

IT borde göra vården säkrare och bättre

Men ännu är det långt dit



BOEL ENGARÅS, kirurg, Socialstyrelsen; projektledare, InfoVU; ledamot, nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg
 boel.engaras@socialstyrelsen.se

Under våren 2005 använde drygt 95 procent av primärvårdens enheter elektroniska journaler, medan knappt 60 procent av sjukhusen hade någon form av datoriserad vårdokumentation. Om några år beräknas datoriseringsgraden inom slutenvården ha ökat till 90 procent.

Stora förväntningar knyts till informationstekniken. Det borde med IT vara möjligt att snabbt få information om en patient, vilket bara det borde göra vården säkrare. Kopplas dessutom beslutsstöd till borde säkerhet och kvalitet öka ännu mer. Det borde vara lätt att följa upp vårdens resultat. Det borde bli mindre upprepningar. Direkt samverkan mellan dokumentationssystem och t ex kvalitetsregister borde minska det dubbelarbete som består i att fylla i blanketter eller föra in samma uppgifter flera gånger.

Läkare och andra inom vården borde glädja sig åt de nya möjligheterna. Men insikten om att möjligheterna i många avseenden långt ifrån realiserats orsakar i stället ofta irritation och misstro.

Studier om effekten av IT i vården

Tre intressanta artiklar om IT i vården publicerades i JAMA under förra året [1-3].

Garg och medarbetare identifierade 100 studier där förbättrad läkarhandläggning och/eller bättre resultat för patienten till följd av elektroniska beslutsstöd påvisats. I knappt hälften av studierna var beslutsstödet kopplat till elektroniska journaler eller elektroniska ordi-

nationssystem. Patientnytta påvisades i 7 av de 52 arbeten som studerat detta. Läkarens agerande angavs förbättrat i 62 av de 97 arbeten som studerat detta.

Totalt 10 studier avsåg beslutsstöd vid diagnostik. Läkarens diagnostik förbättrades i 4 studier, men inte i någon medförde detta en förbättring för patienterna. Anmärkningsvärt, kan tyckas, att förbättrad diagnostik av tunn-tarmsileus (korrekt diagnos mycket snabbare) inte verkade gagna patienterna (mätt i tarmnekros, mortalitet, morbiditet och vårdtid). Ett tvingande användande av beslutsstöd var signifikant bättre än om doktorn själv fick bestämma (P=0,02). Om studien gjorts av personer som själva utvecklat beslutsstödet var förbättringar i den kliniska handläggningen betydligt vanligare än om andra studerade effekten (P=0,001) [1].

Koppel och medarbetare valde att studera »biverkningarna« av ett elektroniskt system för att ordinera läkemedel, alltså medicineringsfel, som orsakades eller förstärktes av datastödet. Medicineringsfel uppfattas som den största identifierade orsaken till undvikbara medicinska misstag på sjukhus. Studien gjordes på ett undervisningssjukhus med ett väl inkört system. Beslutsstödet faciliterade 22 vanligt förekommande medicineringsfel. Det handlade bl a om missförstånd avseende doseringsriktlinjer, missad antibiotikadosering och inkompatibla ordinationer [2].

Tre av fyra IT-projekt misslyckas

I JAMA-ledaren »Still waiting for Godot« anges att 75 procent av stora IT-projekt inom vårdområdet misslyckas. Det beror varken på felprogrammering eller



Nej, det är ännu ingen vidare ordning på informationstekniken inom vårdområdet. Risken är överhängande att tekniken snarare stjälper än hjälper, vilket kan äventyra patientsäkerheten.

på dålig implementering, utan på att beslutsfattare och informatikexperter saknar korrekta insikter i kliniskt arbete och teknik.

Den stora missuppfattningen är tunnelseende, som leder till att IT uppfattas som »tekniskt«, och tekniska problem kräver tekniska lösningar – men »vården« utgörs av komplexa system av människor, teknik och organisatoriska ruti-

SAMMANFATTAT

Om några år dominerar elektroniska dokumentationssystem i svensk hälso- och sjukvård. Till dessa system knyts beslutsstöd och ordinationssystem.

Anmärkningsvärt få beslutsstöd gynnar patienten, enligt en stor översiktsstudie publicerad i JAMA. Elektroniska ordinationssystem för läkemedel till slutenvårdspatienter kan till och med orsaka eller förstärka medicineringsfel.

Omfattande IT-system införs med mängder av uttalade/underförstådda förhoppningar om verksamhetsnytta, som sällan formuleras i mål och följs upp.

I Sverige har nu flera initiativ tagits, som bör kunna leda till att informationsteknikens potential verkligen utnyttjas. Men det är viktigt att målen formuleras i patient- och verksamhetsperspektiv – och följs upp.

Illustration: Hans-Ulrich Osterwalder/Science Photo Library

ner. Vården är alltså samtidigt social (människor, värderingar, normer, kultur) och teknisk.

Bra IT-system måste kunna optimera det kombinerade sociotekniska system som vården är. Introduktionen av elektroniska verktyg medför i sig förändringar i vårdarbetet, vilka påverkar verktygen etc. Detta i sin tur är en process med experiment och ömsesidigt lärande, snarare än planering, beslut och kontroll.

I ledaren påpekas också att elektroniska beslutsstöd ska uppfylla en mängd mål: t ex öka säkerhet och kvalitet, minska kostnader, ge ledningsinformation och kanske spåra bristande klinisk kompetens hos medarbetarna. Drivkraften att införa elektroniska stöd kommer uppifrån, medan arbetet utförs nära patienterna på vårdgolvet. I ledaren förs sedan ett intressant resonemang om beslutsprocessen i kliniskt arbete [3].

Datorsystem passar inte verkligheten

Fler har uppmärksammat att vårdokumentationssystem kan orsaka eller bidra till att fel uppstår i stället för att motverka dem. I en huvudsakligen kvalitativ studie med gedigen litteraturgenomgång fokuserar Ash, Berg och Coiera på de ofta latent fel som orsakas av att datorsystemen inte passar i den stökiga kliniska vardagen, där många saker pågår simultant. Det blir då lätt att hamna fel på skärmen, välja fel och till och med ordnara till fel person.

Alltför strukturerad information försvårar klinikerens översikt; hans/hennes kognitiva fokus försämras, eftersom människor i komplexa situationer har lättare att ta till sig koncisa fritext än fragmentariska informationsportioner [4].

Motsvarande systematiska studier från svenska förhållanden saknas. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Umeå genomförde 2003 en granskning med fokus på patientsäkerheten vid elektronisk vårdokumentation. Där identifierades i huvudsak fyra riskområden [5], här nämner jag tre av dem:

- Flera exempel på otillförlitliga uppgifter om ordinerade läkemedel påvisades.
- Det var svårt att få överblick över journalinnehållet.
- Samverkan och informationsöverföring har brister, och olika medier för vårdokumentation används parallellt.

Två Lex Maria-ärenden vittnar om oväntade problem med elektronisk läkemedelsförskrivning. Korrekta ordinationer blev fel på grund av att styrkan i de ordinerade läkemedlen temporärt kodats

felaktigt på ett sätt som ordinerande läkare inte kunde se [6].

Bristande integration av olika system

Flera av de problem som identifierades i de amerikanska studierna kan inte omedelbart återfinnas i Sverige, och deras fokus var inte IT-system i allmänhet. En likhet vid införande av såväl beslutsstöd som mer allmänna elektroniska system är dock mängden förhoppningar som knyts till de nya systemen. Dessa förhoppningar formuleras dock inte som mätbara mål, och därmed vet man inte om förhoppningarna infriats.

I Users Awards vård-IT-karta över användarnas erfarenheter skrivs följaktigt »Idag mäter ingen någonting« och »om man inte mäter systemens effektivitet i verksamheten, kan man inte heller förbättra den« [7]. Ett viktigt och för medicinare ganska naturligt påpekande är att varje nytta också medför onytta. Jämför verksamma läkemedel!

Vid sidan av att formulera de mål man vill uppnå med IT bör man sålunda vara vaksam på oväntade problem som kan uppstå, t ex var de beskrivna Lex Maria-händelserna helt oväntade.

Koppel och medarbetare uppfattar oöverskådligheten i datajournalen som en orsak till felhandlingar, och Socialstyrelsen såg den som ett riskområde. Integration av olika elektroniska system är från användarsynpunkt dålig i Sverige, och användarna får logga in och ut i olika system. Detta är inte bara tidsödande, utan det kan också medföra risker för patientsäkerheten. Att få tillgång till information från andra vårdgivare är ofta svårt, även med patientens samtycke, eftersom systemen sällan är kompatibla.

Nationell policy på gång

I Sverige möter patienten ofta flera olika vårdgivare under ett sjukdomsförlopp. Kommunikationen mellan dessa måste fungera för att möta patientens förväntningar och behov. Många, särskilt äldre personer och människor med psykiska funktionshinder, behöver både vård och omsorg. Vårdgivarna finns inom den offentliga vården i landsting och kommuner, men också bland privata vårdgivare.

För sjukhusvårdens del sker 5 procent av den akuta slutenvården utanför det egna landstinget och 11 procent av den elektiva [8]. Detta ställer stora krav på informationsöverföringen, krav som idag inte tillgodoses.

Det är nödvändigt att betrakta informationen som en från tekniken oberoende och mer långsiktig resurs. Informationen behöver sin egen struktur för att vara tillgänglig oavsett system. Vi behöver

också utveckla nationella stödsystem, t ex avseende klassifikationer, för att stärka vården av den enskilde och underlätta uppföljning. Inom ramen för InfoVU-projektet – som drivs i samverkan mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting på regeringens uppdrag – har det skapats en plattform för fortsatt utveckling avseende informationsöverföring och verksamhetsuppföljning [9].

Det pågår idag flera samverkande nationella projekt för att stärka informationsöverföring mellan vård- och omsorgsgivare och den enskilde patienten. Det är ett långsiktigt och nödvändigt arbete, som kräver medverkan och beslut på alla nivåer. Regering och riksdag måste t ex skapa förutsättningar genom att reformera de rättsliga förutsättningarna för informationsöverföring. En nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg ska i år formulera en policy. Det är viktigt att denna följs av tydliga och uppföljbara mål. Målen måste formuleras i ett verksamhetsperspektiv – nationellt, regionalt och lokalt.

Det är vården och omsorgen som ska stärkas; informationstekniken är ett viktigt medel, men inte ett mål i sig.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decisions support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 2005;293:1223-38.
2. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE, et al. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *JAMA* 2005;293:1197-203.
3. Wears RL, Berg M. Computer technology and clinical work. Still waiting for Godot. *JAMA* 2005;293:1261-3.
4. Ash JS, Berg M, Coiera E. Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11:104-12.
9. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.