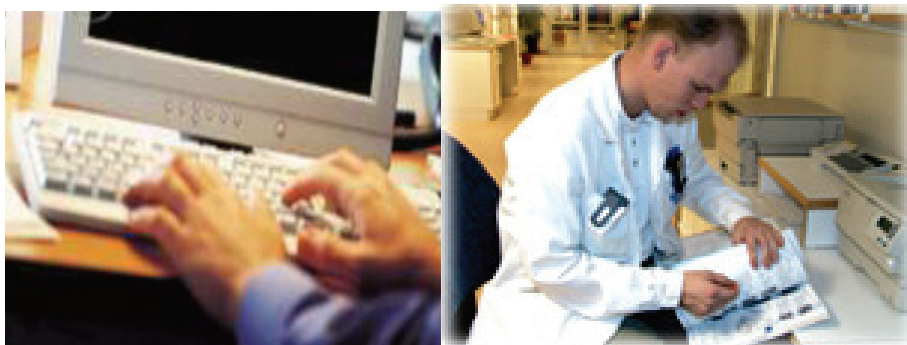


Revisionsrapport 2006-11-06

Granskning av IT-information/kommunikation Region Skåne - Revisionskontoret



Anki Eriksson och Gunnar Uhlin
Ernst & Young

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Uppdrag.....	3
Granskningens syfte.....	3
Utgångspunkter och frågeställningar.....	3
Avgränsning och omfattning.....	4
Metod.....	4
Rapportens disposition.....	5
Bakgrund.....	6
Informationsöverföring i vårdkedjan.....	6
Hantering av patientinformation.....	6
Digitala stödsystem för hantering av patientinformation.....	7
Resultat av genomlysningen.....	9
Vilka dokumenterade rutiner/avtal finns för informationsöverföring mellan olika enheter?	9
Hur väl kända är dessa rutiner i verksamheten och följs fastställda rutiner upp?.....	10
Vilka formella hinder finns i samband med informationsöverföring? (regelverk för patientsäkerhet, IT-säkerhet, behörighetsregler mm).....	10
Vilka risker och konsekvenser kan brister i informationsöverföring medföra för patienter?	12
Vilka konsekvenser och risker kan brister i informationsöverföringen medföra för personal?.....	13
Vilka system finns för journalhantering och annan informationshantering – och samverkar dessa system?.....	13
Vem har ansvaret för att den information som överförs mellan vårdgivare är tillräcklig och aktuell?.....	14
Är rutiner och metodstöd för överföring av läkemedelsinformation mellan vårdgivare ändamålsenlig?.....	15
Sammanfattande analys och rekommendationer.....	15
Övergripande analys.....	15
Sammanfattande bedömningar.....	16
Rekommendationer.....	17

Inledning

Uppdrag

Revisionskontoret har givit Ernst & Young i uppdrag att granska ändamålsenlighet, risk och väsentlighet avseende rutiner och arbetssätt för överföring av patientinformation mellan sjukhus, primärvård och privata vårdgivare. Granskningen innebär även att klarlägga vilken roll befintliga digitala journalsystem har i samband med informationsöverföring.

Granskningen intierades bl a mot bakgrund av att regionen står inför strategiska utvecklingsåtgärder när det gäller tillämpade IT-baserade journalsystem. Åtgärder sker också för att utveckla andra och kompletterande IT-baserade lösningar för informationsöverföring.

Ett annat skäl är att en rad svårigheter och brister har identifierats kring nuvarande arbetssätt för informationsöverföring mellan vårdgivare. Bl a har brister uppmärksammats vid informationsöverföringen inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård, samt mellan offentlig vård och privata vårdgivare.

Granskningens syfte

Granskningens övergripande syfte har varit att bedöma ändamålsenlighet, risk och väsentlighet avseende rutiner och arbetssätt vid informationsöverföring mellan sjukhus, primärvård och privata vårdgivare.

Ytterligare ett syfte med granskningen har varit att skapa en bild av vilken roll de digitala systemen för patientinformation har i samband med informationsöverföringen mellan vårdgivare. Dessutom har en kartläggning gjorts av förekommande rutiner och metodstöd för hur information överförs mellan de i granskningen berörda vårdgivarna.

Utgångspunkter och frågeställningar

De bedömningar som görs i denna granskning har bl a utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27), vidare i socialstyrelsens föreskrift om remisshantering; SOSFS 2004:11.

Följande frågeställningar har legat till grund för granskningen:

- Vilka dokumenterade rutiner/avtal finns för informationsöverföring mellan olika enheter?
- Hur väl kända är dessa rutiner i verksamheten och följs de fastställda rutiner upp?
- Vilka formella hinder finns i samband med informationsöverföring? (regelverk för patientsäkerhet, regler för IT-säkerhet, behörighetsregler mm)
- Vilka konsekvenser och risker kan brister i informationsöverföringen medföra för patienter och personal?
- Vilka olika system finns för journalhantering och annan informationshantering – och samverkar dessa system?

- Vem har ansvaret för att den information som överförs mellan vårdgivare är tillräcklig och aktuell?
- Är rutiner och metodstöd för överföring av läkemedelsinformation mellan vårdgivare ändamålsenlig?

Avgränsning och omfattning

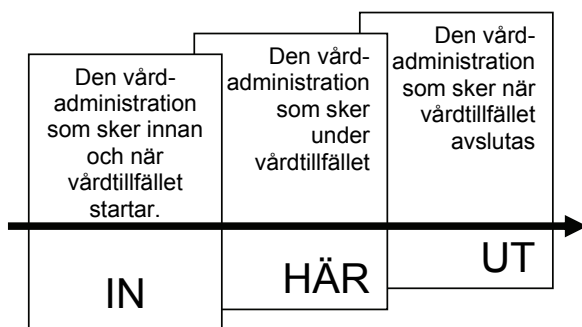
Granskningen har omfattat fyra sjukhus och fyra vårdcentraler. De vårdcentraler som utsetts ingår i respektive sjukhus upptagningsområde. Granskningen har omfattat en klinik per sjukhus.

- USiL (akutkliniken) // Vårdcentralen Måsen
- UMAS (medicinkliniken) // Vårdcentralen Sorgenfri
- Ystads Lasarett (psykiatrikliniken) // Skurups Vårdcentral
- Sjukhuset i Hässleholm/Kristianstad (ortopedikliniken) // Perstorps Vårdcentral

Metod

Granskningen har baserats på intervjuer samt inläsning av styrdokument och rutinbeskrivningar. Intervjuer har genomförts enskilt och i grupp. Målgrupp för intervjuerna har varit enhetschef och representanter för personal som är involverade i överföring och mottagning av patientinformation. Vid gruppintervjuerna har olika yrkeskategorier varit representerade.

Intervjuerna har syftat till att kartlägga de rutiner som tillämpas för hantering av patientinformation i samband med att vårdansvar överflyttas från en vårdgivare till en annan. De frågor som ställdes under intervjuerna har av den anledningen riktats till den fas där patientens vårdepisod startar hos en vårdgivare (IN), samt när vårdepisoden avslutas för att fortsätta hos en annan (UT).



Representanter från Hälso- och sjukvårdsledningens enhet för Hälsoinformatik har också intervjuats. Vidare har aktuella IT-system för hantering av patientadministration identifierats och vilken roll dessa spelar i informationsöverföringen.

Rapportens disposition

Rapporten är förutom inledningen indelad i tre avsnitt. I det första ges en bakgrund till granskningsområdet. Därefter följer ett avsnitt som kortfattat redovisar de iakttagelser som gjorts med anledning av de revisionsfrågor som bildat utgångspunkt för granskningen. I det sista avsnittet presenteras en sammanfattande bedömning tillsammans med rekommendationer.

Bakgrund

Avsnittet tecknar en övergripande bakgrund till ämnet och redogör för en rad nationella utgångspunkter och erfarenheter kring hantering av patientinformation. De beskrivningar som görs i detta avsnitt är generella, och inte hämtade specifikt från Region Skåne.

Informationsöverföring i vårdkedjan

Väl fungerande informationsöverföring i vårdkedjan är en central faktor ur flera perspektiv. Främst är det viktigt ur ett kvalitets- och säkerhetsperspektiv, men också för att det är en process som påverkar hur resurser nyttjas både i vårdkedjan och inom varje verksamhet.

Resursnyttjandet påverkas av kvaliteten i informationsöverföringen genom att informationen ligger till grund för samordningen av de insatser som ska ske i samverkan mellan olika vårdgivare. Vidare innebär informationshantering att betydande tid och resurser åtgår inom varje enhet.

Betydelsen av hur patientinformation hanteras inom och mellan vårdgivare har ökat genom att flera vårdgivare numera är inblandade i varje vårdförlopp. Det uppdelade vårdansvaret inom varje vårdkedja är en konsekvens av de strukturförändringar som sker inom sjukvården och en följd av allt kortare vårdtider inom slutenvården. En stor del av respektive patients vårdepisod har härigenom kommit att bestå av tid för informationshantering.

Hantering av patientinformation

Hantering av patientinformation och vårddokumentation är en viktig del i varje vårdförlopp. Inom ramen för det patientadministrativa arbetet upprättas informations- och beslutsunderlag för berörda vårdgivare. Patientdokumentationen utgör ett viktigt steg i utredning och diagnostik och är väsentlig för såväl patientsäkerhet som vårdarbete. Hanteringen måste därför föras med rätt resurser och ändamålsenliga, effektiva rutiner tillsammans med IT-stöd för att underlätta hantering och informationsöverföring. Adekvat och enhetlig journaldokumentation måste finnas för spårbarhet samt för att säkerställa och utvärdera säkerhet. Vidare behövs information överföras mellan vårdgivare i ett vårdförlopp.

Vår erfarenhet är att det i allmänhet finns påtagliga brister, liksom effektiviseringsmöjligheter i de vårdadministrativa processerna. Det är också vanligt att informationshanteringen är alltför omfattande och inte avvägd eller preciserad för de aktuella kärn- och styrprocesserna. Vanligt är också att information, data och nyckeltal hanteras ostrukturerat och i dubbla led. Mot bakgrund av detta är det svårt att uppskatta hur stora resurser som åtgår till de vårdadministrativa moment som finns inom hälso- och sjukvården.

Erfarenheter från olika uppdrag som vi har genomfört visar att strukturerade och renodlade administrativa stödprocesser ger betydande effektivitetsförbättringar. Det finns möjlighet att minska resursåtgången för själva hanteringen genom att avgränsa informationshanteringen och genom att säkra att rätt tid och kompetens tas i anspråk för informationshanteringen.

En grundorsak är att vårdadministration (hantering av patientinformation i relation till ett vårdtillfälle/en vårdepisod) inte ses som en stödtjänst till vårdens kärnprocesser (att tillhandahålla vård). Den vårdadministrativa processen behöver vara väl definierad och

samordnad för att vara säker och effektiv. Idag finns brister i samordningen av de resurser som tas i anspråk. Vidare kan brister i kvalitet och effektivitet vara en följd av att delar av de vårdadministrativa momenten ligger på personer med fel kompetens för uppgiften. Flera moment utförs av vårdpersonal som i stället skulle kunna utföras mer effektivt av medicinskt utbildade administratörer, vilket är ett arbetssätt som stjälar tid från patientarbetet. Genom att varje yrkesgrupp organiserar sitt vårdadministrativa arbete var för sig, är det också vanligt att patientinformation registreras i dubbla led och blir alltför omfattande.

Detta får naturligtvis konsekvenser. Hanteringen av patientinformation i relation till varje vårdtillfälle blir onödigt resurs- och tidskrävande. Svagheter i de vårdadministrativa processerna, ger också säkerhetsrisker, kvalitetsbrister och leder till en tungarbetad informationshantering. Arbetssättet innebär således att en stor del av den administrativa hanteringen sker till för hög timkostnad och av personal med för låg administrativ kompetens. Troligen hänger detta också samman med det dubbla ledarskap som finns inom sjukvården där olika yrkeskategorier (läkare, sjuksköterskor, sekreterare och stabspersonal) ofta har olika chefer.

En annan orsak till att de vårdadministrativa processerna inte fungerar så bra som de borde är att de IT-system som finns till stöd för arbetet införts utan att de administrativa arbetsmomenten setts över och rationaliserats. Det uppdelade, traditionella och pappersbaserade arbetssättet kring vårdadministration har överförts till den digitala miljön utan att en mer rationell process definierats, utan att informationsmängden avgränsats och utan att möjligheter till omfördelning av arbetsuppgifter prövats.

Flera tidsstudier har visat att en betydande del av arbetsdagen för sjuksköterskor, läkare, paramedicinska yrkesgrupper och undersköterskor går till att hanterar olika vårdadministrativa uppgifter. För läkare och sjuksköterskor riktas i genomsnitt ca 40 % av dagen till administrativa göromål. I huvudsak rör det sig då om att hantera den vårdadministration som är kopplad till det patientarbete man bedriver under dagen.

Studier över hur vårdpersonalens tid används visar att införande av datajournal *inte* har lett till att mindre tid åtgår för patientdokumentation. IT-systemen är ofta tungarbetade eller otillräckliga, varför en del av dokumentationen sker både på papper och i den digitala journalen. Dubbelarbete uppstår också genom att de digitala journalsystemen och patientadministrativa system inte är kompatibla, det vill säga att information kan överföras mellan system. Effekten av detta är att det åtgår mer tid för bedömning och informationshantering till följd av att den totala patientinformationen inte kan samordnas.

Sammantaget finns det stöd för påståendet att om informationshantering och –överföring struktureras, systematiseras och genomförs med rätt kompetens i ändamålsenliga IT-stöd som kan kommunicera med varandra så finns potential att förbättra både effektivitet och patientsäkerhet.

Digitala stödsystem för hantering av patientinformation

Ett väsentligt syfte med digitalt hanterad patientinformation är att göra informationen åtkomlig, oavsett plats inom vårdorganisationen eller tid på dygnet. IT-stöd för hantering av patientinformation syftar också till att ge en bättre struktur och överskådlighet i den aktuella informationen. Ett ändamålsenligt IT-system ska dessutom bidra till ökad säkerhet i

hanteringen, underlätta informationsöverföring mellan berörda parter samt eliminera att onödiga moment i informationshantering behöver uppstå.

Med hjälp av IT-stöd skapas förutsättningar att effektivisera vårdens administrativa processer. En potential kan därmed skapas för att använda de resurser som kopplas till administrativa moment på ett bättre sätt. Den generella bilden är dock att det tyvärr återstår en del utveckling av teknik och system för att uppnå de syften som beskrivs ovan.

Effektiviseringsmöjligheterna ligger dock inte bara i kvaliteten i systemen. Avgörande är också att anpassa rutiner och att se över uppgiftsfördelningen i samband med att nya tekniska möjligheter och system införs. För att bygga ett bra IT-stöd krävs det att vårdens administrativa processer är definierade. Nästa steg är ett klargörande kring vem som gör vad i respektive process. Det är först då man kan vinna de tidsbesparingar IT-stödet förväntas ge. Ofta har ett införande skett utan att arbetsrutiner och möjligheten för omfördelning av arbetsuppgifter setts över.

Andra avgörande förutsättningar för ändamålsenligheten i systemen är arbetet med kravspecifikationer och samordnandet av olika systeminköp. Det finns ett antal olika journalsystem inom sjukvården. Få system möjliggör informationsöverföring mellan olika systemen. För att åstadkomma detta krävs större säkerhet i informationsöverföringen samt att systemen byts ut och eller blir kompatibla med varandra. Den uteblivna effektiviseringen beror bland annat på att anskaffningen skett isolerat per klinik, produktionsenhet och huvudman – och att kravspecifikationer byggts på fel grunder.

Till följd av att bristande arbetssätt i anskaffning och i anpassning av systemen, tillsammans med uteblivna rutinöversyner, åtgår idag mycket tid för att hantera ”datastrul” (icke användar- eller uppgiftsanpassade system eller icke samordnade system). Problem uppstår också till följd av brister i införandeprocessen och bristande utbildning. Onödig tid åtgår för att användare är ovana, men också för att utbildning och introduktionsinsatser inte varit heltäckande.

Det finns dessutom ett behov av att avgränsa mängden information. Den ökade möjligheten att registrera och ta fram information har lett till nya initiativ från intressenter internt och externt. IT-stödet inte bara erbjuder ett alternativt sätt att lagra information – utan att IT också genererat administration, i bland på för lättvinda och ostyrda grunder.

Resultat av genomlysningen

I detta avsnitt presenteras kortfattat de iakttagelser som gjorts utifrån de revisionsfrågor som legat till grund för granskningen. Iakttagelserna kopplas i vissa fall till bedömningar och rekommendationer. De mest väsentliga rekommendationerna sammanfattas därefter i avsnitt fyra.

Vilka dokumenterade rutiner/avtal finns för informationsöverföring mellan olika enheter?

Kommunförbundet i Skåne och Region Skåne har i samverkan tagit fram en regional överenskommelse om samordnad vårdplanering (SVP). I denna är gemensamma rutiner för genomförandet fastställda. Bl a ges en strukturerad beskrivning av hur hantering ska ske av de underlag som ligger till grund för vårdplanering. Rutinen ställer också krav på hur informationsöverföring ska ske. Den övergripande och gemensamma rutinen har i varierad utsträckning omsatts till lokala förhållanden. Bl a finns några exempel där enheter enskilt eller i samverkan med andra har omsatt den gemensamma rutinen för SVP till lokala rutiner. Ett exempel är att verksamhetsrna i nordöstra Skåne har tagit fram en lokalt anpassad, utvecklad och preciserad rutinbeskrivning utifrån den regionala rutinen.

Generellt saknas skriftligt dokumenterade rutiner som reglerar hur den lokala (interna) hanteringen av patientinformation ska ske mellan vårdgivare (såväl inom sjukhus och mellan sjukhus och PV), samtidigt som undantag framkommer.

Inom regionen finns ett antal IT-relaterade projekt för att ta fram digitala lösningar för informationsöverföring. Dessa bygger på att koppla ett givet journalsystem till en funktion som möjliggör digital överföring information via fax. Detta innebär att e-post, faxsystem och journalsystem kopplas samman. Projektet ”Impress-Push” är ett sådant. Projektet innebär att utvalda enheter testat en e-post och webbaserad funktion för överföring av viss patientinformation, bla SVP-dokument. Funktionen innefattar även kontaktkatalog mm.

Vidare har olika projekt relaterat till den närsjukvårdsutveckling som sker i regionen lett till att arbetsformerna för informationsöverföring satts i fokus och att gemensamma rutiner håller på att utvecklas.

Exempel på projekt som lett till att gemensamma utgångspunkter för samordnad vårdplanering (SVP) och informationshantering utvecklats och till att rutiner har eller håller på att utvecklas .

- Inom Akutkliniken vid USiL pågår utifrån Impress-Puch ett utvidgat SVP-projekt (webbaserad faxlösning för vårdplaner).
- Vid USiL pågår ett närsjukvårdsutvecklingsprojekt som innebär att tre närsjukvårdsavdelningar öppnats i augusti 2006. Projektet innefattar också projekt som ”Albin-sjuksköterskor” och ”Läkarlänken”, vilka innebär utvecklade former för lokalt samarbete mellan akuten, primärvården och de tre närsjukvårdsavdelningarna.
- Motsvarande närsjukvårdsutveckling sker inom Medicinkliniken vid UMAS. Projektet är benämnt ”Nisse-projektet” och innebär att en av medicinavdelningarna på försök utgör en närsjukvårdsenhet för en stadsdel i Malmö. Projektet bygger på en nära samverkan med socialtjänsten. Inom ramen för detta formas nya vårdprocesser, bl a att

en möjlighet skapats för direktinläggning utan att patienten först hanteras på akuten. Projektet har också inneburit att rutinerna för vårdplanering och informationsöverföring utgjort en av huvudfrågorna och att rutiner utvecklats som lett fram till en smidigare informationshantering.

- I Malmö finns också en nätverksgrupp (kommunen, primärvården och UMAS) för utvecklad samverkan. Nätverksgruppen arbetar för att skapa tydliga gränssnitt i ansvarsfördelningen mellan vårdgivare. Gruppens arbete har också inneburit att informationsöverföring kommit i fokus och att rutiner utvecklats.

Hur väl kända är dessa rutiner i verksamheten och följs fastställda rutiner upp?

Granskningen har visat att de regionövergripande riktlinjer och rutiner som finns för samordnad vårdplanering (SVP) är kända och tillämpade. Rutinerna för dokumenthantering i relation till den samordnade vårdplaneringen är kända, fungerar och en väl etablerad hanteringsprocess finns. Som ovan nämns är dessa dock i begränsad omfattning omsatta till lokla och dokumenterade rutiner.

Informationshantering är ett tidskrävande ”problemområde” som står i fokus. Trots detta finns få gemensamma forum för att utveckla, implementera och följa upp gemensamma rutiner. Genom att informationsöverföringen i huvudsak sker genom att papper faxas och postas, är rutinerna omständliga och tidskrävande. Varje samordnad vårdplanering omfattar idag ca 18 dokument fördelat på en hantering i tre steg.

Generellt saknas dokumenterade lokala rutiner för hur information ska överföras i övrigt, dvs i fall där SVP ej är aktuell. Generellt saknas rutinbeskrivningar som beskriver hur de sammantagna informationsprocesserna ska se ut, inklusive formerna för kommunikation. Granskningen har också visat att det generellt inte förekommer uppföljning av hur informationsöverföringen fungerar. Vidare finns brister kring aktuella kontaktvägar. Rutiner och väl etablerade och praktiska sökvägar tillsammans med gemensamt överenskomna former för kommunikation i samband med att vårdansvar överförs mellan vårdgivare saknas inom flera av de granskande enheterna. Generellt saknas praktiska hjälpredor som t ex kontaktlistor. Konsekvensen blir att alltför mycket tid går åt för att komma fram till rätt kontaktperson.

Vilka formella hinder finns i samband med informationsöverföring? (regelverk för patientsäkerhet, IT-säkerhet, behörighetsregler mm)

Vi har gett begreppet ”formella hinder” en vid innebörd där vi lyfter fram ett antal hinder, men också påverkansfaktorer för effektiviteten i informationsöverföring.

- Samordnad vårdplanering genomförs ofta för äldre patienter med mer än en sjukdom, sk multitsjuka eller multisviktande. Av detta skäl rör informationsöverföringen ofta patienter som har ett behov av samordnade insatser från flera parter, eller patienter som redan har någon form av insatser som behöver kompletteras. För flera av dessa motsvarar inte alltid det vårdutbud som finns utanför slutenvården det aktuella vårdbehovet. Bl a till följd av att det boendestöd och de insatser som ges i särskilda boenden eller i hemmet inte är tillräckliga. De lösningar som finns inom akut slutenvård, hospice, samt hemsjukvård med möjlighet till hjälp upp till 8 ggr/dygn, räcker inte alltid – och är inte alltid rätt vårdnivå. Vidare finns inte alltid tillgång till geriatrik och rehabplatser i tillräcklig omfattning. Det råder också många gånger en

brist på platser i äldreboenden. Konsekvensen blir att patienten kommer till slutenvården, ofta upprepade gånger, för stabilisering och vårdplanering. Det finns m a o ett gap mellan vårdutbud och vårdbehov. Vårdutbudet är inte ändamålsenligt i relation till de vårdbehov som finns. Detta leder till onödigt många vårdplaneringar med tillhörande informationshantering och informationsöverföring. Situationen ger också andra effekter i form av sämre vårdkvalitet och felaktigt resursnyttjande.

- Om en aktuell vårdform inte är tillräcklig, uppstår som ovan nämnts ofta en situation där patienten försämras och läggs in på akutsjukhus. Såväl den initiala som en förnyad vårdplanering sker alltid i samband med en vistelse inom slutenvården. Alternativa insatser och möjligheter till vårdplaneringen i öppen vård saknas, t ex att nya och utökade insatsbehov kan planeras och hanteras inom ramen för det särskilda boendet.
- Patienter som byter vårdgivare förväntar sig att deras nya vårdkontakt har all tidigare information tillgänglig. Patienter och anhöriga anser detta som självklart. Patientsamtycke utgör därför sällan ett formellt hinder för utvecklade system för hantering av patientinformation. Om frågor kring informationsövering ställs till patienter och anhöriga ges i regel alltid samtycke och sekretesslösningar inom ramen för befintliga IT-system är möjliga. Av detta skäl bör också gällande sekretessregler hanteras så att relevant information kan utbytas på ett smidigare sätt.
- Frånvaro av en regiongemensam portal eller motsvarande för informationsöverföring utgör det största formella och praktiska hindret för en effektiv, och säker informationshantering. En lösning är f n under utveckling med preliminär driftstart vid årsskiftet. I avvaktan på att frågorna om ett gemensamt journalssystem fått en lösning, bör en sådan alternativ lösning skyndsamt etableras.
- Granskningen har visat att det på alla nivåer råder en bristande ledning av den utveckling som sker inom området informationshantering/-överföring. Rutinutvecklingen är på viss håll aktiv, men ”sprettar” samtidigt. Olika lokala initiativ tas för att utveckla de befintliga förutsättningarna utan att det sker en strukturerad samordning av de olika utvecklingsprojekten. När utvecklingen i första hand sker lokalt ökar också risken för onödigt ”dubbelarbete” i utvecklingsarbetet, samtidigt som olika rutiner kan etableras där en enhetlighet istället bör eftersträvas. Området bör därför ses ur ett helhetsperspektiv och ges en mer strukturerad strategisk och samordnad ledning.
- Informationsöverföring är en delprocess av vårdadministrativa processer som sker inom varje enhet. Övergripande är det vårdadministrativa arbetet ett område som saknar ändamålsenlig ledning, styrning och samordning. Det lokala ansvaret för informationshantering är otydligt och incitament för åtgärder saknas.
- Ett väsentligt stöd för informationsöverföring och kommunikation är tydliga kontaktvägar. Granskningen har visat att dessa är oklara och att det saknas information om och etablering av ändamålsenliga kontaktvägar. Personal behöver ägna tid åt att leta efter telefonnummer och exempel finns där vårdpersonalen på sjukhuset sitter i allmänhetens telefonkö till vårdcentralerna. Kontaktvägen och informationsöverföringen löses ofta ”från fall till fall” och bygger på medarbetares individuella kännedom och utarbetade rutiner.
- Vårdgivarna har inte tillgång till, eller kan inte läsa i varandras digitala journalsystem. (T ex att akuten eller primärvården kan läsa i samverkanpartens journalsystem.)

Huvudorsaken till detta är förekomsten av en rad olika journalsystem som inte kan kommunicera med varandra och/eller skilda databaser.

Vilka risker och konsekvenser kan brister i informationsöverföring medföra för patienter?

På flera sätt är ädamsänsenligheten i hur information överförs mellan vårdgivare avgörande för vårdkvalitet, säkerhet och servicenivån i den vård patienten får. Det handlar om att rätt beslutsunderlag finns på rätt plats, att tydlig information om åtgärder och kontroller finns och att informationen finns hos rätt mottagare i rätt tid. Ytterligare en viktig faktor är att det finns tydlighet när det formella vårdansvaret överförs till nästa nivå och att mottaget vårdansvar faktiskt kvitteras. Om inte rutiner för att formellt kvittera ett övertaget vårdansvar finns och om överföringsprocessen inte är kort, finns risk att ett glapp uppstår i vårdprocess och handläggande.

Granskningen har indikerat att det finns ett antal risker för patienten som är relaterade till brister i informationsöverföringen.

Processen för att genomföra informationsöverföring (utskrift, signering och utskick) hos remitterande sjukhusliniek kan ta lång tid. Av detta skäl kommer informationen inte alltid i tid till primärvården, ibland efter planerad åtgärd eller planerat besök. I nästa steg kan också hanteringen hos den mottagande enheten ta lång tid. Detta kan leda till att det går lång tid mellan att remiss upprättas och skickas fram till att patienten slutligen får en kallelse.

En säkerhetsrisk för patienten uppstår också till följd av att information måste omarbetas och byta informationsmiljö (från en vårdgivers digitala journal till papper som sänds till mottagaren för att nästa steg dikteras, skannas eller skrivs in i mottagarens digitala journal).

Genom den pappersbaserade hanteringen kan också informationen komma bort eller till fel mottagare. Intervjupersonerna har också lämnat uppgifter om att informationen kan vara för knapphändig eller otydligt framställd. Ibland kan en önskad åtgärd uttryckas i en epikris, ibland i en journalkopia och ibland på separat remiss. Rutinerna ser olika ut och är oklara.

Vidare finns inga rutiner för att kvittera övertaget vårdansvar och för uppföljning av skrivna remisser. Rutiner och förutsättningar för primärvårdsläkaren till ett korrekt övertagande av vårdansvaret brister således.

Patienter som inte omfattas av samordnad vårdplanering "hänger ofta mer i luften". Där är ledtiden mellan avsändare och mottagare kring den givna informationen längre, likaså är informationsvägen ofta mer oklar (kan gå till olika vårdgivare).

Den sammantagna tiden i ett vårdförlopp som vårdgivare (framförallt sjuksköterskor) ägnar åt informationshantering är omfattande. Tiden för att hantera information konkurrerar påtagligt med den tid som kan riktas till direkt vårdarbete.

Ytterligare en aspekt är att ersättningssystemet kan medföra att patienten "bollas fram och tillbaka" med ökad informationshantering som följd.

Konsekvenser och risker för patienten till följd av brister i informationshanteringen kan uppstå i form av;

- Försenat återbesök i primärvården.

- Risk för över- och undervård p g a för sen eller otillräcklig information.
- För sen provtagning, kontroll eller annan åtgärd.
- Väntan, ovisshet och oro hos patienten.
- Säkerhetsrisk på grund av bristande samordning av läkemedelsinformationen.
- Att ett glapp i vårdkedjan uppstår under den tid som går mellan utskrivning fram till att information nått vårdansvarig primärvårdsläkare.
- Att det i vissa steg i vårdprocessen är otydligt vem som har formellt vårdansvar för patienten.
- Att en del av informationsansvaret läggs på patienten och/eller anhöriga samt på kommunens distriktssköterskor.

Vilka konsekvenser och risker kan brister i informationsöverföringen medföra för personal?

Arbets sättet för informationshantering präglas av de rutiner som byggts upp till följd av att respektive verksamhet har olika journalsystem som inte kan kommunicera med varandra. Framförallt innebär det arbetssätt som idag tillämpas en tidskrävande hantering.

Till följd av att information i de olika journalsystemen inte kan överföras digitalt mellan vårdgivare, eller att en gemensam lösning för informationsöverföring inte finns, måste respektive enhets information skrivas ut och nya papper upprättas som i sin tur kräver hantering. Läkemedelslistor är ett av de dokument som måste upprättas för hand. Mottagande enhet måste sedan överföra informationen till sitt IT-system. Antingen genom scanning eller diktat för ny anteckning i befintligt system. Förutom den tidigare nämnda säkerhetsrisken, medför dessa överföringar en tidskrävande dubblering av dokumentation.

Den fördröjning som beskrivits i informationsöverföringen mellan vårdgivare leder ofta till att vårdpersonalen får ägna betydande tid åt informationssökning kring enskilda patienter.

Informationshanteringen, tillsammans med att söka information anses ta flera timmar per vecka.

Vilka system finns för journalhantering och annan informationshantering – och samverkar dessa system?

Inom regionen finns inget gemensamt IT-system för hantering av de dokument som är kopplade till den samordnade vårdplaneringen, som kan ge en vårdtillfällesöversikt eller som ger en möjlighet till digital hantering av remisser och epikriser. Det patienadministrativa system som tillämpas inom regionen, Poasis, har inte utvecklats i relation till de möjligheter som systemet uppges ha i detta syfte.

Inom de granskade enheterna finns följande digitala journalsystem:

- VC Perstorp – Biosis Hässleholm/Kristianstad – Melior
- VC Måsen – Profdoc USiL – Melior
- UMAS – Melior VC Sorgenfri – Swed Star
- VC Skurup - Swed Star Ystads Lasarett– Swed Star

I regionen finns således ett antal olika journalsystem, vilka inte kan kommunicera med varandra. Samverkande vårdgivare kan heller oftast inte läsa i varandras journalsystem. Detta innebär att patientinformation måste överföras mellan vårdgivare i pappersform med hjälp av fax och/eller med post. I stor utsträckning gäller detta även de enheter som har samma journalsystem.

Ystads Lasarett och Skurups vårdcentraler har båda journalsystemet SwedStar, en gemensam databas och nätverk. Trots dessa förutsättningar skickas papperskopior på remisser, epikriser mm, vilka sedan scannas eller skrivs in. Förekomsten av ett gemensamt system har ändå inneburit en rad positiva effekter kring informationshanteringen som:

- Att en möjlighet finns att se varandras journaler och läkemedelslistor.
- Att en ”moln-funktion” ger möjlighet att bevaka aktuella provtagningar och ändringar i läkemedelslistorna.
- Att man inte hamnar i ett informationsvakuum om patienten behöver vård innan epikris eller remiss anlänt till vårdcentralen, samt att man slipper ägna tid åt att ringa/leta info hos föregående vårdgivare.
- Att informationen alltid är aktuell – jourbesök noteras alltid i PV-journalen.
- Att läkemedelsinformationen är gemensam.

SwedStar har dessutom en utbyggd kompatibilitet med Kunrad (system för röntgenbilder och remisser till och från röntgen), vilket ger smidig hantering av remisser och svar. Kvarvarande utvecklingsbehov finns dock avseende en gemensam läkemedelslista. Likaså en vårdöversikt och meddelandefunktion kring inneliggande patienter saknas, liksom digital möjlighet att hantera SVP.

Vem har ansvaret för att den information som överförs mellan vårdgivare är tillräcklig och aktuell?

Det formella ansvaret för att det finns en ändamålsenlig rutin är alltid verksamhetschefens. Sjuksköterskorna inom slutenvården har oftast det praktiska ansvaret och är i regel spindeln i nätet.

Tydligheten i det övergripande ansvaret för en ändamålsenlig informationshantering är otillräcklig. Det finns även brister beträffande ansvaret för att det på lokal nivå finns ändamålsenliga rutiner.

Är rutiner och metodstöd för överföring av läkemedelsinformation mellan vårdgivare ändamålsenlig?

Mot bakgrund av vad som ovan beskrivits är bedömningen att det generellt finns brister i informationsöverföringen som leder till ökade risker för patienterna. Generellt finns heller inga rutiner för att säkra eller följa upp att den erhållna informationen är heltäckande och aktuell. Granskningen har dessutom visat att de metodstöd som tillämpas inte är ändamålsenliga.

En övergripande bedömning på grundval av granskningen är att överföringen av läkemedelsinformation mellan vårdgivarna inom Region Skåne inte är ändamålsenlig.

Bristen på gemensam läkemedelslista per patient och den ständiga manuella uppdateringen av listorna ger stora säkerhetsrisker och ett påtagligt merarbete. Vidare ger reglerna kring billigare utbytespreparat ytterligare ett osäkerhetsmoment. Dock uppges att APO-dos-listor underlättar och ger en vis ökad säkerhet.

Utvecklingen av den ”Läkemedelsberättelse” som USiL tagit fram har gett ökad säkerhet och uppskattas mycket. Metoden och underlaget ställer krav på att samlad läkemedelsinformation utbyts mellan vårdgivare. Underlaget används också som informationshandling till patienten. Rutinerna för hantering bör dock utvecklas och bli mer enhetliga. Vidare bör tillämpningen spridas inom regionen.

Sammanfattande analys och rekommendationer

Övergripande analys

Sjukvård är en verksamhet som ska tillgodose många och ökande vårdbehov. Verksamheten är komplex och innefattar både medicinska, tekniska och administrativa arbetsfält. Inom alla områden sker snabb och kostnadsdrivande utveckling. Detta samtidigt som sjukvårdens samlade resurser sannolikt inte kommer att öka i samma takt. Sjukvårdens utmaning framöver är därför att utveckla den inre effektiviteten och ändamålsenligheten i hur resurser styrs och nyttjas. För att resurser, framförallt kompetens och tid, ska användas på bästa sätt, behöver såväl styr- och ledningsprocesser som kärnverksamheten vara välfungerande. Avgörande är också att skapa effektivitet i vårdens stödprocesser, inte minst de vårdadministrativa.

Erfarenheter som har framkommit vittnar om att det i allmänhet finns påtagliga brister i de vårdadministrativa processerna och i hanteringen av patientinformation. Det som studerats i denna granskning – överföring av patientinformation mellan vårdgivare - är en delprocess i det vårdadministrativa arbetet. Granskningen har visat att även denna avgränsade delprocess har en stor potential för effektivisering. Vidare finns det uppenbara behov av att vidta åtgärder för att förbättra tillgodose patientsäkerheten inom ramen för informationshanteringen.

Den grundläggande orsaken är att olika vårdadministrativa stödprocesser inte utvecklats i sitt sammanhang integrerat med vårdprocesserna. Syftet med de administrativa processerna är att stödja vårdens uppgift att tillhandahålla en god och säker vård. Konsekvenser av detta har blivit att informationshanteringen blir alltför omfattande och inte anpassade för de aktuella vårdprocesserna, varför information ofta hanteras ostrukturerat och i dubbla led. Av dessa skäl är det svårt att uppskatta hur stora resurser som åtgår för den hantering som sker av patientinformation. Den granskning som ligger till grund för denna rapport är en i raden av

olika kartläggningar som visar att det finns betydande resursmässiga vinster att hämta genom att effektivisera arbetet.

Konsekvensen av att inte åtgärda de brister som rapporten lyfter fram kring informationsöverföring innebär således både ökade risker och kostnader. Bl a finns en risk att den beslutsinformation som finns i underlagen för informationsöverföring är undermålig och att patienter får fel vårdinsatser på fel vårdnivå. Om rutinerna för informationsöverföring inte effektiviseras och ett effektivt IT-baserat verktyg för informationsöverföring inrättas, består också den onödigt stora resursåtgång som idag kan ses för hanteringen.

Sammanfattande bedömningar

Formerna för hur patientinformation överförs är en viktig del för att samverka mellan vårdgivare ska kunna bli effektiv. Utgångspunkterna för effektiv samverkan och effektiv informationsöverföring är;

- Att varje enhet har ett tydligt uppdrag som preciseras i tydliga vårdtjänster. Utifrån detta fastställs sedan tydliga gränssnitt i ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna. En tydlighet måste i nästa steg även finnas kring var i den sammantagna vårdtjänsten ansvaret ska ligga, det vill säga vem gör vilka insatser i respektive vårdprocess. Till stöd för detta klargörande bör lokala vårdprogram finnas som också klargör formen för hur information överförs.
- Att varje enhet har tydliga rutiner för informationsöverföring. Rutinerna bör också kopplas ihop med ett tydliggörande av vem som har ansvar för att samverka och informationsöverföringen fungerar på avsett sätt och att rutinerna följs upp.
- Att rutinerna för informationsöverföring kopplas med kvalitetskrav och mått på effektiviteten i processerna för informationsöverföring (t ex ledtider, informationsinnehåll, resursåtgång mm).

Granskningen har visat att dessa förutsättningar och utgångspunkter inte är uppfyllda. De problem som iakttagits kring informationsöverföringen mellan vårdgivare bör hanteras på flera nivåer och genom flera angreppssätt.

Det finns flera förklaringar till de problem som redovisats. En del av problematiken har att göra med befintliga IT-systems bristande förmåga att kommunicera med varandra. En annan aspekt är den strategiska ledningen av informationshanteringen. Ytterligare en brist föreligger i de oklarheter som finns beträffande linjeansvaret för att tillse att enhetliga, gemensamma och ändamålsenliga rutiner och arbetssätt inrättas.

Sammanfattningsvis är bedömningen att de brister som identifierats beträffande möjligheten att kommunicera mellan IT-system, tillsammans med bristen på rutiner för informationsöverföring, leder till merarbete och ökade patientrisker. De områden som är särskilt kritiska utgörs av:

- Remisshantering
- Läkemedelslistor

- Kvittering av vårdansvar.

Befintliga IT-system för journaldokumentation stödjer inte överföringen av patientinformation. Det tillvägagångssätt som tillämpas får som konsekvens att omfattande merarbete uppstår för personalen och att riskerna ökar för patienter. Granskningen visar samtidigt att det på olika håll gjorts ansträngningar att utveckla tillämpningar för att kompensera dessa brister och risker. Exempel som framkommit är t ex framtagandet av ”Läkemedelsberättelsen”.

Många goda exempel finns också på att man lokalt utvecklat arbetssätten kring informationsöverföring, men granskningen har visat att det samtidigt behövs en utvecklad strategisk ledning för att ta fram en IT-baserad lösning för informationshantering. En gemensam lösning för informationsöverföring och SVP bör utvecklas och inrättas. Vidare behöver kraven på lokal rutinutveckling och ledning skärpas.

Den höga patientgenomströmningen inom slutenvården och det uppdelade vårdansvaret mellan vårdgivare i varje enskild vårdprocess bygger på att informationshanteringen fungerar. Informationshanteringen är en avgörande stödprocess för varje vårdkedja och måste i högre utsträckning struktureras, ledas samt förses med ändamålsenlig ansvars- och rollfördelning. Avgörande för effektivitet och säkerhet är att inrätta en ändamålsenlig IT-baserad funktion för informationsöverföring.

Genom att informationsöverföring är en tidskrävande och viktig stödprocess för effektiviteten i varje vårdkedja och för effektiviteten i det samlade resursnyttjandet - bör de resurser som ska tillföras hanteringen ses över.

Rekommendationer

- Gemensam och regionövergripande IT-baserad lösning för samordnad informationsöverföring är en angelägen utvecklingsfråga som bör prioriteras. Lösningen bör också innefatta vårdtillfällesöversikt och information kring kontaktvägar mellan vårdgivare. De behov som finns gäller både möjligheten till informationsöverföring mellan regionens enheter och mellan region och kommuner.
- Heltäckande och tydligt definierade rutiner för informationsöverföring bör i större utsträckning tas fram på det lokala planet.
- Förbättra och effektivisera remisshanteringen tillsammans med rutiner för att bekräfta ansvaret för vårdövertagandet.
- Överväg vilka resurser som ska användas vid informationshantering. System och strukturer för samordnat nyttjande av sekreterarkapacitet bör inrättas i relation till att informationshanteringen utgör en central del i vårdprocessen. Konsekvenser av att fram för allt sjuksköterskorna måste ägna en stor del av tiden till informationshantering måste ses över. Det finns också ett behov av och möjligheter för omfördelade arbetsuppgifter mellan sjuksköterskor och administrativ personal vad gäller informationshanteringen. Ökat behov av administrativ personal kan behöva prövas.
- Möjligheterna att organiserade nya och anpassade insatser med andra vårdnivåer som utgångspunkt bör prövas. Förnyad vårdplanering sker idag alltid inom akutsjukvården.

- System för samordnat nyttjande av sekreteraresurser bör tas fram. Digital diktering ger en infrastruktur för samutnyttjande av en organisations eller ett produktionsområdes sekreterarkapacitet. Granskningen har gett indikationer om att förseningar i informationsöverföringen bl a kan bero på en underkapacitet alternativt ojämnt nyttjande av läkarsekreteraresurserna.