

A2003:015

IT för vård och omsorg

Delrapport till ITPS utvärdering av den svenska IT-politiken

PLS RAMBØLL Management AB

IT för vård och omsorg

PLS RAMBØLL Management AB

ITPS, Institutet för tillväxtpolitiska studier
Studentplan 3, 831 40 Östersund
Telefon 063 16 66 00
Telefax 063 16 66 01
e-post info@itps.se
www.itps.se
ISSN 1652-0483

För ytterligare information kontakta Hans-Olof Hagén
Telefon 08 456 67 36
E-post hans-olof.hagen@itps.se

Förord

Institutet för tillväxtpolitiska studier har haft i uppdrag av regeringen att genomföra en utvärdering av den svenska IT-politiken. ITPS har därför gett PLS RAMBØLL Management AB i uppdrag att analysera IT-användningen i vården och omsorgen som ett av många underlag för analysen och slutsatserna i institutets huvudrapport.

Rapportens huvudslutsatser är att det i Sverige idag finns en utbredd kunskap om de problem som måste övervinnas för att införa IT-stöd i stor skala. Strategiskt arbete med att skapa en gemensam nationell infra- och informationsstruktur för IT i hälso- och sjukvården har tagit fart under senare år, främst genom samarbetsorganet Carelink. Stommen till en nationell teknisk infrastruktur finns redan i SJUNET, Sjukvårdens nät. Den decentraliserade vårdstrukturen och avsaknaden av en nationell strategi på området gör dock arbetet mödosamt och tidskrävande. Framförallt har avsaknaden av gemensamt framtagna lösningar bidragit till att man på många håll pratar om ”digitala öar” för att betona bristen på interoperabilitet mellan olika IT-system. Många förespråkar ett tydligare nationellt fokus men med bibehållandet av frivillighet och samsyn som centrala utgångspunkter i utvecklingsarbetet.

Föreliggande rapport har utförts av konsulterna Nanna Bjørner, Per Malmberg, Mikkel Grimmeshave och projektassistent Joakim Norrgård vid PLS RAMBØLL Management AB. Dessa svarar ensamma för analyser och slutsatser i föreliggande underlagsrapport.

Ansvarig chef vid Institutet för tillväxtpolitiska studier har varit Hans-Olof Hagén medan Kurt Lundgren har varit projektledare. ITPS vill också tacka Carelink för att de bidragit till finansieringen av denna rapport.

Stockholm i oktober 2003

Sture Öberg,
generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning	9
1.1 Delstudiens utgångspunkter	9
1.2 Frågeställningar	9
1.3 Avgränsningar	10
1.4 Rapportens disposition	10
2 Begrepp och termer	11
3 Metod	13
4 Bakåtblick.....	17
4.1 Något om förekomsten av olika IT-stöd inom hälso- och sjukvården.....	17
4.2 Aktuella initiativ och centrala aktörer	19
4.3 Fakta om IT-investeringar i landsting och kommuner	21
4.4 Brist på effektmätningar	21
4.5 Barriärer i utvecklingen	23
4.5.1 Brist på samordning av IT-infrastruktur	23
4.5.2 Teknikfokus.....	24
4.5.3 Svår marknad för leverantörer	24
4.5.4 Politiska och ekonomiska förutsättningar	25
4.5.5 Lagstiftning	26
4.6 Drivkrafter i utvecklingen	27
4.6.1 SJUNET	27
4.6.2 Allmän IT-utveckling.....	27
4.6.3 Bred personalmedverkan	27
4.6.4 Möjligheter till bättre vård och omsorg	28
4.7 Uppsummering av nuläget.....	28
4.7.1 Motståndet mot IT minskar bland personalen	28
4.7.2 Nödväntigt med gemensam IT-infrastruktur.....	28
4.7.3 Teknik är inte längre ett hinder	29
4.7.4 Säkerhet är inte längre ett stort hinder.....	30
4.7.5 Utveckling av tjänster.....	30
4.7.6 Större fokus på uppföljningar	30
5 Andra aspekter på IT-politiken	31
5.1 De IT-politiska instrumenten	31
5.1.1 Tillgänglighet.....	32
5.1.2 Kompetens.....	32
5.1.3 Tillit	33
5.2 Jämförelse med andra politikområden.....	33
5.3 Internationella aspekter	34
5.3.1 Den europeiska dimensionen	34
5.3.2 Vad och hur gör man i andra länder?.....	35
5.4 Samlade bedömningar och observationer	41

6	Framåtblick.....	43
6.1	Bakgrund till framåtblickande diskussion	43
6.2	Områden för samordning.....	44
6.2.1	Områden som bör stödjas och samordnas centralt	44
6.2.2	Områden som bör stödjas centralt, men samordnas regionalt och lokalt.....	46
6.3	Ansvarsfördelning.....	47
6.3.1	Framtagande av en nationell vision	47
6.3.2	Instrument för att fastställa ansvaret för visionen.....	48
6.3.3	Implementering och utveckling	48
6.3.4	Uppföljning och mätning av effekter.....	48
6.4	Finansiering och styrning.....	49
6.4.1	Incitamentsmodeller och medelsförsörjning.....	49
6.4.2	PPP som en form för ytterligare finansiering.....	49
6.4.3	Hur säkerställs tvärgående investeringar?.....	50
6.4.4	Hur säkerställs styrning och auktoritet?	50
6.5	Perspektiv på en framtida IT politik inom vård och omsorg	51
	Bilaga 1 – Frågeguide	53
	Bilaga 2 – Litteraturlista.....	55
	Bilaga 3 – Intervjupersoner	57

Sammanfattning

Föremålet för analysrapporten som utarbetats på uppdrag av ITPS (Institutet för tillväxtpolitiska studier) är användningen av IT inom vården och omsorgen i Sverige. Analysuppdraget ingår som en del i regeringens översyn av den svenska IT-politiken.

Syftet med studien är att belysa och analysera följande frågeställningar:

- Hittillsvarande erfarenheter av IT-användningen i vård och omsorg.
- Andra aspekter av IT-politiken innefattande jämförelse med andra nationella politikområden, inklusive anknytningen till de IT-politiska instrumenten, t.ex. tillgänglighet och säkerhet samt internationella aspekter
- Strategiska IT-frågor i ett femårsperspektiv, inklusive förutsättningarna för en samordnad nationell IT-strategi på området.

Frågeställningarna har besvarats med hjälp av intervjuer, workshop och en litteraturstudie.

Utvärderarna har under studien identifierat ett antal centrala barriärer och drivkrafter som präglat utvecklingen och användningen av IT inom vård och omsorg. Bland barriärerna för en mer breddad användning av IT märks framförallt bristen på en gemensam IT-infra- och infostruktur för vården. En sådan infrastruktur utgör en grundläggande förutsättning för IT-samverkan mellan huvudmännen. Orsakerna till denna brist beror på ett antal faktorer. Bland dessa utmärker sig brister i samverkan mellan olika huvudmän som föranletts av en utpräglad teknikfokusering där verksamhetsperspektivet fått stå tillbaka. Samspelet med IT-leverantörer har inte heller fungerat optimalt mycket beroende på kulturkrockar. Investeringar i IT för vård och omsorg har ofta en hög initialkostnad vilket haft en negativ effekt på investeringsviljan ute i såväl landsting som kommuner, inte minst under ekonomiskt kärva tider.

Bland drivkrafterna märks etablerandet av SJUNET, Sjukvårdens nät. I SJUNET har stommen till en infrastruktur för vården och omsorgen skapats vilket skapar förutsättningar för en utveckling i samverkan. Huvudmännen ser i SJUNET en utväg ur den suboptimering som den hittillsvarande utvecklingen skapat. Den allmänna IT-utvecklingen i samhället avspeglar sig även i vården och omsorgen. IT betraktas i dag alltmer som ett verktyg i vårdprocessen vilket ökat acceptansen bland vårdpersonalen. Det har också under senare år blivit allt vanligare att vårdpersonalen involveras i införskaffningen av olika IT-stöd. Vårdpersonalen är i dag mer delaktig i de investeringsbeslut som tas. Den rådande ekonomiska och demografiska situationen har bidragit till att IT-frågan lyfts upp på en högre nivå. IT betraktas av många som en absolut nödvändighet för att möta framtidens krav på vård och omsorg.

IT-frågorna drivs i dag aktivt av samarbetsorganisationen Carelink där samtliga landsting och ett 20-tal kommuner ingår tillsammans med ytterligare några aktörer. Inom Carelink har man också uppmärksammat några av de mest centrala hinder som måste övervinnas för att uppnå en breddad IT-användning.

I studien utreds IT-frågan även i ett framtidsperspektiv. Utvärderarna diskuterar olika insatsområden i det fortsatta arbetet mot en ökad IT-samverkan mellan huvudmännen och övriga berörda aktörer, samt ansvarsfördelning, finansiering och styrning. Enligt utvärderarna finns det ett antal nyckelfrågor som måste lösas på central nivå, häribland utarbetandet av en gemensam nationell vision för IT inom vård och omsorg och en gemensam infra- och infostruktur för vården baserad på gemensamma och vedertagna kommunikationsstandarder. Vidare anser utvärderarna att det finns ett antal uppgifter som de regionala och lokala huvudmännen bör ansvara för med uppbackning och stöd från centralt håll. Sådana uppgifter innefattar effektmätningar och uppföljningar samt användningen av verktyg för arbetsprocessanalyser och implementeringsprocesser. Slutligen förordar utvärderarna att möjligheterna att, genom olika utvecklingsavtal med tillhörande incitament mellan staten och huvudmännen, sörja för den nödvändiga finansieringen närmare utreds.

1 Inledning

Studien ”IT för vård och omsorg” utgör en del i det utvärderingsuppdrag som Institutet för tillväxtpolitiska studier (ITPS) låter utföra på uppdrag av regeringen och som baseras på riktlinjer i den s.k. IT-propositionen (prop.1999/2000:86). Avsikten med utvärderingsuppdraget är att genom en översyn och nulägesanalys av IT-användningen inom olika samhällssektorer ge förslag på fortsatt inriktning för den svenska IT-politiken. Motsvarande delstudier om IT-användningen har genomförts för bl.a. utbildnings- och kultursektorn. PLS RAMBØLL Management tilldelades genom offentlig upphandling uppdraget att, som oberoende leverantör utföra delstudien ”IT för vård och omsorg”. I denna rapport redovisas resultaten från denna studie.

1.1 Delstudiens utgångspunkter

I regeringens IT-proposition lyfts hälso- och sjukvården fram som ett område där en utökad IT-användning kan bidra till utveckling och förnyelse¹. Huvudansvaret för utvecklingen av hälso- och sjukvården ligger i Sverige hos de enskilda huvudmännen, dvs. landstingen/regionerna och kommunerna. Mot bakgrund av den decentraliserade vårdstrukturen och de ökade effektiviseringsbehoven förorsakade av bl.a. demografiska och ekonomiska faktorer, har röster höjts för ett mer samordnat grepp och synsätt på utvecklingen av IT-stöd och IT-användningen inom hälso- och sjukvården.

En utveckling präglad av samordning och samsyn kring centrala frågeställningar, dels mellan olika huvudmän, och dels mellan huvudmän och systemleverantörer när det gäller införandet och användningen av IT-stöd i vårdprocessen bedöms av allt fler aktörer som en nödvändig förutsättning för att informations- och kommunikationsteknologins fulla potential skall kunna realiseras fullt ut.

1.2 Frågeställningar

Delstudien och utvärderingsupplägget baseras på de utvärderingsfrågor som framgår av uppdragsbeskrivningen för studien. Studien belyser således följande områden:

- Hittillsvarande erfarenheter av IT-användningen i vård och omsorg.
- Andra aspekter av IT-politiken innefattande jämförelse med andra nationella politikområden, inklusive anknytningen till de IT-politiska instrumenten, t.ex. tillgänglighet och säkerhet samt internationella aspekter
- Strategiska IT-frågor i ett femårsperspektiv, inklusive förutsättningarna för en samordnad nationell IT-strategi på området.

¹ Prop. 1999/2000:86

Dessa övergripande undersökningsområden har inför och under studien preciserats och operationaliserats i konkreta frågeställningar. Studiens och frågeställningarnas karaktär innebär att angreppssättet uppvisar både deskriptiva och analytiska element.

1.3 Avgränsningar

Studien syftar till att skapa en översiktlig och samlad bild av IT-användningen inom vården och omsorgen på ett nationellt plan. Utvärderarna har således koncentrerat sina insatser på att belysa de mest framträdande utvecklingstendenserna på området samt att diskutera framtida utvecklingsområden och riktlinjer. Avsikten med studien är inte att närmare analysera användningen av enskilda IT-stöd, -system eller -tjänster. Tekniska detaljer berörs ytterst sparsamt och endast då det ansetts bidra till studiens syfte. Noteras bör även att regionala och lokala skillnader är relativt vanligt förekommande när det gäller införandet och användningen av IT-stöd i vård- och omsorgsverksamheter samt att sådana variationer riskerar att bli förbisedda i en studie av detta slag.

1.4 Rapportens disposition

I nästföljande kapitel 2 diskuteras innebörden och användningen av olika begrepp och termer i studien.

I kapitel 3 redogör utvärderarna för den undersökningsmetod som använts för studien.

I kapitel 4 presenteras en översikt över de erfarenheter som gjorts i samband med användningen och införandet av olika IT-stöd i vården och omsorgen. Redogörelsen inriktar sig på de barriärer och drivkrafter som identifierats med utgångspunkt i den genomförda litteratur- och intervjustudien. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion kring IT-användningen i nuläget.

I kapitel 5 sätts undersökningsområdet in i ett större sammanhang genom att jämförelser görs med situationen inom andra politikområden. I kapitlet behandlas även IT-användningen inom vården och omsorgen i ljuset av de övergripande IT-politiska instrumenten tillgänglighet, kompetens och tillit. Kapitlet innehåller även en kort presentation av utvecklingstendenserna på det europeiska planet. Kapitlet avslutas med en något djupare redogörelse för situationen i tre utvalda länder, närmare bestämt Danmark, Holland och England.

Kapitel 6 behandlar frågor kring strategiska utvecklingsområden, ansvarsfördelning, finansiering och styrning i ett framåtblickande perspektiv. I kapitlet vävs utvärderarnas synpunkter och förslag samman med information inhämtad genom intervjuer och workshop.

2 Begrepp och termer

I framställningen återkommer löpande en rad centrala begrepp som behöver en förtydligande definition. Inledningsvis skall något nämnas om själva begreppet ”IT för vård och omsorg”.

Begreppet ”IT för vård och omsorg” är allomfattande och kan avse i stort sett all IT-användning som på ett eller annat sätt kan hänföras till produktion och administration av hälso- och sjukvårdstjänster. IT ingår som en del i hälso- och sjukvårdens informationssystem. Förutom persondatorbaserade IT-stöd avsedda för användning av vårdpersonal och vårdtagare i en behandlingssituation kan begreppet utvidgas till att omfatta även sofistikerad och komplex medicinteknisk utrustning som t.ex. laboratoriesystem.

I den aktuella studien begränsas begreppet ”IT för vård och omsorg” till nedanstående applikationer och användningsområden.

Direkt patientrelaterat/patientkontakt	Supportsystem
Telemedicin/televård (i detta begrepp ingår konsultationer på distans, distansbehandling, konferenser, second opinion, utbildning/undervisning)	Beslutstödssystem
Elektroniska patientjournaler	Patientadministrativa system
E-recept/läkemedels-hantering	Webbaserad hälsoinformation

Definitionen, eller om man så vill, kategoriseringen, har utarbetats för att skapa en fast utgångspunkt för utvärderarna i kontakten med intervjupersonerna och en struktur för analysarbetet. Definitionen gör inte anspråk på att vara allsmäktig utan syftar till att framhäva de tjänster och användningsområden som ofta har och som fortfarande lyfts fram som de mest intressanta i ett utvecklingsperspektiv. Information i detta hänseende har inhämtats genom sökningar i litteraturen. Uppdelningen i ”Direkt patientrelaterat” och ”Supportsystem” är utvärderarnas egen konstruktion. Denna uppdelning avspeglar även i viss mån skillnader i infrastruktur (”hård” infrastruktur, se nedan). Utvärderarna har valt att inkludera ”Webbaserad hälsoinformation” för att betona framväxten av denna informationskanal i vårdkedjan under senare år. Denna tjänst, som i första hand bör betraktas som ett ”supportsystem” för medborgarna, skiljer sig från de övriga i och med att den i allmänhet baseras på vanlig Internetteknik.

Även om avsikten med studien är att belysa den allmänna IT-utvecklingen och -användningen inom vården och omsorgen har det dock under studien framgått att de tre första tjänsterna/användningsområdena, d.v.s. telemedicin/televård, elektroniska patientjournaler och e-recept, tenderar att lyftas fram som viktiga utvecklingsområden. I sammanhanget skall det också poängteras att någon enhetlig avgränsning av begreppet ”IT för vård och omsorg” inte står att finna. Dessutom gör besläktade termer som ”Hälso- och sjukvårdsinformatik” och ”eHealth” att det blir vanskligt att klart avgränsa och begreppsbestämma området.

Inför intervjuerna har det från utvärderarnas sida därför ansetts viktigt att intervjupersonerna fått ge sin syn på den gjorda uppdelningen för att undvika missförstånd. På basen av intervjustudien kan utvärderarna konstatera att denna accepterats av samtliga respondenter efter några smärre språkliga justeringar.

Utvärderarna är medvetna om riskerna med att inordna och behandla vitt skilda tillämpningar under en och samma samlingsterm, i det här fallet "IT för vård och omsorg", eftersom förutsättningarna och uppnådda resultat varierar mellan olika typer av applikationer, användningsområden och geografiska regioner. Det har dock under studien, bl.a. ur tidsperspektiv, inte varit möjligt att närmare undersöka och analysera de olika IT-stöden och användningsområdena var för sig.

Nedan ges korta definitioner av några nyckeltermmer som ofta återkommer i den fortsatta framställningen.

Infrastruktur: I begreppet ingår såväl en "hård" som en "mjuk" del. Den hårda delen utgörs av den fysiska kommunikationslinjen, t.ex. bredband, medan den mjuka delen omfattar informationsmodeller, kommunikationsstandarder och/eller säkerhetslösningar.

Standard: Avser säkerhets- och kommunikationslösningar och vilka regler som gäller för överföring av information och hur den skall hanteras och lagras av den enskilda vårdenheten.

Integration: Flera system eller funktioner arbetar tillsammans på ett sådant sätt att användaren upplever dem som ett system.

Arkitektur: Med hjälp av planering av arkitektur styr man införandet av nya teknologier och system, så att de passar in i befintligt IT-stöd.

3 Metod

Utvärderingen inleddes med ett möte mellan utvärderarna och representanter för ITPS i mitten av juli 2003. Intervjustudien genomfördes under perioden 14 augusti - 5 september. Den 10 september anordnades en workshop i ämnet, varefter en preliminär rapport överlämnades till ITPS den 15 september. Den preliminära rapporten och analysresultaten presenterades för uppdragsgivaren vid efterföljande seminarium. I den nu föreliggande slutrapporten har de kommentarer som den preliminära rapporten gav upphov till beaktats. Utvärderarna har även gjort vissa egna kompletteringar och fördjupningar av materialet.

Nedan presenteras den metod som använts i analysuppdraget.

Litteraturstudie

I överensstämmelse med uppdragsbeskrivningen har existerande utredningar och rapporter använts som datakällor. Litteraturstudien har främst uppfyllt två syften, nämligen att:

- ge en översiktlig bild av IT-användningen i vården och omsorgen under senare år.
- belysa de stötestenar och framgångsfaktorer som lyfts fram när det gäller införandet och användningen av olika IT-stöd i vården och omsorgen.

Målsättningen har varit att översiktligt beskriva de utvecklingstendenser och erfarenheter som kan urskiljas på området. Litteraturstudien, och de resultat denna givit upphov till, har också använts som bakgrundsmaterial i analysen av primärdatan som inhämtats genom intervjuer. Förstahandsinformationen har löpande analyserats i ljuset av resultaten av litteraturstudien för att på så vis söka validera och bekräfta giltigheten i vad som framkommit ur dokumentationen.

Detta upplägg ställer naturligtvis i sin tur stora krav på kvaliteten i de rapporter och övriga dokument som ingått i studien. Med tanke på den relativt stora mängd studier och kartläggningar som, med varierande perspektiv och djup, utförts på området har ett urval av rapporter och utvärderingar varit nödvändigt. Den slutgiltiga litteraturlistan framgår av bilaga 2. Bland dokumentationen återfinns såväl mer övergripande policydokument som kartläggningar inom ett specifikt område, framförallt av telemedicinska tillämpningar.

I sammanhanget bör betänkandet ”Vård ITiden – Strategier och åtgärder för att bredda användningen av telemedicin och distansöverbyggande vård”² lyftas fram som en central datakälla (härefter används Vård ITiden). Det får i dagsläget ses som det mest omfattande arbetet på central nivå inom området. Arbetsgruppen argumenterar i rapporten för en samordnad nationell kraftsamling för att uppnå de positiva effekter som en breddad användning av olika tillämpningar inom telemedicin/televård³ anses medföra. Dokumentet innehåller förutom förslag på

² Ds 2002:3

³ ”Televård” används för att inkludera det kommunala ansvarsområdet

olika prioriterade utvecklingsområden och ”åtgärds paket” även en genomarbetad och nyanserad framställning om den hittillsvarande utvecklingen i användningen av telemedicinska tillämpningar, både i Sverige och utomlands. Utvärderarna har även tagit del av olika remissinstansers synpunkter på arbetsgruppens förslag för att på så vis försöka balansera de slutsatser som dras i utredningen. Utvärderarna har i sin diskussion kring strategiska IT-frågor i föreliggande rapport löpande beaktat de förslag som lyfts fram i ”Vård ITiden” och vid avvikande uppfattningar kommenterat grunderna härtill.

I sammanhanget bör en liten men viktig detalj närmare beröras. Betänkandet ”Vård ITiden” behandlar främst telemedicin/televård, dvs. en beståndsdel i det vidare begreppet ”IT för vård och omsorg”. I betänkandet berörs t.ex. elektroniska patientjournaler och e-recept endast indirekt och ytterst sparsamt. Möjligen kan man tycka att användningen av ”Vård ITiden” som referensobjekt i denna studie försvårades genom denna perspektivförskjutning. Nu förhåller det sig dock så att de synpunkter som förs fram i ”Vård ITiden”, bl.a. angående behovet av gemensamma kommunikationsstandarder (s.k. mjuk infrastruktur) kan emellertid även appliceras på elektroniska patientjournaler och andra samverkande IT-stöd eftersom ”ett gemensamt språk” utgör grunden i en fungerande kommunikationslösning. Det har visat sig, som framgår längre fram i rapporten, att just avsaknaden av gemensamma standarder för datakommunikation utgör det största (logiska) hindret för överföring av information i t.ex. patientjournaler.

I litteraturgenomgången har det i övrigt, med utgångspunkt i studiens övergripande karaktär, ansetts nödvändigt att lyfta fram studier och utredningar av mer övergripande natur, där ämnesområdet som helhet betonats. Många av de utredningar och kartläggningar som gjorts under senare tid avser dock avgränsade projekt där enskilda applikationer eller användningsområden stått i fokus. Även denna typ av dokumentation har, då det ansetts bidra till helhetsbilden, beaktats.

Kvalitativa intervjuer

Primärdatan i studien har inhämtats genom intervjuer med 11 personer vilka samtliga representerar centrala aktörer på området. För lista på intervjuerpersoner, se bilaga 1. Inför intervjuerna utarbetades en semistrukturerad frågemall (bifogas i bilaga 3) för att säkerställa att samtliga områden skulle täckas in under intervjuerna. Samtliga intervjuer utom en genomfördes som besöksintervjuer. Intervjuerna karakteriserades av öppna diskussioner där respondenterna fritt ombads reflektera över frågeställningarna i frågemallen.

Workshop

Som avslutning på datainsamlingen anordnades en workshop med de intervjupersoner som hade möjlighet att medverka. Syftet med workshopen var att skapa en diskussion kring de preliminära slutsatser som litteratur- och intervjustudien gett upphov till, och att ytterligare utveckla relevanta aspekter. Framförallt diskussioner kring framtida utvecklings- och strategiområden samt rollfördelning stod i centrum. I workshopen medverkade fyra av de sammanlagt elva intervjupersonerna. Övriga medverkande utgjordes av de ansvariga konsulterna, samt professor Lars Edenbrandt (bland annat ordförande i Centrum för Medicinsk Informatik vid Lunds universitet) som deltog i kraft av expertresurs.

4 Bakåtblick

I detta kapitel redogörs inledningsvis för förekomsten av olika IT-stöd inom vård och omsorg. Därefter presenteras kort nationella programsatsningar i Sverige under senare år samt centrala aktörer på området. Huvuddelen av kapitlet ägnas åt en redogörelse för de barriärer och drivkrafter som respondenterna anser vara mer framträdande i förhållande till användning och utveckling av IT inom vård och omsorg. Kapitlet avslutas med en beskrivning och analys av nuläget.

4.1 Något om förekomsten av olika IT-stöd inom hälso- och sjukvården

För att ge läsaren en ungefärlig bild av spridningen av olika IT-stöd inom hälso- och sjukvården och dess användningsområden presenteras nedan en kort översikt.

Telemedicin/televård

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri)⁴ lät 1998 genomföra en kartläggning av telemedicinska tillämpningar inom den svenska hälso- och sjukvården⁵. Kartläggningen baseras på svar från 61 av dåvarande 83 sjukhus. Av resultaten framgår att telemedicinska tillämpningar användes i någon form vid 75 % av sjukhusen och att över 100 telemedicinska försöks- och utvecklingsverksamheter inletts i Sverige vid tidpunkten för kartläggningen. Av dessa fanns ca hälften i reguljär användning. Det vanligaste användningssyftet är enligt kartläggningen konsultationer, följt av ambulanssjukvård och rondverksamhet. När det gäller den medicinska specialiteten används tillämpningarna främst inom radiologi. Telemedicinska tillämpningar användes främst i kommunikationen mellan länsdels-/länssjukhus och regionsjukhus och endast sparsamt mellan hemsjukvård/kommun och sjukhus (5 %)⁶.

Användningen av telemedicin i den reguljära verksamheten är dock förhållandevis sparsam om man jämför med den relativt omfattande projekt- och utvecklingsverksamhet som bedrivs vid landets sjukhus. Vidare framträder regionala skillnader där de nordligaste länen i allmänhet uppvisar en högre användningsgrad när det gäller permanenta tillämpningar, vilket delvis kan förklaras med större fysiska avstånd mellan olika vårdgivare och mellan vårdgivare och vårdtagare.⁷

Elektroniska patientjournaler

Patientjournalen utgör en central informationskälla för vårdpersonalen. I denna antecknas allt som berör vården av en patient. Utbredningen av elektroniska patientjournaler i primärvården är i det närmaste total (95 procent). Elektroniska journalsystem används vid samtliga sjukhus där användningsgraden för

⁴ Nedlagt sedan 1999

⁵ Spri, *Telemedicin – kartläggning av tillämpningar i Sverige 1998*, Sprinternet 5, 1999

⁶ A. a., s. 16

⁷ *Vård ITiden*, s. 14

avdelningarna varierar mellan 20 – 100 procent.⁸ Informationsutbytet mellan olika vårdnivåer och enheter försvåras dock av bristande interoperabilitet mellan olika IT-system. Informationsutbytet mellan vård- och omsorgsverksamheter inom det kommunala ansvarsområdet och primärvård/sjukhus sker i mycket liten utsträckning med hjälp av IT-stöd.⁹

E-recept/läkemedelshantering

Apoteket har tillsammans med Sveriges landsting/regioner initierat ett utvecklingsprojekt för att påskynda övergången till elektroniska recept, eller e-recept. Andelen e-recept av förstagångsrecepten i primärvården i Sverige uppgick under juli månad 2003 till 19 procent. Det skall i sammanhanget noteras att stora olikheter framträder i användningsgraden mellan olika landsting/regioner. Norrbotten toppar listan med närmare 90 procent e-recept, vilket skall jämföras med Västra Götaland där enbart 1 procent av alla förstagångsrecept skickas på elektronisk väg.¹⁰ Rent tekniskt sker den elektroniska förskrivningen genom att vårdpersonalen gör anteckning i en elektronisk patientjournal varefter förskrivningen automatiskt noteras hos det aktuella apoteket eller genom inloggning på för ändamålet upprättad webbsida¹¹. I ett internationellt perspektiv anses Sverige ligga i framkant i utvecklingen tillsammans med Danmark¹².

Beslutsstödssystem

Med elektroniska beslutsstödssystem, eller expertsystem, avses i första hand IT-tillämpningar som används i den medicinska verksamheten och i kvalitetssäkrande syfte av vårdpersonal. Systemet kan vara både rådgivande, t.ex. tolkning av EKG-kurvor, och övervakande¹³. Beslutsstöd kan också användas av hälso- och sjukvårdsadministratörer i frågor som rör t.ex. sjukvårdsplanering.

Under studien har det inte varit möjligt att ställa upp någon samlad bild av utbredningen och användningen av IT-baserade beslutsstödssystem i det svenska hälso- och sjukvårdsväsendet. Avgränsningsproblem mot t.ex. telemedicinska tillämpningsområden som ”second opinion” gör det dessutom svårt att tydligt definiera vad som skall anses falla under begreppet. Studier har dock påvisat att utbredningen av större system är relativt liten och att de system som använts oftast kommit till inom forskningen¹⁴.

⁸ EHTEL Thematic Working Group T1, “The application of ICT standards phase two: Conjoining ICT policy makers in Europe with standards makers”, s. 19

⁹ Sekretess och integritetsskydd för samverkande elektroniska patientjournaler. Ett diskussionsunderlag till pågående utvecklingsarbete, Landstingsförbundet, 2001

¹⁰ Apotekets nyhetsbrev, augusti 2003

¹¹ Informationsbroschyr Sjunet ”Electronic prescriptions”

¹² Socialstyrelsens skrivelse Dnr 50-4844/2003, s. 8

¹³ Karlsson, Daniel, “Aspects of the use of medical decision-support systems – the role of the context in decision support”, Linköping Studies in Science and Technology Dissertations, No. 662, januari 2001, sammanfattad i Carelinks artikelsamling Avtryck 2002 – Nio tvärvetenskapliga avhandlingar inom IT i vården, Hälso- och sjukvårdsinformatik och Medicinsk informatik.

¹⁴ Se t.ex. a.a.

Patientadministrativa system

Patientadministrativa system är en samlingsterm för en mängd olika IT-stöd. Typiska användningsområden är bl.a. bokning, remiss- och provsvar, patientregistrering och vårdplanering. De patientadministrativa systemen anses ofta även omfatta (elektroniska) journalsystem. Systemen används, som framgår av beteckningen, primärt för hantering av administrativa ”kringuppgifter” i samband med hälso- och sjukvårdsproduktion. System för patientadministration används också för t.ex. fakturering av sjukvårdstjänster mellan huvudmän. Utvärderarna kan inte närmare uttala sig om utbrednings- och användningsgraden av IT-baserade patientadministrativa system. Det breda tillämpningsområdet och avsaknaden av en enhetlig definition gör det svårt att överblicka situationen och fastställa en bild av användningen.

Webbaserad hälsoinformation

Utbudet av hälsorelaterad information på Internet har under senare år ökat. Internet ses i detta sammanhang ofta som ett potentiellt verktyg för att stärka patientens ställning i kontakten med hälso- och sjukvården. Samtidigt bör krav ställas på kvaliteten i den information som lämnas till allmänheten via detta medium. EU Kommissionen har därför som ett led i denna kvalitetskontroll utfärdat Kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser. Dessa kriterier omfattar sex punkter, bl.a. transparens, källhänvisningar och aktualitet. Socialstyrelsen har under perioden november 2001 – januari 2002 låtit granska 35 svenska webbplatser med hälsorelaterad information i syfte att undersöka efterlevnaden av de uppställda kriterierna. Av studien framgår att ingen av de undersökta webbplatserna uppfyller samtliga kvalitetskriterier. Dock konstaterar Socialstyrelsen i sin rapport att flera webbplatser uppvisar goda ansatser vad gäller kvalitetsaspekterna. Avslutningsvis betonar man vikten av att genom forskning och andra studier undersöka och analysera *hur* hälso- och sjukvårdsinformation och -tjänster på Internet används av allmänheten och hur denna tillgång påverkar kontakterna med hälso- och sjukvården.¹⁵

4.2 Aktuella initiativ och centrala aktörer

ITHS-programmet

FoU-programmet ITHS (IT inom hälso- och sjukvården) tillkom på initiativ av KK-stiftelsen och Landstingsförbundet våren 1997 för att bl.a. höja kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården med hjälp av utnyttjande av modern IT. Sedermera engagerade sig även Vårdalstiftelsen i programmet och bidrog till finansieringen. Programmet föregicks av en ökad insikt i fördelarna med IT-samverkan inom hälso- och sjukvården samt omsorgen. ITHS-programmet består av två delar, ITHS1 och ITHS2.

¹⁵ Socialstyrelsen, *Hälsa på Internet. En granskning av svenska webbplatser, 2002, s. 11*

ITHS1

ITHS1 tillkom år 1997 och har disponerat 150 miljoner kronor under åren 1997–2002. Verksamhetsmedlen har finansierats till lika delar av KK-stiftelsen och landstingssektorn. Vidare har Vårdalstiftelsen tillskjutit mindre belopp till enskilda projekt. ITHS1-medlen har fördelats efter ansökan i konkurrens. Ett krav har varit att den organisation/de organisationer som ansökt om medel själva skall svara för minst 20–50 procent av projektens finansiering. Över 110 projekt har fått stöd av ITHS1.

ITHS2

ITHS2 tillkom år 2001 och har hittills disponerat 32,5 miljoner kronor som tillskjutits av KK-stiftelsen (77procent) och Vårdalstiftelsen (23procent). Detta program är till stor del inriktat på att stödja utvecklingsprojekt för att skapa bättre samverkan mellan olika huvudmän och vårdgivare bl.a. i äldreomsorgen. En förutsättning för att få medel är att ansökan sker i samarbete mellan landsting/region och kommun och under medverkan av institution inom högskolan. De ansökande organisationerna förutsätts själva svara för minst 50 procent av finansieringen. Fram till i dag har 13 projekt startats upp under ITHS2.

Sjunet

Under 1997 påbörjades även samarbete mellan de sju landstingen i den s.k. Uppsala–Örebroregionens sjukvårdsområde i syfte att undersöka förutsättningarna för ett gemensamt nät för all telekommunikation. Med stöd från ITHS 1 ledde samarbetet mellan de sju landstingen till etableringen av ett gemensamt nät, Sjunet, som infördes med start 1998. En rad olika funktioner har tillförts och prövats, bl.a. telemedicinska tjänster. Sjunet utgör ett nät till vilket landstingen/regionerna, kommunerna och andra organisationer, bl.a. privata vårdföretag, kan ansluta sina egna nät. De får då tillgång till de stödfunktioner som finns i nätet. Rent tekniskt utgör Sjunet ett s.k. VPN-nät (Virtual Private Net).

Idag är alla landsting och regioner samt ett antal andra organisationer, däribland Apoteket, anslutna till Sjunet. Nätet utgör idag en gemensam teknisk infrastruktur för kommunikation med tillhörande stödtjänster. Sjunet förvaltas och vidareutvecklas i dag av IT-samverkansorganet Carelink.

Carelink

Carelink bildades i december 2000 av Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Privatvårdens arbetsgivarförbund och Apoteket AB. Socialstyrelsen står för ca hälften av verksamhetens driftskostnader genom ett samverkansavtal med ettåriga anslag. Carelink är en medlemsorganisation där landsting, regioner, kommuner och privata vårdföretag inbjuds att bli medlemmar. 22 landsting, 27 kommuner och 2 privata vårdgivare är i dag medlemmar. Carelinks syfte är att öka samverkan samt initiera och stödja utvecklingsinsatser på IT-området inom vård och omsorg.

4.3 Fakta om IT-investeringar i landsting och kommuner

Det är svårt att i dagsläget bilda sig en samlad överblick över vilka investeringar som genomförs på området. Utvärderarna har nedan använt sig av uppskattningar gjorda av landstingens IT-chefer.

I dag utgör IT-kostnaderna i genomsnitt 3,8 procent av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvården, vilket ger en sammanlagd kostnad på omkring 4,5 miljarder kronor per år för IT-investeringar och underhåll¹⁶.

Det har inte varit möjligt att studera material avseende kommunernas samlade IT-investeringar och IT-kostnader inom vård och omsorg. I dag finns inga samlade nyckeltal som åskådliggör dessa investeringar. Relevant information ingår heller inte i det underlag för de ekonomiska sammanställningar som Svenska Kommunförbundet årligen upprättar. Några kommuner har dock inlett försöksverksamheter i syfte att beräkna och uppskatta sina (totala) IT-kostnader.

I den hittills mest omfattande studie¹⁷ som gjorts avseende IT-användningen inom den kommunala vård- och omsorgsverksamheten framgår att det absolut största hindret för införande av IT-stöd är av ekonomisk natur. Förutom utvecklingskostnader anges tillkommande utbildnings- och driftskostnader som betungande. Undersökningen visar också att kommunerna är beroende av extern finansieringshjälp för att kunna genomföra utvecklingsprojekt.

4.4 Brist på effektmätningar

I en analys av barriärer och drivkrafter vill PLS RAMBØLL inleda med att reflektera kring den skrala bild som finns avseende effekter av IT inom vård och omsorg. Respondenterna har inte kunnat referera till mer omfattande studier av effekter, snarare har enskilda projekt framhållits. Dokumentstudien har även påvisat att det inte har förekommit breda effektorienterade undersökningar i någon nämnvärd utsträckning¹⁸. De effektutvärderingar som finns dokumenterade berör i allmänhet avgränsade pilotprojekt. De effektmätningar som gjorts är ofta också av karaktären uppskattningar genom förstudier¹⁹. I en nyutkommen bok²⁰ görs ett försök att värdera²¹ den ekonomiska nyttan av Uppsala läns landstings utnyttjande av SJUNET i kvantitativa termer. Värderingen bygger på subjektiva uppskattningar och illustrerar en tänkbar ”mall” för hur man kan gå tillväga för att försöka belysa den ekonomiska effekten. Uppräkning till riksnivå görs också i modellen.

¹⁶ SLIT:s och Landstingets uppgörelse över nettokostnader för hälsovården år 2002.

¹⁷ IT i primärkommunal vård och omsorg – nu och i framtiden, Carelink rapport 1/2002

¹⁸ Se t.ex. ”Telemedicin – en resurs i vård och omsorg”, Carelink rapport 3/2002.

¹⁹ Se t.ex. ”Kommunsamverkan – nytta. Nyttoeffekter för kommunal vård- och omsorgsverksamhet vid anslutning till Carelink IT-infrastruktur Sjunet”, Carelink 2002

²⁰ Dahlgren, Lars-Erik m.fl., ”Öka nyttan av IT inom vården?”

²¹ Genom den s.k. ”PENG-modellen”

PLS RAMBØLL ser olika förklaringar till denna brist. En kan vara att avsaknaden av effektmätningar är en intäkt för att IT inom vård och omsorg fortfarande är en avgränsad företeelse som generellt är avskiljd från traditionell verksamhet. IT inom vård och omsorg är inte tillräckligt utbredd för att det skall kunna företas undersökningar som ger en helhetsbild av de effekter IT medför inom vård och omsorg. Mot detta kan argumenteras att i princip hela primärvården använder elektroniska patientjournaler och stora delar av vården har digitaliserat röntgenfunktionen.

Det borde i så fall finnas goda möjligheter att kartlägga den effektivisering dessa förändringar har inneburit. Ändå lyser den typen av mätningar med sin frånvaro.

Det har inte inom ramen för studien närmare kunnat utredas varför det förhåller sig så, men utvärderarna menar att så länge nyttan med IT inom vård och omsorg inte kartläggs i någon större omfattning så är underlaget för beslut om fortsatta IT-investeringar knapphändigt.

4.5 Barriärer i utvecklingen

4.5.1 Brist på samordning av IT-infrastruktur

En problematik som genomgående framhölls vid intervjuerna var bristen på samordning av huvudmännens IT-infrastruktur. Landsting och kommun har i stor utsträckning utvecklat egna IT-infrastrukturer som försvårar integration dem emellan. Med utvecklingen av olika IT-infrastrukturer följer bland annat olika kommunikations- och säkerhetslösningar. Samordningsproblemet framstår som uppenbart då man beaktar att det inom ett landsting kan finnas mellan 400 och 800 olika och överlappande IT-stöd²². Sammantaget försvårar dessa faktorer överförbarheten av information mellan huvudmännen.

När informationen inte kan överföras mellan olika infrastrukturer kan inte heller ”informationen följa patienten”. När en patient kommer till en ny vårdgivare är det ofta problematiskt att föra över information från tidigare vårdgivare. Informationen om en patient blir uppdelad i olika system, i stället för att återges i en samlad bild. Man har inom vården och omsorgen alltmer börjat inse nödvändigheten i att anamma ett ”just-in-time” tänkande, dvs. att ha tillgång till rätt information vid rätt tidpunkt²³. Respondenterna menar att potentialen i att kunna ge vård med all relevant information om patienten som underlag försämras av denna brist på samordning.

Inom primärvården används elektroniska patientjournaler av i princip samtliga aktörer (jfr ovan), men trots denna utbredning av IT-stöd kan inte fördelarna med IT realiseras. De olika systemen kan inte ”prata med varandra” då de är uppbyggda utifrån olika begrepp och säkerhetslösningar. Respondenterna menar att framväxten av olika system i vissa fall direkt motverkar samverkan inom vård och omsorg.

Det ges olika förklaringar till att det har skett en framväxt av olika IT-infrastrukturer. En del framhåller sjukvårdens komplexitet som främsta orsak. Sjukvården är en stor organisation med många inriktningar vilket försvårar införandet av en enhetlig infrastruktur. Vidare anser en del av respondenterna att landstingens och kommunernas huvudmannaskap försvårar samordning. Varje landsting och kommun, sammanlagt 312 huvudmän, beskrivs som egna ”välfärdssystem” med specifika behov. Den decentraliserade sjukvården upplevs således stå i motsats till de krav på samordning som IT ställer.

En bidragande orsak till samordningsproblemen är även att många huvudmän varit ”före sin tid” med sina IT-investeringar då dessa skett vid en tidpunkt då både teknik och leverantörer inte varit mogna att lösa frågor kring systemintegration m.m. Man brukar även tala om huvudmännens ”systemarv” för att betona svårigheterna att integrera klinik- eller avdelningsbaserade IT-system med nyare system baserade på ett processtänkande²⁴.

²² Carelink rapport 1/2001, *Strategier för effektiva och samverkande IT-stöd i sjukvården*, s. 8

²³ Carelink rapport 1/2002, *IT i primärkommunal vård och omsorg – nu och i framtiden*, s. 12

²⁴ Carelink 2002, *Marknadsförutsättningar för samverkande IT-stöd inom vård och omsorg*, s. 25f

I sammanhanget är det även intressant att notera att varken genomgången litteratur eller intervjuer ger indikationer på att IT-infrastrukturfrågan för vården och omsorgen närmare berörts och analyserats i ljuset av situationen och behoven inom andra samhällsområden i syfte att utreda eventuella samordningsvinster. Statskontoret gör samma iakttagelse i sitt remissvar²⁵ till Vård ITiden där man saknar jämförelser och överväganden om samarbetsmöjligheter med utvecklingen av offentliga elektroniska (eGovernment) tjänster inom ramen för Statskontorets arbete mot förverkligandet av 24-timmarsmyndigheten²⁶. Utvärderarna kan inte ge något entydigt svar på hur starka dessa tecken på ”sektorisering” är. Ser man till hälso- och sjukvårdens verksamhetsförutsättningar med höga krav på informationssäkerhet och sekretess är det dock inte omöjligt att samarbets- och samordningsinitiativ försvåras eller omöjliggörs.

4.5.2 Teknikfokus

Respondenterna menar att utvecklingen av IT inom vård och omsorg fram till idag har varit alltför teknikorienterad, snarare än inriktad på tjänster tydligt förankrade i vårdprocessen. Man menar att det ofta är IT-kunnig personal som har haft ansvar för att köpa in nya system, exempelvis elektroniska patientjournaler. De har upprättat kravspecifikationer ur ett teknikperspektiv med fokus på tekniska detaljer och driftsfrågor snarare än att lägga tonvikt vid att beskriva de problem som systemet skall bidra till att lösa. Beställarkompetensen har ansetts, och anses fortfarande vara för låg inom landstingen²⁷.

I och med teknikfokuseringen har de olika system som implementerats inte inordnats i ett större verksamhetsperspektiv. De som har beställt och sedan utvecklat systemen har inte alltid förstått de förutsättningar som råder inom vård och omsorg. Detta har även förstärkts av att inköp av system ofta har utgått från ”avdelningsperspektivet”. Systemen upplevs därmed ha fått alltför stor slagsida åt teknik samtidigt som de bidrar till brist på samordning.

De personer som har ett tydligt teknikfokus, både inom sjukvården och bland externa leverantörer, fungerar i förekommande fall som rådgivare åt sjukhus- och landstingsdirektörer, vilka i varierande grad har kunskap om IT och hur tekniken kan effektivisera verksamheten. Respondenterna anser att det har saknats aktörer med både kunskap om IT och förmåga att sätta in IT i ett verksamhetsperspektiv.

4.5.3 Svår marknad för leverantörer

Från leverantörernas sida upplever man att hälso- och sjukvårdsproducenterna har blivit bättre på att ”fråga efter rätt saker” i samband med upphandling av IT-stöd. Fortfarande är det dock så att det är vanligt med upphandlingsunderlag som primärt utgår från tekniska detaljer, snarare än en beskrivning av hur systemen skall bidra till en bättre sjukvård. I linje med vad som beskrivits ovan tror man att förklaringen till detta är att det ofta är de mest IT-kunniga i beställarorganisationen som

²⁵ Statskontoret Dnr 2002/136-4

²⁶ Det bör i sammanhanget nämnas att Statskontoret och Carelink samarbetat i en upphandling av säkerhetsinfrastruktur.

²⁷ A. a., s. 13

upprättar kravspecifikationer, och att samarbetet mellan dessa och verksamhetsnivån inte är tillräcklig för att specifikationerna skall utgå från ett verksamhetsperspektiv. Nyttan för verksamheten glöms ofta bort i de tekniska kravspecifikationerna. Önskemål finns från leverantörernas sida om att landstingen i större utsträckning borde arbeta utifrån ett flödes- och processinriktat tankesätt.²⁸ Detta betyder inte att ansvaret för de tekniska detaljerna och funktionerna helt ska överlämnas till leverantörerna. Huvudmännen bör även i framtiden behärska båda ”disciplinerna” för att kunna arbeta med systemintegration och en samlad IT-arkitektur.

En annan svårighet är att bristen på samordning och de olika IT-infrastrukturer som därmed växer fram motverkar framväxten av en fungerande marknad. De olika strukturerna utgår ofta från olika standarder. Leverantörerna kan inte uppnå en tillfredsställande volym på sina lösningar när huvudmännen inte är överens om en viss standard. Leverantörerna vore även betjänta av en mer utbredd samordning i samband med upphandlingar. Även detta skulle kunna bidra till en större volym.

4.5.4 Politiska och ekonomiska förutsättningar

De barriärer som har beskrivits ovan har i huvudsak utgått från svårigheter att enas om riktlinjer för en gemensam IT-infrastruktur och de återverkningar de haft på vård och omsorg samt IT-leverantörerna. Utöver dessa barriärer för utveckling framhåller respondenterna en rädsla bland politikerna att satsa på IT inom vård och omsorg eftersom initialkostnaden är hög och effektiviseringsvinsterna visar sig först på sikt. Till detta kommer den underfinansiering som råder inom vård och omsorg. Respondenterna menar att politikerna i ett ekonomiskt pressat läge, i stället för att genomföra mer långsiktiga satsningar på IT, väljer att finansiera områden som har en direkt effekt. Den ”onda” cirkeln förstärks dessutom av att den investerande enheten inte nödvändigtvis är den som upplever de största positiva effekterna av investeringen i ett IT-stöd²⁹. Finansieringsproblematiken gäller både landsting och kommuner³⁰ och ökar när det allmänna ekonomiska läget försämras.

De höga initialkostnaderna för försöksverksamheter täcks i de flesta fall till viss del av externa medel medan implementerings- och driftskostnader i den ordinarie verksamheten skall täckas av huvudmännen själva. Många goda projekt riskerar här att överges på grund av bristande ekonomiska resurser. Finansieringsproblematiken slår även hårt mot systematiska utvärderingar av projekt.³¹ Avsaknaden av uppföljningar som kan visa på den eventuella ekonomiska och vårdkvalitativa nyttan som försöksverksamheten visat på riskerar även här att leda till en ond cirkel eftersom ansvariga personer inte uppmärksammas på de vinster som en bredare användning kan ge upphov till. Utan ett beslutsunderlag som utvisar dessa effekter riskerar därför nya investeringsmöjligheter att förbises. För en bredare tillämpning av olika former av IT-stöd krävs det att ledningsnivån ”övertygas” om möjliga effektivitets- och kvalitetsvinster.

²⁸ Se t.ex. Carelink, *Marknadsförutsättningar för samverkande IT-stöd inom vård och omsorg*, s. 10

²⁹ Landstingsförbundet, *”Vilka utvecklingshinder finns för telemedicin?”*, s. 14

³⁰ Se avsnitt 4.3

³¹ Landstingsförbundet, *”Vilka utvecklingshinder finns för telemedicin?”*, s. 14

Även ”prestige frågor” kan hämma investeringsviljan om man inom ett landsting eller en kommun redan satsat miljontals kronor på ett befintligt IT-system. Det är då lätt hänt att man anser sig ”bundna” av den investeringen för en lång tid framöver.

4.5.5 Lagstiftning

Lagstiftningen har i flera sammanhang uppmärksamats som en viktig komponent att ta hänsyn till i en utökad IT-användning³². Detta gäller framförallt i diskussionen kring elektroniska patientjournaler och de juridiska spörsmål som uppstår då patientinformation korsar vårdenhets- och huvudmannagränser. I ”Vård ITiden” anses inte lagstiftningen utgöra ett hinder för en breddad användning av telemedicinska tillämpningar. Datainspektionen framför i sitt remissvar kritik mot arbetsgruppens analyser på området och rekommenderar en mera djupgående analys av de juridiska förutsättningarna och konsekvenserna av en utvidgad användning³³. Liknande synpunkter framför Socialstyrelsen i sitt remissvar till nämnda betänkande³⁴. Under intervjuerna samt workshopen har synpunkter framkommit som bekräftar lagstiftningens centrala betydelse i sammanhanget och de spärrar som regelverket medför.

En av respondenterna framförde dock under intervjun ”att lagstiftningen inte är det mest akuta problemet, lagar kan man alltid ändra”. För detta krävs dock att man inom hälso- och sjukvården bättre förmår beskriva sin verksamhet så att nödvändiga och verksamhetsanpassade ändringar i lagstiftningen kan göras. I dagsläget undanröjer patientens samtycke i stor utsträckning de ”spärrar” som lagstiftningen ställer upp, dvs. med patientens samtycke kan patientinformation förpassas genom vårdkedjan och mellan vårdgivare. Nämnas bör även att några vägledande rättsfall inte finns att falla tillbaka på. Däremot har Datainspektionen nyligen utrett Uppsala läns landstings beslut om att ge patienter direktåtkomst till uppgifter ur vårdregister via Internet och kommit fram till att förfarandet står i strid med bestämmelserna i vårdregisterlagen (1998:544)³⁵. För närvarande pågår utredningsarbete genom Offentlighets- och sekretesskommittén, vilket bl.a. berör möjligheterna att utbyta uppgifter på hälso- och sjukvårdsområdet. Även internt inom regeringskansliet har man uppmärksammat frågan om lagstiftningens inverkan på elektroniska patientjournaler³⁶.

³² Se t.ex. Landstingsförbundet 2001, ”Sekretess och integritetsskydd för samverkande elektroniska patientjournaler”. Ett diskussionsunderlag till pågående utvecklingsarbete.”

³³ Se Datainspektionens yttrande Dnr 629-2002

³⁴ Socialstyrelsens skrivelse Dnr 50-4844/2003

³⁵ Se vidare Datainspektionens beslut Dnr 1569-2003

³⁶ Stockholms läns landsting, PM: Rättsliga frågor kring för flera vårdgivare öppna journalsystem, s. 2 f

4.6 Drivkrafter i utvecklingen

4.6.1 SJUNET

I tidigare avsnitt framhölls avsaknaden av en gemensam IT-infrastruktur som en central barriär. Som motvikt till denna utveckling finns SJUNET. Som tidigare beskrivits är SJUNET en IT-infrastruktur som tillhandahåller tjänster och kommunikationslösningar för i huvudsak specialister inom den landstingsbedrivna vården. Inom ramen för SJUNET har bland annat ett antal telemedicinska projekt initierats.

SJUNET är skapat utifrån gemensamma intressen på landstingsnivå och därmed ett exempel på att huvudmännen själva har kommit att inse fördelarna med samordning och därefter tagit fram en gemensam IT-infrastruktur. Huvudmännen bidrar själva med resurser och expertis och i och med att samtliga landsting numera är anslutna har vårdsektorn tagit ett steg bort från den suboptimering som icke-kompatibla infrastrukturer innebär. Även om samtliga landsting är anslutna står dock fortfarande det stora flertalet kommuner utanför SJUNET.

4.6.2 Allmän IT-utveckling

Respondenterna menar att den ökande informationstillgången i samhället har varit en drivkraft för IT-användning inom vård och omsorg. I takt med att man kan få fram mer information på allt smidigare sätt så har insikten om att IT kan tillföra vårdprocessen ökad kvalitet blivit allt mer utbredd bland personal inom vård och omsorg. Den allmänna IT-utvecklingen upplevs således ha haft genomslag inom vård och omsorg.

Med den allmänna IT-utvecklingen har ledning och personal inom vård och omsorg allt mer kommit att inse att det inte går att förbise de möjligheter IT kan erbjuda. IT ses allt oftare som en naturlig del av vardagen. I ett sådant läge menar respondenterna att kraven på fungerande och kompatibla system ökar bland användarna inom vård och omsorg.

I förhållande till den allmänna IT-utvecklingen menar en respondent att det hade varit en ”dröm” om vård och omsorg, i likhet med övriga sektorer, hade haft Internet som en gemensam IT-infrastruktur. Som tidigare beskrivits har huvudmännen i nuläget dock olika IT-infrastrukturer, även om SJUNET är ett steg mot större samordning.

4.6.3 Bred personalmedverkan

Som motvikt till ett alltför stort teknikfokus menar en del respondenter att det under de senare åren har blivit allt vanligare med personalmedverkan i samband med inköp och implementering av IT-system. Ofta är det personalens medverkan som förklarar varför IT-integration har fallit ut väl på enskilda vårdenheter. Teknikerna och vårdpersonalen ”talar olika språk”. Genom ett utökat samarbete dessa grupper emellan har detta gap kunnat överbryggas.

Även involveringen av olika personalkategorier i införandet av IT-stöd bedöms som väsentligt för att uppnå en lyckad implementering. Såväl ledningens som personalens engagemang krävs för att tillvarata de möjligheter som öppnas genom olika IT-stöd.³⁷

4.6.4 Möjligheter till bättre vård och omsorg

Under senare år har det blivit allt vanligare att man ställer IT-frågan i ett verksamhetsperspektiv, d.v.s. hur kan IT bidra till en bättre vårdprocess och vårdresultat. Man har börjat inse att informationsteknologin kan skapa förutsättningar för en mer effektiv och i slutändan bättre vård. IT-kompetensen bland vårdpersonalen ökar stadigt vilket leder till större insikt i IT:s möjligheter för hälso- och sjukvården. Detta medför samtidigt att acceptansen av IT-stödda vårdprocesser ökar. Det rådande ekonomiska klimatet hos huvudmännen med de besparingskrav som följer gör att IT:s potential inte längre går att ignorera. Den åldrande befolkningen ställer hälso- och sjukvården inför stora utmaningar om denna även i framtiden ska kunna erbjuda ”vård på lika villkor”. Sammantaget har detta lett till att man både på politisk och verksamhetsnivå under senare år lyft upp IT-frågan till en högre strategisk nivå.

4.7 Uppsummering av nuläget

I analysen av barriärer och drivkrafter för IT inom vård och omsorg vill utvärderarna avslutningsvis framhäva följande viktiga punkter för att ge en bild av nuläget.

4.7.1 Motståndet mot IT minskar bland personalen

Även om en bristande IT-kompetens framhålls som en barriär i samband med införande av IT, så anses IT inom vård och omsorg i allt mindre utsträckning stranda på motstånd bland personalen. Detta bör enligt PLS RAMBØLL ses i ljuset av den allmänna IT-utvecklingen. IT har kommit för att stanna, vilket även har haft genomslag inom vård och omsorg. Det finns mentala barriärer, men dessa blir allt svagare i takt med att IT får en allt större roll i samhället i stort.

4.7.2 Nödvändigt med gemensam IT-infrastruktur

Samtliga respondenter pekar på behovet av en enhetlig IT-infrastruktur. Av en del beskrivs detta som en järnväg; alla tåg bör kunna transporteras på nätet, men det står olika entreprenörer fritt att välja typ av tåg. Analogt till vård och omsorg efterfrågas en nationell IT-infrastruktur som respektive huvudman får fylla med de tjänster de själva önskar så länge de kan ingå i infrastrukturen.

³⁷ Se t.ex. Henrik Linderöth, *Från vision till integration. Infusion av telemedicin – en översättningsprocess* (Umeå Universitet 2000), sammanfattad i Carelinks artikelsamling Avtryck 2002 – Nio tvärvetenskapliga avhandlingar inom IT i vården, Hälso- och sjukvårdsinformatik och Medicinsk informatik.

Fortfarande är det dock så att huvudmännen fortfarande har olika nät, d.v.s. infrastrukturer. SJUNET är ett steg bort från denna komplexitet, men har ännu inte kommit att dominera de lokala och regionala strukturerna. Värdet i ett gemensamt ”järnvägsnät” är att kunna transportera informationen mellan vårdgivarna på ett smidigt sätt. Fram till idag har IT dock varit i händerna på aktörer med ett alltför stort teknikfokus.

I detta sammanhang bör det arbete som Carelink bedriver lyftas fram. Carelinks ambition är att främja samverkan huvudmännen emellan på IT-området. Samtliga respondenter har framhållit det stora värdet i deras arbete, men en del upplever även att de inte har tillräckligt mandat för att kunna ”peka med hela handen” gentemot huvudmännen. Utvärderarna har förstått att detta är den kritiska frågan: *hur* skall de olika aktörerna bestämma om *vad* som skall samordnas? Frågan behandlas vidare längre fram i rapporten.

4.7.3 Teknik är inte längre ett hinder

Sammantaget framhäver dessa konklusioner att kunskapen om vad IT tillför är ytterst begränsad *och* att realiserandet av potentialen med IT ännu är i sin linda beroende på bristande samordning. Den allmänna IT-utvecklingen har dock varit och kommer enligt utvärderarnas bedömning även framgent att vara en drivkraft.

I dag dominerar inte tekniska hinder. De tekniska förutsättningarna finns för en breddad användning av IT inom vården och omsorgen. SJUNET utgör ett gott exempel på detta. Det gäller dock att få de olika systemen att kommunicera med varandra, att knyta ihop en mängd lösa trådar. Arbetet med att ta fram gemensamma standarder för kommunikation och säkerhetslösningar (stödtjänster) drivs f.n. aktivt av landstingen och kommunerna genom Carelink. Bl.a. har man i det s.k. SAMBA-projektet³⁸ utarbetat en generell, gemensam grundmodell för vården. En sådan process- och flödesbaserad verksamhetsmodell anses nödvändig för att kunna ta fram välfungerande IT-stöd i vården. Sex landsting, ett universitet och Svensk Förening för Medicinsk Informatik har deltagit i projektet som finansierats inom ramen för ITHS2-programmet och med ett nära samarbete med bl.a. Carelink och Socialstyrelsen.

Arbete med att skapa samverkande IT-system och integrerade plattformar drivs av Carelink genom forumet Carelink PLUS (www.carelink.se). Carelink PLUS är ett samarbetsprojekt mellan leverantörer och vårdgivare. Leverantörerna representerar i samarbetet Sjukvårdens Leverantörsförening (SLF). I projektet riktar man in sig på att definiera gemensamma gränssnitt för att olika systemkomponenter ska kunna kommunicera. Detta görs för att undvika att hela nya system måste införas.

³⁸ Slutrapport SAMBA-projektet (SAMverkan, Begrepp och Arkitektur). Process- och begreppsanalys av den svenska hälso- och sjukvårdens arbetsflöde vid vård av en enskild patient, augusti 2003 (<http://www.sfmi.org/samba/>)

4.7.4 Säkerhet är inte längre ett stort hinder

Utvecklingsarbete bedrivs även inom informationssäkerhetsområdet, som utgör en viktig komponent i den totala IT-användningen och en förutsättning för en breddad användning av IT-stöd inom vården och omsorgen. Bl.a. är säkerhetsaspekten väsentlig för att krav i rådande sekretesslagstiftning skall kunna uppfyllas inom hälso- och sjukvården. Flera projekt inom ITHS1-programmet fokuserade på IT-säkerhet. Resultat av arbetet börjar nu ta konkreta uttryck i och med att resultaten från SITHS-projektet³⁹ nu börjat implementeras. Projektresultaten förvaltas av Carelink. SITHS-modellen bygger på s.k. PKI-certifikat (Public Key Infrastructure) för säker identifiering, signering, m.m. Till dags dato har 16 landsting förklarat sig villiga att basera framtida infrastruktur på SITHS-modellen.

4.7.5 Utveckling av tjänster

Carelink bedriver även ett aktivt arbete för att utveckla olika tjänster, bl.a. katalogtjänster. Katalogerna utgör en av grundstenarna i en fungerande kommunikation, t.ex. via SJUNET. Några landsting har i dagsläget upprättat gemensamma elektroniska kataloger. Det arbete som bedrivs genom Carelink går i huvudsak ut på att skapa en s.k. ”toppnod” för katalogerna för att kunna samköra dessa. Adressregister utgör en variant av kataloger som används inom sjukvården. För att uppnå en högre grad av samverkan krävs gemensamma standarder för klassifikationer, m.m. Arbetet drivs i nära samarbete med organisationer med ansvar för utarbetandet av nationella standarder, t.ex. Socialstyrelsen och SIS (Swedish Standards Institute).

4.7.6 Större fokus på uppföljningar

Carelink har även uppmärksammat behoven av att kunna värdera nyttan av IT-användningen inom vården. Man har därför nyligen tagit initiativet till ett seminarium som vänder sig till verksamhetsansvariga och forskare. Seminariet går av stapeln under hösten 2003⁴⁰. I sammanhanget bör även Socialstyrelsens projekt ”InfoVU”⁴¹ uppmärksammas. Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att utveckla informationsförsörjningen och verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården. Ett inslag i detta arbete är användningen av olika IT-stöd för att uppnå en mera samordnad och transparent uppföljningsprocess.

³⁹ Carelink, *Vad är SITHS?* (www.carelink.se)

⁴⁰ www.carelink.se

⁴¹ Socialstyrelsen, *Förbättrad informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning avseende hälso- och sjukvården. Den andra arbetsplanen, 2003*

5 Andra aspekter på IT-politiken

I detta avsnitt gör utvärderarna ett försök att belysa några av de övergripande villkor som kan bedömas ha betydelse för utvecklingen och framtida möjligheter för IT i vård och omsorg.

I sammanhanget utgör de IT-politiska instrumenten centrala rambetingelser. IT i vård och omsorg utgör en stor del i den IT-satsning som skall bidra till att bibehålla och utveckla Sveriges position som ledande IT-nation med en effektiv offentlig sektor. Det är i detta sammanhang viktigt att belysa hur dessa instrument hittills har påverkat och framöver kommer att påverka IT-politiken för hälso- och sjukvården.

I avsnitt 5.2 respektive 5.3 nedan redogörs kort för erfarenheter från andra politikområden samt internationella erfarenheter av IT-stöd inom vården och omsorgen.

5.1 De IT-politiska instrumenten

Den svenska staten har utformat en IT-politik⁴² baserad på tre IT-politiska instrument:

- Tillgänglighet
- Kompetens
- Tillit

Med ”tillgänglighet” avses såväl fysisk infrastruktur i form av bredbandsutbyggnader som ”mjuk infrastruktur”, d.v.s. information och tjänster som fyller den fysiska infrastrukturen med ett innehåll. Instrumentet ”kompetens” innefattar i huvudsak satsningar på kompetensutveckling för att främja en breddad användning av IT. Avslutningsvis avser ”tillit” försök att skapa standarder och regler som säkerställer att IT kan användas på ett sätt som tillgodoser lagstiftning och krav på säkerhet.

Utvärderarna har undersökt i hur hög grad dessa instrument utgör en integrerad del i de satsningar och målsättningar som kännetecknar IT inom vård och omsorg.

Inledningsvis kan det konstateras att de IT-politiska instrumenten inte i någon nämnvärd utsträckning framträder i den retorik och argumentation som används när det gäller IT inom vård och omsorg. De flesta av de respondenter som lämnat sitt bidrag till studien har ingen uppfattning om dessa instrument, eller uppfattar dem som styrande för utvecklingen.

⁴² Proposition 1999/2000:86 Ett informationssamhälle för alla och ITPS, 2002. En lärande IT-politik – förslag till utvärdering

Om man förutom retorik och officiella målsättningar beaktar innehållet i de satsningar och den situation som råder på området idag, kan man konstatera att de tre IT-politiska instrumenten ingår som en naturlig del i utvecklingen. Både när det gäller tillgänglighet och kompetens är det dock svårt att finna prioriteringar inom dessa områden.

5.1.1 Tillgänglighet

Tillgängligheten har främst varit inriktad på en utbyggnad av infrastruktur inom vård och omsorg.

I princip hela primärvården använder exempelvis elektroniska patientjournaler, medan förekomsten av dessa är betydligt lägre på sjukhus och i kommuner. Den fysiska infrastrukturen har i huvudsak införts av de enskilda huvudmännen var för sig, snarare än i samverkan. Det samma gäller för den ”mjuka infrastrukturen”, d.v.s. tjänster. Tillgängligheten är alltså implicit definierad som tillgänglighet av dataöverföringskapacitet, framför t.ex. patientens tillgång till egen data eller olika vårdgivares tillgång till patientinformation. Tillgänglighet definierad som datakapacitet och teknisk infrastruktur kan sägas ha stått i fokus under de senaste 4-5 åren.

5.1.2 Kompetens

Generellt inom vård och omsorg ligger IT-kompetensen på en låg nivå⁴³. Detta förklaras ofta med att man generellt inom vården har en personalgrupp som både generationsmässigt och utbildningsmässigt inte i särskild hög grad har varit exponerade för IT i deras dagliga arbete. Den begränsade kompetensen framstår i vissa fall även genom att inköp av IT-system ofta har genomförts av enbart de mest IT-kunniga, snarare än i en mer bred personaluppslutning, vilket i många fall har lett till att man från personalhåll inte varit motiverade att delta i kompetensutvecklingen. Med en mer utbredd IT-kompetens hade exempelvis framtagandet av kravspecifikationer i samband med upphandlingar förmodligen genomförts med en större förankring bland personalen. Samtidigt går utvecklingen allt mer mot att personalen involveras vid inköp och utveckling av IT inom vård och omsorg. Den allmänna IT-utvecklingen har haft genomslag bland personalen, men det finns framgent ett behov av kompetensutveckling.

⁴³ Se t.ex. Landstingsförbundet, *Vilka utvecklingshinder finns för telemedicin?*, 2000

5.1.3 Tillit

Det är i huvudsak i tillitsfrågor som det förs en diskussion kring IT inom vård och omsorg. Som ovan angivits avses med tillit standarder och regler som tillgodoser lagstiftning och krav på säkerhet. Tillit flyter i detta avseende samman med tillgänglighet: fysisk infrastruktur och lösningar samt tjänster. I och med att det har utvecklats olika IT-infrastrukturer har huvudmännen kommit att arbeta med olika standarder. Som tidigare redogjorts för har det framgått att det inte finns en nationell standard innefattande säkerhets- och kommunikationslösningar som står över lokala och regionala standarder. Detta medför att potentialen med IT inom vård och omsorg inte kan realiseras fullt ut. Det finns således ingen konsensus kring vilken standard som skall säkerställa tillit, även om gediget arbete bedrivs på området.

5.2 Jämförelse med andra politikområden

Jämförelser görs nedan med IT inom skolan eftersom utvärderarna har användbara erfarenheter från detta område bland annat mot bakgrund av utförda utvärderingar av IT i skolan.

De två politikområdena skiljer sig åt på så vis att skolan inte kännetecknas av ett lika starkt decentraliserat *huvudmannaskap* som inom vård och omsorg, framförallt med avseende på landsting. Detta har medfört att IT inom vård och omsorg i stor utsträckning har kommit att utvecklas utifrån lokala behov. En utveckling från lokala behov behöver inte vara negativ, men inom vård och omsorg bör den balanseras mot behovet av kompatibla system för att kunna *överföra information* mellan olika huvudmän. Avseende informationsöverföring är det även så att skolor inte har samma typ av behov av detta som vård och omsorg. Medan vård och omsorg måste kunna överföra information för att ha möjlighet att ge patienten den bästa möjliga vården, har informationsöverföring mellan skolor en inte lika kritisk betydelse utan utgår i dagsläget mer från att skapa kontakter och genomföra olika typer av temaarbeten mellan skolor.

En annan skillnad som bör framhållas är att skolan i betydligt större utsträckning har varit föremål för *större satsningar* under de senare åren. Dessa satsningar har satt en "acceptabel lägstanivå" för IT inom skolan vad avser tillgång på datorer och kompetens inom IT. Satsningarna har även medfört att IT har blivit allmänt vedertaget som arbetsinstrument bland det stora flertalet lärare. Någon liknande satsning har inte företagits inom vård och omsorg. IT inom vård och omsorg har därmed inte en lika självklar plats som IT har inom skolan.

Vad avser likheter mellan vård och omsorg respektive skolan har båda områdena genomgått *samma utvecklingsfaser* där det sätts ett inledande fokus på teknik snarare än användning. Det är först i en senare fas som frågor om användning blir aktuella. Inom vård och omsorg har det bland annat visat sig genom att man i samband med upphandlingar av IT-system till en början lade stor fokus på tekniska specifikationer i stället för att fastställa vilken lösning systemet skulle tillhandahålla. Den parallella utvecklingslinjen inom skolan har bestått i en tydlig tonvikt på hårdvara medan den mer pedagogiska diskussionen om datorns roll i

undervisningen har fått stå åt sidan. Utvärderarna menar inte att det ena utesluter det andra. Det är dock en delad problematik att teknik kontra användarfokus inte löper parallellt.

Avslutningsvis är det inom båda politikområden endast i ringa utsträckning som det har påvisats *mätbara effekter* i form av ökad måluppfyllelse exempelvis genom ökade betyg eller en mer samordnad vårdprocess. Intrycket är att det finns en delad uppfattning inom båda sektorer att IT de facto bidrar till ökad måluppfyllelse, men det finns i nuläget inte något mer omfattande underlag i form av effektstudier för att tillstyrka detta. Detta visar enligt utvärderaren på ett behov av framtida effektmätningar. Det bör dock tas i beaktande att det är svårt att isolera IT från andra processer inom såväl vård och omsorg som skola för att påvisa effekter av IT.

5.3 Internationella aspekter

Utvecklingen och införandet av olika IT-stöd i Sverige sker inte isolerad från den övriga världen. Sedan Sveriges inträde i den Europeiska Unionen har det internationella utbytet inom stort sett samtliga samhällssektorer ökat, däribland hälso- och sjukvårdsväsendet. EU-medlemskapet har medfört en harmonisering av politiska visioner och initiativ. För hälso- och sjukvården innebär den fria rörligheten för unionsmedborgare att behovet av effektiv kommunikation mellan medlemsstaterna ökat. Behovet förstärks ytterligare genom EU:s successiva utvidgning. Det är främst med utgångspunkt i denna utveckling som medlemsstaterna arbetar för att samordna och koordinera sina strategier och initiativ när det gäller IT-utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsväsendet.

5.3.1 Den europeiska dimensionen

Inom EU drivs för närvarande frågan om en gemensam europeisk strategi för utvecklingen och nyttjandet av IT-stöd inom hälso- och sjukvården. Arbetet bedrivs inom ramen för handlingsplanen *eEurope 2005*⁴⁴ i vilken *eHealth* ingår som ett prioriterat insatsområde. Vid en nyligen anordnad ministerkonferens betonade EU:s nuvarande och blivande medlemsstater vikten av ett gemensamt förhållningssätt till utvecklingen och införandet av IT-stöd för vård och omsorg. Ministrarna förklarade sig även villiga att stödja utarbetandet av nationella implementeringsplaner inom ramen för *eEurope 2005*.⁴⁵

Den europeiska samarbetsorganisationen EHTEL (European Health Telematics Association) har nyligen låtit genomföra en undersökning⁴⁶ av medlemsländernas prioriteringar när det gäller IT för vård och omsorg. Av resultaten framgår att frågor kring utveckling och implementering av elektroniska patientjournaler, e-recept och säkerhetslösningar baserade på PKI (Public Key Infrastructure) röner stor uppmärksamhet runt om i Europa. Undersökningen visade också på svårigheter för internationella säkerhets- och kommunikationsstandarder att slå igenom på det

⁴⁴ *eEurope 2005: An information society for all, COM (2002) 263 final*

⁴⁵ *Ministerial Declaration, Brussels 22 May 2003*

⁴⁶ *Sammanfattad i rapporten "The application of ICT standards phase two: Conjoining ICT policy makers in Europe with standards makers", EHTEL Thematic Working Group T1*

nationella planet. Förklaringen härtill anses delvis vara att beslutsfattare vid relevanta departement endast för sporadiska och indirekta samtal med företrädare för internationella standardiseringsorgan. I en uppföljande intervjustudie⁴⁷ framkom att merparten av medlemsländerna ställer sig positiva till inrättandet av ett samarbetsforum där nationella beslutsfattare och experter kan föra diskussioner och enas om tillämpningen av internationella standarder tillsammans med företrädare för standardiseringsorgan. Standardiseringsarbetet försvåras dock av att medlemsstaterna befinner sig i olika utvecklingsstadier, vilket medför olika behov och användningsområden för standarder.

5.3.2 Vad och hur gör man i andra länder?

I följande underavsnitt görs internationella utblickar där utvärderarna beskriver tendenser och utvecklingslinjer i länder som Sverige ofta jämförs med. Förekomsten av jämförande studier länder emellan avseende t.ex. spridning av IT i vård och omsorg och kostnadsjämförelser är sparsam. Utvärderarna har dock använt sig av tillgängliga beskrivningar samt vår egen erfarenhet från situationen i Danmark. Utvärderarna har i sammanhanget fått hjälp av den danska experten Niels Rossing för att kvalitetssäkra redogörelserna. Niels Rossing har ett förflutet som Informatikdirektör vid Hovedstadens Sygehusfællesskab och arbetar numera som konsult.

Efter dialog med både respondenter och Niels Rossing har utvärderarna valt att fokusera på en nulägesbeskrivning av situationen i Danmark, Holland och England. Utvärderarna baserar beslutet på det faktum att dessa länder, både med avseende på utvecklingsnivå och IT-mognad, men även på grund av något skilda förfaringssätt i frågan utgör intressanta jämförelseobjekt.

Danmark

IT i vård och omsorg i Danmark – decentraliserat ansvar med ökade centrala insatser

Organisering

Ansvar för utveckling, implementering och användning av IT i vården och omsorgen ligger i Danmark hos amten (=län). Kommunerna ansvarar i sin tur för den kommunala hemsjukvården. Allmänläkare och specialister är i Danmark privata, och användningen av IT bland dessa är därför en ”decentraliserad angelägenhet”. Krav på användningen av IT och elektronisk kommunikation införs allt oftare som villkor i överenskommelser med den utförande nivån. Länen ger även vissa incitament för anslutning till ADSL-förbindelser m.m.

Målsättningarna för IT-användningen har framarbetats i samverkan mellan ”Sundhedsministeriet” och ”Amtsrådsforeningen” (motsv. Landstingsförbundet) under flera år. Sundhedsministeriet anslog i mitten av 90-talet medel för utveckling av IT på området, och sedan 1999 har två strategier utarbetats: ”National strategi för IT i sygehusvæsenet 2000 – 2002” och ”National IT-strategi för

⁴⁷ A.a.

sundhedsvæsenet 2003 – 2007”. Strategierna har tagits fram i ett samarbete mellan Sundhedsministeriet (efter 2001 Indenrigs- och Sundhedsministeriet), Sundhedsstyrelsen och sjukhushuvudmännen (Amtsrådsforeningen och Hovedstadens Sygehusfællesskab). Strategierna omfattar en rad projekt och delprojekt för vilka ansvarsfördelning och tidsplan finns fastställda.

Målsättningarna för en utökad användning av IT inom hälso- och sjukvården (med fokus på elektroniska patientjournaler och den offentliga Sundhedsportal på Internet) har under senare år införlivats i de årliga ekonomiavtal som ingås mellan Regeringen och Amtsrådsforeningen. I avtalet för 2004 sägs, ”att målsättningen är, att landets sjukhus innan utgången av 2005 skall ha infört elektroniska patientjournaler baserade på gemensamma standarder”.

Vad angår finansieringen, är det i Danmark inte tradition att använda sig av direkt statlig finansiering eller medfinansiering av konkreta regionala och lokala projekt. Staten deltar dock i finansieringen av MedCom och den gemensamma offentliga hälsoportalen. Dessutom ingår generella bidrag i de årliga ekonomiavtalen, men dessa har karaktären av justeringar i de statliga anslagen till amten.

Etablering av standarder

Frågan om gemensamma standarder inom hälso- och sjukvården har varit central i utvecklingen. Således har det under snart 10 år i regi av samarbetsorganisationen MedCom skett en utveckling av gemensamma EDI-standarder (EDIFACT) för elektronisk kommunikation mellan sjukhus, den privata sektorn, apotek, laboratorier och kommuner. MedCom är ett samarbetsprojekt mellan Indenrigs- och Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab samt flera privata parter.

Utvecklingen av standarder för elektroniska patientjournaler tog på allvar fart i samband med den nationella IT-strategin för 2000-2002. Sundhedsstyrelsen har som ett led häri utvecklat en gemensam begreppsmodell för elektroniska patientjournaler (Grundstruktur för EPJ – G-EPJ). Grundstrukturen genomgår f.n. en rad test och baseras på EPJ-standardens EV13696 som utarbetats av den europeiska standardiseringskommittén CEN TC 251.

Länen har bedrivit arbete i en rad arkitekturprojekt, där syftet är att skapa möjligheter för införandet av modulbaserade och leverantörsberoende IT-system och delsystem. Länens arbete koordineras genom en gemensam EPJ-styrgrupp där representanter från Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen samt en rad hälso- och sjukvårdsdirektörer ingår.

Dessutom driver MedCom flera standardiseringsprojekt. För närvarande övervägs en övergång till XML och kanske även HL-7 v 3, som är en ”medicinsk” specialisering av EDIFACT och XML-kommunikationsstandarderna och innehåller i sin senaste version en referensmodell (RIM).

Holland

Regionala och lokala initiativ och liten statlig inblandning

Organisering

Ansvar för hälso- och sjukvården i Holland vilar ytterst på Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sports (eng. Ministry of Health, Welfare and Sports). Finansieringen av hälso- och sjukvårdsväsendet skiljer sig dock på några punkter från den svenska modellen med skattefinansiering, bl.a. finansieras hälso- och sjukvårdsproduktionen till stor del av försäkringsgivare. Sjukhusdriften finansieras i huvudsak med statliga medel som fördelas till de olika provinserna. Provinserna har inte själva rätten att uppbära skatt för ändamålet. Styrningen av de statliga medlen har däremot karakteriserats av svängningar mellan central statlig och regional styrning.

Utvecklingen av och inom hälso- och sjukvården i Holland har av tradition varit en fråga för sektorn själv, med liten inblandning från övergripande myndigheter. Under 1980-talet låg Holland i den absoluta framkanten i IT-utvecklingen inom framförallt det medicintekniska området och sjukhussystem (HIS), mycket tack vare högskolorna i Rotterdam och Leiden. Detta utgör en bidragande orsak till regionaliseringen av IT-utvecklingen i Holland som ytterligare förstärktes i och med att nya universitets- och högskolecentra växte fram (i de flesta fall i anslutning till universitetssjukhus). Denna tilltagande regionaliseringen ledde slutligen fram till att Holland i mitten av 90-talet allt oftare stod inför samordningsproblem på grund av uppkomsten av s.k. ”digitala öar”.

Dessa samordningsproblem ledde till att man på central nivå beslöt att försöka motverka ytterligare decentralisering och skapa en mer enhetlig utvecklingslinje. Som ett motmedel tog Ministry of Health, Welfare and Sports våren 1999 initiativet till samarbetsorganet IPZorg (ICT platform in Health Care) i syfte att skapa ett forum för berörda aktörer (bl.a. patientorganisationer, vårdgivarorganisationer, statsmakten och försäkringssektorn) där en utveckling präglad av samsyn och samarbete skulle understödjas. Hösten 2000 tecknades en avsiktsförklaring mellan parterna i IPZorg för att skapa en förankring av visionerna kring IT-användningen. Under åren 2000 och 2001 avsattes totalt ca 100 MEUR extra av statliga medel till utvecklingen av IT inom vården. Tanken är dock att IT-utvecklingen i framtiden, från centralt håll, skall finansieras inom ramen för de ordinära sjukvårdsbudgetarna, dock med större andel av anslagen destinerade för IT-utveckling.

Fr.o.m. 1 januari, 2002 drivs samarbetsforumet vidare av det nyinrättade National ICT Institute for the Care Sector (NICTIZ). Institutet kan för övrigt på uppdragssidan jämföras med Carelink i Sverige och MedCom i Danmark. Institutet ansvarar för implementeringen av IT-applikationer och fungerar även som finansieringskanal. Institutet är garanterat statlig finansiering under fem år (fr.o.m. 2002). De statliga myndigheterna har fortsatt ansvaret för den allmänna kvalitetsutvecklingen och –uppföljningen i vården. Det är närmast mot bakgrund av dessa uppgifter som statens önskemål om ett breddat nyttjande av IT skall betraktas.

I NICTIZ:s huvuduppgifter ingår bl.a. att förvalta och koordinera olika infra- och infostrukturprojekt för att undvika fragmentering och att implementera en nationell IT-infrastruktur (såväl hård som mjuk) för vården till 2006. Den tekniska basinfrastrukturen för elektroniska patientjournaler går under namnet AORTA. Enligt Niels Rossing utgör IT-systemens och infrastrukturernas interoperabilitet och kommunikationsförmåga den högst prioriterade frågan i Holland för närvarande där 12-18 regionala nät som bildats runt större sjukhus skall bindas samman. Här menar han att holländarna står inför en större uppgift än de nordiska länderna.

Merparten av de initiativ som tagits syftar till att underlätta och möjliggöra införandet av ett nationellt system för elektroniska journaler. Utvecklingen av s.k. ”smart cards”, unika identifikationsnummer för både patienter och vårdgivare m.m. har initierats i syfte att skapa förutsättningar för en framtida implementering av elektroniska patientjournalssystem på bred front. Målet är att ett nationellt system skall kunna tas i bruk 2006. Ett delmål är att elektroniska journalssystem ska tas i bruk i åtminstone en region under 2004. Samma tidsplan gäller för införandet av e-recept.

I en nyutkommen rapport från Ernst & Young framgår dock att införandet av elektroniska patientjournalssystem går långsammare än beräknat och att endast 25 procent av de holländska sjukhusen tagit dessa system i användning⁴⁸.

När det gäller telemedicin ligger utvecklingen i Holland inte lika långt framme som i t.ex. Sverige och Norge. Det är främst inom ”tele-homecare” som intressanta och lovande försöksverksamheter inletts. Utvecklingen av telemedicinska applikationer sker till viss del inom EPN (Electronic Highway Platform Netherlands), som är ett samarbetsforum där olika aktörer, såväl offentliga som privata, tillsammans utvecklar olika elektroniska tjänster inom olika samhällssektorer, dvs. inte enbart för hälso- och sjukvården. Utvecklingen stöds även till viss del av det holländska Finansdepartementet genom anslag till allmänna IT-utvecklingsprojekt. Nationella anslag till utvecklingen av telemedicinska tillämpningar uppgår endast till ca 1 procent av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten (som i sin tur utgör ca 7 procent av GDP). EPN har fr.o.m. 2002 inrättat ett årligt pris för bästa telemedicinska framsteg.

⁴⁸ http://www.ernst-young.nl/?pag=788&nieuws_id=1650

På regional och lokal nivå har även de holländska sjukhusen genom sin sammanslutning NVZ uppmärksammat IT:s potential. Man har bl.a. enats om en vision för IT-användningen år 2010. Visionen ses dock av en del som alltför högtflygande och orealistisk även om man värdesätter initiativet i sig.

Etablering av standarder

Utvecklingen av standarder för datakommunikation m.m. sker under överseende av NICTIZ. I utvecklingsarbetet ingår NNI (Netherlands Standardisation Institute) som en viktig partner. Nyligen har man från NICTIZ:s sida gjort klart att man gärna ser att europeiska standarder (HL 7 v. 3) används om dessa är tillämpliga i en nationell kontext och tillgängliga i tid.

England

Stark central styrning och massiv statlig finansiering

Organisering

I England ansvarar Department of Health (DoH), genom hälso- och sjukvårdsapparaten NHS (National Health Service), för produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster. Finansieringen av hälso- och sjukvården sker precis som i Sverige med skattemedel. Denna massiva organisation utsattes under 1990-talet för hård kritik och år 2000 initierade DoH ett omfattande reform- och omstruktureringsarbete för att skapa en patientfokuserad hälso- och sjukvårdsorganisation. En del i detta reformarbete går ut på att "flytta ut" ansvaret för den regionala och lokala sjukvården till strategiska "Health Authorities" för att bättre kunna möta regionala och lokala behov och i syfte att implementera den ambitiösa vision som uttrycks i den strategiska planen "The NHS Plan". Det är inom ramen för detta reformarbete som IT betraktas som ett nödvändigt verktyg.

Den första samlade visionen om IT-utvecklingen inom hälso- och sjukvården sattes på pränt 1998 i strategidokumentet "Information for Health". Denna vision har senast reviderats och konkretiserats i dokumentet "Building the Information Core – Implementing the NHS Plan". Som namnet antyder ses ett effektivt utnyttjande av IT som en förutsättning för ett lyckat utfall i det övergripande reformarbetet.

Department of Health har även utarbetat den nationella strategin för IT i vården "Delivering 21st Century IT Support for the NHS – National Strategic Programme" i vilken inriktning, målsättningar och tidsramar anges. Initiativet till den nationella strategin togs för att skapa en tydligare central styrning av IT-utvecklingen i vården. Den inneboende tanken är att skapa nationella standarder för lokal implementering.

Strategin är uppdelad i fyra tidsfaser med angivelse av fokusområden för varje fas. Den inledande fasen (Phase 0) pågick under 2002 fram till våren 2003 och karaktäriserades av diskussioner kring bl.a. standarder för utväxling av data och förvaltningsstrukturer. Under den nuvarande fasen (Phase 1), som sträcker sig fram till december 2005, koncentreras insatserna till förbättring av infrastrukturen, bl.a. utökning av bandvidd och identifieringsmöjligheter mot kataloger, samt på utvecklingen av olika applikationer. Bland applikationerna koncentreras insatserna

på utvecklingen och implementeringen av ett nationellt elektroniskt bokningssystem, elektroniska patientjournaler och e-recept. Målsättningen är att det elektroniska bokningssystemet och EPJ skall vara i nationell drift senast vid utgången av år 2005, dvs. i slutet av fas 1. När det gäller användningen av e-recept är målsättningen att 50 procent av vårdgivarna inom NHS skall ha tagit tjänsten i användning 2005. I oktober i år har DoH tecknat ett leveransavtal med IT-leverantören SchlumbergerSema (£64,5 miljoner) för implementeringen av (enligt NHS' webbsida) världens första nationella elektroniska bokningssystem. Systemet förväntas tas i testdrift sommaren 2004.

Strategiarbetet sträcker sig fram till 2010. De två kommande faserna sträcker sig från januari 2006 till december 2007 (Phase 2) och från januari 2008 till december 2010 (Phase 3). Under de återstående faserna kommer även telemedicinska applikationer att utvecklas, bl.a. "Home Telemonitoring" och "Ambulance Telemonitoring".

Strategin backas upp av en enorm statlig finansiering. Tidigare i år avsattes ytterligare ca 3,5 miljarder euro till IT-utvecklingen under de närmaste tre åren. Styrningen av de ekonomiska resurserna sker genom att organisationer inom NHS tilldelas medel endast om de använder sig av nationella standarder eller upphandlar system från en "vit lista". Den centralt styrda strategin har dock gett upphov till kritik bl.a. från slutanvändarna som anser att denna bygger på bristande verksamhetsförankring och personalmedverkan. Niels Rossing menar att strategiutfallet i stor utsträckning beror på förmågan att upprätthålla en långsiktighet i strategiarbetet och en kontinuitet i finansieringen enligt de ursprungliga planerna.

IT-strategin omfattar även "kringtjänster" som skall stödja implementeringen av densamma. Bl.a. har man från centralt håll utarbetat riktlinjer för upphandling av IT-system ute i sjukvårdsregionerna. Syftet är att underlätta ett smidigt och samordnat införande av olika IT-stöd som lever upp till nationella standarder. Upphandlingsstrategin går ut på att låta 5-6 utvalda leverantörer utforma grundstrukturen för landets "eHealth system" för att redan från början undgå standard- och systemförvirring.

Man har även uppmärksammat behovet av organisatoriska förändringar, bl.a. avseende arbetsprocesser, till följd av en ökad IT-användning. Man har därför inom DoH inlett ett samarbete med "NHS Modernisation Agency" för att skapa ändamålsenliga stödverksamheter.

För implementeringen av IT-strategin har man på regeringsnivå tillsatt en styrgrupp som programansvariga inom DoH rapporterar till. Samtidigt har varje "Strategic Health Authority" utsett en IT-strategiansvarig för att säkerställa strategienlig implementering och medelsförvaltning. Den lokala implementeringen styrs av "Local Delivery Plans". Implementeringen bygger på ett nära samarbete mellan DoH och dessa regionala organisationer.

Avslutningsvis skall det betonas att England är det enda land i Europa som valt att använda sig av central finansiering för denna typ av strategiprogram. Niels Rossing menar att ett lyckat resultat av strategin kan komma att påverka det övriga Europa i och med att leverantörernas IT-system får en betydande och stabil hemmamarknad som bas för export och efterlikningar.

Etablering av standarder

Ansvar för utvecklingen av standarder vilar på National Design Authority, som genom National Health Information Service Authority driver det praktiska arbetet. Standardiseringsarbetet utgör en central knutpunkt i strategin då denna baseras på "ruthless standardisation"⁴⁹. Även i England ställer man sig positivt till tillämpningen av den europeiska standarden HL7 v. 3. Problemet är dock att denna standard inte finns tillgänglig för samtliga områden i dagsläget. Med dagens IT-strategi försöker man i England utveckla nationella standarder som samtidigt följer internationella standarder så långt som möjligt.

5.4 Samlade bedömningar och observationer

Det kan konstateras att IT inom vård och omsorg på någon sätt har "levt sitt eget liv", trots att vård- och omsorgsområdet är ett av de största kostnadsområdena i den offentliga sektorn. Orsakerna till detta är många och komplexa, men i grunden hänger det samman med den historiskt förankrade decentraliseringen av ansvaret för just dessa offentliga tjänster.

Detta kommer också till uttryck i jämförelser med andra politikområden.

Eftersom den decentraliserade ansvarsfördelningen är ett grundvillkor inom svensk vård- och omsorgssektor, är det avgörande att man anpassar sig efter detta och inte försöker att direkt omsätta erfarenheter från andra länder där graden av decentralisering är mindre. Skall man vidare använda erfarenheterna från andra sektorer bör man här säkerställa sig om att dessa områden uppvisar likheter med hälso- och sjukvården avseende bl.a. intensiv och konstant överföring och utbyte av personrelaterade uppgifter. Varken inom t.ex. grundskolan eller högskolan eller motsvarande områden finns samma behov av att hantera personrelaterad data i en flödesprocess. I detta hänseende kan t.ex. arbetsmarknadssektorn vara mer lämplig.

⁴⁹ *Delivering 21st Century IT Support for the NHS – National Strategic Programme, s. i*

6 Framåtblick

I detta avsnitt bedöms och analyseras de strategiska IT-frågorna inom vård och omsorg i ett framtida perspektiv. De följande sidorna ger underlag för diskussioner om vilka områden som bör ingå i ett nationellt program. Redogörelsen är uppdelad enligt följande:

- Områden för en samordnad nationell infrastruktur för vård och omsorg
- Fördelning av ansvar, finansiering och styrning bland aktörerna inom den offentliga sektorn

Avsnittet baseras både på intervjuer och den workshop som genomfördes inom ramen för utvärderingen, och tar vidare utgångspunkt i de rekommendationer som lyfts fram i ”Vård ITiden” samt de diskussioner som förs kring Carelinks kommande roll och uppdrag.

Vi har valt att utgå från några grundläggande frågeställningar som bör uppmärksammas i framtiden och ger på en överordnad nivå våra rekommendationer till framtida nationella satsningar och utvecklingsområden.

6.1 Bakgrund till framåtblickande diskussion

Bedömningen och diskussionen på de följande sidorna förs mot bakgrund av den nuvarande rollfördelningen mellan stat, landsting, kommuner och privata vårdgivare. Utvärderarna vill i samband med detta framhålla den betydelse arbetet inom Ansvarsutredningen kommer att ha för den framtida rollfördelningen. Det skall även tas i beaktande att utbredningen av IT-stöd och en allt högre grad av IT-användning kommer att ha inflytande på strukturer inom vård och omsorg. Detta inflytande kommer visa sig i behov av specialisering, kompetensutveckling och mer fokus på koppling och samarbete mellan olika huvudmän.

Utvärderaren menar således att IT är en dynamisk faktor som kommer att prägla framtidens grundläggande rollfördelning inom vård och omsorg.

Utgångspunkten för den framåtblickande delen i denna rapport är att det från samtliga aktörer efterfrågas en betydligt tydligare riktning för framtidens utveckling. Under senare år har det skett en stor utveckling i utbredningen av IT inom vård och omsorg, men det har också förts allt fler diskussioner och överväganden kring gemensamma standarder, terminologier, klassifikationssystem etc. Med regeringens utredning ”Vård ITiden” har man fått ett omfattande underlag för att företa framtida satsningar samt förslag på en rad konkreta åtgärder under de kommande åren.

Mot bakgrund av detta behov av en tydligare riktning, som har uttryckts vid såväl intervjuer som i de dokument som ingår i studien, betonas behovet av att någon ”pekar med hela handen”. Det är ingen tvekan om att det i framtiden föreligger ett stort behov av samordning för IT-frågorna för vård och omsorg. Samtidigt finns det ett stort stöd för den roll Carelink har; att utgå från konsensus baserat på medlemskap och att initiativkraften ligger decentralt och inte centralt. Samtliga

aktörer är även överens om att det även framöver skall vara huvudmännens eget ansvar att införa och utveckla användningen av IT inom vård och omsorg. Utvärderarna menar att utmaningen ligger i att finna en balans mellan att ”peka mellan handen” och samtidigt vidmakthålla det decentraliserade ansvaret för vård och omsorg.

Utvärderaren vill i detta avsnitt ge förslag på hur man på ett balanserat sätt kan ta fram en nationell IT-strategi som är driven av centrala aktörer men samtidigt förankrad bland huvudmännen avseende implementering, utbredning och utveckling.

Avsnittet inleder med de områden av IT som lämpar sig för en nationell samordning, därefter ges förslag på framtida ansvarsfördelning och avslutningsvis analyseras möjligheterna för framtida finansiering och styrning.

6.2 Områden för samordning

6.2.1 Områden som bör stödjas och samordnas centralt

Vid både intervjuer och dokumentstudie har det bekräftats att det finns en lång rad kriterier som skall vara uppfyllda för att ett område kan anses vara lämpat för nationell samordning. De mer centrala kriterierna är:

- Möjlighet till stordriftsfördelar i förhållande till initialinvesteringar
- Möjlighet att standardisera
- Uppenbar risk för suboptimering om man inte samordnar
- Politisk accept av samordning
- Befintliga investeringar får inte vara för stora

Med utgångspunkt i dessa kriterier visar utvärderingen att följande områden får anses vara lämpliga för nationell samordning. Områdena överensstämmer till stor del med de rekommendationer som presenteras i ”Vård ITiden”, men presenteras nedan i en sådan ordning att de områden som bör ges högre prioritet presenteras först. Utvärderarna vill även framhålla att en del av de områden som lyfts fram redan är under utveckling.

Gemensam nationell vision

Det finns ingen nationell strategi eller vision för användning och utveckling av IT inom vård och omsorg. Det finns en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, men den innefattar inte en vision för användning och utveckling av IT inom vård och omsorg. Regeringens utredning ”Vård ITiden” har valt att fokusera enbart på telemedicin och innehåller inte konkreta målsättningar eller visioner, men däremot en rad åtgärder och programförslag.

Det första området som bör stödjas och samordnas centralt är således utarbetandet av en nationell vision. Utan en gemensam vision är det svårt att enas om den fortsatta färdriktningen. Avsaknaden av en vägledande vision gör att risken för suboptimeringar även i framtiden är påfallande och att huvudmännen fortsättningsvis får ägna sig åt ”lappa-och-laga”-modellen.

Det är i sammanhanget viktigt att betrakta IT som ett verktyg i vårdprocessen och inte som ett fristående utvecklingsområde. Det är med andra ord viktigt att sätta in IT-utvecklingen i ett större sammanhang där man utgår från en strävan att förbättra kvaliteten i sjukvårds- och omsorgsverksamheternas kärnuppgift.

En nationell vision är också en förutsättning för utarbetandet av efterföljande strategier och handlingsplaner. Visionen utgör startpunkten varifrån konkreta åtgärder hämtar sin vägledning, d.v.s. visionen styr den operationalisering som krävs för att förverkliga en antagen strategi.

Vid framtagande av en vision för IT inom vård och omsorg som såväl staten som huvudmännen kan ställa upp på och följa är det centralt att förhålla sig till de tre IT-politiska instrumenten:

Tillgänglighet: hur skall tillgång till data regleras avseende olika aktörer (patient, vårdgivare, generell tillgång på information), eller bör tillgänglighetsaspekten snarare avse en ökad tillgång till telemedicinsk behandling och specialistkunskap?

Kompetens: skall fokus inom vård och omsorg avseende IT säkra specialistkompetenser, eller bör mer bred kompetensutveckling eftersträvas? Bör kompetensutveckling även innefatta patienters och anhörigas kompetenser? I hur hög grad skall universiteten/högskolorna göras ansvariga för utveckling av e-learning och virtuella utbildningsinitiativ?

Tillit: vem äger framtidens data om patienten? Hur skall medborgarens tillgång till egen data säkerställas? Hur får data användas över organisatoriska och geografiska gränser?

Infrastruktur

Syftet med att samordna en nationell IT-infrastruktur är både att underlätta informationsutbyte över organisatoriska och geografiska gränser, men även att förbättra tillgängligheten till information och höja kostnadseffektiviteten. En nationell infrastruktur bör ses som ett komplement till existerande infrastrukturer som redan är införda bland enskilda huvudmän.

En nationell infrastruktur bör finnas för:

- Säkerhetslösningar
- Kommunikationslösningar
- Terminologier
- Klassifikationssystemen

Standard

Frågan om gemensamma nationella standarder för informationsutbyte är central för att uppnå en högre grad av interoperabilitet mellan t.ex. olika patientjournalssystem. Det är här viktigt att utreda *vad* som skall standardiseras och *hur* denna process skall skötas. Vid standardiseringsarbetet är det även viktigt att det internationella perspektivet i beaktande för att i största möjliga mån samordna detta med internationella aktörer och standarder. Fastställda standarder bör gälla för samtliga huvudmän, annars har en gemensam standard ingen effekt. Genom att arbeta efter gemensamma standarder undviker huvudmännen att bli beroende av en leverantör och möjligheterna för att etablera gränssnitt mellan olika system eller ingående systemkomponenter underlättas.

Integration

Det bör eftersträvas en kompatibilitet mellan de existerande integrationsplattformarna. Detta sker i första hand genom standarder för informationsutbyte enligt ovan.

Specifika projekt

Utvärderarna menar att det finns en rad projekt (bl. a. de åtgärder som beskrivs i "Vård ITiden") som har en sådan karaktär och betydelse för framtida samordning och överföring av data, att de borde vara logiskt att initiera dem på en bredare nationell front, med statliga medel som bas.

Nedan ges exempel på två sådana projekt.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att driva ett register över personal inom vård och omsorg

Carelink utvecklar för närvarande en IT-baserad katalogtjänst över samtliga vårdgivande enheter i Sverige

Detta är exempel på projekt som borde kunna drivas som ett gemensamt utvecklingsprojekt där resultatet lyfts upp på nationell nivå, och krav ställs på att samtliga huvudmän använder och bidrar till kvaliteten i ett sådant register eller katalog.

6.2.2 Områden som bör stödjas centralt, men samordnas regionalt och lokalt

Ovan beskrevs de områden som enligt utvärderarna bör samordnas centralt med en tydlig styrning. Härutöver finns det en rad områden som inte är lämpliga för nationell samordning, men som dock har en sådan karaktär att det kan övervägas om man inte bör skapa centrala stödmekanismer som man ställer till huvudmännens förfogande.

Effektmätningar

Utvärderingen har visat att det inte finns utvärderingar, effektmätningar eller liknande dokumentation som på en mer övergripande nivå visar på effekterna av IT-användning inom vård och omsorg. Utvärderaren avser då primärt undersökningar som skulle påvisa vilken effekt IT har haft i ekonomiska termer, tidsbesparing etc.

Därmed blir det svårt att föra en väl underbyggd diskussion om den potential som både ekonomiskt och kvalitetsmässigt ligger i en ökad användning av IT inom vård och omsorg.

Samtidigt bör det tas i beaktande att effekttuppföljningar metodiskt sett är komplexa och det bör övervägas om det är ändamålsenligt om varje huvudman skall lägga ned resurser för att utveckla mät- och uppföljningsmetoder. Detta kan vara ett område där det är önskvärt med understödjande aktiviteter och initiativ från centrala aktörer. Det är även så att det enbart är genom breda mätningar över organisatoriska och geografiska gränser som information om utfallet av eventuella samordningsförsök bland huvudmännen vad gäller infrastruktur och standarder kan samlas in på ett ändamålsenligt sätt.

Verktyg för arbetsprocessanalyser och implementeringsprocesser

Införande av IT-stöd medför ofta förändringar av existerande arbetsrutiner och ansvarsfördelning. Implementering av IT ställer därför krav på kunskap om förändringsprocesser. I den mån det är möjligt att använda ”goda exempel” från tidigare genomförda projekt inom vård och omsorg kan det vara intressant att ta fram en rad verktyg som vårdgivarna kan välja att använda när de inför IT-stöd. Samtidigt bör det tas i beaktande att den här typen av databaser har svårt att överleva projektstadiet, på grund av bristande underhåll.

6.3 Ansvarsfördelning

6.3.1 Framtagande av en nationell vision

En nationell vision bör ha som syfte att skapa en gemensam plattform för de utvecklingsprojekt som man centralt, regionalt och lokalt bestämmer att genomföra de närmaste åren. Därför är det viktigt att visionen inte får karaktären av en fastlagd strategi eller en begränsning för aktörerna. Snarare bör plattformen utgöras av ett gemensamt ”språk” samt ett antal konkreta målsättningar som samtliga aktörer kan ställa upp på och känna ett engagemang för att genomföra

Arbetet med att ta fram en vision skall ledas av huvudmännen, men med aktivt deltagande från staten. (I detta arbete betraktas Carelink som en representant för huvudmännen.)

6.3.2 Instrument för att fastställa ansvaret för visionen

I regeringens nationella handlingsplan för hälso- och sjukvården har det utformats ett avtal om utvecklingsinsatser inom vård och omsorg för 2002-2004⁵⁰. Detta avtal innehåller konkreta åtgärder och en klar beskrivning av ansvar för genomförande av dessa insatser. Avtalet innehåller även en plan för uppföljning och dokumentation av framgångar. Det ligger nära till hands att ställa sig frågan varför inte IT ingick i detta avtal, och i anslutning till detta utreda om det skulle vara möjligt att ta fram ett motsvarande avtal med medelstilleddning som förpliktigar aktörerna att genomföra utvecklingsinsatser på IT-området, mäta effekter samt ta fram IT-stöd över organisatoriska och geografiska gränser.

Ett sådant avtal skall ge möjlighet för frihet och flexibilitet bland huvudmännen så att de initiativ som initieras passar in i verksamhetens strategi i övrigt, men samtidigt vara av en sådan karaktär att det upplevs som ett ömsesidigt intresse att leva upp till avtalet.

Utvärderaren menar att det vore lämpligt att ett sådant avtal ingås mellan staten samt Landstings- och Kommunförbundet.

6.3.3 Implementering och utveckling

Med Carelink har Sverige en potentiellt mycket stark aktör för att driva implementeringen och utvecklingen framåt. Det vore naturligt och lämpligt om Carelink framöver fick en tydligare roll i förhållande till huvudmännen avseende etablering av infrastruktur och i viss mån gemensamma tjänster. Utbredningen och den konkreta användningen av IT inom vård och omsorg skall förbli huvudmännens ansvar.

6.3.4 Uppföljning och mätning av effekter

Systematisk och väldokumenterad uppföljning och mätning av effekter bör övervägas i framtiden. Syftet är att den enskilda verksamheten skall lära från erfarenheter och förbättra sig ytterligare. Även på nationell nivå finns det anledning att skapa en helhetsbild av de ekonomiska och kvalitetsmässiga effekterna av utbredningen av IT inom vård och omsorg.

Som utgångspunkt bör ansvaret för uppföljning och mätning av effekter ligga på respektive huvudman. Dock bör man överväga om man från centralt håll kan dra fördel av att utveckla modeller och metoder för systematisk effektmätning. Argumentet för detta är bland annat, som tidigare anförts, att få en helhetsbild av vilka effekter IT inom vård och omsorg har medfört.

⁵⁰ Prop. 1999/2000:149

6.4 Finansiering och styrning

En avgörande fråga är hur man säkerställer de nödvändiga investeringarna framöver för att genomföra de ofta mycket dyra initialkostnaderna som införande av IT innebär. Med en stigande press på hälso- och sjukvården samt den nuvarande budgetsituationen i landsting och kommuner kan det vara svårt att skapa den nödvändiga viljan och politiska utrymmet för satsningar.

Fram till idag har ansvaret för finansiering i huvudsak varit huvudmännens. Därmed är det huvudmännen som har det fulla ansvaret för satsningen på IT. Utvärderarna menar att man även framgent bör behålla denna finansieringsprincip, men att man samtidigt från statens sida bör agera mer aktivt och identifiera fler medel för att stimulera och stödja utvecklingen.

6.4.1 Incitamentsmodeller och medelsförsörjning

De statliga medlen har, som tidigare beskrivits, inte utgjort en betydande faktor för utbredningen av IT inom vård och omsorg. En ökad finansiering från statens sida kunde vara ett sätt att stimulera samt ge en tydligare styrning de kommande åren.

Utvärderingen visar dock att det samtidigt finns behov för att etablera incitament i samband med att staten eventuellt skulle finansiera utveckling av IT inom vård och omsorg ännu mer.

Denna incitamentsstruktur kan skapa den nödvändiga motivationen för att följa en nationell vision, och samtidigt användas som ett instrument för att främja ”best practices” nationellt. Utvärderaren vill peka på två typer av förslag på finansiering med inbyggda incitament.

1. Riktade bidrag inom utvecklingsavtal som ingås mellan huvudmännen (Landstings- och Kommunförbundet som representant).
2. Staten ger bidrag till de vårdenheter som är beredda att öka IT-användningen samt erbjuda telemedicinska tjänster.

Det ligger inte inom ramen för denna utvärdering att peka på vilken modell som är bäst lämpad, utan endast att konstatera att det inte finns ett större utrymme för framtida satsningar utan någon form av incitament.

6.4.2 PPP som en form för ytterligare finansiering

De privata vårdgivarna och IT-leverantörerna är viktiga aktörer i utvecklingen av IT inom vård och omsorg, och utgör även en marknad som är i konstant utveckling samt utsatt för internationell konkurrens. Det bör övervägas om det finns alternativa finansieringsmodeller med en gemensam offentlig/privat finansiering. Såväl i Sverige som utomlands har det gjorts en del erfarenheter inom PPP (Public Private Partnerships) och det bör närmare analyseras hur denna form för finansiering skulle kunna se ut inom vård och omsorg.

Ett exempel från Danmark visar hur utvecklingen av IT-baserad resursstyrning av hjälpmedelcentraler har inneburit en exportsuccé samtidigt som den danska hjälpmedelcentralen effektiviserade sin verksamhet.

6.4.3 Hur säkerställs tvärgående investeringar?

I "Vård ITiden" föreslår arbetsgruppen att ett ITHS3-program inleds med statlig finansiering. Motivet för detta är att erfarenheterna från ITHS 1 & 2 "ändå är så goda att de kan läggas till grund för konstruktion av ett ITHS3 med inriktning på att främja utveckling av och försök med tillämpningar inom området telemedicin/televård"⁵¹. I samband med detta projekt har utvärderarna sökt identifiera analyser och utvärderingar som belyser effekterna av ITHS1 (ITHS2-programmet pågår fortfarande). De utvärderingar som föreligger avser närmast enskilda projekt. Det finns således ingen övergripande utvärdering av vilka effekter ITHS1 haft på IT-användningen i vården och omsorgen. Detta innebär inte att programmen *inte* har varit eller är framgångsrika, men det är svårt att använda endast dessa program som underlag för fortsatta satsningar om de inte är utvärderade på en mer heltäckande basis.

Erfarenheten från andra programbaserade insatser är att man ofta genom dylik finansieringsform erfar att programmets olika projekt får "ett eget liv" och att projektkompetensen och projektledningen blir framgångskriterier, framför innehåll och den bakomliggande idén med projektet. Projekt utgår ofta från eldsjälarna och tendensen kan bli att de enskilda projekten även isoleras i verksamheten, då ledningen inte nödvändigtvis känner ett engagemang för projekten.

Utvärderarna ställer sig tvekan till om ett ITHS3 är den mest optimala vägen framåt. Om man utgår från den programlogik som beskrivs i "Vård ITiden" bör det dock säkerställas att systematisk uppföljning och kunskapsöverförings understöds ytterligare

Ett annat sätt att stödja tvärgående investeringar är, som tidigare föreslagits, att ge riktade bidrag till huvudmännen och uppställa villkor om att en del av de riktade bidragen används för tvärgående projekt. Detta kan uppfattas som en "bakvänd" metod, men då förankringen i hela verksamheten och ledningen är en väsentlig framgångsfaktor, anser utvärderaren att ett sådant upplägg kan skapa fokus och engagemang bland huvudmännen. Detta upplägg påminner även om det som används i ITHS2.

6.4.4 Hur säkerställs styrning och auktoritet?

Utvärderingen visar att man fortsättningsvis från alla aktörer önskar en överordnad rollfördelning i vilken huvudmännen har ansvaret för att driva och genomföra utvecklingen. Frågan är hur man uppnår balans i förhållande till behovet av samordning av bland annat infrastruktur och standarder. Det är nödvändigt att klargöra hur långt utanför ett samarbete en huvudman kan ställa sig.

⁵¹ *Vård ITiden* s.235

Är det acceptabelt att ett landsting eller tio kommuner bestämmer att de inte önskar ansluta sig till en gemensam standard? Vilken aktör bör ha den nödvändiga auktoriteten att slå fast när en standard skall utgöra den nationella standarden?

Samordnings- och utvecklingsfrågorna kring infrastruktur, systemintegration, standarder m.m. är omfattande och komplexa. Utvärderarna anser att det i dagsläget inte finns ett organ eller myndighet som har tillräcklig auktoritet eller kompetens att ta på sig en sådan framtida roll. Carelink är och förblir en ”medlemsorganisation” och kan således inte ta på sig en sådan auktoritativ roll. Utvärderarna anser här att man dock bör utreda och överväga möjligheterna att stärka Carelink i sin roll för att skapa ett större mandat. En möjlig väg är t.ex. att inkludera fler statliga institutioner i samarbetet. Socialstyrelsen har en tydlig karaktär av tillsynsmyndighet, vilket kan motverka det stöd som är nödvändigt när ett beslut skall fattas om exempelvis en gemensam standard.

En myndighet med denna roll bör ha möjlighet att kompensera de huvudmän som ”drabbas” allt för hårt av införande av nya standarder (om införandet medför en alltför stor kostnad). Vidare anser utvärderarna att det bör övervägas om en sådan myndighet skulle kunna vara uppdrags- och avgiftsfinansierad.

6.5 Perspektiv på en framtida IT politik inom vård och omsorg

Det är utvärderarnas bedömning att det fram till idag har varit ett fokus på ”Patienten i centrum” i retoriken, medan utvecklingen har varit präglad av fokus på teknik. Den framtida utmaningen blir att anta en modell för utveckling som tar patientperspektivet i större beaktande. Det blir även centralt att utgå från ett verksamhetsperspektiv vid införande av IT, annars riskerar IT att bli en komponent som inte integreras i övrig verksamhet.

För att nå detta förutsätts samarbete, en öppen dialog och breda partnerskap så att huvudmän och stat i större utsträckning tar ställning och har visioner på detta område.

Det teknikfokus som har präglat utvecklingen av IT inom vård och omsorg har i hög grad handlat om att etablera de tekniska grundvillkoren och infrastrukturer, framför innehållet i form av tjänster. Detta kommer till uttryck i den relativt långsamma utvecklingen av telemedicin. Den framtida utmaningen blir således även att närmare fokusera på och utveckla innehållet och användbara tjänster.

Genom ett tydligare patientfokus, men framförallt genom ansträngningar att utveckla innehåll och tjänster för vård och omsorg stimuleras marknaden. Sverige får därmed möjligheter att utveckla en marknad och ett exportområde, men det förutsätter att huvudmännen har ett konstruktivt förhållningssätt till leverantörerna.

Det påpekas ofta att lagstiftningen utgör en väsentlig barriär för användning och utveckling av IT inom vård och omsorg. Samtidigt har det inte genomförts någon närmare analys av denna barriär.

Vård och omsorg i Sverige är inte isolerad från omvärlden. En ökad integration och mobilitet mellan länderna medför att huvudmännen även bör förhålla sig till den internationalisering detta medför. Detta gäller primärt vårdsektorn och i mindre omfattning omsorgen. Internationalisering avser både att vara med i beslut om internationella standarder, att dra lärdomar från internationella erfarenheter samt att vara med och skapa goda villkor för de verksamheter som satsar på IT.

Ett naturligt första steg i detta arbete är att närmare samarbeta med de nordiska länderna, både avseende tillgänglighet och kompetens.

Bilaga 1 – Frågeguide

Vår definition av ”IT i vård och omsorg” innefattar i denna studie följande områden/applikationer (Du får gärna ge synpunkter på vår definition):

Direkt patientrelaterat/patientkontakt	Supportsystem
Telemedicin/televård (i detta begrepp ingår konsultationer på distans, distansbehandling, konferenser, second opinion, utbildning/undervisning)	Beslutstödssystem
Elektroniska patientjournaler	Patientadministrativa system
E-recept/läkemedelshantering	Webbaserad hälsoinformation

Vi vill göra Dig uppmärksam på att det är Dina/Din organisations synpunkter/ståndpunkter vi är intresserade av inom respektive frågeområde nedan.

TEMA 1: Tillbakablick

Nuvarande spridning av IT i vård och omsorg

- Utbredningen av olika typer av system? (jmf. ovan)
- Vem har initierat och finansierat den hittillsvarande utvecklingen?
- Inom vilket/vilka område(n) har utvecklingen varit störst/minst? Orsaker?

Användningen av IT i vård och omsorg

Här ligger tyngdpunkten på sättet att använda informations- och kommunikationsteknologi.

- Ligger fokus på tekniken eller på tjänster?
- Bottnar utvecklingen i en ”allmän utveckling” (dvs. i samhället i stort) eller finansierade program?
- Patienten i centrum – vilken roll spelar denna målsättning/vision i de insatser som görs?

Effekter av IT-användningen i vård och omsorg

- Kan man urskilja/mäta några effekter i dagsläget (för t.ex. patienter)? Finns dessa i så fall dokumenterade?

Inverkan på verksamheter inom vård och omsorg

- Vilken inverkan har införandet av IT-lösningar i vården och omsorgen på berörda verksamheter? Finns det ett behov för omstruktureringar och förändrade arbetsprocesser/synsätt?
- Understöds/främjas dessa förändringar systematiskt? Finns det en ”beredskap” för understödjande insatser (t.ex. utbildning)? Hur bör man gå tillväga för att underlätta en lyckad implementering?

Möjligheter och hinder

- Vilka är fördelarna/nackdelarna med den nuvarande utvecklingen?
- Vad skall upprätthållas (dvs. ”det är bra som det är”)?
- Vilka hinder/insatsområden bör uppmärksammas?
- Vilka är de väsentligaste problemställningarna och inom vilka områden finns de?
- Vilken betydelse har horisontella områden/funktioner – t.ex. infrastruktur, IT-säkerhet och IT-kompetens?

TEMA 2: IT-frågan i ett strategiskt femårsperspektiv**Behovet av en samordnad nationell IT-politik för vård och omsorg**

- Hur stort är behovet av en nationell samordnad IT-politik på området?
- Vilka områden bör man fokusera på? (t.ex.. infrastruktur, tjänster, standarder, kompetenser, horisontella funktioner)

Ansvarsfördelningen för IT i vård och omsorg

- Förslag på framtida ansvarsfördelning, speciellt med avseende på data, tillgång till data och drift?
- Hur säkras en förankring i lokala/regionale organisationer?

Finansieringsmöjligheter och –behov

- Vilket finansieringsbehov finns för IT i vård och omsorg?
- Hur bör en sådan finansiering organiseras – centralt eller decentralt?
- Hur skall (ekonomiska) vinster eller kvalitetsförbättringar dokumenteras och samlas in?

Styrbehov

- Hur skal samarbetet mellan parterna organiseras?

TEMA 3: Andra politikområden och internationella erfarenheter**Andra aspekter av IT-politiken**

- Hur förhåller sig IT i vård och omsorg till andra områden av IT-politiken (t.ex. säkerhet, kompetens och tillgänglighet)? Vilka koordineringsbehov finns?
- Hur ser de internationella erfarenheterna ut – med fokus på ansvarsfördelning/organisering och styrkor och svagheter?

Bilaga 2 – Litteraturförteckning

Apotekets nyhetsbrev, augusti 2003

Department of Health (UK), "Delivering 21st Century IT Support for the NHS – National Strategic Programme"

Department of Health (UK), "Building the Information Core – Implementing the NHS Plan", January 2001

Carelink rapport nr1/2002, "IT i primärkommunal vård och omsorg – nu och i framtiden"

Carelink rapport 2001, "Förstudie – Utveckling av Nätburen flexibel utbildning inom hälso- och sjukvård och omsorg"

Carelink rapport nr1/2001, "Strategier för effektiva och samverkande IT-stöd i sjukvården".

Carelink rapport 2002, "Marknadsförutsättningar för samverkande IT-stöd inom vård och omsorg".

Carelink rapport 3/2002, "Telemedicin – en resurs i vård och omsorg"

Carelink artikelsamling, "Avtryck 2002, Nio tvärvetenskapliga avhandlingar inom IT i vården, Hälso- och sjukvårdsinformatik och Medicinsk informatik."

Carelink, 2002, "Kommunsamverkan – nytta. Nyttoeffekter för kommunal vård- och omsorgsverksamhet vid anslutning till Carelink IT-infrastruktur Sjunet".

EHTEL eHealth Working Group (2003), "Implementation of eHealth in Europe", (red. Foggie, R., et.al.), PROEHTEL Position Paper

EHTEL Thematic Working Group (T1), "The application of ICT standards phase two: Conjoining ICT policy makers in Europe with standards makers", june 2003

European Commission, COM (2002) 263 final; eEurope 2005: An information society for all

Kommittédirektiven för översyn av strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisation (Dir. 2003:10)

Kommunförbundets långsiktsutredning, "Kommunala framtider – en långtidsutredning om behov och resurser till år 2050"

KK-stiftelsen, 2002, "Att bo och vårdas hemma, IT ger nya möjligheter inom vård, omsorg och boende"

KK-stiftelsen, 2002, "IT ger nya möjligheter i demensvården"

KK-stiftelsen, 2002, "IT i hälso och sjukvården Kan IT göra vården bättre och billigare? Hur? Och hur långt har vi kommit i Sverige?"

Landstingsförbundet, 2000, "Vilka utvecklingshinder finns för telemedicin?"

- Landstingsförbundet, 2000, "Vilken potential finns för telemedicin?"
- Landstingsförbundet, 2001, "Sektretess och integritetsskydd för samverkande elektroniska patientjournaler. Ett diskussionsunderlag till pågående utvecklingsarbete".
- SLIT:s och Landstingets uppgörelse över nettokostnader för hälsovården år 2002
- Slutrapport SAMBA-projektet (SAMverkan, Begrepp och Arkitektur). "Process- och begreppsanalys av den svenska hälso- och sjukvårdens arbetsflöde vid vård av en enskild patient", augusti 2003
- Socialstyrelsen, 2003, "Socialstyrelsens framtida roll och uppgifter i ett mer digitaliserat hälso- och sjukvårdssystem", Dnr 50-4844/2003
- Socialstyrelsen, 2002, "Hälsa på Internet. En granskning av svenska webbplatser".
- Socialstyrelsen, 2003, "Förbättrad informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning avseende hälso- och sjukvården. Den andra arbetsplanen".
- Spil, TA M, 2002, "E-health Strategy, Standardisation and Success", European Hospital decisions
- Spri, 1999, "Telemedicin – kartläggning av tillämpningar i Sverige 1998", Sprinternet 5
- Stockholms läns landsting, 2003, PM: Rättsliga frågor kring för flera vårdgivare öppna IT-journalsystem.
- Proposition 1999/2000:86, Ett informationssamhälle för alla & ITPS, 2002. En lärande IT-politik – förslag till utvärdering.
- Proposition 1999/2000:149, Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.
- Vård ITiden – Strategier och åtgärder för att bredda användningen av telemedicin och distansöverbyggande vård (Socialdepartementet SOU 2003:3)

Bilaga 3 – Intervjupersoner

- Mats Larson, VD Carelink AB
- Håkan Molin, affärsutvecklare (tidigare IT-koordinator Apoteket AB)
- Stig Almqvist, handläggare Socialstyrelsen
- Bengt Lundberg, utredare Landstingsförbundet
- Helene Richardsson, IT-strateg Landstingsförbundet
- Ewa Ställdal, VD Vårdalstiftelsen
- Ulrika Axelsson Jonsson, handläggare Socialdepartementet
- Kjell Andersson, VD Sjukvårdens Leverantörsförening
- Monica Winge, IT-strateg Stockholms läns landsting
- Jan Edling, personalansvarig Vårdförbundet
- Håkan Eriksson, programansvarig KK-stiftelsen och professor Karolinska Institutet
- Niels Rossing, Konsulent & M.D.

ITPS, Institutet för tillväxtpolitiska studier
Studentplan 3, 831 40 Östersund
Telefon: 063 16 66 00
Fax: 063 16 66 01
info@itps.se
www.itps.se
ISSN 1652-0483

