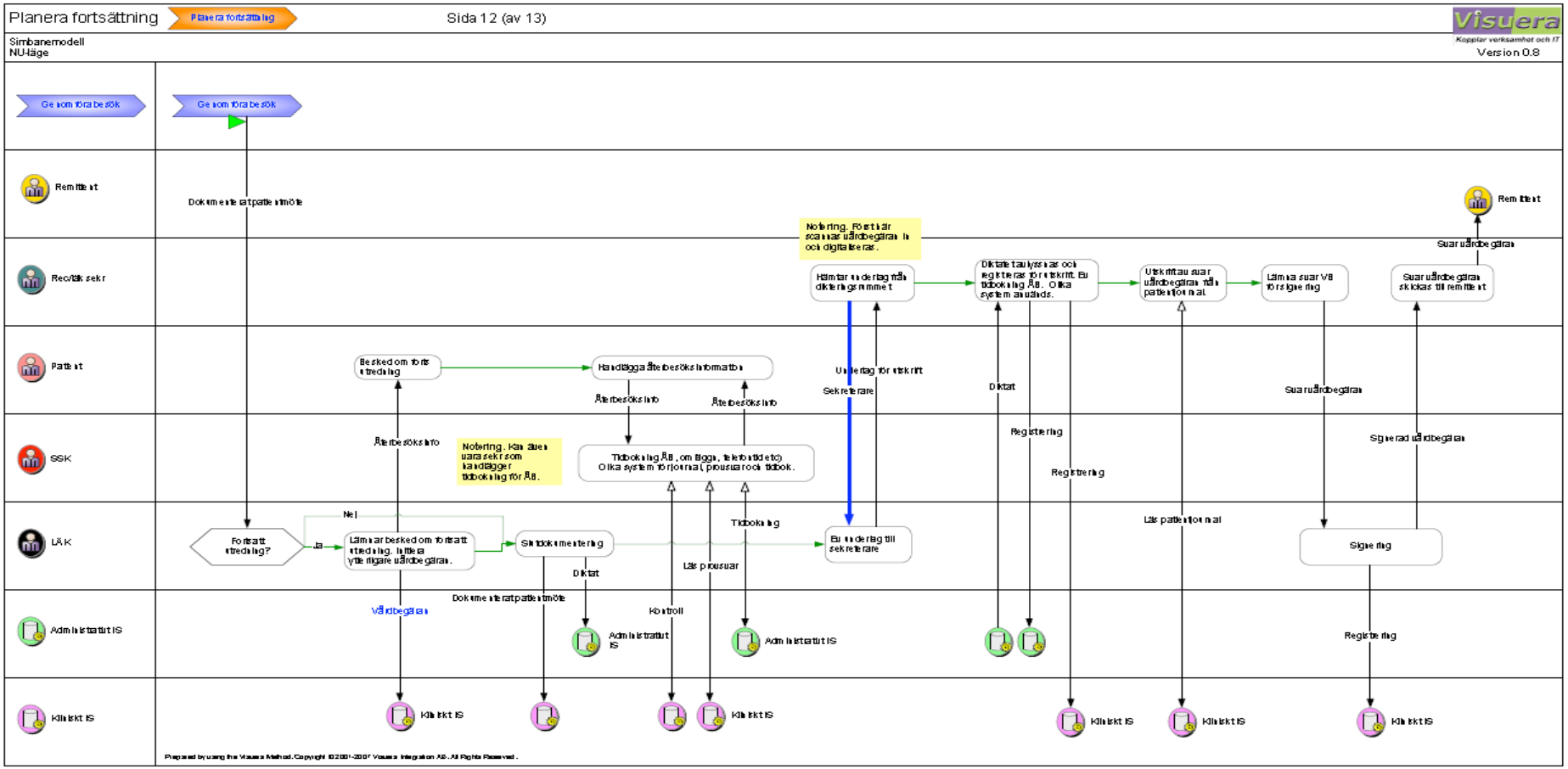
Bilaga 3: Modell över "Genomföra besök"



Bilaga 3: Fortsättning av modell för "Genomföra besök"

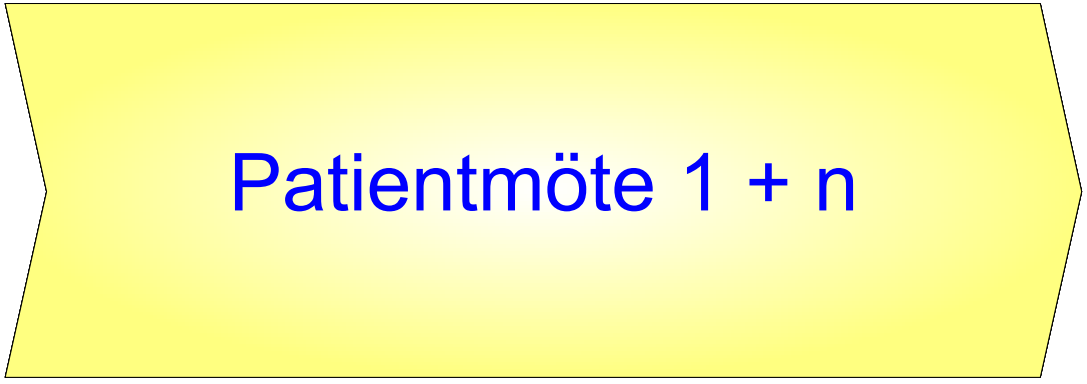


Bilaga 4: Modell över "Planera fortsättning"


Planera fortsättning
Planera fortsättning
Sida 12 (av 13)
Visuera
Kopplar verksamhet och IT
Version 0.8
Simbanemodell
NU-läge
Genomföra besök
Genomföra besök
Remittent
Dokumentera patientmöte
Notering. Först har scannas vårdbegäran in och digitaliseras.
Remittent
Suar vårdbegäran
Rec/läk sekr
Hämtar underlag till diktering gemmet
Diktat analyseras och registreras för utskrift. Eu tidbokning ÅB. Olika system av vards.
Utskrift av svar vårdbegäran till patientjournal
Lämna svar VB för signering
Svar vårdbegäran skickas till remittent
Patient
Besked om fortsättning
Handläggare återbesöksinformation
Underlag för utskrift
Sekreterare
Diktat
Svar vårdbegäran
Återbesöksinfo
Återbesöksinfo
SSK
Registrering
Signerad vårdbegäran
Registrering
Notering. Kan även vara sekr som handlägger tidbokning för ÅB.
Tidbokning ÅB, om tiggis, telefontid etc) Olika system för journal, prov svar och tidbok.
LÄK
Nej
Ja
Fortsatt vårdning?
Lämnar besked om fortsatt vårdning. Initiera ytterligare vårdbegäran.
Slutdokumentering
Tidbokning
Eu underlag till sekreterare
Läs patientjournal
Signering
Diktat
Läs provsvar
Administrativt IS
Vårdbegäran
Dokumentera patientmöte
Kontroll
Administrativt IS
Administrativt IS
Registrering
Kliniskt IS
Kliniskt IS
Kliniskt IS
Kliniskt IS
Kliniskt IS
Kliniskt IS

Patientmöte

Kartläggning av NU- och BÖR-läge



Version 3.8 **Publicerad:** 2011-01-05 **Skapad av:** Rose-Mharie Åhlfeldt, Kalle Wåhlander m.fl. **Godkänd av:** VFI referensgrupp

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Innehållsförteckning

Innehåll	Sida
Försättssida	1
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	3
Ändringshistorik	4
Rollbeskrivningar	5
Förklaring av använda symboler	6
Förklaring av använda symboler, forts.	7
Hjälpavsnitt - Webbnavigering	8
Patientmöte 1 + n - Översiktsmodell - NU-läge	9
Patientmöte 1 + n - Översiktsmodell - BÖR-läge	10
Handläggning vårdbegäran - Simbanemodell - NU-läge	11
Planera besök - Simbanemodell - NU-läge	12
Genomföra besök - Simbanemodell - NU-läge	13
Planera fortsättning - Simbanemodell - NU-läge	14
Skapa vårdbegäran (Patient) - Simbanemodell - BÖR-läge	15
Handlägg VB & planera nybesök - Simbanemodell - BÖR-läge	16
Förbereda besök - Simbanemodell - BÖR-läge	17
Patient anländer - Simbanemodell - BÖR-läge	18
Bedömning & åtgärder - Simbanemodell - BÖR-läge	19
Planera fortsättning - Simbanemodell - BÖR-läge	20
Slutdokumentera besök - Simbanemodell - BÖR-läge	21
Bedöma svar & slutdokumentera patientmöte - Simbanemodell	22

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Detta dokument beskriver...

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Version 1.0 2009-09-01 – Rose-Mharie Åhlfeldt

Fastställt NU-läge

Version 0.8 2009-04-03 – Rose-Mharie Åhlfeldt

Revidering efter genomgång referensgrupp

- Förändring 1. Versionsuppdatering
- Förändring 2. Ändringshistorik
- Förändring 3. Planera besök. Bekräftelse vårdbegäran till remittent.
- Förändring 6. Planera besök. Tillägg svar från provtagning medicinsk behandling.
- Förändring 7. Genomföra besök. Tillägg registrering i klin system vid ankomst/betalning.
- Förändring 8. Genomföra besök. Kastat om ordning i flödet mellan läkare och ssk.
- Förändring 9. Planera fortsättning. Lagt till text och kopplingar att även sekr gör tidbokning för ÅB.

Version 0.7 2009-03-28 – Rose-Mharie Åhlfeldt

Revidering efter genomgång

- Förändring 1. Versionsuppdatering
- Förändring 2. Ändringshistorik
- Förändring 3. Handläggning vårdbegäran: Notering som förklaring varför VB skickas tillbaka till remittent om pat inte är informerad om vårdgarantin.
- Förändring 4. Handläggning vårdbegäran: Revidering av ”ofullständig” till ”fullständig” i beslutsaktivitet.
- Förändring 5. Planera besök. Lagt till beskrivning av RHA och kopplat till rollista.
- Förändring 6. Planera besök. Ändrat ordning på ”ja” och ”nej” vid ”planeringsunderlag fullständig”.
- Förändring 7. Genomföra besök. Tagit bort ”grön pil” från ”planera besök”.
- Förändring 8. Genomföra besök. Lagt till patientikon och kopplat mot ”patientmöte” med ssk.
- Förändring 9. Planera fortsättning. Kopplat flöde från ”Signering” till ”Kliniskt IS”.

Version 0.6 2009-03-24 – Rose-Mharie Åhlfeldt

Revidering efter besök på hjärtmott och ögonmott

- Förändring 1. Versionsuppdatering
- Förändring 2. Ändringshistorik
- Förändring 3. Handläggning vårdbegäran: Tagit bort röda textrutor utställare och IS-system.
- Förändring 4. Handläggning vårdbegäran: Ändrat utställare till remittent.
- Förändring 5. Lagt till notering om att ofullständig vårdbegäran inte alltid skickas tillbaka till remittent.
- Förändring 6. Handläggning vårdbegäran: Justering av textruta.
- Förändring 7. Planera besök: Lagt till text om övriga system i textrutor.
- Förändring 8. Planera besök: Tagit bort röd ruta samt utställarroll och koppling om meddelande om bokad tid till remittent. Istället kopplat bekräftelse till pat om emottagen vårdbegäran.
- Förändring 9. Genomföra besök: Justering ”blå mapp” till ”underlag för patientmötet”
- Förändring 10. Planera fortsättning: Lagt till nej-alternativ vid beslutsaktivitet ”Fortsatt utredning”.
- Förändring 11. Justering ”orange lapp” till ”Återbesöksinfo”.
- Förändring 12. Lagt till koppling till kliniskt IS från Slutdokumentering.

Version 0.5 2009-03-23 – Rose-Mharie Åhlfeldt

- Revidering efter besök hos Karin Lennartsson
- Förändring 1. Versionsuppdatering
- Förändring 2. Ändringshistorik
- Förändring 3. Handläggning vårdbegäran: Tagit bort röd textruta avseende verifiering av pat
- Förändring 4. Handläggning vårdbegäran: Ändring av textinnehåll i textrutor
- Förändring 5. Planera besök: Textändring beslutsruta om kompletteringar till planeringsunderlag komplett.
- Förändring 6. Planera besök: Lagt till koppling mot adm IS samt kliniskt IS.
- Förändring 7. Planera besök: Lagt till textruta om meddelande av bokad tid till remittent.
- Förändring 8. Planera besök: Tagit bort koppling till ”dokument” och lagt till koppling till ”Hantering av vårdgarantin” vid aktiviteten om tidbokning vid 6 mån.
- Förändring 9. Genomföra besök: Tagit bort problemruta om hälsodeklaration.
- Förändring 10. Genomföra besök: Tagit bort problemruta om dokumentation.
- Förändring 11. Genomföra besök: Lagt till rådgivning av läkare samt ev övertag av med bedömning vid ssk-behandling.
- Förändring 12. Planera fortsättning. Bytt från adm IS till Kliniskt IS vid aktivitet om ”Lämna besked om fortsatt planering …”.
- Förändring 13. Planera fortsättning. Notering om att vårdbegäran digitaliseras först vid scanning.

Version 0.4 2009-03-17 – Rose-Mharie Åhlfeldt

- Förändring 1. Versionsuppdatering
- Förändring 2. Ändringshistorik
- Förändring 3. Uppdaterat lista rollbeskrivningar
- Förändring 4. Färgändring av processerna
- Förändring 5. Justering ”Handlägga vårdbegäran” Komplettering av vårdbegäran
- Förändring 6. Lagt till frågeställningar ”röda rutor”.
- Förändring 7. Ändrad ordning på pilar vid Tidbokningen ”Planera besök”
- Förändring 8. Ändring av vårdbegäran till Adm IT-system från ”Medicinsk service”.

Version 0.3 2009-03-09 – Jan Törnebohm

- Revidering av ”Planera fortsättning” utifrån version 0.1 och diskussionsmaterial.

Version 0.2 2009-03-09 – Jan Törnebohm

- Revidering av ”Handlägga vårdbegäran, ”Planera besök”, Genomföra besök” utifrån version 0.1 vid intern workshop.

Version 0.1 2009-03-06 – Rose-Mharie Åhlfeldt

- Uppritning av projektet ”Patientbesök”.

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Rollista

Verksamhetsprocesser, Mänskliga roller, IT-applikationer, eRegister, Platser, Dokument

Utförare
Roll som besätts med aktörer som utför de definierade aktiviteterna inom en verksamhets-process.

Produktionsansvarig
Roll som som besätts med aktör som är ytterst ansvarig att driva den operativa verksamheten i en process. Rollen kan besättas med flera aktörer, ofta knutna till linjebefattning.

Processägare
Roll som besätts av aktör med ansvar för utvecklingen av en verksamhetsprocess. Rollen kan enbart besättas med 1 st aktör och är ibland knuten till en linjebefattning.

Rollerna placeras visuellt för varje verksamhets-process enligt vidstående beskrivning.

Administrativt IS	Administrativt IS inkluderar IT-stöd som Elvis, Adapt, Excel, Orbit, Medspecah, ekonomisystem etc.
Kliniskt IS	Kliniskt IS inkluderar IT-stöd som Melior, Journal III, Kundrad, Hjärtjournal etc, samt beslutstöd som Internet. I vissa fall inkluderar kliniska IS även beslutstöd och adm IS-funktioner.
Remittent	En remittent kan var aktör som hör till Vårdcentral prmärvård, privat vårdgivare, intern enhet eller annant remitterande organ (optiker etc) men även en patient.
RHA	Remisshanteringsansvarig. En specifik roll på ortopeden. Kan även inkludera ssk och/eller sekr.
Medicinsk service	Medicinsk service kan vara laboratorium, röntgen eller sjukgymnastik.
Hantering av vårdgarantin	Hantering av vårdbegäran är den vårdsluss som slussar vårdbegäran vidare till övriga vårdgivare.
Patientmötesledare	Patientmötesledare är den roll/person som ansvarar för patientmötet (läkare, ssk, dsk etc). Ska ses som en generalisering av rollen.
Kliniskt team	Klinisk team inkluderar roller som läkare, ssk, usk etc. Funktionen är mer rådgivande och assisterande till patientmötesledaren.
Patientmöte 1 + n	Patientmöte 1 + n är en verksamhetsprocessroll där 1 + n definierar klinisk enhet (fysik plats) där patientmötet sker. Patientmötet avlutas med att patient lämnar klinisk enhet (fysik plats) samt att alla relaterade svar inkommit och till svaret relaterade aktiviteter har initierats.

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Roller

En **roll** grupperar ett antal aktiviteter som kräver en definierad kompetens för att aktiviteterna skall kunna utföras. Om **rollen** avser ett IT-stöd avses med kompetens IT-stödets funktionalitet. **Rollen** besätts av aktörer som kan utföra rollens alla aktiviteter.

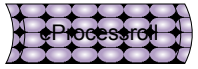
En **verksamhetsprocessroll** (processroll) är en gruppering av aktiviteter och roller. En verksamhetsprocessroll fungerar i sig som en enda roll, men aktiviteterna utförs av de underliggande rollernas aktörer.

Mänsklig roll

Aktörerna i en **mänsklig roll** är individer med den kompetens som krävs för att utföra rollens aktiviteter.

IT-applika-
tionsroll

Aktörerna i en **IT-applikationsroll** är specifika IT-applikationer och IT-stöd, t.ex. ekonomisystem eller ordersystem som har den funktionalitet som aktiviteterna i rollen kräver.



En **eProcessroll** representerar ett IT-stöd som bearbetar och styr elektroniska informationsflöden i en process.

eRegisterroll

En **eRegisterroll** hämtar/lagrar/hanterar elektronisk information med en specifik struktur och betydelse. Informationen kan vara lagrad i t.ex. en relationsdatabas.

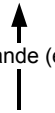
En **dokumentroll** sparar/samlar information med ett förutbestämt syfte, t.ex. årsredovisningar från bolag.

Platsroll

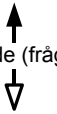
En **platsroll** representerar fysiska områden (ofta byggnader) t.ex. centrallager eller lokala säljkontor. Aktörer i rollen utför aktiviteter som t.ex. "lagra produkt" eller ”inhysa säljare”.

Flöden mellan roller

Flöden visas som pilar, som sammankopplar flödets avsändarroll och flödets mottagarroll. Flödets riktning indikeras av pilspetsen. För dubbelriktade pilar går flödet i steg 1 (frågan) i den ifyllda pilspetsens riktning, och i steg 2 (svaret) i motsatt riktning.


Meddelande (enväg)

Ett **informationsflöde** av typen **envägsmeddelande.** Informationen kan transporteras på olika sätt, t.ex. via e-post, SMS, fax eller brev. Meddelandet kan även vara en överföring mellan två IT-applikationer. Vid en sådan överföring är informationen formaterad efter någon standard, ofta XML eller EDI (SFTI, EDIFACT eller ANSI X12).


Meddelande (fråga/svar)

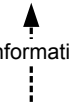
Ett **informationsflöde** av typen **fråga/svarsmeddelande**. Aktörer i den mottagande rollen tar emot meddelanden och ger *direkt svar*. Telefonkonversationer, frågor mot en eRegisterroll eller utväxlande av information via programgränssnittsanrop (API-anrop) är exempel på fråga/ svars meddelanden.

Användargränssnitt (enväg)

Ett **informationsflöde** av typen **envägsmeddelande.** Informationen hanteras via **användargränssnitt** av aktörer i en mänsklig roll**.** Användargränssnittet kan vara t.ex. ett formulär i en webbläsare.

Användargränssnitt (fråga/svar)

Ett **informationsflöde** av typen **fråga/svarsmeddelande.** Informationen hanteras via **användargränssnitt** av aktörer i en mänsklig roll**.** Användargränssnittet kan vara t.ex. ett formulär i en webbläsare.


Indirekt informationsflöde

Ett **indirekt informationsflöde** är ett indirekt flöde där informationen ”skickas” från en avsändarroll till en mottagarroll via en mellanlagringsroll. För aktören i mottagarrollen innebär det att den erhåller informationen via mellanlagringsrollen.

Fysiskt flöde

Ett **fysiskt flöde** mellan aktörer i två olika roller. Det fysiska flödet kan vara t.ex. varor eller produkter. Aktörerna i en av rollerna kan vara en fysisk plats, exempelvis ett lager.

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Arbetsflöde/ informationsflöde inom en roll

Beskriver verksamhetsprocessens **arbetsflöde** och **informationsflöde** som går mellan aktiviteter.

1

Pilen omsluter **aktiviteter** i en process vilka **kan hoppas över**. Ett villkor kan beskrivas med en notering kopplad till pilens startände. Detta villkor avgör huruvida aktiviteterna innanför pilen ska utföras eller inte.

5

Pilen omsluter **aktiviteter** i en process vilka **kan repeteras**. Ett villkor kan beskrivas med en notering kopplad till pilens startände. Detta villkor avgör huruvida man ska repetera eller inte.

8

Klammern **omsluter flera meddelande** typer som kan tas emot av en aktör som agerar i en specifik roll. Turordningen som meddelanden mottas är obestämd. Ett villkor kan beskrivas med en notering kopplad till klammern. Detta villkor specificerar vilka av meddelandena som skall mottas innan processens flöde fortsätter.

Mänskliga aktiviteter

Aktivitet

En **aktivitet** i en verksamhetsprocess som utförs av en aktör i en mänsklig roll. Aktiviteten beskrivs med text i symbolen.

Beslut

En **beslutsaktivitet** i en verksamhetsprocess som utförs av en aktör i en mänsklig roll. Aktiviteten beskrivs med text i symbolen.

Hjälpsymboler

En möjlig **startpunkt** för ett flöde i en verksamhets-process. Symbolen är speciell viktig att använda då en verksamhetsprocess har mer än en startpunkt.

Separator för olika scenarier i en process (process-scenarier). Används i simbanemodeller för att särskilja de olika processcenarierna.

Effekter

Repetitions
As-Is = X
To-Be = Y

Med *en* **repetition** avses *ett* flöde från att det startas till att det avslutas i ett processcenario. Grön siffra är antal repetitioner av ett NU-lägesprocesscenario under en bestämd tidsperiod. Röd siffra är antal repetitioner av ett BÖR-lägesprocesscenario under en bestämd tidsperiod. Siffrorna kan exporteras till ett Microsoft Excel-blad för effektberäkning.

X min
Y min
z %

Anger **mantidseffekten** för en aktivitet eller för alla aktiviteter i en simbana. Grön siffra är mantiden aktiviteten/erna tar i NU-läge. Procentsatsen anger i hur stor andel av processcenariots repetitioner denna aktivitet utförs. Siffrorna kan exporteras till ett Microsoft Excel-blad för effektberäkning.

Markerar att en aktivitet eller en process *helt utgår* från verksamhetsprocessen om framtaget BÖR-läge införs.

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

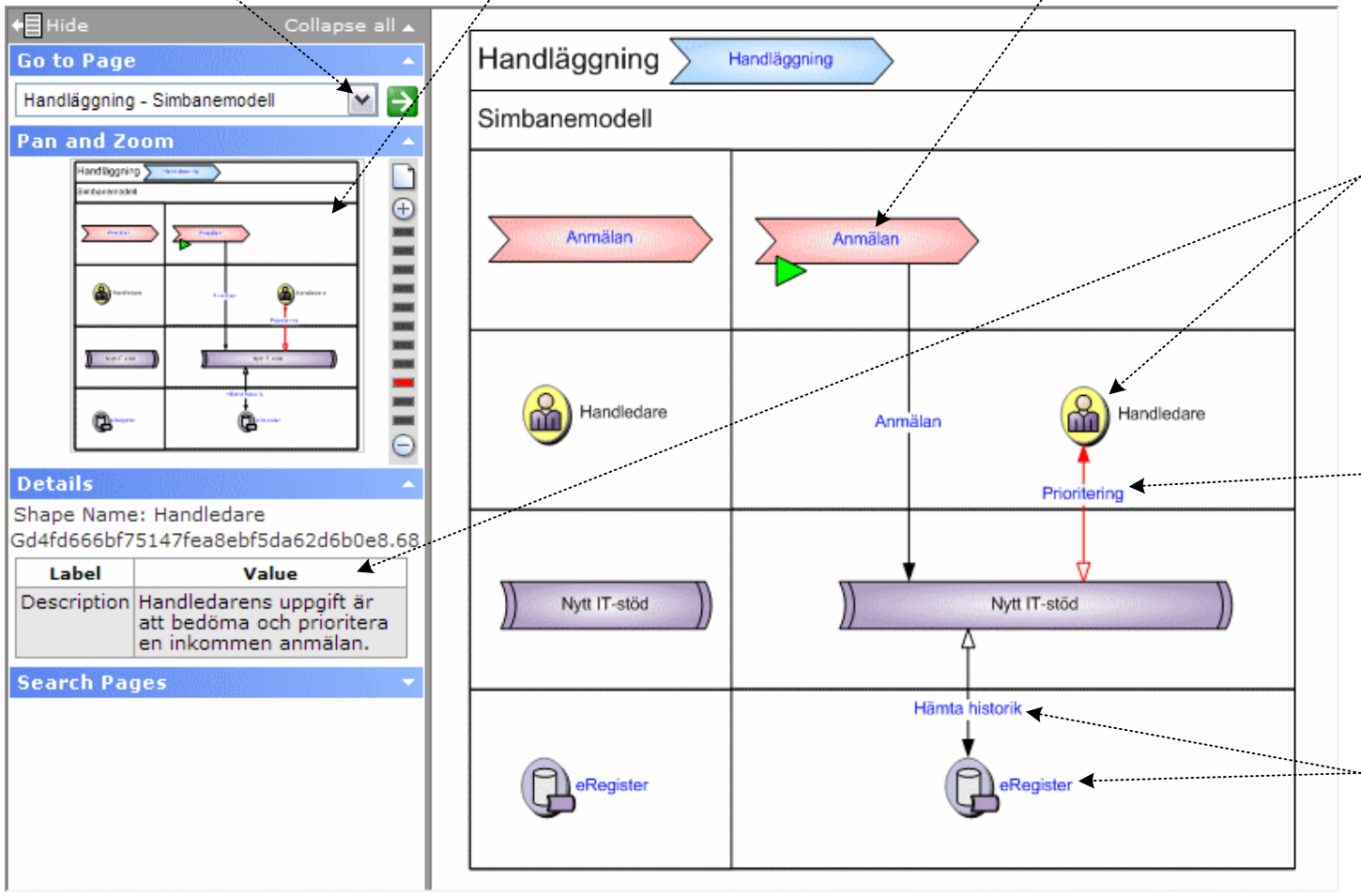
Klicka – visa alla sidor i dokumentet

Använd zoom och panorering för att se detaljerna

Klicka – ned en nivå i viss verksamhetsprocess.

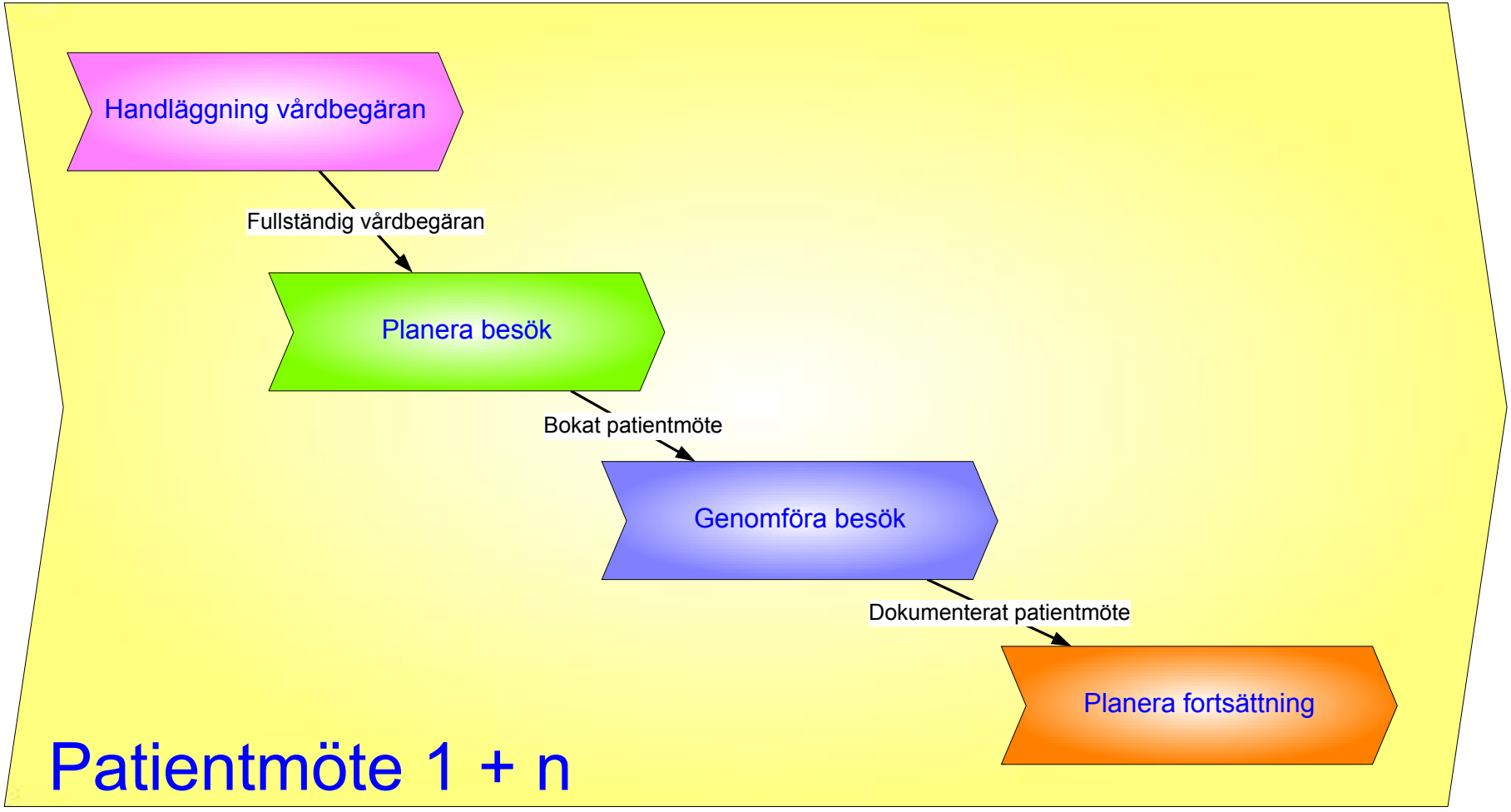
Tryck ner Ctrl och klicka – visa beskrivning för roll

Klicka – visa informationsstruktur webbformulär eller ”metadata”



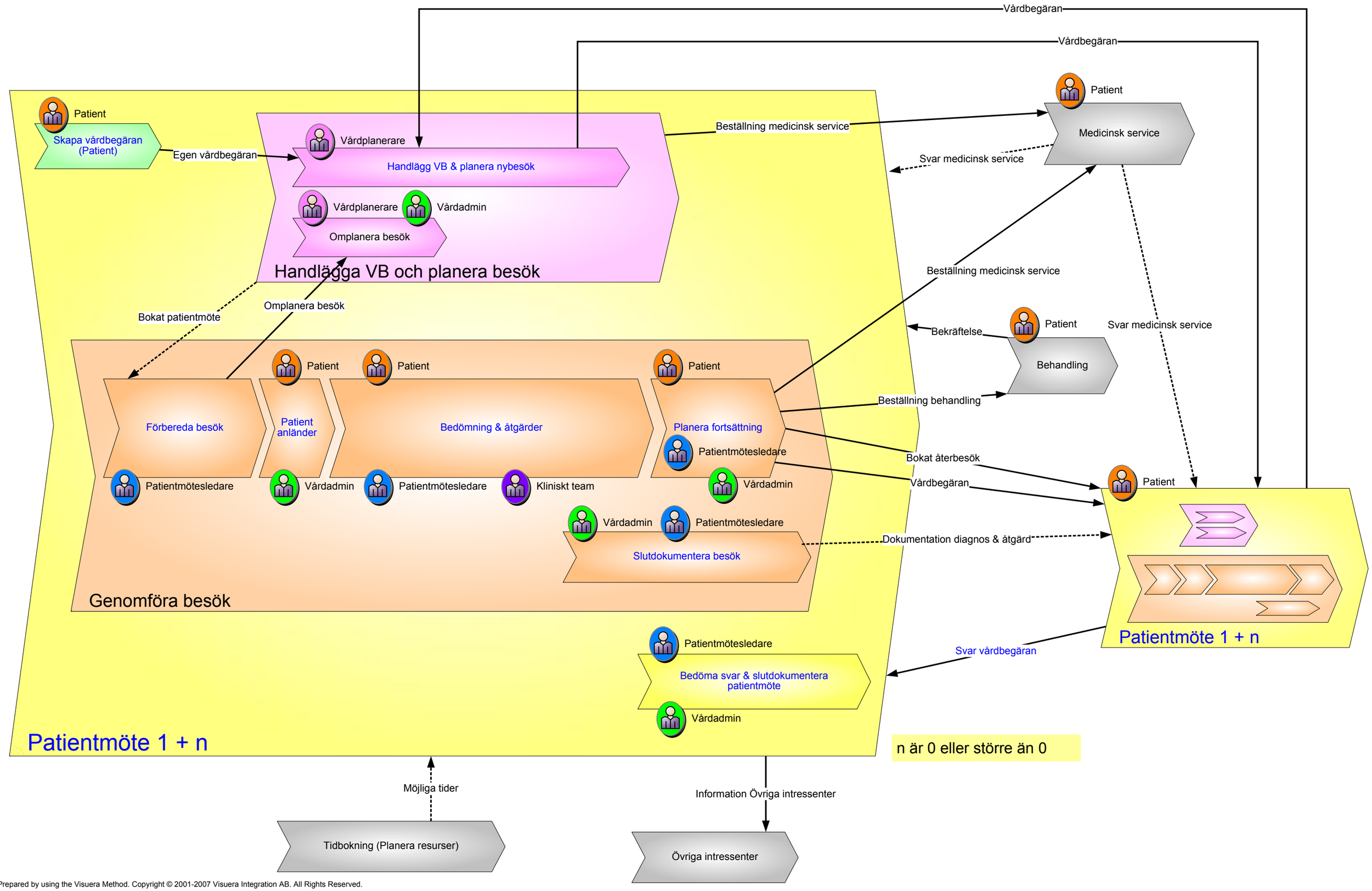
Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Översiktsmodell - NU-läge



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Översiktsmodell - BÖR-läge

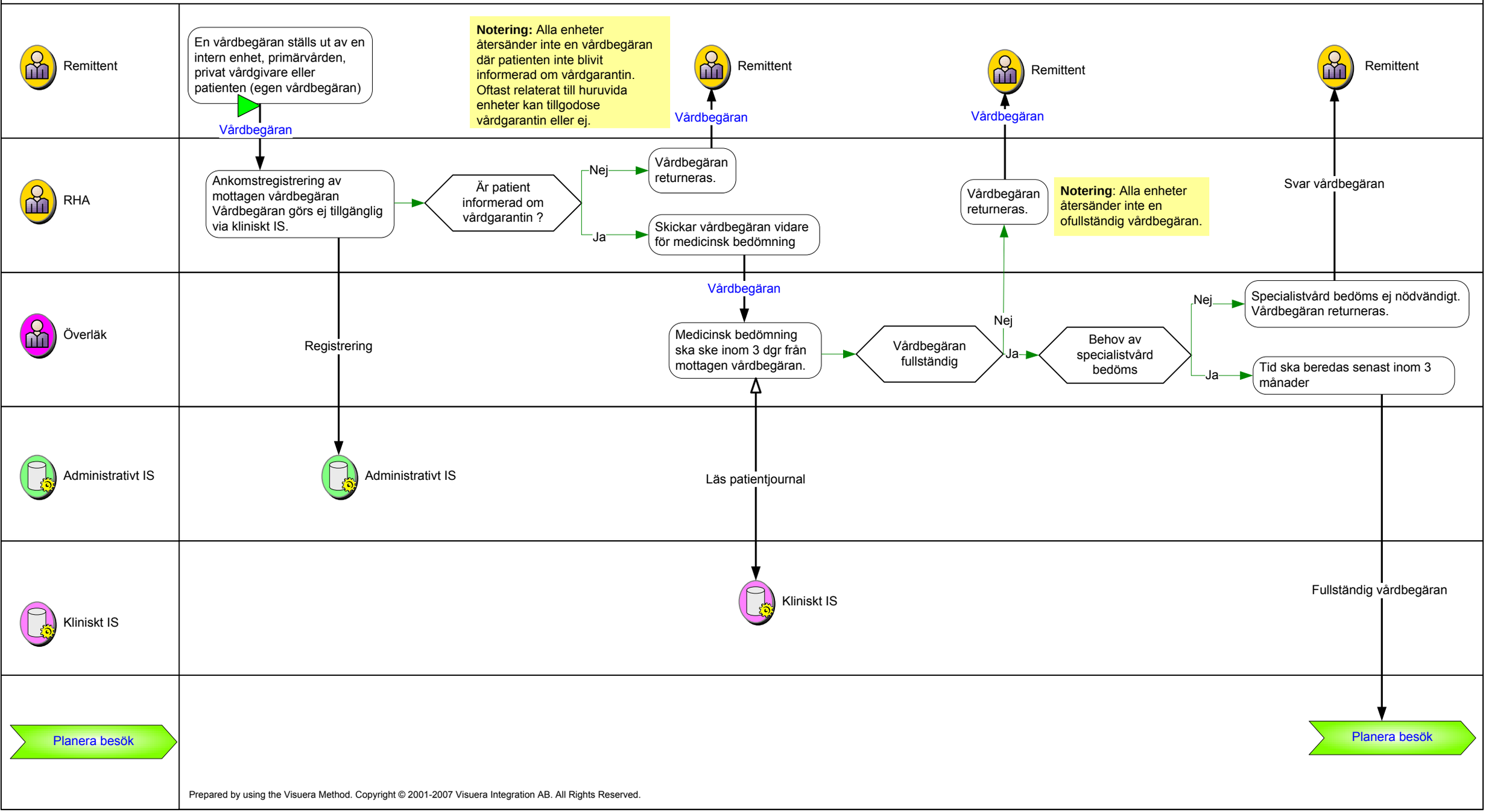


Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

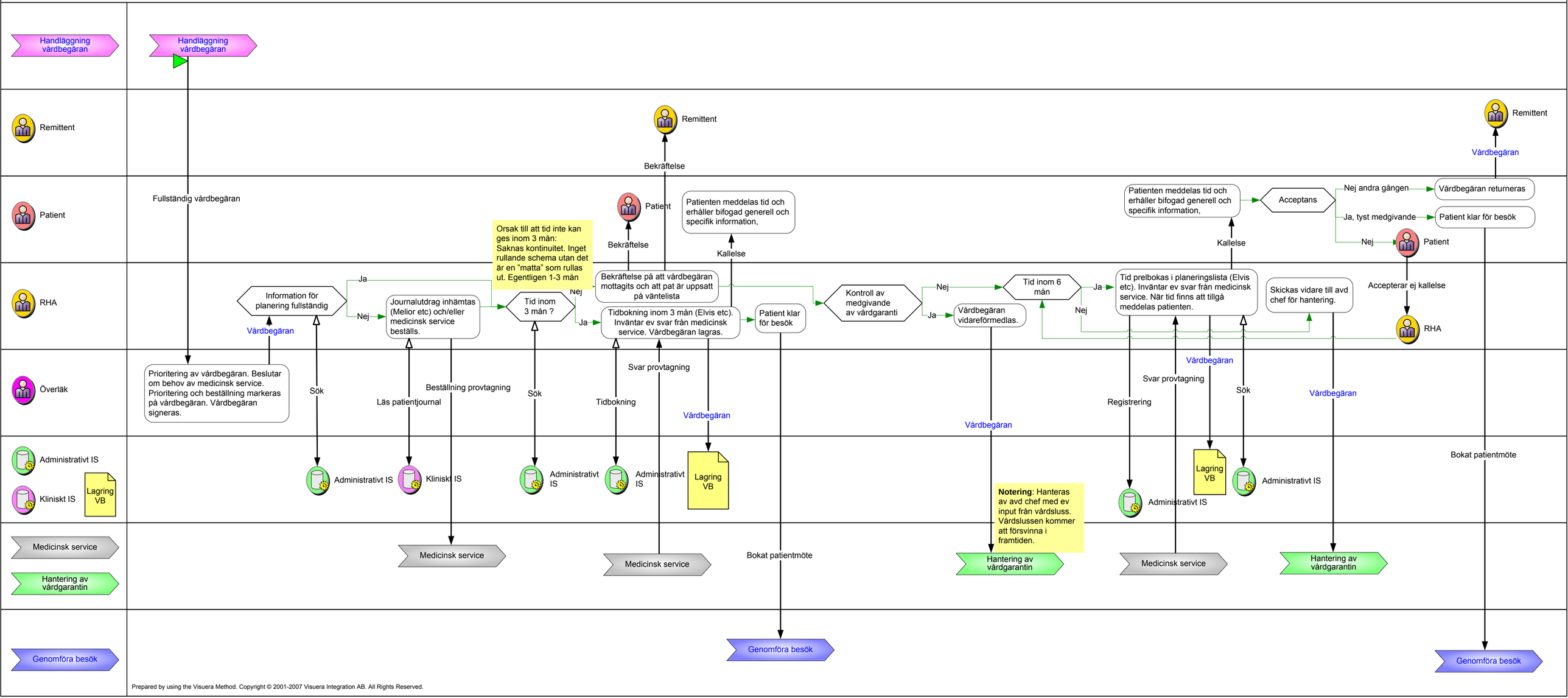
Visuera
Kopplar verksamhet och IT

Simbanemodell
NU-läge

Version 3.8



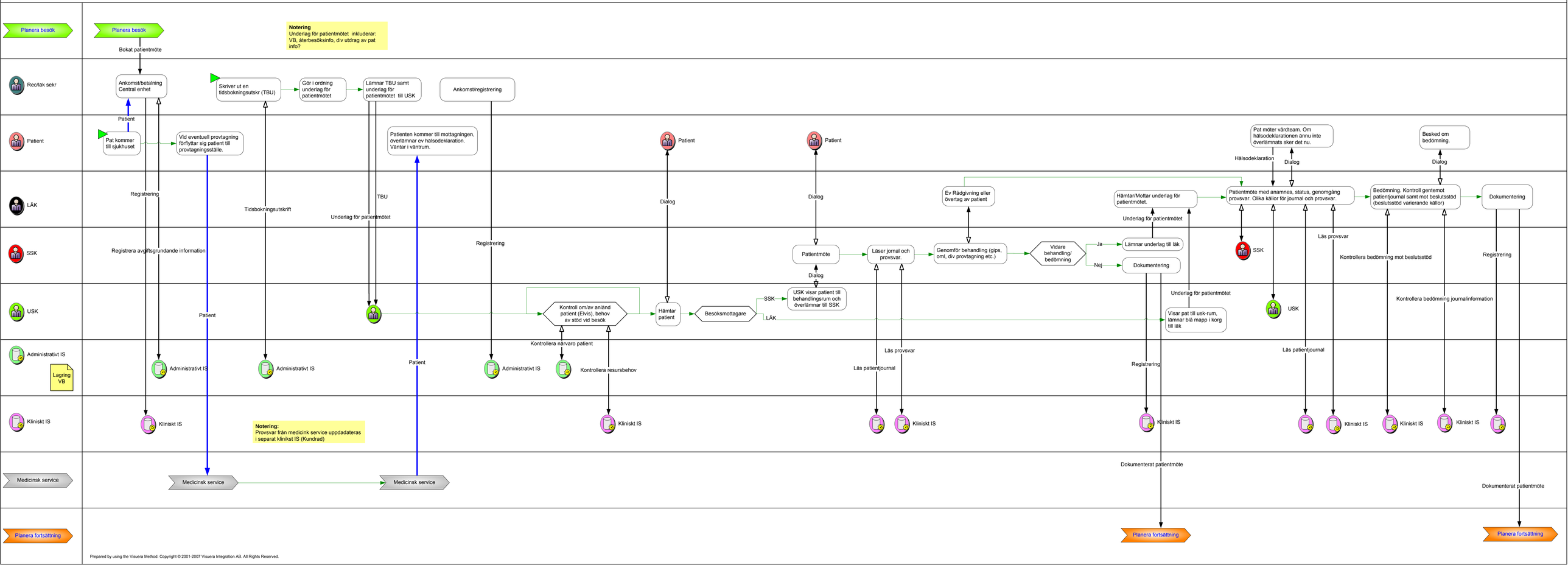
Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Simbanemodell
NU-läge

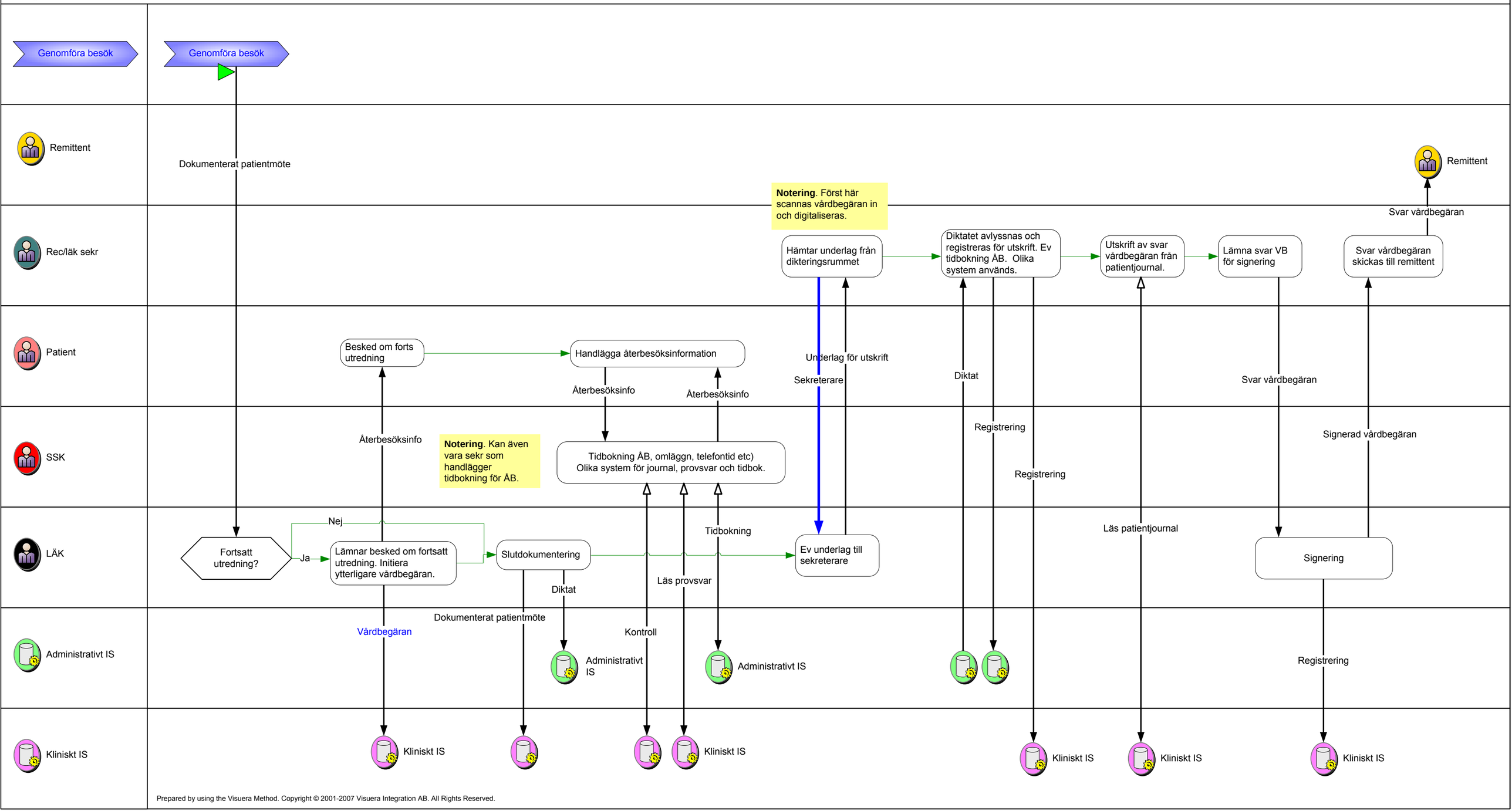
Version 3.8



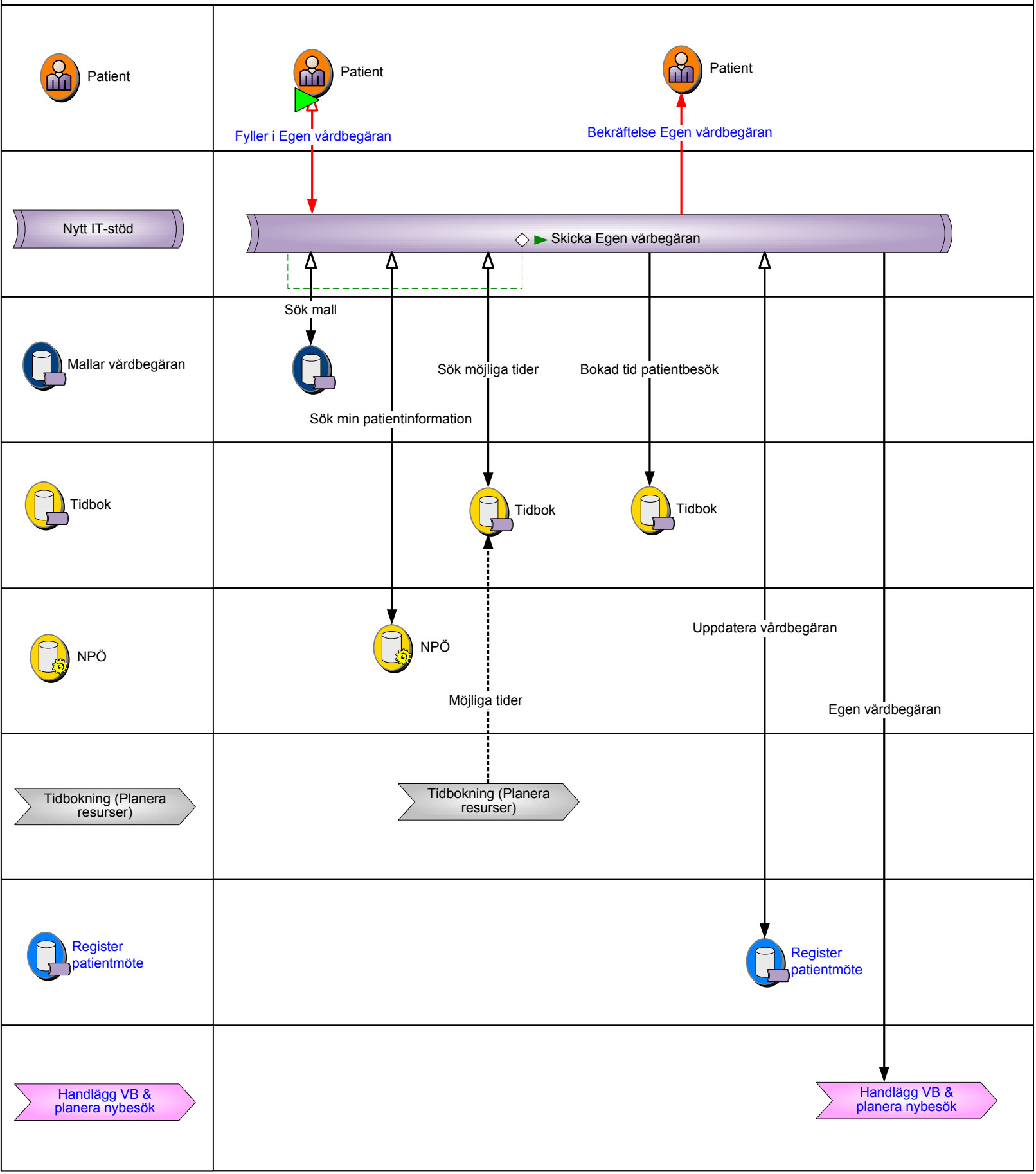
Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

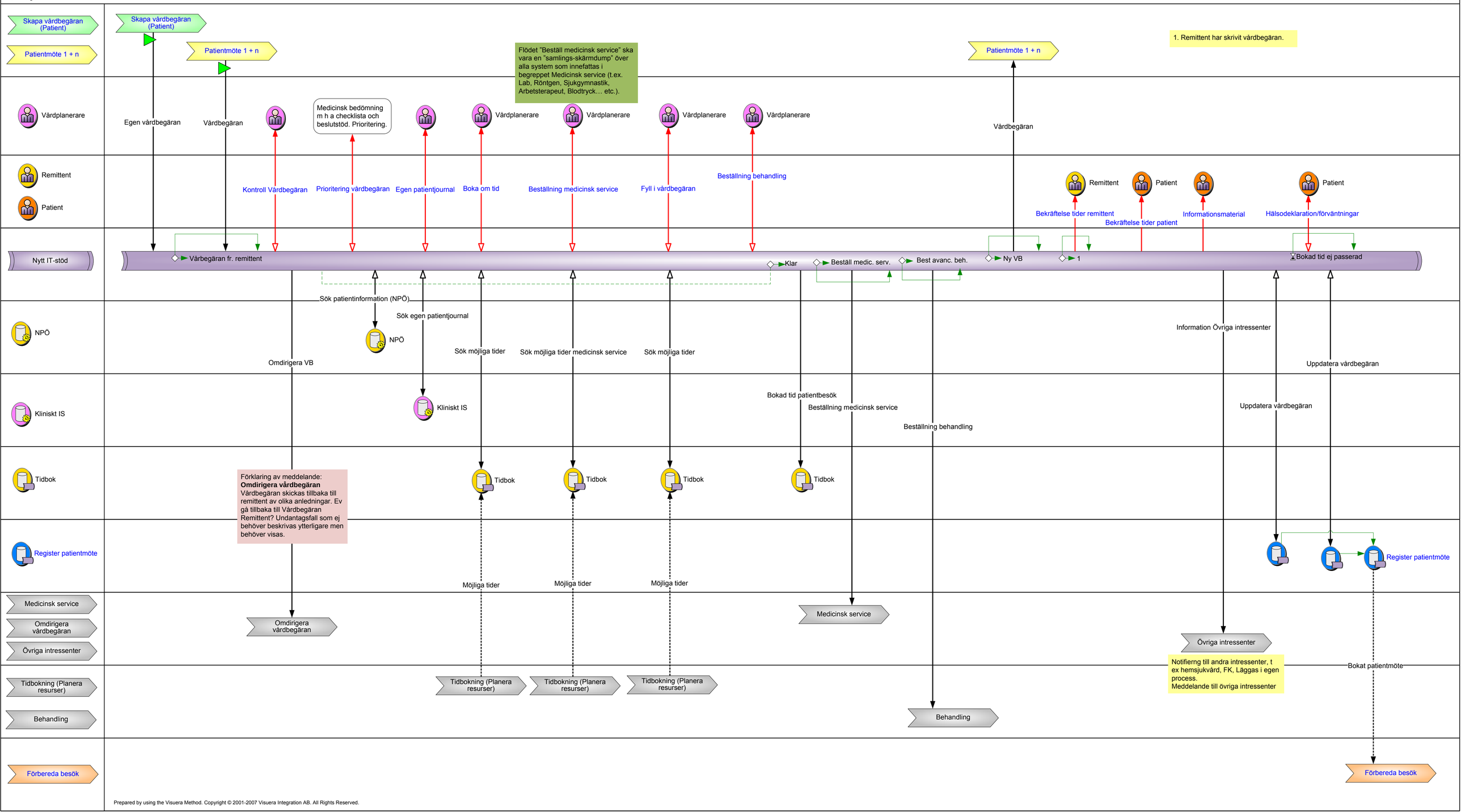
Simbanemodell
NU-läge

Visuera
Kopplar verksamhet och IT
Version 3.8



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.


Patient
Patient
Patient
Fyller i Egen vårdbegäran
Bekräftelse Egen vårdbegäran
Nytt IT-stöd
Skicka Egen vårbegäran
Sök mall
Mallar vårdbegäran
Sök möjliga tider
Bokad tid patientbesök
Sök min patientinformation
Tidbok
Tidbok
Tidbok
NPÖ
NPÖ
Uppdatera vårdbegäran
Möjliga tider
Egen vårdbegäran
Tidbokning (Planera resurser)
Tidbokning (Planera resurser)
Register patientmöte
Register patientmöte
Handlägg VB & planera nybesök
Handlägg VB & planera nybesök



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

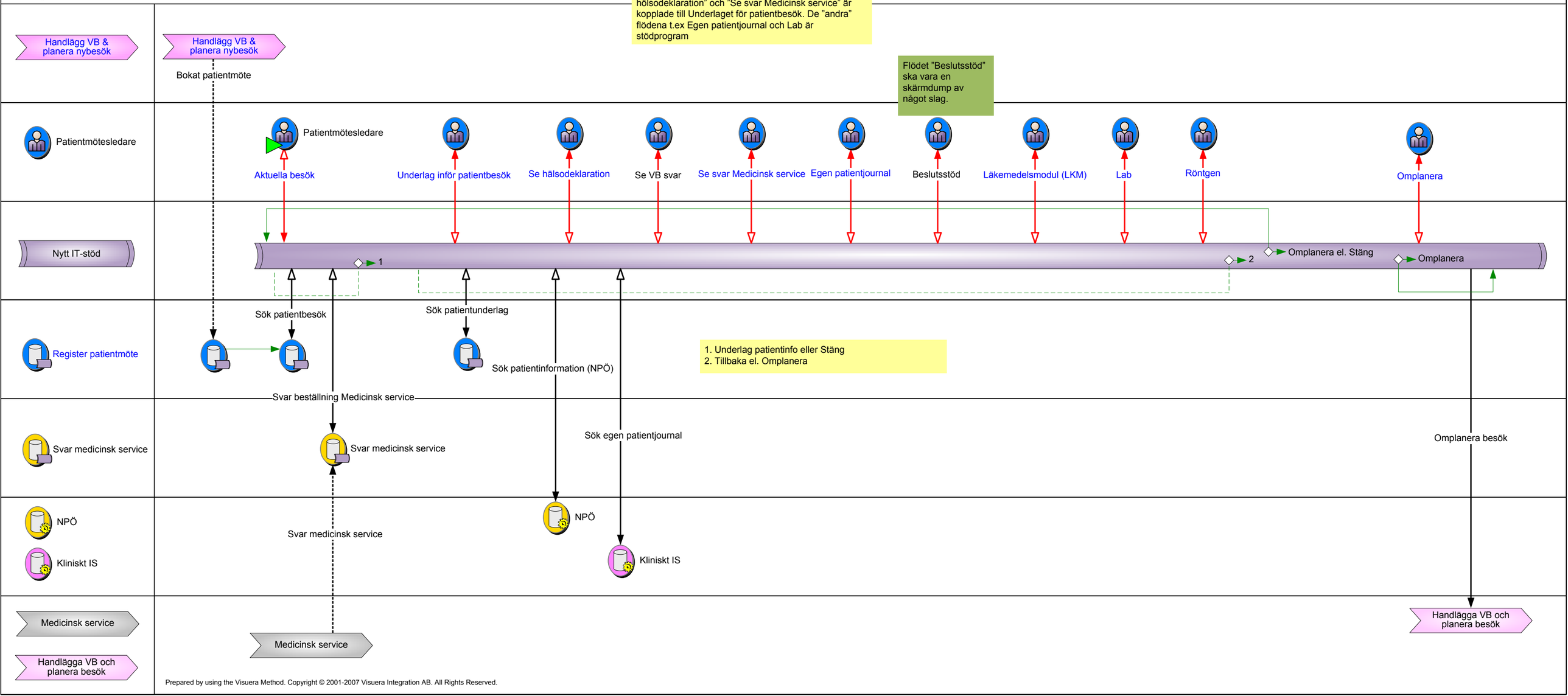
Visuera
Kopplar verksamhet och IT

Simbanemodell
BÖR-läge

Version 3.8

Not: Flödena "Se hälsodeklaration", "Se hölsodeklaration" och "Se svar Medicinsk service" är kopplade till Underlaget för patientbesök. De "andra" flödena t.ex Egen patientjournal och Lab är stödprogram

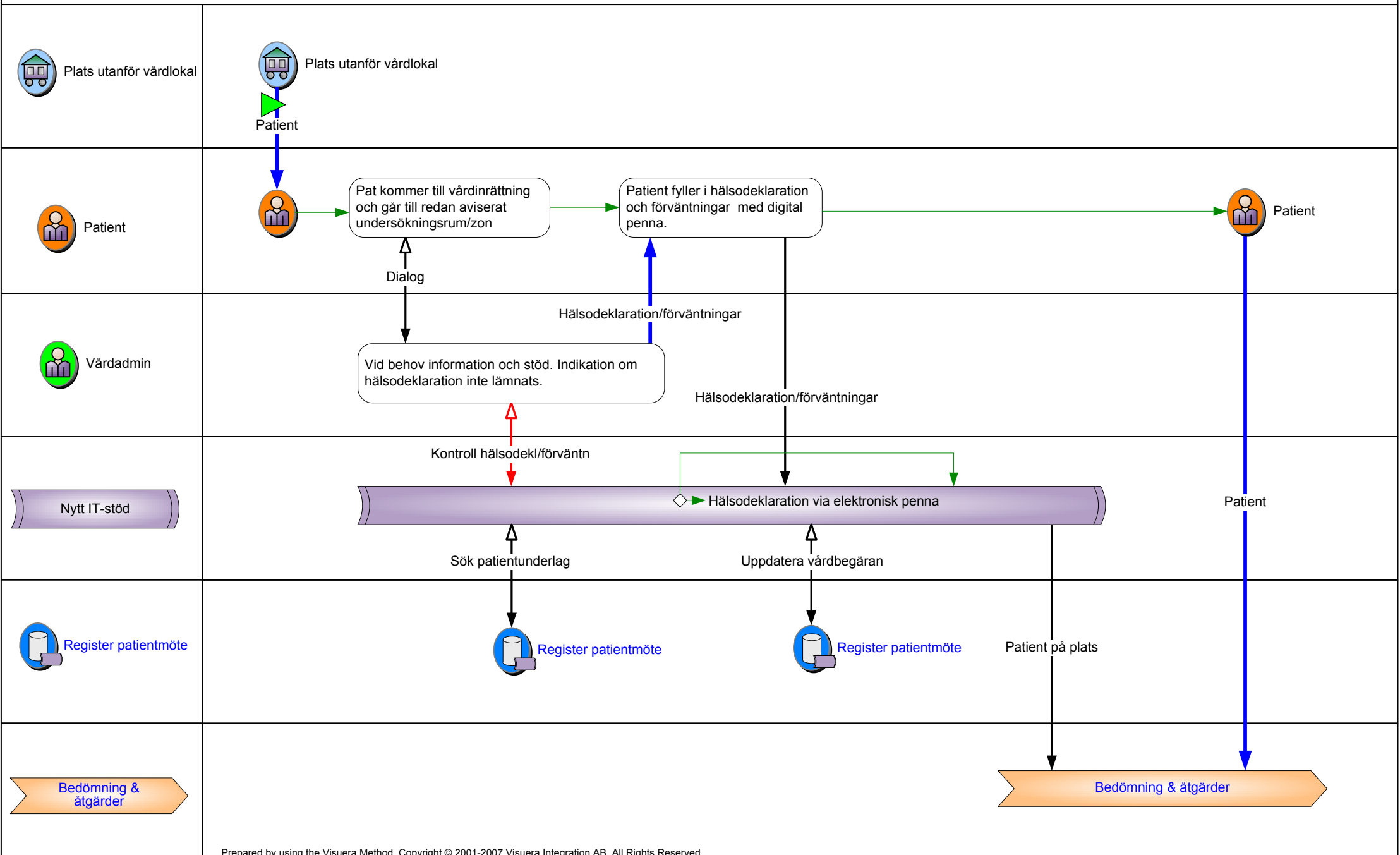
Flödet "Beslutsstöd" ska vara en skärmdump av något slag.



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

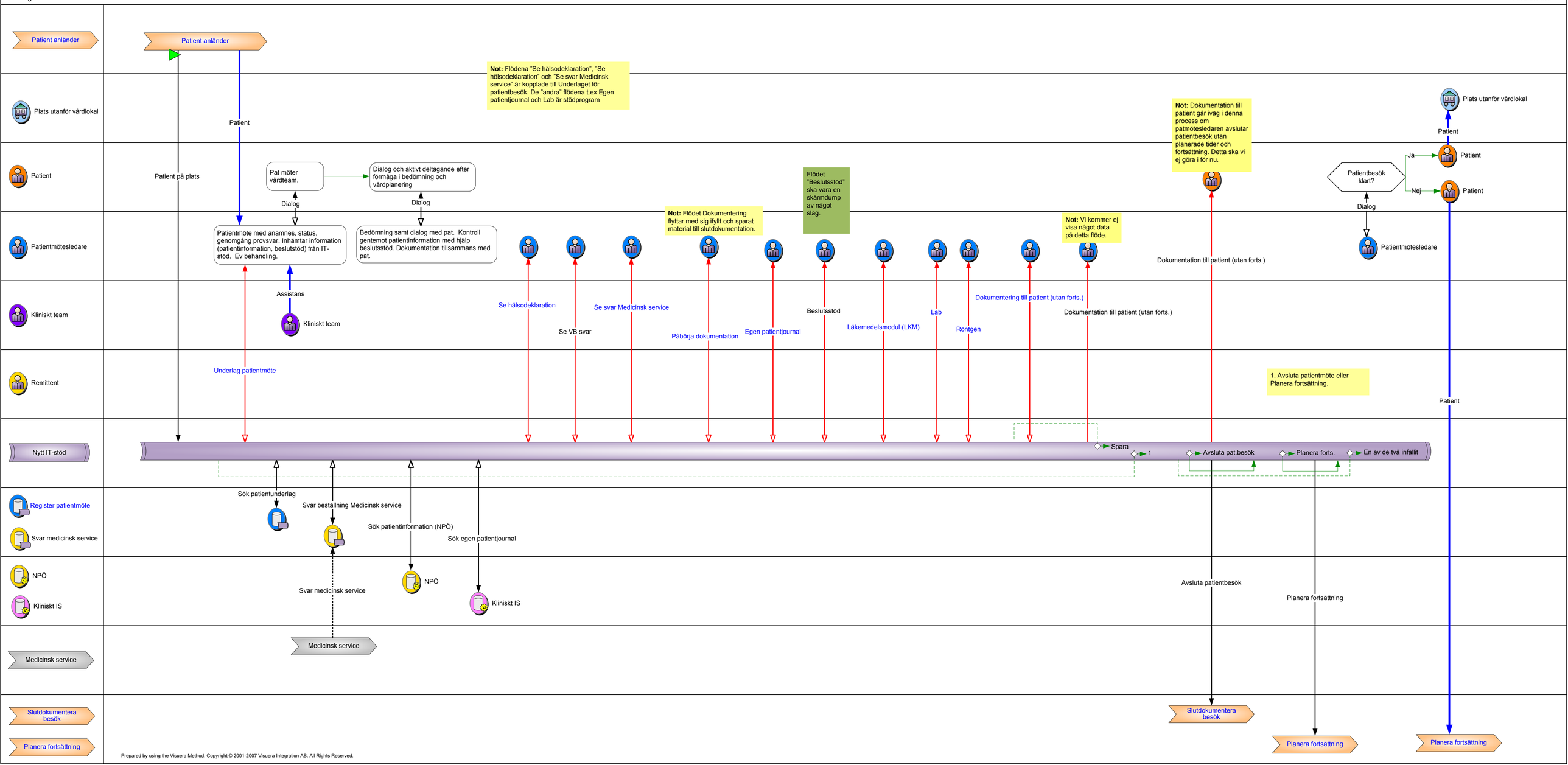
Simbanemodell
BÖR-läge

Version 3.8



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Simbanemodell
BÖR-läge



Not: Flödena "Se hälsodeklaration", "Se hölsodeklaration" och "Se svar Medicinsk service" är kopplade till Underlaget för patientbesök. De "andra" flödena t.ex Egen patientjournal och Lab är stödprogram

Not: Flödet Dokumentering flyttar med sig ifyllt och sparat material till slutdokumentation.

Flödet "Beslutsstöd" ska vara en skärmdump av något slag.

Not: Vi kommer ej visa något data på detta flöde.

Not: Dokumentation till patient går iväg i denna process om patmötesledaren avslutar patientbesök utan planerade tider och fortsättning. Detta ska vi ej göra i för nu.

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Simbanemodell
BÖR-läge

Visuera
Kopplar verksamhet och IT
Version 3.8

Bedömning & åtgärder

Bedömning & åtgärder

Både Vårdbegäran och återbesök tid borde kopplas till det ena eller det andra besöket. Eller? Just för återbesök så borde ju den planeringen kunna ske i processen "Planera återbesök". Svårare är det med Ny VB eftersom det blir en annan vårdenhet.

Plats utanför vårdlokal

Patient

Plats utanför vårdlokal

Patient

Planera fortsättning

Patient: Dialog → Patientmötesledare

Patientmötesledare

Vårdadmin

2010-03-15
Ev. ska vi modellera om så att Pat.ledare visar på allt som ska göras och att en admin ser till att detta blir gjort. Ej modellerat så nu.

Planera fortsättning
Fyll i vårdbegäran
Boka och planera återbesök
Beställning medicinsk service
Beställning behandling
E-recept
Sjukskrivning
Dokumentering till patient (med forts.)
Dokumentation till patient (med forts.)
Dokumentation till patient (med forts.)
Bokade tider

Nytt IT-stöd

Planering klar → 1 → Klar → Beställ medic. serv. → Ny VB → Återbesök

Register patientmöte

Sök möjliga tider
Sök möjliga tider
Sök möjliga tider medicinsk service
Uppdatera vårdbegäran

1. Klar eller Förhandsgranska.

Kliniskt IS

Beställning behandling
Bokad tid patientbesök
Beställning medicinsk service
Vårdbegäran
Bokat återbesök
Information Övriga intressenter

Tidbok

Tidbok: Möjliga tider → Tidbokning (Planera resurser)

Tidbok

Not: Det här flödet går till processen "Handlägg VB och planera nybesök".

Avsluta patientbesök

Tidbokning (Planera resurser)

Medicinsk service

Medicinsk service

Patientmöte 1 + n

Patientmöte 1 + n

Patientmöte 1 + n

Övriga intressenter

Övriga intressenter

Notifierng till andra intressenter, t ex hemsjukvård, FK osv.

Behandling

Behandling

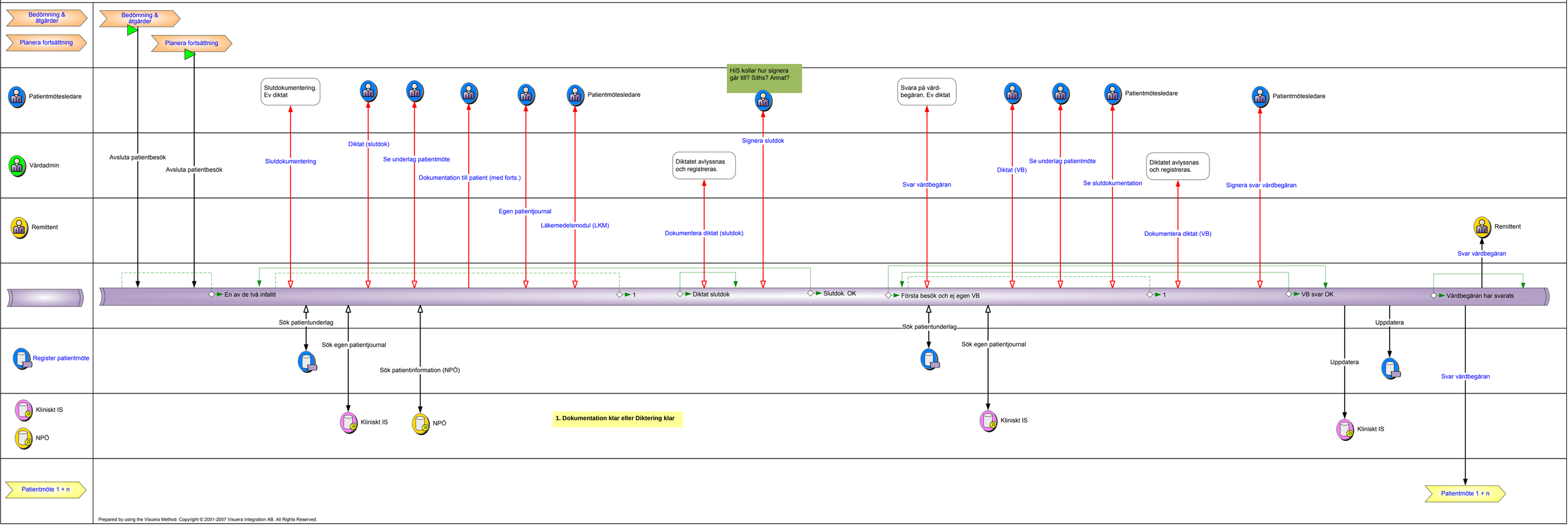
Slutdokumentera besök

Slutdokumentera besök

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Simbanemodell
BÖR-läge

Version 3.8



Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.

Denna process kommer vara lik Planera fortsättning. Enda skillnaden är att här har svar inkommit på beställningar man gjort. Patienten är heller inte med i denna process.

De olika beställningarna är:

1. Vårdbegäran.
2. Medicinsk service
3. Avancerad behandling

Prepared by using the Visuera Method. Copyright © 2001-2007 Visuera Integration AB. All Rights Reserved.