

Utvärdering av datoranvändning i primärvården med särskilt fokus på remisshantering

Sara Daniels



UPPSALA
UNIVERSITET

Teknisk- naturvetenskaplig fakultet
UTH-enheten

Besöksadress:
Ångströmlaboratoriet
Lägerhyddsvägen 1
Hus 4, Plan 0

Postadress:
Box 536
751 21 Uppsala

Telefon:
018 – 471 30 03

Telefax:
018 – 471 30 00

Hemsida:
<http://www.teknat.uu.se/student>

Abstract

Utvärdering av datoranvändning i primärvården med särskilt fokus på remisshantering

Evaluation of use of computers in primary care with a special focus on management of referrals

Sara Daniels

The aim of the thesis is to present a study of what works well and what does not work so well in today's use of computers in primary care with a special focus on the use of computers in the management of referrals for consultation. In May 2009 a module for electronic consultation referrals was introduced in the computer system Cosmic at the University Hospital in Uppsala. Previously, the primary care units had to use two different systems for management of referrals. Referrals sent internally within primary care have been sent electronically while referrals to the University Hospital or other external units were sent on paper. The introduction of the module for electronic consultation referrals at the hospital has meant that all primary care referrals can be sent electronically.

The study contains an examination of the expectations on the introduction of the module for consultation referrals, and what preparations that have been made for the introduction. The methods used for data collection in the study have been interviews, contextual interviews and a survey.

The results of the study show that there are different kinds of problems with computer use in primary care today. Some problems are due to technical shortcomings of the system, while others are of functional origin, and yet others due to lack of knowledge of the users. The primary care units have high expectations on the introduction of the consultation referral module at the hospital but have made little preparations for the introduction.

Handledare: Rebecka Janols
Ämnesgranskare: Bengt Sandblad
Examinator: Elisabet Andrésdóttir
ISSN: 1650-8319, UPTEC STS09 024

Sammanfattning

Syftet med examensarbetet är att ta reda på vad som fungerar bra respektive dåligt i dagens datoranvändning i primärvården med ett särskilt fokus på datorstöd i remisshantering. I maj 2009 infördes modulen för elektroniska konsultationsremisser i datorsystemet Cosmic på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Tidigare har primärvården haft två olika system för remisshantering, remisser som skickats internt inom primärvården har skickats elektroniskt medan remisser till Akademiska sjukhuset eller andra externa instanser skickats på papper. Införandet av den nya modulen på sjukhuset har medfört att alla primärvårdens remisser kan skickas elektroniskt. I studien har undersökts vilka förväntningar som finns på införandet av konsultationsremissmodulen samt vilka förberedelser som har gjorts inför införandet. Datamaterialet till undersökningen har insamlats genom intervjuer, observationsintervjuer och en enkätundersökning.

Resultaten från undersökningen visar att det finns problem med datoranvändningen av olika art. Vissa problem beror på tekniska brister hos systemet, medan andra är av organisatoriskt ursprung och ytterligare andra beror på bristande kunskaper hos användarna. Primärvården har höga förväntningar på införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset men har i liten utsträckning förberett sig inför införandet.

Innehållsförteckning

FÖRORD	7
1. INLEDNING	9
1.1 SYFTE MED EXAMENSARBETET	9
1.2 FRÅGESTÄLLNINGAR	9
1.3 AVGRÄNSNINGAR	10
1.4 RAPPORTENS DISPOSITION	10
2. RELATERAT ARBETE.....	11
2.1 EN PATIENT, EN ANVÄNDBAR JOURNAL	11
2.2 EN ANVÄNDBARHETSSTUDIE AV PRIMÄRVÅRDEN	11
2.3 ETT VÅRDINFORMATIONSSYSTEM I VÅRDENS FRONTLINJE	12
2.4 JOURNALSYSTEMET COSMICS PÅVERKAN PÅ VÅRDENS PRODUKTIVITET	13
2.5 RAPPORT BETRÄFFANDE CAMBIO COSMIC I PRIMÄRVÅRDEN, MED BETÄNKANDEN.....	13
2.6 PROBLEM VID INFÖRANDE AV IT - EN STUDIE AV ETT GEMENSAMT SYSTEM FÖR VÅRDDOKUMENTATION INOM LANDSTINGET I UPPSALA LÄN	14
2.7 SAMMANFATTNING AV SLUTSATSER FRÅN DE RELATERADE ARBETENA	15
3. OM IT-ANVÄNDNING I VÅRDEN, LANDSTINGET OCH PRIMÄRVÅRDEN	16
3.1 OM IT-ANVÄNDNING I VÅRDEN	16
3.1.1 Om Cosmic	17
3.1.2 Om konsultationsremisser	17
3.2 LANDSTINGET I UPPSALA LÄN	18
3.2.1 Landstingets förvaltningar	18
3.2.2 Landstingets förvaltningar som arbetar med sjukvård	19
3.2.3 Politik.....	20
3.2.4 Systemförvaltning inom Landstinget.....	20
3.3 PRIMÄRVÅRDEN	21
3.3.1 Vårdprocess och patientflöden.....	22
3.4 VALFRIHET I VÅRDEN	22
3.4.1 Valfrihet för olika vårdformer.....	23
3.4.2 Valfrihet i primärvården	23
3.5 VÅRDGARANTI.....	24
3.5.1 Tillgänglighet.....	24
4. TEORETISKT RAMVERK.....	25
4.1 OM MÄNNISKA-DATORINTERAKTION.....	25
4.2 OM ANVÄNDBARHET	26
5. METODIK	29
5.1 DATAINSAMLINGSMETODER	29
5.2 INTERVJU	29
5.2.1 Dokumentation av intervju	30
5.3 ENKÄT	30
5.3.1 Öppna frågor.....	31
5.3.2 Bundna frågor.....	32
5.3.3 Skalfrågor.....	32
5.4 KONTEXTUELLA INTERVJUER ELLER OBSERVATIONSINTERVJUER	32
5.5 MINA VAL AV METODER	34
6. MIN STUDIE.....	35
6.1 METOD	35
6.2 MEDVERKANDE VÅRDCENTRALER	36
6.2.1 Årsta vårdcentral.....	36
6.2.2 Samariterhemmets vårdcentral.....	36
6.3 OBSERVATIONSINTERVJUER.....	37
6.3.1 Bakgrundsobservationer	37

6.3.2 Observationer kring remisshantering.....	37
6.4 INTERVJU MED MATS NORMAN	38
6.5 ENKÄT	38
6.6 TELEFONINTERVJUER MED VÅRDCENTRALSCHEFER.....	39
6.6 METODDISKUSSION	39
7. RESULTAT & ANALYS.....	41
7.1 KARTLÄGGNING AV KONTEXTEN	41
7.1.1 Vilka yrkesroller finns och hur använder de datorn i sitt arbete?.....	41
7.1.2 Hur användarna uppfattar datoranvändning i arbetet	43
7.1.3 IT-stöd på vårdcentralerna	44
7.1.4 Hur användarna uppfattar sin arbetssituation och arbetsmiljö.....	45
7.1.5 Kunskaper och utbildning i att använda systemet	46
7.2 REMISSHANTERING	47
7.2.1 Vilka yrkeskategorier hanterar remisser?.....	47
7.2.2 Rutiner kring remisshantering idag.....	48
7.2.4 Förberedelser inför införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset	50
7.3 REMISSRELATERADE PROBLEMSITUATIONER	52
7.3.1 Mottagande enhet av konsultationsremiss	52
7.3.2 Remisser med hög prioritet	52
7.3.3 Inkommande remisser.....	52
7.3.4 Signeringslista och signering av remisser	53
7.3.5 Pappers- och elektroniska remisser.....	53
7.3.6 Rutiner i remisshantering.....	54
7.3.7 Information om och förberedelser inför införandet av konsultationsremissmodulen på Akademiska sjukhuset.....	54
7.4 SUPPORTRELATERADE PROBLEMSITUATIONER	54
7.4.1 Uppgraderingar av systemet	54
7.4.2 Osäkerhet i användning.....	54
7.5 PROBLEM MED SYSTEMET	55
7.5.1 Funktioner som inte tillgodoses av datorsystemet.....	55
7.5.2 Problem som vore relativt enkla att åtgärda	55
7.6 JOURNALRELATERADE SITUATIONER.....	56
7.6.1 Journalanteckningar och diktat	56
7.6.2 Hitta i journalen.....	56
7.6.3 Läkemedel.....	57
7.7 SAMMANFATTANDE ANALYS	57
7.7.1 Riskfaktorer inför införandet.....	58
7.7.2 Inkommande remisser.....	58
7.7.3 Utgående remisser.....	59
7.7.4 Rutiner och utbildning.....	59
7.7.5 Problem med systemet och support	59
8. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER.....	60
8.1 REKOMMENDATIONER.....	61
9. UTVÄRDERING AV STUDIEN OCH FÖRSLAG TILL FORTSATTA STUDIER.....	63
9.1 UTVÄRDERING AV STUDIEN	63
9.2 FORTSATTA STUDIER	64
10. KÄLLFÖRTECKNING.....	65
10.1 TRYCKTA KÄLLOR	65
10.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR	66
10.3 MUNTliga KÄLLOR.....	66
10.4 FIGURER	67
BILAGA 1	69
YRKESROLLER.....	69
Läkare	69
Chefsläkare.....	69

<i>Sjuksköterska</i>	69
<i>Distriktssköterska</i>	70
<i>Barnmorska</i>	70
<i>Undersköterska</i>	70
<i>Sjukgymnast</i>	70
<i>Kurator</i>	71
<i>Psykolog</i>	71
<i>Läkarsekreterare</i>	71
BILAGA 2	73
OBSERVATIONSINTERVJUER	73
<i>Läkare 1, Årsta vårdcentral, 090219</i>	73
<i>Läkarsekreterare 1 & 2, Samariterhemets vårdcentral, 090224</i>	75
<i>Sjuksköterska 1, Samariterhemets vårdcentral, 090302</i>	77
<i>Läkarsekreterare 3, Årsta vårdcentral, 090303</i>	79
<i>Läkare 2, Samariterhemets vårdcentral, 090305</i>	80
<i>Barnmorska 1 & 2, Årsta vårdcentral, 090310</i>	84
OBSERVATIONER KRING REMISSHANTERING	87
<i>Läkare 3, Samariterhemets vårdcentral, 090326</i>	87
<i>Läkare 4, Samariterhemets vårdcentral, 090326</i>	88
<i>Läkarsekreterare 4, Årsta vårdcentral, 090331</i>	90
<i>Läkare 5, Årsta vårdcentral, 090331</i>	91
BILAGA 3	93
INTERVJU MED MATS NORMAN	93
<i>Supportfrågor</i>	93
<i>Inför införandet av konsultationsremissmodulen</i>	93
<i>Verksamhetsorganisation</i>	95
BILAGA 4	97
ENKÄTSVAREN	97
<i>Datorvana och användande</i>	97
<i>Påverkan på arbetsmiljö och systemets utformning</i>	99
<i>Utbildning och kunskaper i systemet</i>	99
<i>Frågor som rör remisshantering</i>	101
<i>Frekvens i hanterade remisser</i>	102
<i>Problem som upplevs med dagens remisshantering</i>	103
<i>Instanser de olika yrkeskategorierna oftast skickar remisser till idag</i>	104
<i>Instanser de olika yrkeskategorierna oftast tar emot remisser från idag</i>	104
INFÖRANDE AV KONSULTATIONSREMISSMODULEN	105
ARBETSUPPGIFTER SOM DATORN ANVÄNDS TILL	107
EXEMPEL PÅ SITUATIONER DÅ ANVÄNDARNA HAR HAFT PROBLEM MED SYSTEMET	108
<i>Uppdateringar i systemet</i>	108
<i>Andra användare</i>	108
<i>Tröghet i systemet</i>	108
<i>Musklick och sökvägar</i>	108
<i>"Utkastning" ur systemet</i>	109
<i>Remisshantering</i>	109
<i>Kommunikation</i>	109
<i>Recept och läkemedelsförskrivning</i>	110
<i>Kontaktregistrering</i>	110
<i>Supportfrågor</i>	110
<i>Övrigt</i>	110
BILAGA 5	111
SVAR FRÅN TELEFONINTERVJUER	111
<i>Dagens datoranvändande på vårdcentralerna och hur Cosmic upplevs</i>	111
<i>Medvetenhet om och eventuella förberedelser inför konsultationsremissens införande på Akademiska sjukhuset i maj 2009</i>	111
<i>Införandet av konsultationsremissens påverkan på verksamheten</i>	112

<i>Remisshanteringen idag</i>	113
<i>Grupper som skickar och tar emot remisser</i>	113
BILAGA 6	115
FÖLJEBREV ENKÄT	115
BILAGA 7	117
ENKÄT	117
BILAGA 8	126
FRÅGOR VID TELEFONINTERVJU AV VÅRDCENTRALSCHEFER	126

Förord

Tack till mina kontaktpersoner Gudrun Pettersson och Carola Schäfer samt personalen på Årsta vårdcentral och Samariterhemmets vårdcentral som deltagit i studien. Jag vill även tacka min handledare, Rebecka Janols, samt Erik Borälv, Mats Daniels och Bengt Sandblad på Uppsala universitet för hjälp och stöd genom studiens gång.

1. Inledning

Införandet av IT inom vården har ofta stora konsekvenser, både i form av kostnader och ändrade arbetsrutiner. Ett exempel på en stor arbetsförändring är införandet av ett genomgripande system för datorstöd i vården, som bland annat innefattar elektronisk journalhantering, inom Landstinget i Uppsala. Införandet skedde inte utan problem vilket skapade stora rubriker i pressen. Det är inte lätt att skilja på fakta och myter i detta sammanhang, vilket har konsekvenser för attityder till IT-användning och som i sig kan påverka användningen. Även förändrade rutiner i samband med införandet av ett nytt verktyg i arbetet påverkar hur väl arbetet med verktyget fungerar. Det är alltså inte bara själva utformningen av ett IT-system som har betydelse för hur användbart det är.

Syftet med detta examensarbete är att studera IT-användningen inom primärvården i Uppsala utifrån ett människa-datorinteraktionsperspektiv. Det gäller dels den allmänna användningen av IT i det dagliga arbetet och dels mer specifikt konsekvenser av införandet av konsultationsremissmodulen på Akademiska sjukhuset som kommer möjliggöra sändning av elektroniska remisser mellan primärvårdens verksamheter och sjukhuset. I studien kommer hänsyn att tas till attityder och åsikter om IT-systemet hos personalen inom primärvården.

Examensarbetet ingår som en del i ett större projekt på människa-datorinteraktionsavdelningen vid institutionen för informationsteknologi på Uppsala universitet som utförs på uppdrag av Landstinget i Uppsala län. I det övergripande projektet ingår två forskare, Erik Borälv och Bengt Sandblad, och en doktorand, Rebecka Janols. Syftet med projektet är att skapa en bättre användning av IT i vården lokalt för Uppsala och Enköping.

Den konkreta IT-användningen inom primärvården har studerats genom observationer på två olika vårdcentraler, Årsta vårdcentral och Samariterhemmets vårdcentral. Observationerna har kompletterats med intervjuer och en enkät för att undersöka vilka attityder och åsikter om IT-systemen som finns inom primärvården. Datainsamlingen har inriktats på både styrkor och problem med IT-användningen.

1.1 Syfte med examensarbetet

Syftet med examensarbetet är att ta reda på vad som fungerar bra respektive dåligt i dagens datoranvändning i primärvården med ett särskilt fokus på datorstöd i remisshantering samt att studera vilka förväntningar som finns på införandet av konsultationsremissmodulen samt huruvida förberedelser har gjorts inför införandet. Examensarbetet kan ses som en form av mindre utvärdering av dagens läge i förhållande till datorstödet i arbetet. Jag kartlägger, beskriver och analyserar hur det ser ut i dagsläget. I förlängning är syftet att kartläggningen ska vara till hjälp för att utröna vilka förbättringar som kan behöva göras.

1.2 Frågeställningar

De frågeställningar jag utgått från och försöker besvara i mitt examensarbete är följande:

- Hur fungerar datoranvändningen generellt på vårdcentralen/primärvården idag?

- Vad fungerar bra idag, vilka delar av systemet är bra och varför?
- Vilka delar fungerar mindre bra? Vad behöver förbättras?
- Hur fungerar remisshanteringen idag? Vilka rutiner finns?
 - Vilka förväntningar finns på införandet av konsultationsremissmodulen?
 - Vilka förberedelser har gjorts inför införandet?

1.3 Avgränsningar

Jag har avgränsat mig till att endast göra observationer på två vårdcentraler. För att få en mer heltäckande bild hade undersökningar kunnat utföras på fler enheter, men inom ramen för detta arbete ger det en djupare förståelse att studera två vårdcentraler istället för att studera fler vårdcentraler mer ytligt. Jag har även avgränsat mig till att fokusera på yrkeskategorierna läkare och läkarsekreterare angående remisshanteringen. Om mer tid hade funnits till förfogande hade fler yrkeskategorier som hanterar remisser kunnat studeras mer ingående, exempelvis sjukgymnaster eller barnmorskor.

1.4 Rapportens disposition

Den första delen av rapporten, kapitel 1-3, ger en bakgrund till studien. Syftet med studien presenteras i kapitel 1 medan relaterade arbeten återfinns i kapitel 2. Kapitel 3 innehåller en bakgrund till verksamheten där studierna utförts.

Den andra delen av rapporten innehåller det teoretiska ramverk som examensarbetet bygger på, kapitel 4, samt teori kring de datainsamlingsmetoder som använts, kapitel 5.

Den tredje och sista delen innehåller själva studien, vad som har gjorts och vilka resultat som uppnåtts. I kapitel 6 beskrivs närmare hur studien har utförts, kapitel 7 innehåller resultat och analys av dessa. Kapitel 8 innehåller sammanfattande slutsatser, i kapitel 9 finns en utvärdering av studien samt förslag till fortsatta studier.

2. Relaterat arbete

För att läsa in mig på området IT i primärvården har jag läst en del av det som publicerats i ämnet tidigare. För anpassa mig till nivån på min egen studie är de rapporter jag har läst en blandning av examensarbeten, magisteruppsatser och rapporter som utförts av konsulter på uppdrag av Landstinget. Rapporterna behandlar konsekvenser av Cosmic i primärvården ur olika perspektiv. En sammanfattning av de olika rapporterna följer nedan.

2.1 En patient, en användbar journal¹

Lisa Enlunds rapport ”En patient, en användbar journal” är en magisteruppsats i kognitionsvetenskap. Studien syftar till att analysera i vilken utsträckning vårdarbetet stöds av IT-systemet Cosmic samt till att förklara hur användningen av systemet ser ut. Slutsatsen av hennes studie är att användarna inte får tillräckligt stöd i sitt arbete av vårdinformationssystemet. Konsekvensen av detta är merarbete och hög kognitiv belastning för användarna, vilket innebär en risk för patientsäkerheten. De olika problem Enlund hittat i sin studie pekar på att bristen i anpassning beror dels på systemet i sig och dels på lokala beslut och inställningar av systemet på plats. En annan viktig slutsats av studien är att användbarhet är extra viktigt i systemfunktioner som stödjer det patientnära kliniska arbetet, såsom läkemedelshantering.

I de flesta fall där Cosmic är tänkt att vara ett stöd för arbetet men inte är det handlar det om att IT-stödet inte är tillräckligt anpassat till arbetet på den specifika enheten. Bristen på anpassning är i vissa fall en direkt fara för patientsäkerheten. Andra konsekvenser är kognitiva arbetsmiljöproblem hos vårdpersonalen vilket också kan medföra en fara för patientsäkerheten.

2.2 En användbarhetsstudie av primärvården²

Rebecka Janols har gjort en användbarhetsstudie på en vårdcentral i Tierp i Uppsala läns Landsting samt ett konceptuellt designförslag för ett för användarna mer lättillgängligt system. Designförslaget går ut på att journalsystemet ska vara hälsofrågeorienterat istället för kronologiskt orienterat. Rapporten är ett examensarbete på civilingenjörsutbildningen *System i teknik och samhälle*.

Olika typer av vårdgivare har uppfattningen att de har olika behov från systemet men enligt Janols studie har de till stor del samma behov: alla typer av vårdgivare tittar i journaler för att få information om patienter. Vårdgivarna använder patientinformationen i journalen för att bilda sig en uppfattning om patienten och dennes problem innan patienten kommer in till vårdcentralen. Med hjälp av informationen i systemet (anteckningar, remisser, labbsvar, läkemedelslista) kan vårdgivaren få en sjukdomsbild av patienten och har lättare för att ställa relevanta frågor och ge denne rätt vård. Resultaten från studien antyder att det finns både

¹ Lisa Enlund, *En patient, en användbar journal*, 2006

² Rebecka Janols, *A usability study in primary care*, 2008

likheter och skillnader mellan de olika användargrupperna. Likheterna är vilken typ av information de olika användarna är intresserade av och vill ha ut av systemet. Användarna ställer samma frågor och söker efter samma typ av information i journalen innan patientbesöket. Skillnaderna är relaterade till hur de olika grupperna arbetar med sina patienter, vilken behandling de ska ge.

Slutsatserna från studien visar att användarna kan uppnå en hög nivå av *situation awareness* om de vet på förhand vilken sorts information de letar efter och var i journalen de kan finna den. *Situation awareness* är förmågan att identifiera, bearbeta och uppfatta kritiska faktorer ur informationen angående det aktuella uppdraget. Det betyder mindre kognitiv ansträngning för användaren. Enligt Janols skulle ett journalsystem som var hälsofrågeorienterat hjälpa användarna då det skulle vara lättare att orientera sig efter det aktuella problemet som patienten söker för. Olika vårdgivare har olika behov, till vissa delar av systemet är det viktigt att kunna göra personliga inställningar, även om studien visat att de olika arbetsgrupperna har ungefär samma behov från systemet.

Sofia Perssons examensarbete *User-centered design of an health issue focused overview – an approach to increase situation awareness at a geriatric ward*³ syftar också till att ta fram ett konceptuellt designförslag för ett journalsystem och kommer fram till liknade slutsatser som Janols. Hennes empiriska studier har istället utförts på geriatrikavdelningen på Uppsala Akademiska sjukhus.

2.3 Ett vårdinformationssystem i vårdens frontlinje⁴

Rapporten är en magisteruppsats i informationslogistik skriven av Lena Andersson Nazzal och Agneta Rydberg och innehåller en fallstudie om systemet Cosmic på en vårdcentral i Kronobergs Landsting. Landstinget Kronoberg beslutade i augusti 2003 om införande av ett gemensamt vårdinformationssystem. Sedan december 2006 använder samtliga vårdcentraler, sjukhus och psykiatri inom Kronobergs Landsting Cosmic. Syftet med rapporten är att beskriva hur vårdpersonal använder vårdinformationssystemet och hur de upplever att det fungerar i patientarbetet.

Resultaten från studien visar att vårdpersonalen överlag upplever att Cosmic fungerar som ett stöd i patientarbetet men att tekniska brister hindrar användningen. Tillgången till en landstingsgemensam journal upplevs som en styrka då samverkan mellan vårdpersonal underlättas och Cosmic bidrar till effektivare arbetssätt. Personalen ansåg att de generellt sett har tillgång till rätt information, men att förbättringar krävs gällande tillgång till informationen i rätt tid. Svagheter med systemet är framförallt att det går långsamt, och medför många klick och fördröjningar. Processerna i vårdarbetet fungerar inte optimalt eftersom rutinerna måste anpassas till användningen av Cosmic. Vissa enheter använder inte modulerna som planerat. Brister ur organisationsperspektiv är brister i samordning av systemet som exempelvis inte tillåter ordinationer över enhetsgränser eller att vissa enheter brister i att följa gemensamma rutiner.

³ Sofia Persson, *User-centered design of an health issue focused overview – an approach to increase situation awareness at a geriatric ward*, 2008

⁴ Lena Andersson Nazzal och Agneta Rydberg, *Ett vårdinformationssystem i vårdens frontlinje*, 2007

2.4 Journalsystemet Cosmics påverkan på vårdens produktivitet⁵

Rapporten som är skriven av Gunnar Söderbergh är resultatet av en studie utförd på uppdrag av Landstinget i Uppsala län. Studien har genomförts på två vårdcentraler, Enköpings vårdcentral och Gimo vårdcentral. Syftet med rapporten är att undersöka hur vårdens produktivitet påverkas av införandet av journalsystemet Cosmic, emellertid ligger fokus främst på att undersöka problem som orsakas av användningen av Cosmic. Gunnar Söderbergh är konsult från Contactor Data AB.

Slutsatser från studien är att vissa, men inte alla, användare anser att det nya journalsystemet Cosmic är ett påtagligt hinder i arbetet. De viktigaste anledningarna till att systemet upplevs som hindrande:

- Fler knapptryckningar krävs för att komma till rätt ställe
- Prestandaproblem, ger väntetider
- ”Onaturliga” eller komplicerade vägar till informationen

Hindren uppstår endast vid ”större ärenden” där arbetet med datorsystemet kräver koncentration och omsorg, enklare ärenden påverkas inte av det nya systemet. Detta tyder på en ”tröskeleffekt”; man klarar motstånd upp till en viss nivå utan att hindras i sitt arbete. De många knapptryckningarna och de ”onaturliga” sökvägarna kan bero på att Cosmic inte anpassats tillräckligt för arbetet i primärvården eller att användarna inte använder systemet på rätt sätt. Långa väntetider är något som påverkar möjligheten att ta emot (fler) patienter. Alla användare upplever att tillgången till andras journaler är en stor tillgång i arbetet och förhöjer vårdkvaliteten.

2.5 Rapport beträffande Cambio Cosmic i primärvården, med betänkan⁶

Studien är utförd av Martin Wehlou på uppdrag av Landstinget i Uppsala län och syftar till att belysa de problem som uppstått i samband med införandet av journalsystemet Cosmic samt att formulera en uppfattning om vikten av de olika slagens problem. Perspektivet har varit från en primärvårdsläkares synvinkel. Martin Wehlou är konsult från Secure Systems Design.

Slutsatserna av studien är att Cosmic i grunden är ett bra system, men att vissa av dess brister har försvårat införandet i primärvården. Mycket av problemen härstammar från bristande kravhantering, kontakten mellan utvecklare och användare måste förbättras. Nära kontakt mellan domänexperterna (sjukvårdspersonalen) och utvecklarna är viktigt. Att involvera vårdpersonalen i arbetet kan även öka deras välvilja mot projektet. Vissa moduler behöver vidareutvecklas då funktionalitet saknas eller då modulerna avviker för mycket från förväntningarna på dem. Stabilitet hos, och uppdateringar av, systemet är problematiskt. Säkerheten är även ett problemområde. Med alla medicinska system och produkter måste alltid patientsäkerheten sättas främst. Säkerhet är därför en viktig fråga. Bisten på prestanda är även den ett hot mot patientsäkerheten. Korrekta kliniska data är ett måste; inga kvalitetsfel i systemet får förekomma.

⁵ Gunnar Söderbergh, *Journalsystemet Cosmics påverkan på vårdens produktivitet*, 2007

⁶ J. Martin Wehlou, *Rapport beträffande Cambio Cosmic i primärvården, med betänkan*, 2006

Wehlou har delat in problemen i olika kategorier; *säkerhetsrelaterade problem, kravspecifikationsrelaterade problem, användargränssnittsrelaterade problem, problem relaterade till bristande konfigurationsmöjligheter och prestandarelaterade problem.*

2.6 Problem vid införande av IT - en studie av ett gemensamt system för vårddokumentation inom Landstinget i Uppsala län⁷

Linnéa Andersson har gjort en fallstudie av Uppsala läns införande av ett gemensamt IT-system för vårddokumentationen i sjukvården. Syftet med studien är att analysera hur införandet av Cosmic genomförts, med fokus på primärvården och de problem som uppstått i samband med övergången till Cosmic. Rapporten är en C-uppsats i företagsekonomi.

Studien har utgått från övergripande frågeställningar som hur går en organisation tillväga för att införa en ny informationsteknologi? Vilka faktorer påverkar införandet? Hur kan förändringen underlättas? Andersson har också haft mer tekniskspecifika frågeställningar; vilka tekniska förutsättningar fanns innan införandet? Är systemet användarvänligt och användbart? Vilka tekniska problem har funnit under införandet?

Andersson intresserar sig främst för organisatoriska faktorer i införandeprocessen. Informationsteknologi har blivit en viktig utlösande faktor för organisatoriska förändringar. Införande av IT-system i en organisation leder till förändringar i verksamheten, i de anställdas roller och arbetssätt. Implementeringen av Cosmic har skett etappvis, varje etapp har motsvarat införandet i en viss del av sjukvårdsverksamheten. Övergripande strategier Landstinget satt upp för införandet av Cosmic har bland annat inneburit att varje verksamhet själv har ansvarat för att införandet ska fungera bra, med vissa riktlinjer från den centrala projektgruppen.

Slutsatser från studien visar att arbetsbelastningen har ökat för användarna i och med bytet av system. Intervjuerna med användarna visar att systemet upplevs som långsamt med många knapptryckningar och har allmänt sämre utformning än det tidigare systemet.

En förklaring till problemen vid införandet kan vara att inga riktiga pilotförsök genomfördes vid införandet i primärvården. De två första enheterna inom primärvården som fick Cosmic installerat har istället fått fungera som oplanerade pilotförsök. Användarnas åsikter och erfarenheter har i viss mån använts till att vidareutveckla systemet innan det införts vidare på andra enheter. En annan förklaring är att man, trots en hög medvetenhet om vikten av att förankra saker i verksamheten och att olika yrkesgrupper har involverats i införandeprocessen, inte lyckats bra med förankringen. Många användare anser att de inte haft möjlighet att påverka beslutsprocessen eller införandet. Orealistiska förväntningar har också lett till en besvikelse på systemet. Inför införandet skapades en orealistisk bild av hur det skulle bli med det nya systemet. Många fick uppfattningen att det var ett ”färdigt IT-system som skulle föras in i verksamheten utan större problem”.

⁷ Linnéa Andersson, *Problem vid införande av IT - en studie av ett gemensamt system för vårddokumentation inom Landstinget i Uppsala län*, 2006

2.7 Sammanfattning av slutsatser från de relaterade arbetena

Slutsatsen från de refererade studierna är att användarna inte får tillräckligt stöd i sitt arbete av vårdinformationssystemet Cosmic trots att de upplever att tillgången till andras journaler är en stor tillgång i arbetet och förhöjer vårdkvaliteten. Användarna upplever att tekniska brister hindrar användningen. Konsekvenser av detta är merarbete och hög kognitiv belastning för användarna, vilket i sin tur innebär en risk för patientsäkerheten.

Orsaker till att Cosmic inte upplevs som ett optimalt stöd i arbetet är bland annat att IT-stödet inte är tillräckligt anpassat till arbetet på specifika enheter. Det finns ett större behov av att kunna göra personliga inställningar än vad som är möjligt i systemet. Svagheter med systemet är att det går långsamt, med många klick och fördröjningar samt att stabilitet hos och uppdateringar av systemet är problematiskt. Mycket av problemen härstammar, enligt en av källorna, från bristande kravhantering vid utveckling av systemet.

Bland orsakerna nämns också organisatoriska faktorer såsom att rutinerna måste anpassas till användningen av Cosmic. Många användare anser att de inte haft möjlighet att påverka beslutsprocessen eller införandet. Orealistiska förväntningar har också lett till en besvikelse på systemet.

3. Om IT-användning i vården, Landstinget och primärvården

Som bakgrund till studien presenteras här en kort introduktion till IT i vården, framförallt i Uppsala län, och en översiktlig bild av hur verksamheten ser ut i Landstinget i Uppsala län.

3.1 Om IT-användning i vården

I takt med att kunskapsmängd och möjligheter att ge rätt vård ökar, så ökar också kraven på sjukvården. Även mängden data att lagra och söka efter information i ökar med nya tekniker, exempelvis i form av nya typer av bilder. Informations- och kommunikationsteknologi kan ge många fördelar och förbättringar som är nödvändiga för sjukvården. IT i vården kan innebära väldigt många olika saker, exempelvis reglering av olika apparater, kommunikationsmöjligheter och vårddokumentation. I detta examensarbete ligger tyngdpunkten på IT i primärvården vilket framförallt innebär vårddokumentation och administration.

De första datorbaserade journalsystemen utvecklades i USA i slutet av 1950-talet och kom till Sverige i början av 1960-talet⁸. Ett viktigt problem med datorbaserade journalsystem är de höga kraven på säkerhet och sekretess. Det är idag lättare att hitta information om patienter, speciellt om vårdinformationssystemet är ett integrerat system över hela verksamheten. Vårddokumentation samt överföring och behandling av personuppgifter inom vård och omsorg styrs genom olika regelverk, bland annat sekretesslagen, patientjournallagen och vårdregisterlagen. Vid utformning av IT-system som ska användas i vården krävs en balansgång mellan informationssäkerhet och integritetsskydd för patienten och användarvänlighet, tillgänglighet och effektivitet för användaren.

Alla läkare, sjuksköterskor och paramedicinare har dokumentationsplikt i Sverige. Dokumentationsplikt innebär att varje gång en vårdgivare har kontakt med en patient måste en anteckning om kontakten göras i patientens journal. Tidigare har varje patients journal varit knuten till respektive vårdgivare och varje vårdinstans har haft separata journalsystem, antingen pappersbaserade eller datorbaserade. Detta har medfört att en enskild patient kunde ha journaler utspridda på flera olika ställen. Idag har hela Uppsala läns Landsting ett gemensamt vårdinformationssystem för hela verksamheten.

Landstinget i Uppsala län har använt Cosmic i sjukhusverksamhet på Akademiska sjukhuset och Enköpings lasarett sedan år 2004. På Akademiska har man infört systemets olika delar i etapper, i det allra första steget infördes modulerarna *vårddokumentation* och *läkemedel*. Systemet köptes först in till sjukvårdsverksamhet på sjukhus och därefter till primärvårdsenheterna. Införandet på vårdcentralerna påbörjades år 2005 då två vårdcentraler började som pilotenheter. Till skillnad från Akademiskas successiva införande av moduler har man inom primärvården valt att införa alla moduler på en gång. Till viss del berodde detta val på att primärvårdens tidigare journalsystem, Profdoc, innefattade i princip samma funktioner som det nya systemet.

⁸ Rebecka Janols, *A usability study in primary care*, 2008

Huvudskyddsombudet i Landstinget i Uppsala län gjorde en anmälan till Arbetsmiljöverket i slutet av april 2005. Resultatet av detta blev att Landstinget fick som krav att utföra en riskbedömning. För primärvårdens del stoppades införandet av Cosmic till vårdcentralerna efter att det införts på de 10 första och stött på problem. Införandet på resterande 31 vårdcentraler sköts upp till året därpå⁹.

3.1.1 Om Cosmic

IT-systemet Cambio Cosmic omfattar ett flertal olika moduler och tjänster för sjukvård, indelade under olika kategorier som kliniskt vårdstöd och patientadministrativa system. Modulerna är uppbyggda kring Cosmic Spider, som är ett generellt operativsystem, byggt för att kunna integreras och arbeta tillsammans med andra existerande system.

Systemet är utvecklat för att täcka alla delar i en vårdorganisation från primärvård till sjukhusverksamhet, ”ett komplett systemkoncept med patienten i fokus”¹⁰ för att kunna följa en patient genom hela vårdprocessen. I Sverige har totalt 7 landsting köpt upp Cosmic¹¹. Exempel på moduler i Cosmic är vårddokumentation, remiss & svar, vårdadministration & resursplanering och läkemedel.

3.1.2 Om konsultationsremisser

En konsultationsremiss innebär en förfrågan till annan vårdgivare om konsultation av en patient. Exempelvis kan en konsultationsremiss angående en patient med ledbesvär skickas till reumatologmottagningen. En konsultationsremiss kan accepteras eller avslås. Om den accepteras innebär det att den mottagande enheten övertar ansvaret för den fortsatta vården eller behandlingen av patienten.

Modulen i Cosmic för elektroniska konsultationsremisser har inte varit införd på Akademiska sjukhuset tidigare, utan remisser till och från sjukhuset har skickats på papper. Den infördes först på psykiatridivisionen under hösten 2008 och i maj 2009 infördes den i samtliga av sjukhusets verksamheter.

För primärvården, som införde alla moduler samtidigt då de började använda Cosmic som vårdinformationssystem, har detta inneburit att de har haft två olika system för remisshantering. Remisser som skickas internt inom primärvården skickas elektroniskt medan remisser till Akademiska sjukhuset eller andra externa instanser skickas på papper.

Inför införandet av konsultationsremissen på sjukhuset har det hållits ”remissforum” där användare från olika delar av Landstingets verksamheter har fått vara med och ge synpunkter och önskemål på hur utformningen bör se ut. Under våren har utbildning i hur det nya systemet ska användas hållits för utvalda användare ur personalen som sedan ska lära vidare till sina kollegor. Eventuella förändringar av rutiner kring remisshantering sköts lokalt på de olika enheterna.

⁹ Fakta om landstingets elektroniska journalsystem, http://www.lul.se/templates/page_5473.aspx, 090428

¹⁰ Cambio Healthcare Systems, informationsbroschyr

¹¹ Cambios kunder, <http://www.cambio.se/zino.aspx?articleID=42>, 090428

3.2 Landstinget i Uppsala län

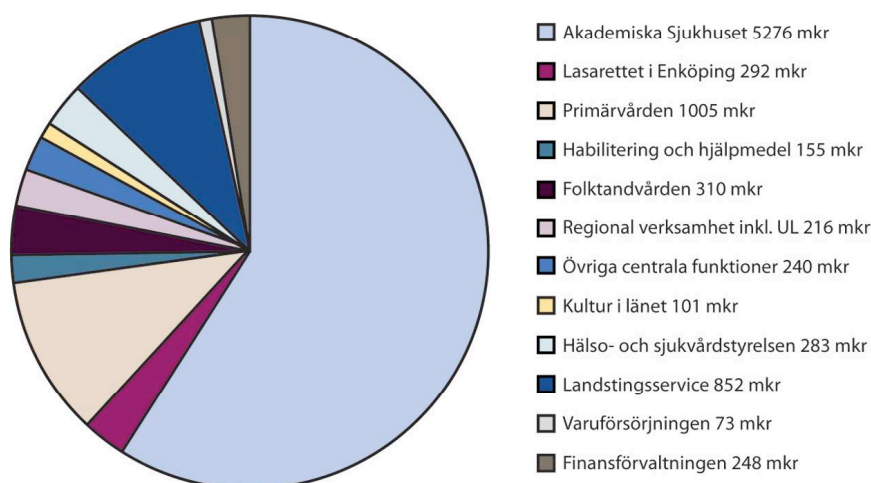
Landstingets övergripande verksamhetsidé ska fungera både som ramverk och målbild för verksamheten och lyder som följer:

”Landstinget i Uppsala län hjälper alla i länet att vara friska och må bra. Vi erbjuder en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård präglad av hög kvalitet och stor omtanke, där man får snabb hjälp och där pengarna används på bästa möjliga sätt. Vår samverkan med Uppsala universitet ger oss tidigt tillgång till ny kunskap som snabbt kan användas i vården. Vi skapar också förutsättningar för ett gott liv i länet genom kollektivtrafik, kulturliv och en hållbar regional utveckling.”¹²

3.2.1 Landstingets förvaltningar

Bland Landstingets förvaltningar¹³ finns Akademiska sjukhuset som är ett av Sveriges största universitetssjukhus, primärvården, Folk tandvården, habilitering och hjälpmedel samt Enköpings lasarett som är ett länsdels- och akutsjukhus för södra länsdelens invånare. Figuren nedan beskriver de ungefärliga proportionerna hos de olika verksamhetsområdena.

Kostnader per verksamhet 2007 totalt 9 051 miljoner kronor



Figur 1 – Verksamhetskostnader inom Landstinget år 2007¹⁴

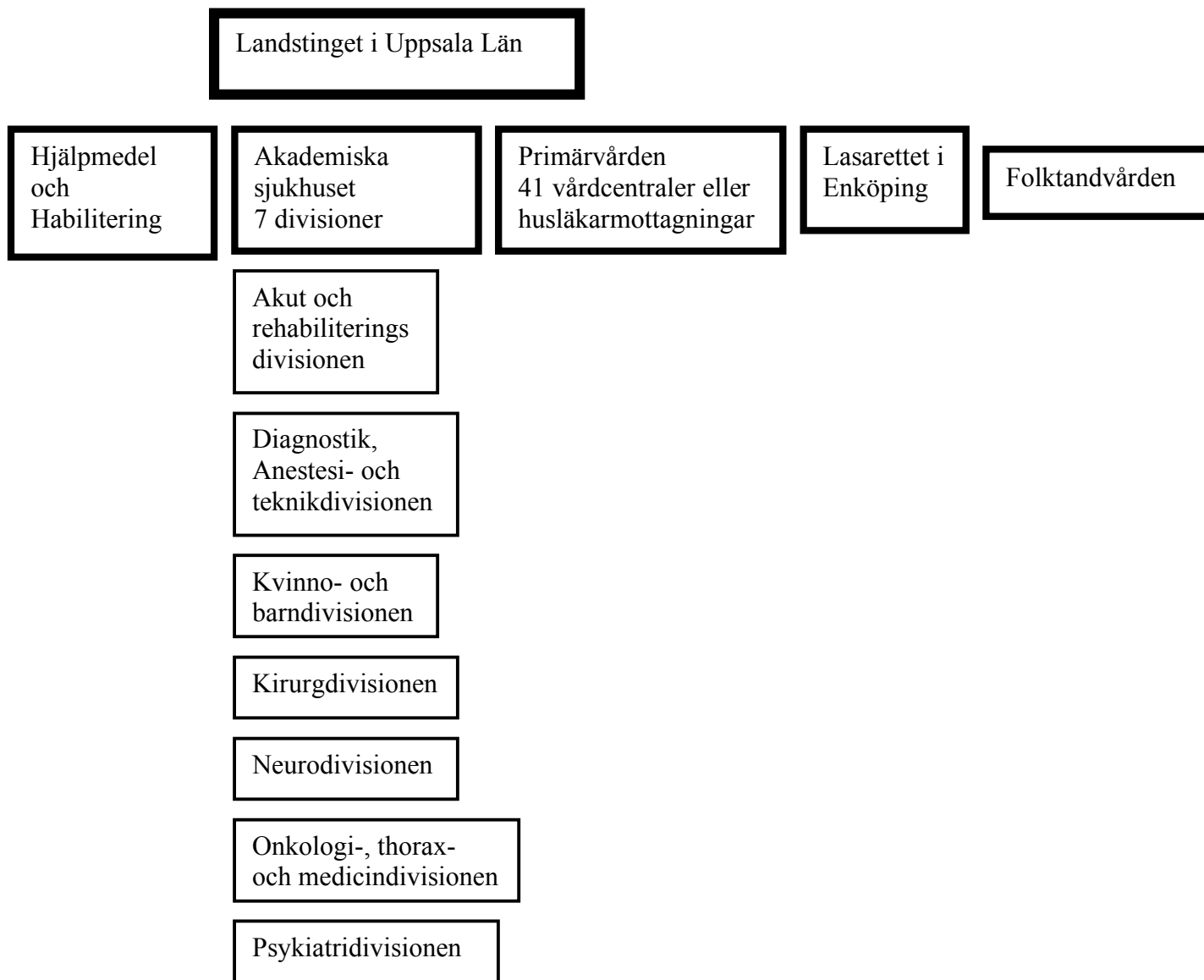
¹² Verksamhetsidé, http://www.lul.se/templates/page_575.aspx, 090324

¹³ Landstingets förvaltningar, http://www.lul.se/templates/page_3450.aspx, 090324

¹⁴ http://www.lul.se/templates/page_313.aspx, 090324

3.2.2 Landstingets förvaltningar som arbetar med sjukvård

Figuren nedan beskriver de verksamheter inom Landstinget som arbetar med behandlande sjukvård.



Figur 2 – Landstingets förvaltningar som arbetar med sjukvård

3.2.3 Politik¹⁵

Landstinget i Uppsala län är en politiskt styrd organisation med landstingsfullmäktige som det högsta beslutande organet. I dagsläget utgör den styrande borgerliga alliansen majoriteten, medan socialdemokraterna, vänsterpartiet och miljöpartiet är i opposition.

Varje år beslutar landstingsfullmäktige om en landstingsplan för de kommande tre åren. Planens utformning påverkas av länsinvånarnas krav och önskemål, föregående års resultat samt den omvärlds- och situationsanalys som genomförs årligen.

3.2.4 Systemförvaltning inom Landstinget¹⁶

Verksamheten inom Landstinget är beroende av kontinuerlig tillgång till ett flertal informationssystem för att bedriva ett effektivt arbete. Exempel på system är patientadministrativa system, journalsystem, ekonomisystem, personalsystem, internet- och intranätssystem. Totalt finns det ca 50 större system inom Landstinget.

Informationssystemen tar mycket resurser i anspråk, såväl ekonomiska som personella. För att kunna värdera system och arbetsprocesser har Landstinget infört en gemensam modell för all systemförvaltning inom Landstinget.

För att underlätta kommunikationen har olika roller inom systemförvaltningen fastställts. Till varje roll hör en titel och arbetsbeskrivning. Tre roller är obligatoriska för varje systems förvaltningsorganisation; systemägare, systemförvaltare och användarrepresentant.

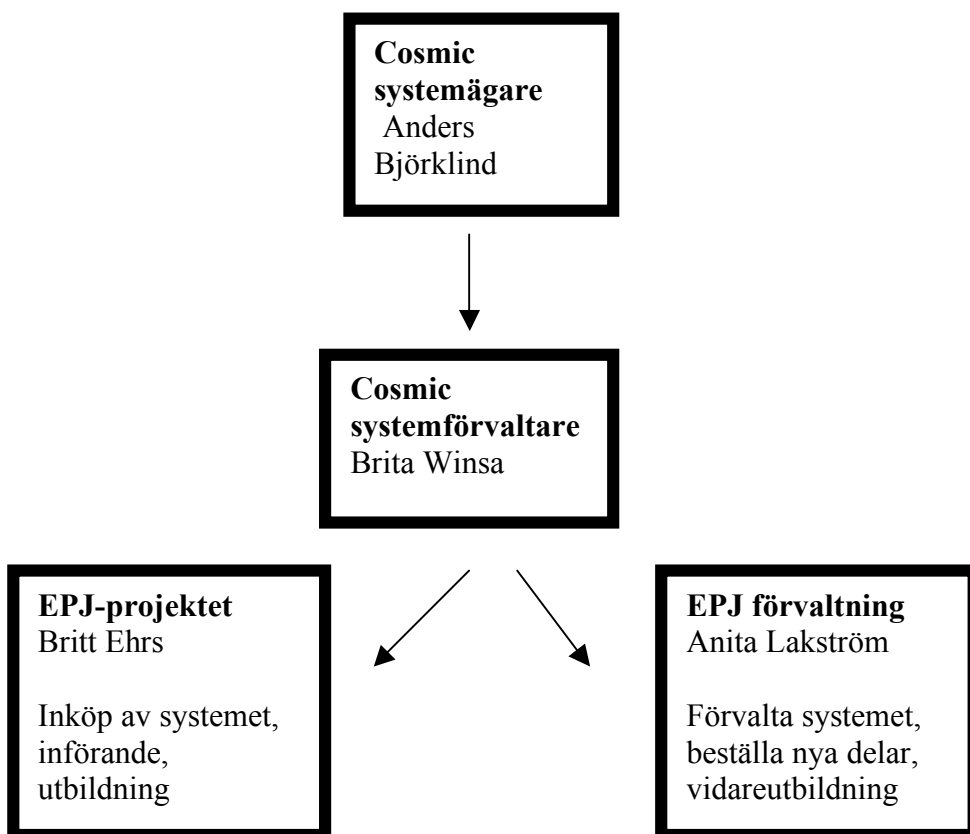
Systemägaren är chefen för det verksamhetsområde systemet berör. För de system som är landstinggemensamma avgör landstingsdirektören vem som blir systemägare. Systemägarens uppgifter innefattar bl.a. att besluta om mål och budget för systemet, tydliggöra omfattning och avgränsningar, ansvara för systemets säkerhetsnivå samt utse systemförvaltare och användarrepresentanter.

Systemförvaltaren samordnar åtgärder i systemet och de tillhörande arbetsprocesserna. Systemförvaltaren har även ansvar för att samla in, dokumentera och prioritera ändringsförslag på systemet samt information och utbildning till användarna.

Användarrepresentanten har till uppgift att testa och ge synpunkter på systemet beträffande aspekter som dess användarvänlighet, funktionalitet och innehåll. Användarrepresentanterna kan även ge idéer på framtida mål samt fungera som rådgivare i fråga om prioritering av åtgärder och dylikt.

¹⁵ Politik, http://www.lul.se/default_9780.aspx, 090330

¹⁶ Stycket baseras på informationsmaterialet *Systemförvaltningsmodell 2.0* © Copyright Landstinget i Uppsala Län



Figur 3 – Cosmic förvaltning

3.3 Primärvården¹⁷

”Vårdcentralerna – bred kompetens för alla”

Primärvården utgör basen i Landstingets hälso- och sjukvård och det är till vårdcentralerna länsinvånarna ska vända sig i första hand vid sjukdom eller hälso- eller sjukdomsrelaterade frågor. Inom primärvården finns sjukvårdspersonal med många olika kompetenser som kan behandla de flesta vanliga sjukdomar och besvär. Vårdcentralerna arbetar även hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Primärvården är oftast första instansen för bedömning om huruvida specialistvård är nödvändig. De patienter som behöver mer avancerad sjukvård blir vidareremitterade till lämplig specialist. Samarbetet mellan sjukhus och primärvård är viktigt även gällande slutenvårdspatienter. Idag är det allt fler patienter som skrivs ut tidigare och då sker uppföljning och efterkontroll i primärvården.

Sjukvårdsrådgivningen, som ger råd om vård per telefon dygnet runt, faller även under primärvårdens ansvarsområde. Primärvården samarbetar också med Uppsala närakut, som är öppen alla veckans dagar.

¹⁷ Primärvården, http://www.lul.se/templates/page_9727.aspx, 090330

En mycket viktig del av primärvårdens ansvar är det förebyggande arbetet. Exempel på förebyggande arbete är gynekologiska hälsokontroller, vaccinationer, mödra- och barnhälsovård samt frågor kring rökning, droger och övervikt.

Antal anställda	1173
Omsättning i miljoner kr	989
Antal besök på vårdcentralerna per år	841 000
Antal besök per länsinvånare i genomsnitt	2 per år

Tabell 1 - Primärvården i siffror (från 2007)¹⁸

3.3.1 Vårdprocess och patientflöden

Vårdprocessen börjar då vårdgivaren förbinder sig till att ge patienten vård och avslutas då patienten är färdigbehandlad eller remitterad till annan vårdinstans. Då vårdgivaren förbundit sig till att vårda patienten är enheten ansvarig för patienten tills denne är frisk eller vidareremitterad. Det är viktigt att veta var ansvaret för en viss patient ligger, i synnerhet då det gäller övergång från slutenvård hos specialist till öppen vård och vice versa.

En översiktlig bild av patientflödet inom primärvården ser ut som följer:

1. Patienten ringer till vårdcentralen. En sköterska ger råd. Om nödvändigt bokas tid med lämplig vårdgivare.
2. Patienten träffar vårdgivaren.
3. Vårdgivaren beslutar om behandling.
4. Patienten remitteras vidare eller får fortsatt vård på vårdcentralen.
5. Patienten är frisk, vårdprocessen avslutad.

3.4 Valfrihet i vården

Från och med den 1 juli år 2001 är valfriheten nationell, vilket innebär att patienter kan välja vård var som helst i landet, oavsett bostadsort¹⁹. Den högspecialiserade vården är emellertid fortfarande undantagen valfriheten. Under ett antal år har valfriheten inom hälso- och sjukvården byggts ut. Först blev valet av husläkare inom Landstinget fritt, därefter utökades valfriheten så att val av vårdgivare i de närliggande landstingen är möjligt.

Valfrihet gäller för sådan vård, där motsvarande vård finns inom det egna landstinget och gäller samtliga vårdgivare med offentlig finansiering²⁰. Detta innebär att valfriheten omfattar såväl vård i Landstingets regi som vård i privat regi med offentlig finansiering. Exempel på sådan privat vård är privata husläkare eller specialister som ersätts enligt lagen om läkarvårdsersättning samt sjukhus eller läkare som har tecknat avtal med något landsting.

¹⁸ Primärvården, http://www.lul.se/templates/page_9727.aspx, 090330

¹⁹ Valfrihet i vården, http://www.lul.se/templates/page_118.aspx, 090402

²⁰ Allmänt om valfrihet, http://www.lul.se/templates/page_119.aspx, 090402

3.4.1 Valfrihet för olika vårdformer²¹

Akut vård

Vid akut sjukdom kan patienten alltid söka vård på den ort där denne befinner sig.

Primärvård

Patienter har rätt att söka vård inom primärvården i hela landet. Valfriheten gäller även för regelbundna kontroller eller pågående behandlingar, som behöver genomföras exempelvis om patienten är på besök på andra orter i Sverige.

Sjukhusvård (öppen och sluten vård)

Patienter har rätt att utan remiss från hemlandstinget besöka öppen vård i hela landet. För mer omfattande vård, exempelvis inläggning på sjukhus eller operation, krävs ett fastställt vårdbehov; patienten måste ha en remiss eller stå på väntelista inom den slutna vården i sitt eget län.

Högspecialiserad vård

Högspecialiserad vård ingår inte i valfriheten, för högspecialiserad vård utanför länet krävs alltid en specialvårdsremiss. Exempel på högspecialiserad vård är cancerbehandling, hjärtoperationer och transplantationer.

3.4.2 Valfrihet i primärvården

Det finns en lag gällande valfrihetssystemet, lagen om valfrihetssystem. Lagen syftar till att patienternas valfrihet ska öka samt att underlätta för vårdgivare att etablera sig i hälso- och sjukvården med ersättning från Landstinget²². Från och med februari 2009 finns det möjlighet för extern etablering i Uppsalas primärvård, det vill säga privata vårdcentraler.

”Hälso- och sjukvårdsstyrelsen samt landstingsstyrelsen föreslog den 15 december 2008 respektive den 26 januari 2009 landstingsfullmäktige att utifrån lagen om valfrihetssystem (LOV) öppna möjlighet för extern etablering i primärvården i Uppsala län. Landstingsfullmäktige föreslogs också ge Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i uppdrag att under våren ta fram förslag till regelverk för valfrihetssystemet i länet. Landstingsfullmäktige tog det slutgiltiga beslutet den 23 februari 2009.

En projektgrupp arbetar under våren med att ta fram regelverk och rutiner för valfrihetssystem inom primärvården i Uppsala län. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen väntas anta regelverket i maj eller juni 2009.”²³

²¹ Vårdformer, http://www.lul.se/templates/page_121.aspx, 090403

²² Valfrihet i primärvården, http://www.lul.se/templates/page_12291.aspx, 090403

²³ ibid.

3.5 Vårdgaranti

Vårdgarantin i Uppsala läns Landsting innebär besöks- och vårdgarantin 0-7-90-90²⁴, där siffrorna står för de dagar inom vilka patienten ska garanteras att få vård. Målet är att sjukvården i Landstinget ska kunna ta hand om patienterna inom dessa garantitider. För vissa specialistområden eller behandlingar kan emellertid väntetiderna vara längre. Om Landstinget inte kan erbjuda specialistbesök eller behandling inom tidsgränsen kan patienten vända sig till vårdgarantienheten för att få hjälp att söka vård hos annan vårdgivare²⁵.

0. Första dagen

Samma dag som patienten söker hjälp ska denne få kontakt med primärvården eller Sjukvårdsrådgivningen.

7. Sju dagar

I de fall primärvården bedömer att patienten behöver träffa en läkare ska besök erbjudas inom 7 dagar.

90. Nittio dagar

Om patienten remitteras till den specialiserade vården ska besök erbjudas inom 90 dagar.

90. Nittio dagar

Efter att specialistläkaren beslutat om behandling ska patienten erbjudas den inom 90 dagar.

3.5.1 Tillgänglighet

En utvidgning av vårdgarantin är att vårdcentralerna ska ha en hög telefontillgänglighet. Enligt siffror från Landstinget från 2009²⁶ kommer 97,6 % av länets invånare fram per telefon samma dag som de ringer. Telefontillgängligheten har ökat sedan maktskiftet 2006, då endast 47% kom fram per telefon samma dag. Kraven på ökad tillgänglighet medför dock att andra uppgifter får mindre tid.

²⁴ Vårdgaranti, http://www.lul.se/templates/page_3510.aspx, 090403

²⁵ ibid.

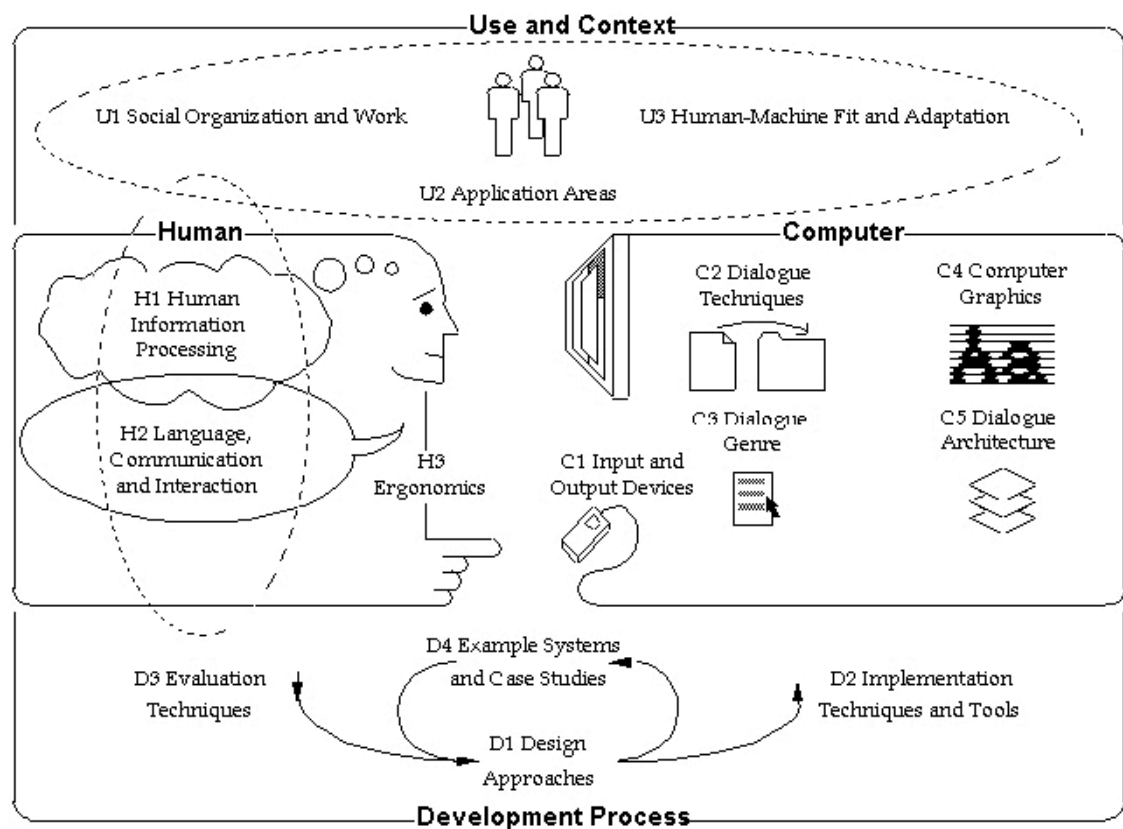
²⁶ Lennart Lindström, ”Lättare att nå vården per telefon”, *Uppsala Nya Tidning*, 090407

4. Teoretiskt ramverk

Då jag utfört min undersökning har jag utgått från följande teoretiska ramverk; teori kring människa-datorinteraktion, användbarhet och grundad teori. Användbarhetsteorierna ligger till grund och motivation för min undersökning, medan grundad teori tjänar som modell för analysen av resultaten.

4.1 Om människa-datorinteraktion

Forskningsområdet inom människa-datorinteraktion (MDI) har en vid omfattning av discipliner; från tekniska delar som gränssnittsdesign eller dataarkitektur till mer abstrakt som sociala aspekter av datoranvändning. De olika delarna är sammanlänkade, en figur som ofta används för att illustrera området är figuren nedan som skapats av The Association for Computer Machinery's Special Interest Group on Computer-Human Interaction (ACM/SIGCHI) 1992.



Figur 4: Forskningsområdet MDI. Redigerad med ringmarkeringar i figuren.

Med hjälp av denna figur kan jag positionera mig i området genom att se vilka delar inom MDI-området jag berör med mitt examensarbete. De områden från figuren som har störst betydelse för mitt arbete är *Use and context* och *Human*, det vill säga användning och användningssammanhang samt människan.

Jag har studerat hur användarna interagerar med datorsystemet, det vill säga hur väl anpassat systemet är som arbetsverktyg (U3 i figuren) samt hur verksamhetens organisation och arbetsmiljön påverkas av datorsystemets existens (U1 i figuren). Då jag studerat användarinteraktionen har jag främst studerat hur människan påverkas, om användarna får det stöd de behöver för att kunna uträtta sitt arbete effektivt (H1 och H2 i figuren). Slutligen är syftet med examensarbetet att göra en utvärdering som kan ligga till grund för förbättringsarbete inom verksamheten vilket kan återfinnas i den nedre delen av figuren *Development process*.

4.2 Om användbarhet

Begreppen användbarhet och användarvänlighet är svårdefinierade eftersom de varierar beroende på vem som använder begreppet och i vilket sammanhang. Ofta ses också ett systems användbarhet som en inneboende egenskap som förväntas uppstå då systemet börjar användas. För att ett system ska vara användarvänligt måste fokus ligga på att användaren ska kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett effektivt sätt.

När man talar om begrepp som användarvänlighet och användbarhet är det viktigt att definiera vad som avses med begreppen. Användarvänlighet har definierats av Allwood²⁷ som innehållande de tre aspekterna *åtkomlighet, förenligt med och stöd för människans mentala funktionssätt och hjälpresurser*. Denna definition är emellertid inte så konkret att den kan bidra till att utveckla och förbättra system. Användbarhet är ett centralt begrepp inom användarcentrerade systemutvecklingsprocesser och har definierats enligt den internationella standarden ISO 9241-11 från 1998.

Usability eller användbarhet:

”Usability is the extent to which a product can be used by specified users to achieve specified goals with effectiveness, efficiency and satisfaction in a specified context of use.”

Samma definition har översatts till svenska av Gulliksen och Göransson²⁸:

”Användbarhet är den utsträckning till vilken en specificerad användare kan använda en produkt för att uppnå specifika mål, med ändamålsenlighet, effektivitet och tillfredsställelse, i ett givet användningssammanhang”

Nyckelorden i denna definition är *ändamålsenlighet, effektivitet, tillfredsställelse och användningssammanhang*. Dessa definieras vidare av ISO-standardens på följande sätt, svenska översättningar av Gulliksen och Göransson:

²⁷Carl Martin Allwood, *Människa-datorinteraktion: Ett psykologiskt perspektiv*, (Studentlitteratur, Lund, 1998)

²⁸Jan Gulliksen & Bengt Göransson, *Användarcentrerad systemdesign*, (Studentlitteratur, Lund, 2002), s. 62

Efficiency eller ändamålsenlighet:

"Accuracy and completeness with which users achieve specified goals."

"Noggrannhet och fullständighet med vilken användarna uppnår givna mål"

Effectiveness eller effektivitet:

"Resources expended in relation to the accuracy and completeness with which users achieve goals."

"Resursåtgång i förhållande till den noggrannhet och fullständighet med vilken användarna uppnår givna mål"

Satisfaction eller tillfredsställelse:

"Freedom from discomfort, and positive attitudes towards the use of the product."

"Frånvaro av obehag samt positiva attityder vid användningen av en produkt"

Context of use eller användningssammanhang:

"Users, tasks, equipment (hardware, software and materials), and the physical and social environments in which a product is used."

"Användare, uppgifter, utrustning (maskinvara, programvara och annan materiel) samt fysisk och social omgivning i vilken produkten används."

ISO-definitionerna är värdefulla då de är konkreta och ger en gemensam grund för förståelse av begreppen. De ger även en helhetsbild av problematiken samt ger vid handen att användbarhet är en storhet som är mätbar. Dock är användbarhet inte en absolut storhet utan fortfarande ett relativt begrepp. För att avgöra om ett system är användbart i ett visst sammanhang krävs kunskap om användarna; deras mål, arbetsuppgifter och användningssammanhang. Användbarhet kan alltså inte studeras frikopplat från kontexten. En användarcentrerad systemdesign handlar om att specificera både funktionella och icke-funktionella krav på system, med användaren i centrum.

Det är viktigt att sätta upp mål för användbarhet. För att kunna specificera mätbara mål krävs kunskap om användarnas mål, användningssammanhanget, mål angående ändamålsenlighet, effektivitet och tillfredsställelse. Om ett system inte är tillräckligt användbart kan kognitiva arbetsmiljöproblem uppstå. Kognitiva arbetsmiljöproblem är problem som uppstår när egenskaper i arbetssituationen hindrar användaren från att utföra sitt arbete på ett effektivt sätt.²⁹ De kognitiva arbetsmiljöproblemen har uppdelats i olika problemklasser³⁰, exempelvis avbrott i tankegångar, orienterings- och navigeringsproblem och onödig kognitiv belastning. Problemklasserna kan vara till hjälp då man ska sätta upp mål för användbarhet i ett nytt system eller förbättrad användbarhet i ett befintligt system.

²⁹ Jan Gulliksen & Bengt Göransson, *Användarcentrerad systemdesign*, (Studentlitteratur, Lund, 2002), s. 81

³⁰ Mats Lind, Else Nygren & Bengt Sandblad, Kognitiva arbetsmiljöproblem och Gränssnittsdesign, CMD-rapport nr 20/91, www.it.uu.se/research/hci/publications/papers/20/20.pdf, 1991

4.3 Grundad teori

Grundad teori eller *grounded theory* är en forskningsmetod som utvecklats inom områden som grundar sig på interaktion mellan människor och går ut på att skapa tankemodeller som gör att verkligheten går att förstå och förklara. En förenklad beskrivning³¹ av grundad teori är att forskaren skapar begrepp utifrån sin egen praktiska erfarenhet. Mer formellt kan forskningsperspektivet beskrivas som en teorigenerering på empirisk grund. Poängen med teorin är att samla in och utveckla idéer genererade ur empiriska data samt urskilja mönster i samvarierande processer i detsamma. Teorin går också ut på att skapa nya förklaringsmodeller bestående av antaganden baserade på empiriska data.

Grundad teori är särskilt lämpad till att utforska mellanmänskliga interaktioner och deras betydelser. I förlängning kan grundad teori även användas vid interaktion mellan människor och arbetsredskap, i detta fall datorer. Grundad teori beskrivs vanligen som en kvalitativ forskningsmetod då det handlar om kvalitativ tolkning av data. Emellertid kan själva data vara såväl kvalitativt som kvantitativt.

Syftet med att använda sig av grundad teori är att upptäcka något nytt i empiriska data som gör det möjligt att förstå och förklara en viss process, inte att verifiera en förutbestämd hypotes. Teorin utgår även från antagandet att ett beteende utformas i sitt sammanhang och därför endast kan förstås och studeras i sin naturliga kontext. Teorin ger stöd åt att studera komplexitet utifrån ett helhetsperspektiv.

Förfaringssättet ser i korthet ut så att data kodas, analyseras och abstraheras. Mer detaljerat utförs de fyra olika stegen teoretiskt urval av data, kodning, komparation och konceptualisering. *Teoretiskt urval av data* innebär att forskaren gör ett urval ur sina datakällor för att få information kring sina frågeställningar. Dataurvalet är inte individrelaterat utan relaterat till de händelser eller processer som studeras. Vid *kodning* ifrågasätter forskaren sitt material och efterfrågar vilka händelser som beskrivs i dataurvalet. De olika händelserna kodas och ges innebörd som olika begrepp. Därefter kodas även relationer mellan begreppen. *Komparation* innebär en prövning av den ordning som uppstår genom kodningen. De kodade begreppen sammanförs i olika kategorier. *Konceptualiseringen* går ut på att binda ihop begrepp och mönster till en helhet som ger en ny förståelse av vad som sker, en så kallad kärnprocess.

³¹Gunilla Guvå & Ingrid Hylander, *Grundad teori – ett teorigenererande forskningsperspektiv* (Liber AB, Stockholm, 2003)

5. Metodik

I detta avsnitt presenteras teori kring de olika datainsamlingsmetoder som jag har använt i min studie.

5.1 Datainsamlingsmetoder

När data samlas in krävs noggrann planering och systematik. Metoderna som används i studien måste även dokumenteras på ett sådant sätt att utomstående ska kunna bedöma de erhållna resultaten³². Tre av grundmetoderna för insamlande av data är intervju, enkät och observation. En fjärde metod är något av en blandning av observation och intervju. Nedan följer teori kring de olika metoderna som använts i studien.

Intervju

En intervju innebär ett samtal med den person man vill intervjua. Ett personligt möte ger bäst förutsättningar för att få fram tankar och känslor hos den intervjuade personen. Kontakten kan även vara viktig för att förklara frågorna, så att den intervjuade förstår frågan ordenligt. Intervjuaren kan även ställa följdfrågor om det som intresserar denne. En viktig fördel med intervjuer är att de kan överbrygga språkliga hinder exempelvis annat modersmål, uttrycksätt, läs- och skrivsvårigheter hos intervjupersonen. Intervjuer ger också mindre bortfall, dvs. en högre svarsfrekvens³³.

Enkät

Enkäter används när man vill fråga många på samma gång. En fördel är att alla får samma frågor vilket även medför att meningsfull statistik kan föras över svaren. Dock kan följdfrågor inte ställas vilket är en nackdel samt att det är svårt att kontrollera om de svarande har uppfattat frågan på det avsedda viset.

Observationsintervju eller kontextuell intervju

Används för att få djupare förståelse för ett sammanhang eller en kontext.

5.2 Intervju

För intervjuer finns två grundtyper för genomförandet; styrda eller öppna intervjuer. Korta intervjuer är i regel mer strukturerade eller styrda. Mindre styrda eller öppna intervjuer innebär att intervjuaren har ett antal frågeområden som ska behandlas, men inte en specifik frågelista.

Vid en öppen intervju har intervjun mer av en samtalskaraktär än intervju. Intervjuaren utgår från en fråge- eller intervjuguide, där denne även kan ställa upp underfrågor till varje punkt, som man sedan för ett samtal kring. En styrd intervju utgår från en frågelista, och intervjun har mer en fråga-svar karaktär. Sammanfattningsvis kan sägas att vid öppna frågor ligger

³² Peter Allebeck & Helen Hansagi, *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete*, (Studentlitteratur, Lund, 1994), s. 11

³³ Jan-Axel Kylén, *Att få svar: intervju, enkät, observation*, (Bonnier utbildning, Stockholm, 2004), s.

fokus mer på vad den intervjuade tycker är viktigt att ta upp medan svaren bli mer exakta vid styrda frågor.

Vid intervjuer måste man beakta den så kallade intervjuareffekten. Intervjuaren kan medvetet eller omedvetet påverka respondenten att svara på ett visst sätt. Även ålder, kön och utbildning spelar roll för hur svaren blir.

En teknik som kan användas vid intervjuer är trattmodellen³⁴, som innebär att man börjar öppet för att bli mer inträngande mot mitten. Trattmodellen består av sex steg: öppning, fri berättelse, precisering, kontroll, information och avslutning.

5.2.1 Dokumentation av intervju

Då man genomför en intervju är det viktigt att dokumentera det som framkommer. Detta görs vanligen genom anteckningar eller ljudupptagning vid intervjutillfället. Om intervjuaren för anteckningar är det viktigt att skriva rent direkt efter intervjun medan man fortfarande minns vad som sagts. Ljudinspelning är fördelaktigt så till vida att man kan gå tillbaka och höra exakt vad den intervjuade sa om det är något man är oklar över. Dock finns nackdelen med ljudinspelning att det kan hämma den intervjuade samt intervjuaren tvingas lyssna igenom hela intervjun en gång till.

5.3 Enkät

För att en enkät ska fylla sin funktion måste de som svarar tycka att frågorna är meningsfulla och förstå hur de ska besvaras. Ett stort problem med enkäter är bortfall, vilket medför att det är viktigt att få respondenterna intresserade av att svara på frågorna. Enkäten får inte vara för lång, då det kan verka avskräckande på respondenterna. Upp till en halvtimme är oftast acceptabel tidsåtgång för att fylla i en enkät³⁵. Frågorna måste formuleras entydigt och klart i enkäter då det inte finns någon som kan klargöra eventuella missförstånd. Språket måste anpassas efter dem som ska svara, om det är en blandad urvalsgrupp med olika utbildning, ålder och kön måste man hitta en språknivå som passar alla. Man bör också undvika svåra eller ovanliga ord, som inte alla förstår, exempelvis uppsåt, vedertagen, latent. Förkortningar kan också missförstås, exempelvis VC = vårdcentral.

Frågornas uppställning har betydelse, enkäten måste se tilltalande och intressant ut. Utrymmet för att skriva måste vara stort nog och typsnittet ska vara lättläst. Frågorna grupperas efter frågetyp, inte innehåll, i längre enkäter. Antalet sidor spelar större roll än antalet frågor, spalter kan användas för att minska bortfall.

De inledande frågorna i en enkät bör vara av ”uppvärmningskaraktär”. Med detta menas korta, enkla och intresseväckande frågor. Man kan också börja med faktafrågor som är lätta

³⁴ Jan-Axel Kylén, *Att få svar: intervju, enkät, observation*, (Bonnier utbildning, Stockholm, 2004), s.

31

³⁵ *ibid.*, s. 53

att besvara som exempelvis kön ålder osv. Dock är det viktigt att även de första frågorna framstår som relevanta för syftet med undersökningen³⁶.

Strukturen på frågorna kan läggas upp antingen enligt den ovan nämnda *trattmodellen* eller enligt *den omvända trattmodellen*. Trattmodellerna kan användas inom delområden såväl som över hela formuläret. *Trattmodellen* innebär att man börjar med övergripande frågor och därefter snävar in sig mot mer specifika frågor. På detta sätt tar respondenten mer stegvis ställning till konkreta detaljer inom frågeområdet. *Den omvända trattmodellen* innebär att man istället börjar med specifika frågor för att sedan övergå till mer generella. Anledningen till att använda sig av denna metod istället är att allmänna frågor kan uppfattas som alltför vida eller abstrakta om de ställs i början av enkäten.³⁷ Dock måste man vara medveten om att de mer allmänna frågorna kan komma att påverkas av vad de detaljerade frågorna handlat om.

5.3.1 Öppna frågor

”Öppna frågor är lätta att ställa, svåra att besvara och ännu svårare att analysera.”³⁸

Öppna frågor i enkäter är frågor utan svarsalternativ, där respondenten får svara fritt. De är svårare att bearbeta, men styr svaranden mindre. Öppna frågor ger frihet men ställer även krav på att den svarande kan formulera sig. Respondenter kan vara mindre benägna att svara på öppna frågor eftersom de kräver mer arbete än att kryssa i ett svarsalternativ. Öppna frågor är dessutom svårare att sammanställa då de kräver tolkning och kategorisering av svaren.

Ett alternativ till öppna frågor av typen ”vad anser du om...?” är s.k. citeringsfrågor där respondenten ombeds att avsluta meningen ”skriv ned sådant du tänkt eller sagt angående...”

³⁶ Peter Allebeck & Helen Hansagi, *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete*, (Studentlitteratur, Lund, 1994), s. 39

³⁷ *ibid.*, s. 40

³⁸ *ibid.*, s. 41

5.3.2 Bundna frågor

Bundna frågor är frågor med fasta svarsalternativ. Dessa kräver mindre av den svarande men har nackdelen att de även styr tanken hos den svarande, vilket kan ge mindre genomtänkta svar. Respondenten kan ges lite mer frihet genom att lämna en rad för övriga åsikter eller avsätta en ruta för ”annat, vad i så fall?”. Språk och ordval i frågorna kan även påverka hur svaren blir. Att välja mellan snarlika alternativ är svårare än att välja mellan vitt skilda alternativ. Språklig form på ”felaktiga” alternativ kan vara ledande så att respondenten förstår hur det är tänkt att man ska svara. Bearbetning och analys av svaren är betydligt lättare med bundna frågor.

Inte alls	<input type="checkbox"/>
En gång i veckan	<input type="checkbox"/>
En gång om dagen	<input type="checkbox"/>
Flera gånger om dagen	<input type="checkbox"/>

Figur 5: Exempel på bunden fråga

5.3.3 Skalfrågor

Skalfrågor är frågor där respondenten ombeds ge en bedömning av något och placera in det på en skala. Skalan kan bestå av siffror eller variera mellan omdömen som ”mycket bra” och ”mycket dåligt.” Att ha lika skalsteg för alla frågor inom en och samma enkät ger lättare bearbetning.

Det bör inte finnas ett mellanläge i skalan, detta för att undvika ”slömarkering” av mittenalternativet av icke engagerade svarande. Man kan istället lägga till “vet ej” eller ”vill ej svara”-alternativ. Ju fler skalsteg, desto större risk för slumpfel, dvs. en 6:a på en 9-gradig skala skulle kanske lika gärna kunna vara en 5:a eller 7:a.

Mycket dåligt					Mycket bra
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Figur 6: Exempel på skalfråga

5.4 Kontextuella intervjuer eller observationsintervjuer

Observationsintervjuer är en vidareutveckling av observationen som metod, kombinerat med intervju. Kontextuella intervjuer innebär att man besöker aktören man vill observera i dennes rätta miljö och aktivt tar del av arbetet och miljön för att få en mer konkret bild av sammanhanget och kontexten. Observationsintervjuerna syftar till att fördjupa förståelsen för

aktörens tankesätt, handlingar och hur denne förhåller sig till sin omgivning. Intervjuerna är ofta ostrukturerade, frågor dyker upp under studiens eller observationens gång. Det är observatörens uppgift att med respondentens hjälp identifiera vad som är viktigt och få de slutsatser som dragits bekräftade av respondenten.³⁹

Kontextuella intervjuer är ett effektivt sätt att studera behov och mål hos användare av datorbaserade system.⁴⁰ Utmärkande för kontextuella intervjuer är att de genomförs i en verklig användningssituation medan användaren utför riktiga uppgifter. Genom att kombinera observationen med intervju får man inte bara respondenternas svar utan kan även se detaljer i användandet samt ställa följdfrågor efter användningssituationen.

Kontextuella intervjuer kan genomföras för att kartlägga användare och deras mål och behov samt de situationer och miljöer de utför sina uppgifter i. Detta medför att kontextuella intervjuer är en bra metod för användningsstudier både inför utveckling av nya IT-system och vid vidareutveckling av befintliga lösningar.⁴¹

Metoden skapades av Hugh Beyer och Karen Holtzblatt och bygger på följande fyra grundprinciper⁴²:

1. *Se med egna ögon*

En central princip är att arbetet skall studeras i dess naturliga sammanhang. På detta sätt kan observatören upptäcka fenomen i arbetet som objektet själv anser vara detaljer men som ändå kan ha stor betydelse.

När personer beskriver sitt arbete i intervjuer tenderar de att tala på en abstrakt nivå och beskriva de mer övergripande dragen i arbetet. Olika aktiviteter som följer på varandra beskrivs oftast inte var för sig utan sammanfattas. Vid kontextuella intervjuer får man oftast fram mer specifika detaljer från verkliga situationer vilket medför större förståelse för användningssituationen.

2. *Samarbete mellan intervjuare och respondent*

Styrningen från intervjuaren blir mindre vid en kontextuell intervju, och intervjun får mer karaktären av ett samarbete.

3. *Gemensam tolkning*

I en kontextuell intervju formar intervjuaren sin bild av arbetet tillsammans med respondenten i den aktuella arbetsmiljön vilket medför att det blir lättare att få en korrekt bild av hur arbetet ser ut och risken för feltolkningar från intervjuarens sida minskar.

4. *Flexibelt fokus*

Det kan vara svårt att veta i förväg vad som kommer vara mest intressant att studera inom undersökningsområdet. Därav är det viktigt att vara flexibel för att tillägna sig kunskap om den aktuella arbetssituationen.

³⁹ <http://www.csc.kth.se/utbildning/kth/kurser/DH2655/Webbsidor/2006/grupp3/method2.htm>, 090323

⁴⁰ Hugh Beyer & Karen Holtzblatt, *Contextual Design*, (Morgan Kaufmann Publishers, 1999)

⁴¹ Antrop – Användbarhetsspecialister, interaktionsdesigner, användbarhetsexperten,
http://www.antrop.se/nyhetsbrev_mars.aspx, 090331

⁴² Hugh Beyer & Karen Holtzblatt, *Contextual Design*, (Morgan Kaufmann Publishers, 1999)

5.5 Mina val av metoder

I min studie har jag i olika stor utsträckning använt mig av alla de ovan nämnda metoderna; intervju, enkät och kontextuell intervju. Vid besöken på de två vårdcentraler som medverkat i studien har jag använt mig av kontextuella intervjuer, eller observationsintervjuer. Jag intervjuade även en av de två vårdsystemsamordnarna inom primärvården, Mats Norman. Dessa metoder valde jag då jag ville ha en inblick i hur verksamheten fungerar och hur de aktuella användningssituationerna ser ut. Dessa metoder syftade också till att göra en kartläggning av det studerade området.

Efter den grundläggande kartläggningen och den efterföljande preciseringen av undersökningen till att behandla konsekvenser av införandet av remissmodulen på sjukhuset beslöt jag att använda mig av telefonintervjuer och en enkät för att komplettera det inledande materialet.

Jag gjorde kortare intervjuer med 6 stycken olika vårdcentraler över telefon för att kunna jämföra mina resultat från de studerade vårdcentralerna med det generella läget på vårdcentralerna i Landstinget i Uppsala län. Jag konstruerade även en enkät för att fånga upp åsikter och attityder hos övriga medarbetare som inte medverkat i observation eller kontextuell intervju. Enkäten delades ut till de yrkeskategorier som hanterar remisser i sina arbetsuppgifter.

6. Min studie

Detta avsnitt behandlar hur jag insamlat mitt empiriska material i min undersökning. Insamlingsmetoderna har varit en intervju, tio observationsintervjuer, en enkät och sex telefonintervjuer. Resultatet av de empiriska studierna finns sammanfattat i bilagorna 2-5 och kommer att analyseras vidare i nästa kapitel.

6.1 Metod

Ofta har man från början endast en vag uppfattning om vad som ska undersökas vilket medför att man måste börja med att definiera problemet, studiens syfte och vilka undersökningsmetoder som ska användas. Det första steget är att göra en preliminär definition av området där problemet finns, därefter avgöra vilka metoder som krävs för att uppnå syftet med undersökningen.

För att få en grundläggande förståelse för problemområdet har jag dels läst in mig på vad som gjorts på området dels satt mig in i hur primärvården fungerar, hur organisationen ser ut och vilka yrkesroller som finns. En genomgång av de olika yrkesrollerna finns i bilaga 1. Ett led i att skapa förståelse för hur verksamheten ser ut var att göra en intervju med Mats Norman, som är vårdsystemsamordnare inom primärvården. Intervjun med Norman var en öppen intervju med inslag av trattmodellen i upplägg av frågeområdena. Utöver denna intervju har jag utfört en mängd observationer och observationsintervjuer för att få en inblick i verksamheten och hur de aktuella användningssituationerna ser ut.

Vid de inledande observationsintervjuerna som syftade till att ge en bakgrundsbild av verksamheten, valde jag att träffa personer ur olika yrkesroller för att få en så bred bild som möjligt. Även vid grundobservationerna låg fokus till viss del på remisshantering för att fånga upp de olika yrkesrollernas syn på denna. Vid de senare observationstillfällena som inriktades enbart på remisshantering intervjuades bara läkare och läkarsekreterare. Informationen från såväl observationsintervjuerna som intervjun med Mats Norman har dokumenterats med hjälp av anteckningar under intervjuernas gång.

För att fånga upp åsikterna hos de övriga användarna som inte medverkat i observationsintervjuerna konstruerade jag en enkät. Enkäten gjorde det möjligt att dra någorlunda generella slutsatser om användarna som helhet, samt att jämföra de två olika vårdcentralerna som medverkat i studien. Den konstruerades med en blandning av öppna och bundna frågor samt skalfrågor i enlighet med trattmodellen, det vill säga att den inleds med övergripande frågor om datoranvändande och avslutas med mer specifika frågor angående remisshantering. De öppna frågorna var få medan skalfrågorna var av övervägande majoritet. Då enkäten besvarades av testpersoner gjordes beräkningen att den skulle ta mellan 5-15 minuter att besvara beroende på hur utförligt respondenten besvarade de öppna frågorna.

Slutligen genomförde jag en serie telefonintervjuer med vårdcentralschefer för att uppfånga attityder hos denna grupp angående datoranvändning i allmänhet samt remisshantering i synnerhet.

Jag har även närvarat vid en remissutbildning för användare för att få en uppfattning om hur vyerna ser ut och hur användarna utbildas i att använda systemet.

6.2 Medverkande vårdcentraler

I min studie har jag besökt två vårdcentraler, Årsta vårdcentral och Samariterhemmets vårdcentral. Vilka vårdcentraler som skulle medverka i studien valdes ut genom att man från det övergripande projektet skickade ut en förfrågan till vårdcentralscheferna i Uppsala läns Landsting om de ville delta i undersökningen.

6.2.1 Årsta vårdcentral

Årsta vårdcentral är en av Uppsalas största vårdcentraler⁴³. Vårdcentralen består av två husläkarmottagningar i samma hus, Vaksala husläkarmottagning och Årsta husläkarmottagning. Numer har de samma ledning och samma chef över båda mottagningarna, och går under samlingsnamnet Årsta vårdcentral. Det finns en stor mängd olika professioner i huset förutom husläkarmottagningarna; distriktssköterskemottagning, barnmorskemottagning, sjukgymnaster, kuratorer och dietister.

Det arbetar cirka 60 personer på vårdcentralen⁴⁴, innefattande personalgrupper som läkare, mottagningssköterskor, undersköterskor, smittskyddssköterskor, diabetessköterskor, astmasköterskor, distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, kuratorer och psykologer samt läkarsekreterare och receptionist.

Min kontaktperson på Årsta vårdcentral, Gudrun Pettersson, är läkarsekreterare och vårdcentralchefen Alexander Bakalls högra hand. Gudrun Pettersson har även varit Cosmielärare och åkt runt på vårdcentraler och undervisat i användningen av systemet. Inför andra omgången av införandet år 2006 var hon tjänstledig från sin tjänst på Årsta vårdcentral i 9 månader då hon arbetade på heltid med Cosmic-utlärandet. Årsta var bland de sista vårdcentralerna att införa Cosmic, i maj 2007. Överlag har det gått bra med införandet, enligt Gudrun Pettersson. De negativa reaktioner hon märkt av har främst funnits i läkargruppen.

6.2.2 Samariterhemmets vårdcentral

Vårdcentralen finns på Samariterhemmets sjukhus⁴⁵ och innefattar förutom husläkarmottagningen även distriktssköterskemottagning, barnmorskemottagning, sjukgymnaster, kuratorer och dietister. Det flyktingmedicinska hälsocentret Cosmos hör inte till vårdcentralen men är ändå knutet till den eftersom de delar personal mellan de båda enheterna samt finns i samma hus.

Bland de personalgrupper som arbetar på Samariterhemmet återfinns liknande personalgrupper som på Årsta vårdcentral; läkare, mottagningssköterskor, undersköterskor, smittskyddssköterskor, diabetessköterskor, astmasköterskor, distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, kuratorer och psykologer och läkarsekreterare.

Min kontaktperson på Samariterhemmets vårdcentral har varit Carola Schäfer som är vårdcentralschef där.

⁴³ Landstinget i Uppsala Län, http://www.lul.se/default_10837.aspx, 090211

⁴⁴ Gudrun Pettersson, 090211

⁴⁵ Landstinget i Uppsala Län, http://www.lul.se/default_10725.aspx, 090218

6.3 Observationsintervjuer

Syftet med observationsintervjuerna har varit att få en bild av användarna i sin naturliga miljö. Från början ville jag ha en överblick av verksamheten där jag skulle utföra min undersökning, längre fram riktade jag in mig mer på att studera hur remisshanteringen fungerar. Jag har kallat de inledande observationerna för bakgrundsobservationer och de efterföljande för observationer kring remisshantering.

Under observationerna har jag suttit med användarna i deras aktuella arbetsituationer. Ibland har jag endast suttit tyst och observerat hur de gått tillväga, ibland har jag ställt frågor eller så har användarna själva berättat om sitt arbete. Dokumentation har skett genom anteckningar.

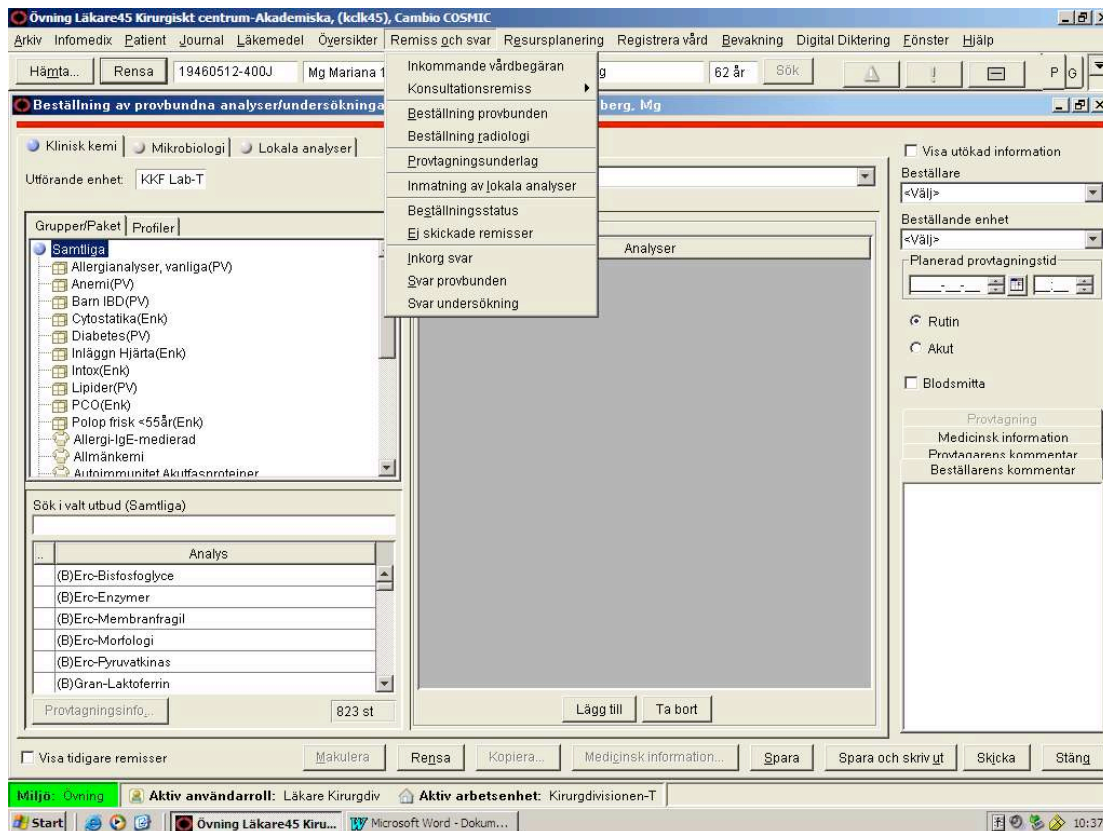
6.3.1 Bakgrundsobservationer

De första observationerna gjordes som tidigare nämnts för att få en bakgrundsbild av verksamheten. Efter de inledande observationerna ämnade jag gå vidare med de mer specifika observationerna kring hur remisshanteringen ser ut. Eftersom jag hade detta som huvudsyfte ställde jag även frågor kring detta under grundobservationerna.

Generellt sett var det många av de intervjuade som gärna ville ta upp och prata om vilka problem de hade med användningen. Detta är också anledningen till att det finns en rubrik som heter *negativa aspekter* under de flesta observationstillfällena, se bilaga 3.

6.3.2 Observationer kring remisshantering

Efter de inledande observationerna som syftade till att ge en bakgrundsbild av hur verksamheten ser ut gick jag vidare med de mer specifika observationerna kring hur remisshanteringen ser ut. Jag hade fått en bild av hur remisshanteringen såg ut från grundobservationerna, och ville bekräfta denna med observationer som var inriktade mot att enbart studera rutiner kring detta.



Figur 7: Vy för remisshantering i Cosmic

6.4 Intervju med Mats Norman

Mats Norman är vårdsystemsamordnare, det finns två personer som arbetar som sådana på primärvårdens administration. Han arbetar med IT-stöd som ett stöd för användarna, anpassat för verksamhetens krav och även efter krav på användbarhet.

Efter att ha satt mig in i teorin angående intervjuer ansåg jag att en öppen intervju vore att föredra framför en styrd intervju. Jag konstruerade en intervjuguide med frågeområden jag ville ta upp under intervjun. Guiden konstruerades med inspiration av trattmodellen, började med allmänna frågor därefter insnävade mot området remisshantering samt förväntning och förberedelser inför införandet av konsultationsremissmodulen.

Dokumentationen gjordes genom att föra anteckningar som jag sedan skrev rent direkt efter intervjun då minnet av vad som sagts fortfarande var färskt.

6.5 Enkät

Syftet med enkäten var att få en generell bild av hur användarna upplever sin arbetsituation med avseende på datoranvändande och mer specifikt hur de upplever dagens remisshantering och eventuell påverkan av införandet av konsultationsremissmodulen på Akademiska sjukhuset.

Enkäten delades ut till de användare som hanterar remisser på de två vårdcentraler som deltagit i studien. Enkäten distribuerades genom att mina kontaktpersoner på vardera vårdcentralen delade ut den till berörd personal och samlades in genom att de svarande fick lägga sina ifyllda enkäter i en låda i personalrummet. På den ena vårdcentralen presenterade jag syftet med enkäten själv innan kontaktpersonen delade ut dem, på den andra skötte kontaktpersonen informationen. Enkäten delades ut i slutet av april och de svarande fick en vecka på sig att svara. På Samariterhemmet fick användarna ytterligare två gånger en vecka på sig att svara efter att första och andra insamlingen gett dåligt resultat.

Eftersom jag inte själv delade ut enkäterna på de både enheterna kan jag endast dra slutsatser om svarsfrekvensen utifrån det antal enkäter jag gav kontaktpersonerna, hur många som blev över samt hur många som var ifyllda. Utifrån detta är svarsfrekvensen från Årsta relativt hög, 56,8%, medan den på Samariterhemmet är lägre, 43,3%. Från Årsta fick jag in 21 stycken besvarade enkäter, från Samariterhemmet 13 stycken. Största andelen av de svarande, 82%, är kvinnor.

6.6 Telefonintervjuer med vårdcentralschefer

Jag ringde runt till några av de vårdcentralschefer som arbetar inom Uppsala läns Landsting för att ställa några korta frågor. Syftet med telefonintervjuerna var att dels att få en känsla för hur läget är ute i verksamheterna och dels undersöka hur cheferna uppfattade sin situation med avseende på datoranvändning och remisshantering. Jag ville också ta reda på huruvida de var medvetna om när införandet av konsultationsremissmodulen skulle ske på sjukhuset, hur de såg på detta och om de gjort några förberedelser inför det.

Urvalet av vårdcentralschefer som medverkat i telefonintervjuerna gjordes genom att jag valde ut de vårdcentraler som hade ett direktnummer till vårdcentralschefen listat och inte bara ett nummer till växeln. Därefter var det de som var anträffbara för en telefonintervju under en treveckorsperiod innan dess att införandet genomfördes på sjukhuset. Jag ställde samma frågor till alla vårdcentralscheferna som jag har valt att benämna anonymt som vårdcentralschef 1, 2, 3, 4, 5 och 6, se bilaga 5.

6.6 Metoddiskussion

Utvärdering av val av metoder

En del av min metod är att jag först läste in mig på det som tidigare skrivits om ämnet. Därifrån fick jag inspiration till min egen undersökning och vilken typ av frågor jag skulle ställa, men även material att jämföra mina egna resultat med. Jag valde olika slags metoder för att få svar på olika slags frågor. Observationsintervjuer är en vanlig metod inom människa-datorinteraktionsforskning, då man vill studera användaren i användningsmiljön. Jag tycker att denna metod passade väl in i mitt syfte och att jag fick en bra bild av hur användningen ser ut på de två vårdcentraler jag studerade. Ett moment som hade kunnat ge ytterligare förståelse för användningssituationen och som jag saknar i min studie är intervjuer med vårdcentralscheferna på de två studerade enheterna. Om mer tid hade funnits hade även en serie intervjuer med användare där alla fått samma frågor kunnat genomföras för att få ett

material som går att dra mer statistiska slutsatser ifrån. Jag hade även velat göra fler telefonintervjuer än de sex stycken jag hann med och fick tag i.

Enkäter används oftast om man vill nå ut till många samtidigt och där alla får samma frågor. Mitt syfte med enkätundersökningen var att komplettera de resultat jag fått av observationsintervjuerna med en undersökning som omfattade alla användare som hanterade remisserna. Jag tycker att de besvarade enkäterna uppfyllde en acceptabel svarsfrekvens och att svaren gav mig mycket bra material till min undersökning.

Angående tillförlitligheten i resultaten från telefonintervjuerna kan det vara så att många av de medverkande vill ”verka bra” och ge en bra bild av sin verksamhet. Av den anledningen kanske de inte svarar helt ärligt på frågorna, om det är något som skulle få dem att framstå i dålig dager.

Distribution av enkäter

Från den ena medverkande enheten, Samariterhemmets vårdcentral, hade jag stora problem med att få in besvarade enkäter. Detta kan bero på att distributionen överläts åt min kontakt på vårdcentralen utan att jag själv presenterade syftet med enkäten. Eftersom jag inte var med då enkäterna delades ut vet jag inte vilken information som gavs i samband med detta. På Årsta vårdcentral var jag själv med och presenterade min enkät och syftet med denna. Min kontaktperson där var även noggrann med att påminna om att användarna skulle besvara enkäten. Frågan togs även upp på personalmöten. Därifrån fick jag en relativt hög svarsfrekvens på ca 60%. Ett annat problem är att jag inte vet exakt hur många enkäter som delats ut till användarna på Samariterhemmet, och därför inte med säkerhet kan säga hur stor svarsfrekvensen är. Den beräknade svarsfrekvensen på ca 40% baseras på hur många enkäter jag lämnade ifrån mig, hur många som blev över samt hur många som var besvarade.

De användare som trots allt svarade på enkäten från Samariterhemmet kan eventuellt vara de som hade mest åsikter om systemet och kan i sådant fall ge en något skev bild av den totala användningssituationen.

Urval av intervjuobjekt

Användarna som medverkade i observationsintervjuerna var en blandning av sådana som själva uttryckt intresse av att delta i studien och sådana som blivit utsedda av mina kontaktpersoner. Jag tror att denna blandning varit viktig för resultatens skull, då det givit information om både användare som hade mycket åsikter om vad som var dåligt och vad som borde förbättras samt användare som kanske inte tänkt så mycket på dessa frågor innan.

Vid telefonintervjuerna var urvalet beroende på vilka vårdcentraler som hade ett direktnummer till vårdcentralschefen listat samt vilka av dessa som var tillgängliga för en intervju innan dess att införandet genomfördes på sjukhuset. Urvalet var således tämligen slumpartat.

Några av de svarande i telefonintervjuerna var fåordiga och noggranna med att framhålla att allt var ”bra” på deras vårdcentraler. Eftersom de är ytterst ansvariga för hur det fungerar kan det vara så att de var angelägna om att ge en positiv bild av verksamheten. Överlag är det svårt att dra slutsatser relaterade till det övriga materialet utifrån vad vårdcentralscheferna svarat då de inte befinner sig på samma ställen som intervjuobjekten i de övriga momenten.

7. Resultat & analys

Detta kapitel innehåller genomgång och analys av det empiriska materialet. Materialet som presenteras i rapporten är ett urval ur datamaterialet som ger information om de frågeställningar jag har haft i min undersökning. Enligt den teori jag har utgått från för min analys av datamaterialet har jag försökt finna mönster och kategorisera de händelser som materialet beskriver. Datamaterialet i sin helhet finns att läsa i bilagorna 2-5.

7.1 Kartläggning av kontexten

Kontexten, eller sammanhanget, där studien utförts är arbetet på vårdcentralerna. För att skapa en förståelse för kontexten har jag gjort en kartläggning av de personer som arbetar där, hur deras användningssituation och arbetsmiljö ser ut. En del i att förstå kontexten, och därför en av mina frågeställningar, har varit att se hur datoranvändningen på vårdcentralerna fungerar generellt.

7.1.1 Vilka yrkesroller finns och hur använder de datorn i sitt arbete?

De olika yrkesroller jag kommit i kontakt med under mina observationsintervjuer är framförallt läkare och läkarsekreterare, men även barnmorskor och sjuksköterskor. Via enkätsvaren har jag utöver de redan nämnda yrkesrollerna även fått information om sjukgymnaster och psykologer också.

Genom mina observationer och enkätsvaren från den fråga där användarna ombads ge exempel på vad de använder datorn till har jag sammanställt en lista över vilka uppgifter de olika yrkesrollerna använder datorn till. En mer utförlig beskrivning av de yrkesroller som förekommer i primärvården och deras arbetsuppgifter finns i bilaga 1. Utförlig beskrivning av det arbete som utfördes av användarna under observationsintervjuerna finns i bilaga 2.

Läkare

- Journalföring och läsning
- Remittering för konsultation, beställning av undersökningar, prover och röntgen samt svar på dessa
- Tidboken
- Internet, leta information.
- Diktering
- Läkemedelshantering
- Meddelanden i Messenger, e-post.

”Det som inte finns i datorn är kopior från UAS samt journalsvar. Hittills verkar patienten också finnas utanför datorn” skriver en av läkarna som kommentar till frågan.

Läkarsekreterare

- Journalskrivning via diktat (både digitala och från band)
- Remisshantering, personalrapportering, listning av patienter, tidboksadministration. Övriga program som används: Word, Excel

- Läsa och skicka e-post
- Internet, söka information
- Brev, intygsskrivning.
- Kollar Prator.

Barnmorskor

- Journalföring och läsning
- Internet; söka information, uppdatering av riktlinjer
- Konsultations- och provtagningsremisser, svar på dessa
- Receptförskrivning
- Tidboksadministration
- Funktionsbrevlåda, e-post
- Besöks/kontaktregistrering

Sjuksköterskor

- Tele-Q och samtalshantering, rådgivning
- Tidsbokning
- Journalskrivning, provbeställning
- E-post

Sjukgymnaster

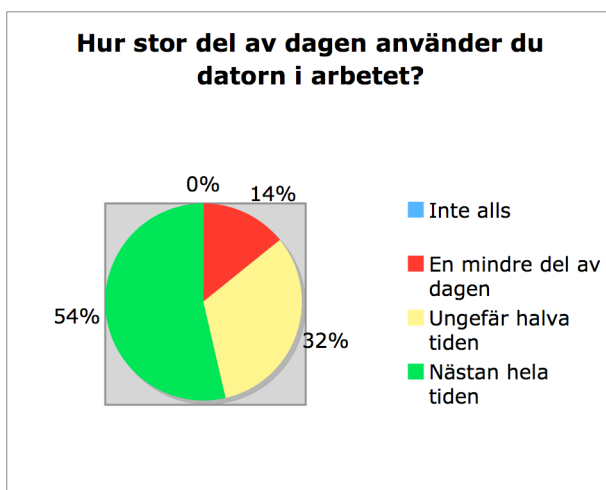
- Journalföring och läsning
- Konsultationsremisser
- Gruppregistrering, "regga" arbetstider, ledighetsansökan, statistikregistrering
- Kassaärenden, e-post
- Internet, fördjupning i behandlingsmodeller

Psykologer

- Journalföring och läsning
- Remisshantering
- Bokningar, information
- E-post

Läkarna är den yrkesgrupp inom primärvården som använder flest olika moduler i Cosmic, vilket medför en större belastning att lära sig och komma ihåg hur man använder de olika modulerna. Eftersom det är så många olika funktioner man måste använda som läkare blir det också fler musklick för denna yrkeskategori; musklicken multipliceras med varje ny aktivitet.

För de flesta användarna i studien är datorn det viktigaste redskapet de använder i sitt arbete. På enkätfrågan om hur stor del av dagen de använder datorn i sitt arbete är medelvärdet 3,35 där 3 stod för *ungefär halva tiden* och 4 stod för *nästan hela tiden*. "Allt patientarbete baseras på datajournal, vi använder datorn bland annat till journalföring. Och jag måste ha tillgång till journalen under alla patientmöten." Vissa uppger att datortiden varierar från dag till dag: "Dator krävs vid varje patientbesök, det varierar från dag till dag hur många besök som är inbokade."

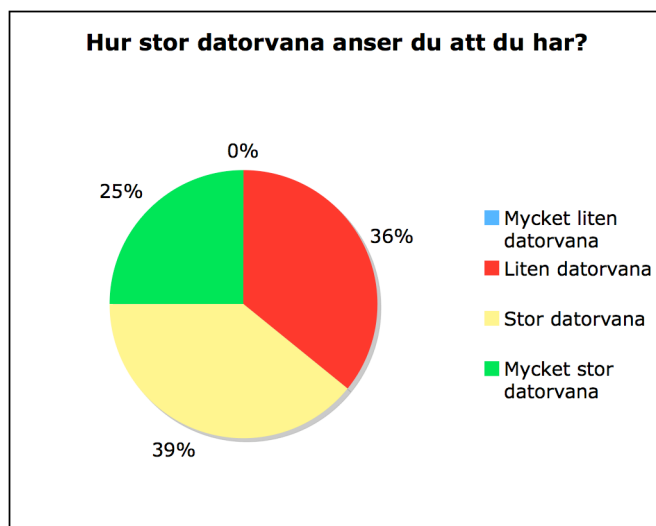


Figur 8: Datoranvändning i arbetet

7.1.2 Hur användarna uppfattar datoranvändning i arbetet

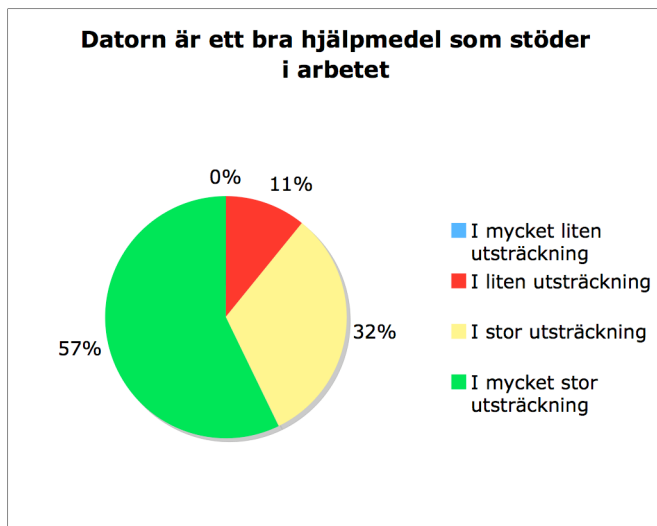
Hur stor datorvana användaren har är avgörande för hur användaren uppfattar användningen av datorsystemet i arbetet. Vårdcentralschef 6 menar i telefonintervju att man från ledningshåll underskattar vikten av kompetens i datoranvändande hos vårdpersonalen. Mycket av problemen bygger på för låg datorkunskap i allmänhet vilket leder till svårigheter att hantera systemet, och så får Cosmic skulden.

De allra flesta svaranden från enkätundersökningen anser att de har medelgod datorvana, medel för alla svarande är 2,89 av 4. Ingen har svarat att de har mycket liten datorvana, emellertid har 25% svarat att de har mycket stor datorvana, vilket torde ge goda förutsättningar för att hantera systemet.

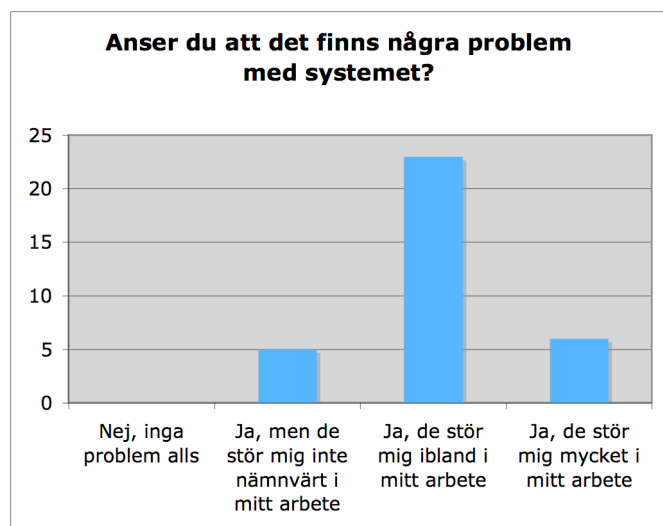


Figur 9: Datorvana

De flesta användare som medverkat i studien tycker att datorn är ett bra hjälpmedel i arbetet men att tekniska brister hindrar dem i användningen. Detta resultat får även stöd i de tidigare undersökningar som gjorts på området jag tagit del av. I enkätundersökningen ställdes frågan i hur stor utsträckning anser du att datorn är ett bra hjälpmedel som stöder dig i ditt arbete. Resultatet från denna fråga visar att hela 89% anser att datorn i stor eller mycket stor utsträckning stöder dem i arbetet. Jag ställde även frågan om användarna anser att det finns några problem med systemet. Här visade det sig att alla svarande i enkätundersökningen ansåg att det fanns problem, men i olika hög utsträckning.



Figur 10: Datorn som hjälpmedel



Figur 11: Problem med systemet

7.1.3 IT-stöd på vårdcentralerna

Ett led i att skapa förståelse för kontexten var att ta reda på vart användarna vänder sig med de datorrelaterade problem som det framkommit att de har. Observationsintervjuerna gav väldigt varierande svar på vart användarna vände sig med problemen. I enkätundersökningen ställde jag därför en fråga om användarna visste vart de skulle vända sig och i sådant fall vart. Alla medverkande svarade ”ja” på första frågan men på följdfrågan skilde sig svaren åt. De flesta upp gav dock att de i första hand vände sig till det lokala IT-stödet på vårdcentralen.

Det IT-stöd som finns på Samariterhemmet består av tre stycken anställda vårdgivare, varav jag har intervjuat en. Dessa har gått kurser i Cosmic och ska lära ut vidare till resten av personalen, men den användare jag intervjuade upplever att de oftast får skicka vidare problemen och att de inte kan mer än de flesta andra om systemet.

På Årsta vårdcentral ser det annorlunda ut, där finns Gudrun Pettersson som arbetat som Cosmiclärare, och alltså varit med om att utbilda andra användare i att använda systemet. Hon har förmodligen en mer gedigen kunskap än ”vanliga” IT-stödspersoner, och har därför förmåga att hjälpa användarna på sin vårdcentral på ett annat sätt.

Läkarsekreterarna har på båda enheterna en central roll; om läkarna är osäkra på vart något ska skickas eller hur man ska gå tillväga gör han ett diktat så får sekreteraren lösa det. ”Alla praktiska detaljer tar de hand om.”

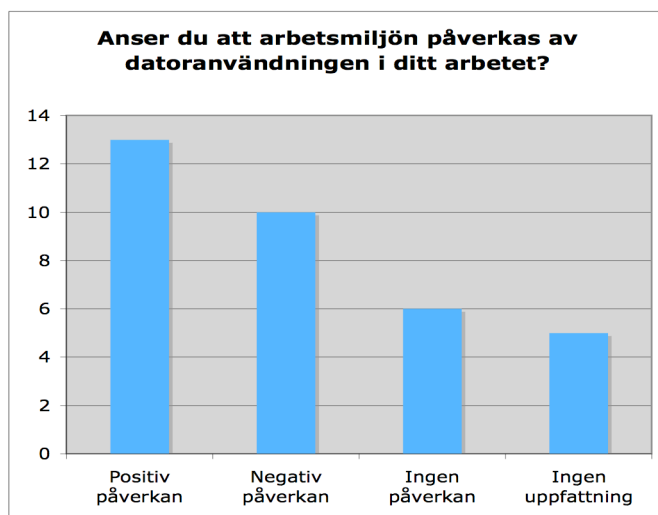
Flera av användarna upplever att de inte får gehör för de problem de rapporterar, främst gällande småsaker som stör i arbetet. De får idag arbeta runt problemen istället. Många anser att det är bortkastad tid att ens rapportera om felen överhuvudtaget, så de har slutat göra det.

7.1.4 Hur användarna uppfattar sin arbetssituation och arbetsmiljö

Många av de användare som medverkat i studien tycker att effektiviteten har minskat sen Cosmic infördes men även på grund av alla besparingar inom vården. Det är mycket rutiner som har förändrats, uppgifter som tidigare varit knutna till en viss yrkesroll utförs av andra idag. En utbredd uppfattning är att allting går trögare idag och att kapaciteten har minskat.

Flera nämner att arbetsmiljön försämrats i och med vårdgarantin och den ökade tillgängligheten. En sköterska uttrycker det som att ”vi sitter i telefon hela tiden. Vi undrar vad det är vi jobbar med egentligen. Vi har inte heller resurser att ge den vård vi önskar.” En läkare anser att primärvården har blivit ”för tillgänglig”, och det finns för många kanaler in; telefontider, funktionsbrevlåda, personlig telefon och e-mail. Läkaren tycker att den ökade tillgängligheten har medfört att många fler söker för småsaker ”typ ont i tån” så att det blir svårare att få tid för dem som verkligen behöver hjälp.

I enkätundersökningen ställdes en fråga angående hur datoranvändningen påverkade arbetsmiljön. En majoritet tyckte att arbetsmiljön påverkades positivt men det var även en relativt stor del som tyckte att datoranvändningen gav en negativ påverkan, vilket gör det svårt att dra någon entydig slutsats. Kommentarer kring hur arbetsmiljön påverkas rör emellertid mest den negativa påverkan; frustration kring systemets prestationsförmåga samt att fokus flyttats från det faktiska patientarbetet men också hur den fysiska arbetsmiljön påverkas av arbete med dator. ”Får värk i axlar, huvud och ögon samt torra slemhinnor i näsa och ögon.” “Det blir mycket statiskt stillasittande för kroppen som gör ont.”

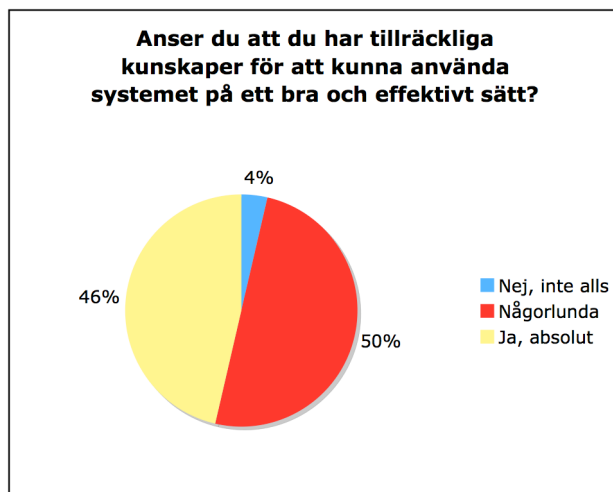


Figur 12: Arbetsmiljö och datoranvändning

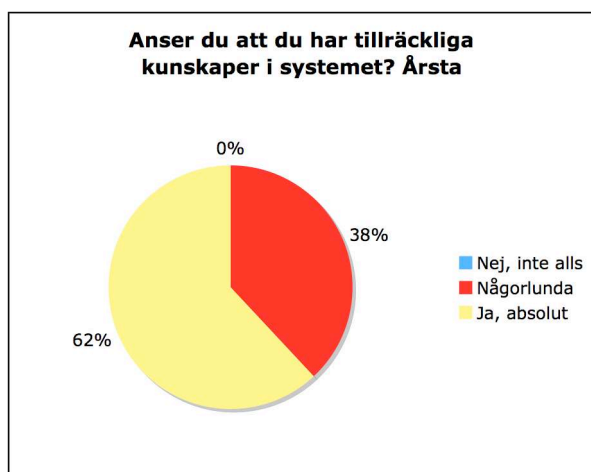
Överlag gällande arbetsmiljön handlar det främst om att Cosmic inte anses anpassat till användarnas verksamhet, att det är ologiskt och att det krävs många klick med musen. En del reflekterar över hur det egna användandet påverkar arbetet med systemet, dels gällande ”knep” som kortkommandon och liknande som kan förenkla men också att de anser sig ha ”dålig koll på hur systemen är upplagda.”

7.1.5 Kunskaper och utbildning i att använda systemet

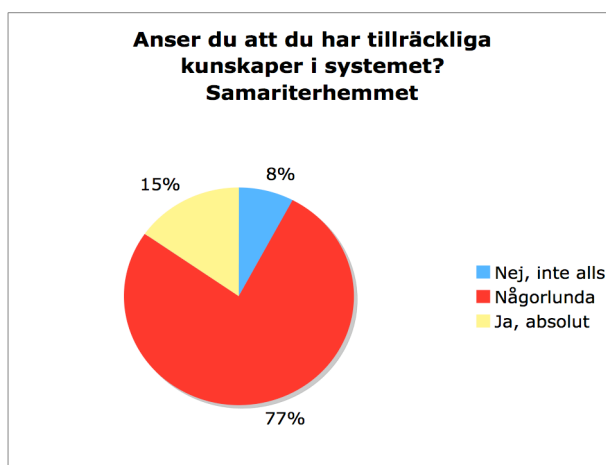
Då många av problemen med datoranvändningen kan härledas till att användarna är osäkra i sin användning ställde jag en enkätfråga om användarna ansåg sig ha tillräckliga kunskaper för att använda systemet på ett effektivt sätt.



Figur 13: Kunskaper i systemet



Figur 14: Kunskaper i systemet, Årsta



Figur 15: Kunskaper i systemet, Samariterhemmet

Sett över alla svarande tycker de flesta att de har tillräckliga kunskaper i att använda systemet. Noterbart är dock att det var en markant skillnad mellan de svarande från Årsta vårdcentral och Samariterhemmets vårdcentral. Svarande från Samariterhemmet anser i lägre grad att de har tillräckliga kunskaper.

Kommentarer till enkätfrågan, samt mina erfarenheter från observationsintervjuerna, indikerar att användarna tycker sig kunna använda systemet på ett sätt som fungerar, men att de tror att det skulle kunna gå att göra det på ett bättre sätt. Det vill säga att de inte tycker att de utnyttjar systemet på ett optimalt sätt idag. Flera av användarna önskar repetition av utbildningen speciellt kring de moment som inte används så ofta. Andra önskar sig mer yrkesspecifik utbildning som är anpassad för de olika arbetsuppgifterna som olika yrkesroller utför. Överlag

riktas kritik mot att de inte har fått någon uppföljande utbildning och önskemål om instruktion av ”användningsknep”.

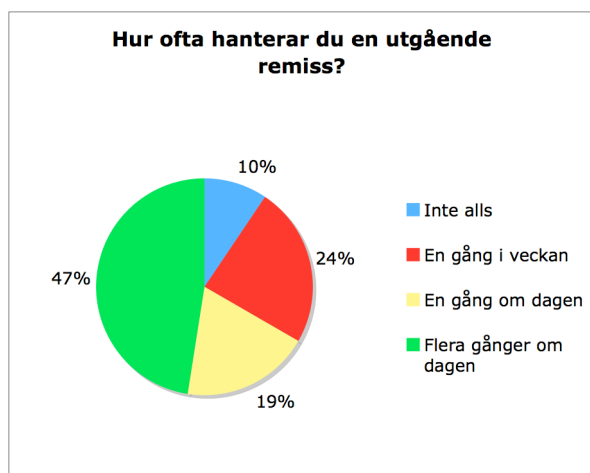
Vad gäller utbildningen i att använda systemet är de flesta nöjda med hur den har varit. Den så kallade andra vågen, då användarna fick hjälp med inställningar, kortkommandon, ”användningsknep” och liknande, var även mycket uppskattad. Svaren från enkätundersökningen visar att även här var det stor skillnad mellan de båda vårdcentralerna. Användarna från Årsta var mer positiva än de från Samariterhemmet. En förklaring till detta förhållande kan vara att en av IT-stödpersonerna på Årsta vårdcentral själv varit med om att utbilda övriga vårdcentraler i Cosmic-användning och därför har mer gedigna kunskaper.

7.2 Remisshantering

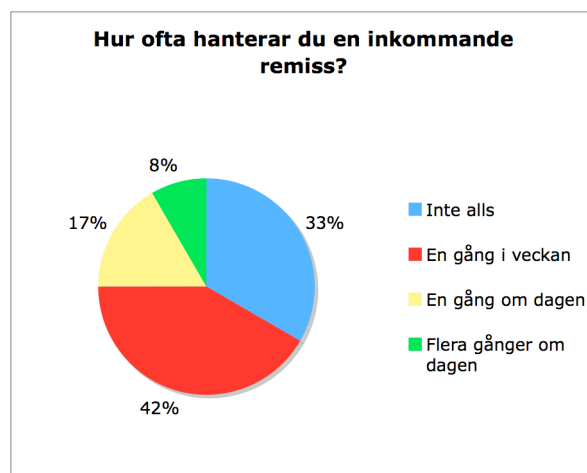
7.2.1 Vilka yrkeskategorier hanterar remisser?

Den självklara yrkesrollen som skickar och tar emot remisser är läkare. Utöver läkarna är det distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, kuratorer, psykologer och dietister som hanterar remisser i sitt arbete. En yrkeskategori som inte själv skickar och tar emot remisser, men däremot hanterar sändande och emottagande av dem är läkarsekreterarna.

Majoriteten av användarna hanterar oftare utgående remisser än inkommande. Undantaget är sjukgymnasterna som tar emot remisser i högre grad än de skickar dem. Sett över alla svarande i enkätundersökningen ser frekvensen i hanterade remisser ut som visas i figuren nedan. För en beskrivning av vilka instanser de olika yrkeskategorierna skickar och tar emot remisser från, se bilaga 4, sidorna 100-101, i.



Figur 16: Utgående remisser



Figur 17: Inkommande remisser

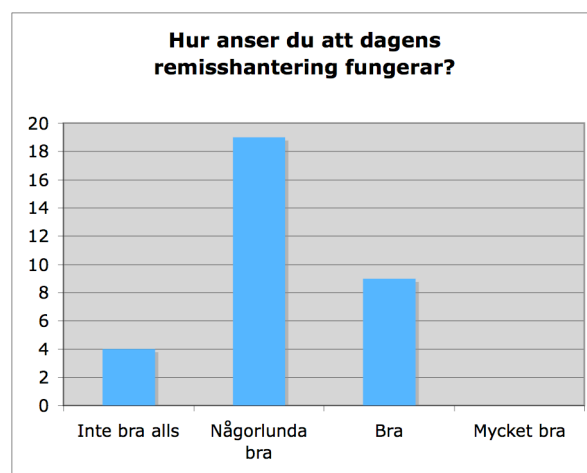
7.2.2 Rutiner kring remisshantering idag

Under mina observationsintervjuer som fokuserade på remisshantering träffade jag endast läkare och läkarsekreterare. De läkare jag har träffat har uppgett att de oftast dikterar sina utgående remisser. Vissa skriver de själv, exempelvis om det är ett akutfall. Då skriver de in remissen i datorn remissen som sedan skrivs ut så att patienten får den i handen med upp på akutmottagningen. Varje läkare har en ”låda” för diktat som de ska tömma en gång om dagen. Remisser som ska signeras och skickas iväg ligger utskrivna tillsammans med ett adresserat kuvert. Läkaren behöver endast signera dem och därefter lägga dem i ett fack i sitt rum där sedan sekreteraren hämtar kuvertet och skickar det. ”Ibland lägger jag in remissen i kuvertet, ibland skriver jag bara på den och låter sekreteraren lägga in den i kuvertet.”

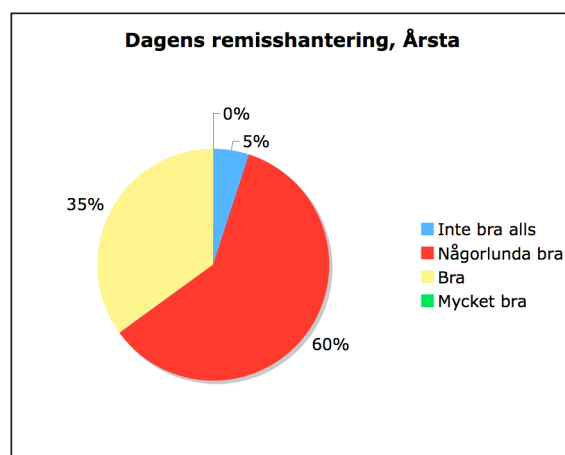
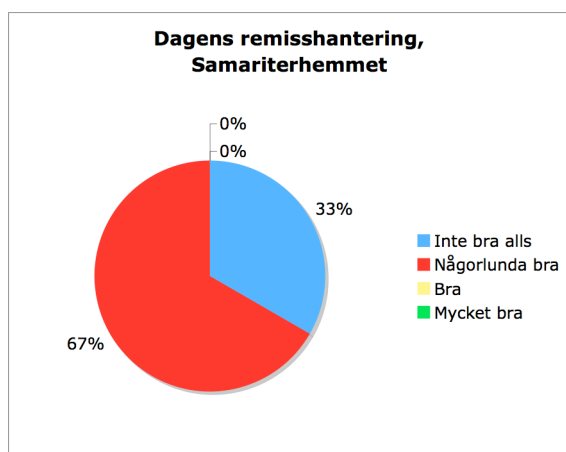
De elektroniska remisserna som ska signeras hamnar i läkarens i sin signeringslista. En av läkarna berättar att läkarsekreterarna även skriver ut diktaten av de remisser som ska skickas elektroniskt, dessa får han med en post-it på om att han ska gå in och signera i Cosmic så att remisserna blir ivägskickade. När de signeras finns endast knappen ”signera och skriv ut”, papperet som kommer ut slängs och de vet inte varför det kommer överhuvudtaget.

De medverkande läkarna får inte så ofta inkommande remisser. Det varierar hur ofta de kontrollerar listan för inkommande vårdbegäran. En läkare berättar att han går in en gång om dagen, en annan hade inte varit inne på tre månader. De inkommande remisserna handlar oftast om patienter som skrivits ut från sjukhuset och remitteras till vårdcentralen för uppföljning eller patienter som remitterats till specialist och ”fått avslag” och remitteras tillbaka igen. Sjukgymnasterna, som tar emot många inkommande remisser, har uppgett i enkätsvaren att de har en assistent som hanterar dessa och bokar in patienterna till rätt person.

I enkäten ställdes även en fråga om hur användarna upplevde att dagens remisshantering fungerar, den verkar fungera hyfsat bra enligt enkätsvaren. Noterbart är dock att inte en enda av de svarande har svarat att remisshanteringen fungerar mycket bra, och att majoriteten endast tycker att det fungerar någorlunda bra. Detta tyder på att det finns ett visst missnöje kring hur remisshanteringen sköts idag. Medelvärdet för alla svarande var 2,1 på en fyrgradig skala. Det var även skillnader mellan de olika enheterna, användarna på Årsta har uppfattningen av en mer välfungerande remisshantering än på Samariterhemmet.



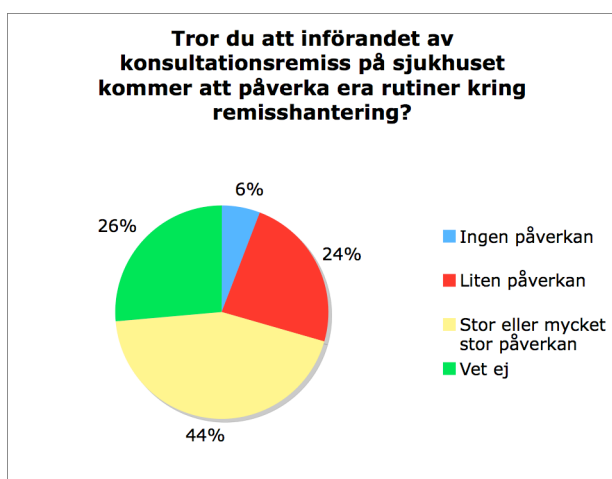
Figur 18: Dagens remisshantering



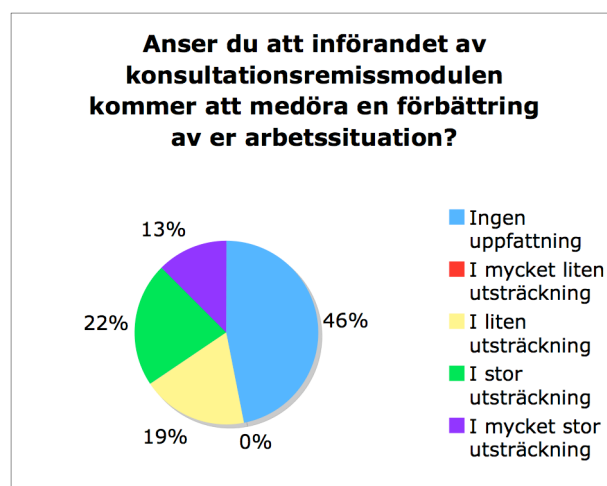
Figur 19 & 20 : Dagens remisshantering, Samariterhemmet respektive Årsta

7.2.3 Vilka förväntningar finns på införandet av konsultationsremissen?

De flesta personer jag pratat med under studiens gång har haft förväntningen att införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset kommer att påverka dem positivt förändring och förenkla arbetet på vårdcentralen. Många säger att de har väntat på detta införande länge, och har därmed höga förväntningar på resultatet av det. I enkätundersökningen ställdes även frågor angående detta och de flesta tror att införandet på sjukhuset kommer att medföra en påverkan av rutinerna i deras verksamhet. Emellertid är det också en stor del av de svarande som svarat "Vet ej" på denna fråga vilket tyder på att de inte känner sig tillräckligt insatta i frågan för att kunna svara på den. Ännu mer talande är svaret på frågan om användarna anser att det kommer att förbättra deras arbetssituation där hela 46% svarat att de inte har någon uppfattning om frågan.



Figur 21: Påverkan av införandet

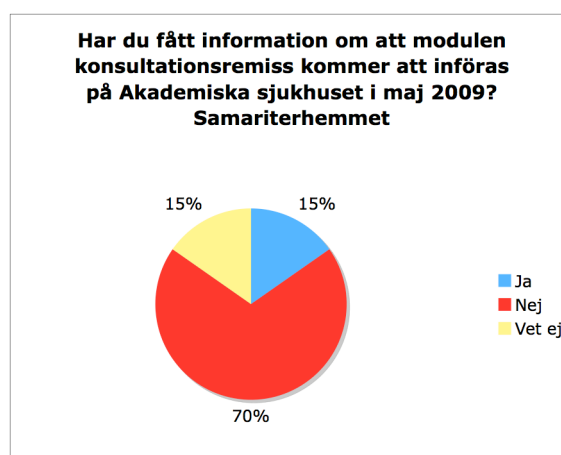
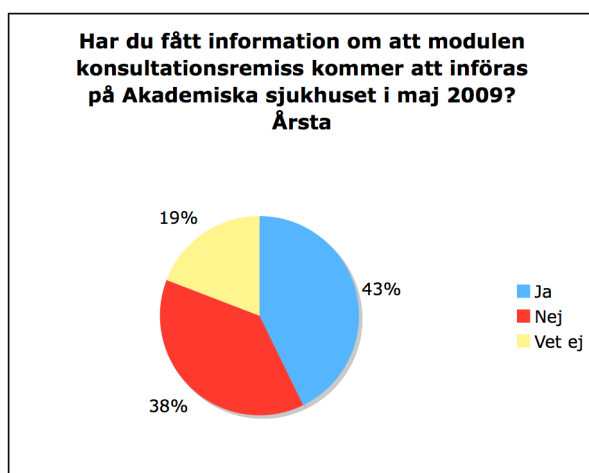


Figur 22: Förbättring av arbetssituation

Kommentarer kring hur införandet kommer att påverka verksamheten rör främst oro över att inte alla ska veta hur de ska använda modulen på rätt sätt. Läkarsekreterarna oroar sig över att framförallt läkarna ska fortsätta i samma rutiner som innan, "vi kommer att få påminna läkarna om en stor del av remisserna som de glömmer att kolla" och "vi måste agera poliser för att få remisser ivägskickade."

Under observationsintervjuerna lade jag märke till att många verkade förvånade över att införandet var så nära förestående. Detta föranledde en fråga i enkäten om huruvida de svarande fått information om när införandet skulle ske. Jag ställde även frågan till vårdcentralscheferna under telefonintervjuerna. Alla medverkande vårdcentralschefer svarade ja på frågan, dock lät vissa lite svävande då de svarade, exempelvis säger vårdcentralschef 4 ”ja just det, jag såg alldeles nyss att det stod något om det” och vårdcentralschef 1 ”ja, det har vi ju gått och väntat länge på”. Generellt sett är det även många av vårdcentralscheferna som kommenterar frågan med att de väntat länge på att sjukhuset ska gå in och att de är glada för att det sker nu.

Av de svarande i enkätundersökningen svarade endast 32% ja på frågan om de fått information om när konsultationsremissmodulen skulle införas på sjukhuset, hälften svarade nej och resterande ”vet ej”. Dock var det stor skillnad mellan svaren från Årsta och Samariterhemmet. Från Samariterhemmet svarade 70% att de inte hade fått information om införandet, medan samma siffra för Årsta var 38%.



Figur 23 och 24: Information om införandet

7.2.4 Förberedelser inför införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset

Då ämnet eventuella förberedelser inför införandet av konsultationsremissen har kommit upp under observationsintervjuerna säger användarna från Samariterhemmet att det inte har diskuterats och att de inte har fått någon information kring hur rutinerna kan komma att ändras när konsultationsremissmodulen införts på sjukhuset och all remisshantering blir elektronisk. En av användarna säger att de inte har fått någon information om det men bryr sig inte om det, eftersom det redan nu är så mycket med systemet som han inte riktigt förstår hur och varför man ska använda det ”så en grej till spelar ingen roll.” Användarna från Årsta berättar att det har tagits upp på personalmöten, främst att de ska tänka i banorna att allt kommer att bli papperslöst i framtiden. Ingen av användarna på de båda vårdcentralerna har hört något om huruvida det är aktuellt med något utbildningstillfälle, även om några tycker att det skulle behövas.

Då jag tog upp frågan om vilka förberedelser som gjorts med vårdcentralscheferna under telefonintervjuerna svarade en del att det inte krävs några förberedelser, vårdcentralschef 5

tycker att den enda skillnaden består i att trycka på en annan knapp ”det är bara att trycka *Spara och skicka* istället för *Spara och skriv ut*”. Vårdcentralchef 6 säger att ”det viktigaste är att veta vilka enheter som ska ha elektroniska och vilka som ska ha pappersremisser så att man skickar rätt.”

Vårdcentralchef 1 svarar, något oklart, att de har förberett sig genom att redan nu vara inställda på att alla papper kommer att försvinna och arbeta med sina rutiner kring detta. Vårdcentralchef 2 svarar mer specifikt att de förberett sig inför införandet med utbildning av personalen samt att se över de rutiner de har idag, och hur rutinerna kommer att behöva förändras. ”Det är viktigt att alla vet vem som ska göra vad, det är ju det det handlar om egentligen”. Exempelvis kan man utifrån inkommande remisser skapa bokningsunderlag, vårdcentralchefen och några kollegor har varit på utbildning hos primärvården och vet ”exakt hur det fungerar” och lär vidare ut till de andra. Frågor kring rutiner och vad som bör ändras hanteras lokalt på vårdcentralen.

Eftersom många av användarna oroade sig för att inte alla skulle göra rätt och följa de nya rutinerna och att det skulle skapa problem efter införandet är det något förvånande att endast 50% svarar ja på enkätfrågan om utbildning krävs för att användningen av konsultationsremissmodulen ska fungera bra i deras verksamhet efter införandet på sjukhuset. Emellertid är det få som svarar direkt nej, de flesta är tveksamma och svarar vet ej. I kommentarer till frågan är det många som skriver att de inte är tillräckligt insatta för att veta om det behövs utbildning eller ej.



Figur 25: Behov av utbildning inför införandet

7.3 Remissrelaterade problemsituationer

I följande 4 avsnitt diskuteras olika problemsituationer och intressanta fenomen jag stött på under studiens gång. I detta första avsnitt diskuteras situationer relaterade till remisshantering.

7.3.1 Mottagande enhet av konsultationsremiss

Att välja rätt mottagande enhet uppfattas av många användare som ett problematiskt moment. Ett problem är att enheterna ofta ligger på "ologiska" ställen i listan över enheterna. Exempelvis om en remiss ska skickas till barnspecialisten måste användaren gå in under gynekologi för att hitta den. Om användarna inte vet vart i listan de ska leta får de antingen leta igenom alla, vilket är mycket är arbetskrävande, eller skicka remissen till den generella division som den sökta enheten sorteras under vilket blir arbetskrävande på mottagarsidan. För sekreterarnas del tillkommer ytterligare ett moment, att läkarna ibland inte anger korrekta mottagande enheter, "remissen skickas till medicin, allergiavdelningen eller minnesmottagningen" fast det inte finns några enheter med dessa namn.

Ett annat problem är att de måste gå igenom en lång lista för att hitta rätt enhet, för många verkar det inte fungera med favoritlista bland mottagarenheterna. Vissa yrkesgrupper har en väl avgränsad grupp av enheter som de skickar remisser till och resten av enheterna i listan används aldrig. Exempel på en sådan yrkesgrupp är barnmorskorna som endast skickar konsultationsremisser till gynekologisk cytologi, dietist, sjukgymnast, arbetsterapi och gynekologisk hälsa.

Trots att de anser att listan är lång ser flera av användarna subspecialiseringar hos de mottagande enheterna som något positivt, "då vet man att det finns någon som specialiserar sig på det". De vill dock inte att subspecialiseringarna ska bli alltför många så att det blir förvirrande att välja mellan dem.

7.3.2 Remisser med hög prioritet

Remisser med hög prioritet skickas idag både med fax och elektroniskt (om möjligt) samt att vårdgivaren ringer upp den mottagande enheten och berättar att en remiss är på väg och är brådskande. Eventuellt kan en tid bokas in över telefon också.

Vissa typer av remisser görs endast per telefon, exempel på detta är när barnmorskorna remitterar en gravid kvinna till specialistmödravården eller förlossningen.

7.3.3 Inkommande remisser

Inkommande remisser är inte så vanligt förekommande som utgående för de flesta remisshanterande yrekskategorierna. De flesta läkare säger att de får en inkommande remiss en till några gånger i veckan. Detta gör att det kan vara svårt att få en bra rutin på just detta arbetsmoment. En av läkarna jag besökte hade inte tittat i listan för inkommande vårdbegäran på 3 månader.

En annan läkare tyckte att hanteringen av de inkommande remisserna kompliceras av att de inkommande remisserna kan komma på så många olika sätt; elektroniskt, fax eller brev. Ibland kan samma remiss komma till olika personer genom de olika kanalerna in.

Enligt de intervjuade användarna är många av remisserna endast till för att primärvården ska veta att patienterna är utskrivna från slutenvården. Detta får de dock information om från flera andra kanaler; prator, epikrisnotering i Cosmic och epikrisutskrift med vanlig post, utskrivningsmeddelande med fax. Andra inkommande remisser som anses onödiga är sådana som endast innehåller information om vad patienten sökt för och att denne bör söka vård på vårdcentralen eller sådana som uppmanar den mottagande läkaren att skicka en ny remiss. Ett exempel som jag blivit visad var en remiss från akuten som ber primärvårdsläkaren remittera en patient vidare till en specialist.

7.3.4 Signeringslista och signering av remisser

Flera av användarna tycker att det är svårt att hinna med att signera av allt som hamnar på signeringslistan. Av de jag intervjuat är det framförallt de som är lite äldre som har många osignerade ”händelse” på sina listor, mellan 200-300 stycken, men de säger att det finns kollegor som har ”många hundra mer”. En av användarna som berättade att hon signerade av dem ungefär varannan dag hade runt 80 stycken osignerade på sin lista vid besökstillfället. En av läkarna får remisserna som sekreterarna skrivit ut utskrivna på papper med en post-it på med en uppmaning att gå in i sin signeringslista och signera dem.

”Händelserna” i signeringslistan, som kan vara provsvar, remiss eller anteckning, står inte sorterade i någon särskild ordning. Den användare jag intervjuade angående detta vet inte om man kan filtrera eller sortera dem på något sätt. Användaren hade önskemål om att ”händelserna” skulle gå att sortera efter patient eller efter typ. Hon hade även problem med att sätta de ”händelser” som skulle följas upp på bevakningslistan, och behöll dem i signeringslistan istället. Vid signering av elektroniska remisser kommer det ut en utskrift som de flesta användare slänger.

7.3.5 Pappers- och elektroniska remisser

Som det ser ut idag använder de sig av både datorsystem och pappershantering, ”både hängslan och svångrem” till samma arbetsuppgift. Detta arbetssätt medför merarbete, dels för den som ska skicka och den som ska ta emot. Om en remiss kommer in både på papper och elektroniskt skapas två olika vårdåtaganden för samma ärende.

Ett annat exempel är cytologiprov då barnmorskorna först måste skriva ut en blankett som finns i datorn och posta denna, men den måste även ”skickas falskt” i datorn som en tom remiss så att man ska kunna lägga in svar elektroniskt sedan. De inkommande svaren kommer med vanlig post, de har två barnmorskor avdelade för att ta hand om detta. Barnmorskorna tycker att rutinerna kring cytologiremissen bör ses över då det är ett mycket tidskrävande arbete att dubbelarbete varje steg.

7.3.6 Rutiner i remisshantering

Ibland följs inte de föreskrivna rutinerna, vilket kan orsaka problem för andra användare i kedjan. Exempelvis gällande inkommande remisser är det oklart hur dessa ska hanteras. Korrekt gång är att bedömning ska göras i datorn av läkaren, där kan man välja hur fort patienten ska bli inbokad, sköterskan ska titta i bokningsunderlaget där, och sedan boka in patienten. Detta åtföljs i varierande grad av olika användare. Vissa användare uttrycker en önskan om utbildning så att ”alla gör lika.”

7.3.7 Information om och förberedelser inför införandet av konsultationsremissmodulen på Akademiska sjukhuset

Det skiljer sig ganska mycket åt mellan de två studerade vårdcentralerna huruvida användarna anser sig vara förberedda inför införandet av konsultationsremissmodulen på Akademiska sjukhuset. På Årsta verkar det ha diskuterats mer och användarna där verkar följaktligen mer inställda på att det kommer att ske en förändring.

Generellt sett är förväntningarna på införandet höga, många berättar att de väntat länge på det och att de tror att det kommer att förenkla mycket för dem i deras arbete. Många av användarna önskar också mer utbildning och genomgångar kring hur systemet ska användas och rutiner runt omkring. ”Man glömmer lätt, speciellt saker man inte använder så ofta.”

7.4 Supportrelaterade problemsituationer

7.4.1 Uppgraderingar av systemet

Ofta uppstår problem vid uppgraderingar, exempelvis att användarnas favoritlistor bland remissenheter försvinner men också att vyerna kan se annorlunda ut från hur de är vana vid.

Enligt några användare genomförs förändringar och uppgraderingar utan tidigare information, men senare ändrar de sig till att de så ofta får mail om nya saker att de till slut inte orkar läsa dem.

7.4.2 Osäkerhet i användning

Många användare är osäkra på vad de ska göra med alla knappar och fält som ska fyllas i, vilka som är nödvändiga eller vad de är till för. En del steg vet de inte om de behövs, men gör dem ändå, andra steg som borde göras hoppas över för att de inte vet att de borde utföras. ”Man trycker på olika knappar och prövar sig fram fast man inte riktigt vet varför man gör som man gör.” Även rutiner kring systemet finns osäkerhet kring, såsom att många skickar iväg de papper som kommer ut vid olika moment trots att det skickade ska ha gått iväg elektroniskt.

En av användarna uttrycker att det är så mycket med systemet som de inte riktigt förstår hur och varför man ska använda det ”att de tappar orken att försöka lära sig.” När tidigare kända vyer eller funktioner ändras kan användarna gå i ”baklås” och inte använda dem alls vilket

leder till minskad effektivitet både för dem som drabbas och för dem som måste göra det arbete de inte kan utföra. Exempelvis en av läkarna jag pratat med som inte längre kan använda remissystemet efter att dennes favoritlista försvann, dikterar nu allt istället även sådant som skulle ha gått fortare om det skrevs in direkt av läkaren själv.

7.5 Problem med systemet

7.5.1 Funktioner som inte tillgodoses av datorsystemet

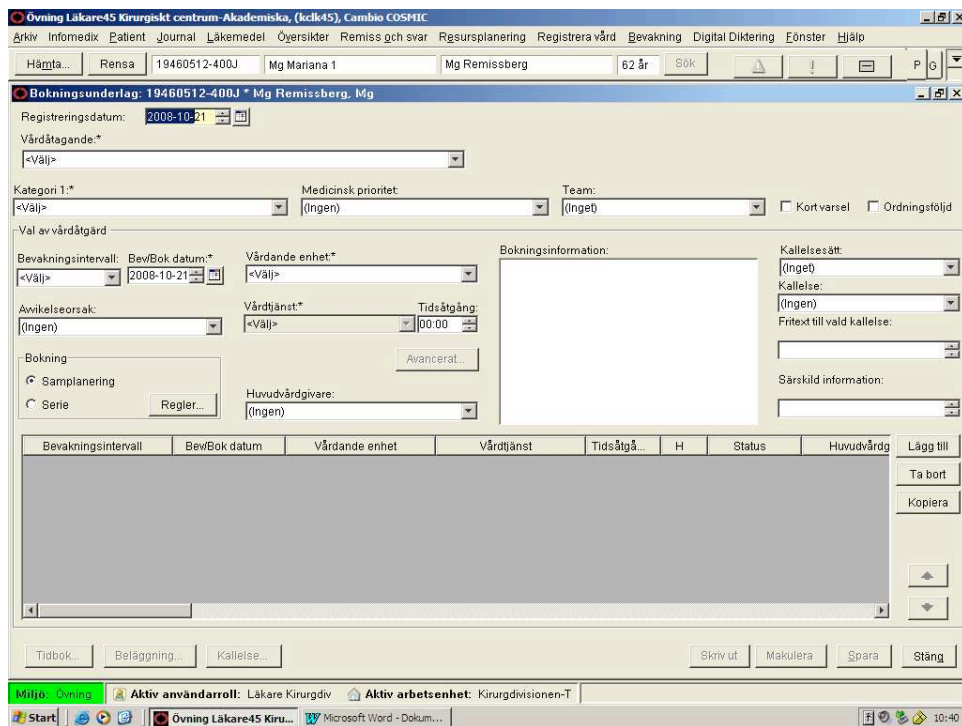
Barnmorskorna oroar sig inför detta. Idag har de egna anteckningar om patienten, som de inte dokumenterar, exempelvis, ”ta prov i v. 25”, vad man pratat om vid senaste besöket, som de lägger på lösa lappar i ett fack i pappersjournalen. De funderar över vart sådana anteckningar ska göras i framtiden.

7.5.2 Problem som vore relativt enkla att åtgärda

Användarna nämner att det finns många småproblem som de irriterar sig på och som gör att de inte trivs med att arbeta i systemet. En del av dem har rapporterat in felen, men ”inget händer eftersom de prioriteras för lågt”. En del av dessa problem vore enkla att åtgärda, vilket skulle göra arbetet enklare för användarna samt medföra att de fick en mer positiv inställning till systemet. Detta i sin tur skulle kunna leda till en större effektivitet i arbetet.

Nedan följer två exempel på sådana problem som borde vara relativt enkla att åtgärda. Både inkommande frågor och önskemål om tid kommer in till funktionsbrevlådan. Det finns två vägar in, en för att ställa frågor en för att önska tid. Ofta önskar patienterna tid i frågedelen också, men där tillfrågas de inte om personnummer. Detta gör att det blir krångligt för den som ska hantera de inkommande mailen. Det går att söka på patients namn men det är krångligt. Detta upplevs som ett tidskrävande moment. Åtgärden vore att det även i frågedelen efterfrågas personnummer.

Barnmorskorna nämner att det i rullistan för ”vårdtjänst” vid bokning finns med många tjänster som de inte använder. Dessa borde tas bort samt att hon tycker att ”mottagningsbesök” skulle kunna vara default eftersom det är det de oftast bokar in.



Figur 26: Bokningsunderlag i Cosmic

7.6 Journalrelaterade situationer

7.6.1 Journalanteckningar och diktat

Vid varje journalanteckning efter ett besök måste läkaren sätta en diagnos på patienten med hjälp av diagnoskoder. Dessa diagnoskoder, ICD-10, finns i en lista på internet samt i en folder. Emellertid stämmer inte de olika listorna alltid överens, vilket kan ställa till med problem. Läkare 2 anser att det är arbetskrävande att slå upp koder för allt. Enligt läkare 2 är kodningen främst till för administrativa syften, som att se vilka slags åkommor patienterna på en vårdcentral behandlas för, vilka som är de vanligaste åkommorna osv.

Vid varje nytt diktat på en patient måste läkaren välja vårdkontakt och datum, det är viktigt att välja rätt, annars kommer informationen från den senaste kontakten upp. Läkarna önskar att det automatiskt blev dagens datum.

7.6.2 Hitta i journalen

Det är svårt att söka efter information i journalen om man inte vet vad man letar efter eller var det finns. Under en observationsintervju hade läkaren tittat som hastigast i journalen inför besöket och sett något om ett njurstensanfall och tror att det är det besöket ska handla om. Anteckningen om njurstensanfall visar sig vara att patienten sökt för ryggsmärtor på akuten. Patienten berättar att hon har problem med hjärtat. Detta hade läkaren inte sett i journalen då det stod längre bak, och hon endast tittade på senaste anteckningar. Patienten har även haft problem med magen och gjort gastro- och koloskopi. Läkaren tittar i journalen efter

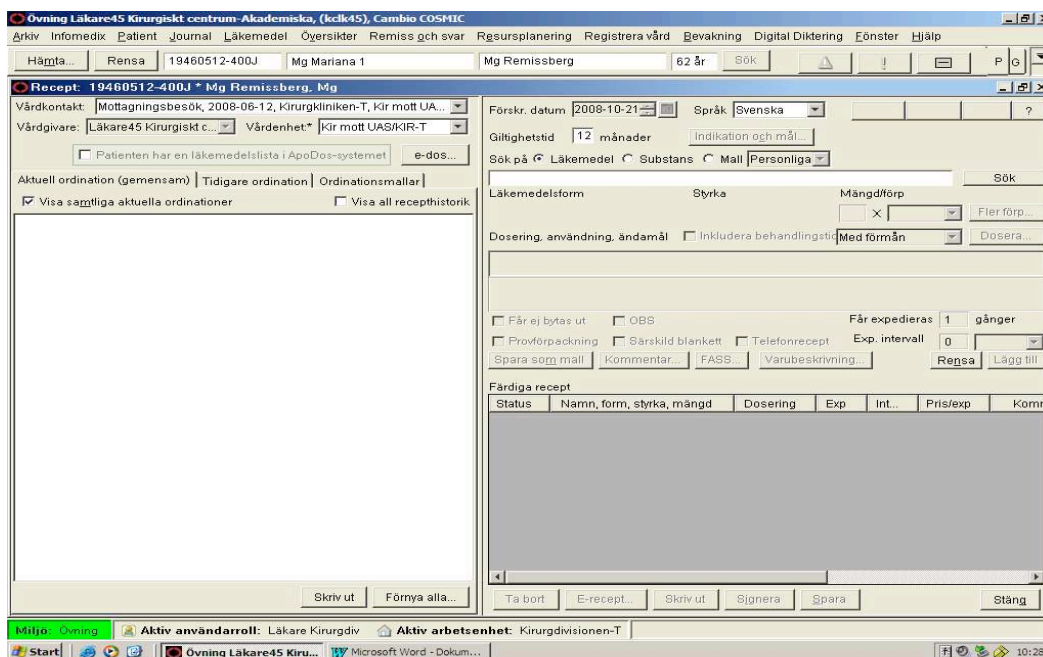
information om detta, men hittar det inte. Patienten berättar då att undersökningarna gjordes på en extern enhet och läkaren går istället in i KoVis och läser informationen där.

7.6.3 Läkemedel

Medicinlistan är mycket lång. En av de intervjuade läkarna berättar att hon brukar försöka rensa i listan varje gång hon får en ny patient, ofta finns det mycket inaktuella läkemedel med. Läkaren anser att det borde finnas en automatisk rensning av sådana läkemedel som gått ut så att det inte blir så rörigt.

Ett annat problem är att det inte står pris i listan där man väljer vilken medicin man vill ordinera, detta syns endast efter att man valt medicinen. Det finns önskemål om att kunna jämföra pris och söka på verksamt ämne istället för läkemedelsnamn som i nuläget. Till exempel kommer det upp 17 olika om söker på Voltaren, både olika styrkor och olika sorter (tabletter, gel, suppar). Detta försvårar läkarens dagliga arbete. Det finns en knapp ”Jämför pris”, men den är inte aktiverad och går inte att trycka på.

Om det ska skrivas ut fler mediciner till en patient måste allt göras färdigt i ett svep, om man backar försvinner de tidigare valen. Vid utskrivning av hjälpmedel (t.ex. nålar till diabetiker) måste dessa skrivas ut på blankett och postas. Här finns önskemål om att även hjälpmedel ska finnas med i den vanliga läkemedelslistan och gå att skicka direkt till apoteket.



Figur 27: Läkemedelsförskrivning i Cosmic

7.7 Sammanfattande analys

Överlag har de flesta medverkande användare uppgett att datoranvändningen fungerar bra eller hyfsat bra trots att många också påpekat de brister de upplever med systemet. Alla vårdcentralscheferna som deltog i telefonintervjun säger att datoranvändningen fungerar bra hos dem. Att vårdcentralscheferna som grupp svarar mer positivt kan dels ha att göra med att

de inte har samma kontakt med systemet i sina dagliga uppgifter som övriga användare, dels att de vill ge ett gott intryck av sin vårdcentral.

Det var påfallande skillnader i svaren från de två medverkande vårdcentralerna. På Årsta är användarna generellt mer positiva till det mesta. En förklaring till detta kan vara att Årsta har en väldigt kompetent IT-stödsperson i sin personal, vilket påvisar vikten av ett gott IT-stöd lokalt på vårdcentralerna. Övriga IT-stödspersoner jag pratat med har uttryckt att de inte kan mer än en vanlig användare och ofta får skicka vidare ärenden de får.

7.7.1 Riskfaktorer inför införandet

Något annat som är utmärkande är att i stort sett alla användare jag har kommit i kontakt med har höga förväntningar på införandet av konsultationsremissen, att det kommer att innebära en förbättring av deras verksamhet. Dessa höga förväntningar kan utgöra en riskfaktor för användarnas upplevelse av införandet. Tidigare studier har visat att orealistiska förväntningar har lett till en besvikelse på systemet

En eventuell riskgrupp inför införandet av konsultationsremissmodulen är läkare som läkare 4 och läkare 5, se sidorna 16-17 och 19-20 i bilaga 2. Vid mitt besök hade de båda mycket på sin osignerade lista och uttalade att de hade problem vid användningen av systemet överlag, att de inte riktigt visste vad allt var till för eller varför de gjorde vissa saker. Den ena av dem fick idag regelbundna påminnelser om att gå in och signera remisser i datorn av läkarsekreterarna. Båda är lite äldre, runt 60. Användare som befinner sig i denna grupp kan utgöra en risk för säkerheten i remisshanteringen då allt ska skötas elektroniskt via datorn.

7.7.2 Inkommande remisser

Då jag nämnde att jag ville diskutera remisshantering tänkte alla användarna först på de inkommande remisserna. Detta tyder på att det främst är de som orsakar problem i deras arbete. Ett av problemen är att de inkommande remisser inte är så vanligt förekommande att läkarna kan få in en bra rutin angående dem. Ett annat är att många av de inkommande remisserna verkar fylla ett annat syfte än de är avsedda för. Exempelvis är det vanligt förekommande med remisser som endast innehåller information om att patienten uppmanats att söka vård själv, detta ökar arbetsbelastningen hos mottagaren som måste administrera dessa remisser trots att patienten redan sökt hjälp själv. Ett annat exempel är remisser vars syfte är att upplysa primärvården om att en patient blivit utskriven från specialistvård.

Det finns idag en stor osäkerhet angående vad som ska göras med de papper som kommer ut då elektroniska remisser ska signeras och skickas. Många skickar papperna som kommer ut med posten ”för säkerhets skull”. Vid fråga till IT-ansvarig får jag reda på att de inte ska skickas. Ingen vet varför de kommer ut överhuvudtaget.

Överlag finns osäkerhet angående hur rutinerna ser ut kring de inkommande remisserna, exempelvis att man ska skapa ett bokningsunderlag där sedan en sjuksköterska ska boka in patienten. Dessa rutiner blir emellertid inaktuella då remisserna, som i de ovan nämnda fallen, inte innehåller en förfrågan om att boka in en patient för besök.

7.7.3 Utgående remisser

Rutinerna för de utgående remisserna verkar vara mer fungerande än för de inkommande remisserna. Det största problemet med dessa är att hitta rätt remissinstans. Många användare uttrycker att listorna över instanserna är ologiskt uppbyggda och att det är svårt att hitta rätt i dem.

7.7.4 Rutiner och utbildning

Ett intressant resultat av studien är att många användare tycker att deras medanvändare inte använder systemet på rätt sätt. Detta är en av de vanligast angivna orsakerna både till problem och till att användarna inte litar på systemet i enkätundersökningen. Att folk är osäkra på om andra gör rätt tyder på avsaknad av gemensamma rutiner.

Majoriteten av de medverkande användarna hade inte fått information om när införandet av konsultationsremissen på sjukhuset skulle ske. Detta tyder på att informationsflödet till personalen på vårdgivarna inte är så välfungerande.

Enligt enkätundersökningen är de flesta användare nöjda med den utbildningen de har fått i att använda systemet, 75% tycker att den varit bra eller mycket bra. Det som upplevs som negativt är att utbildningen inte varit anpassad efter de olika yrkeskategoriernas olika sätt att använda systemet, detta finns det önskemål om hos användarna. De önskar även något slags kurs med praktiska knep i användningen då klickande och sökvägar upplevs problematiskt.

7.7.5 Problem med systemet och support

På enkätfrågan om användarna upplever att det finns problem med systemet svarade 100% av de medverkande att de anser att det finns problem med systemet. Problemen stör de svarande i olika hög grad. Den största andelen, 68%, anser att problemen stör dem i arbetet ibland, men 18% anser att problemen hindrar dem mycket i deras arbete. Det finns också en stor frustration hos användarna över "ej fixade fel" som prioriteras lågt, vilket ger dem en känsla av att de saknar möjlighet att påverka.

Många upplever att förändringar i programmet kommer godtyckligt och utan förvarning, men också att de inte orkar läsa de informationsmail de får. Också här finns en indikation på att informationsflödet inte är optimalt. Alla tillfrågade användare tror sig även veta vart de ska vända sig med supportfrågor men av vart de uppger att de faktiskt vänder sig att döma råder det förvirring om vart de ska vända sig.

8. Sammanfattande slutsatser

”En teknisk pryl som inte fungerar och lever sitt eget liv, i en pressad miljö, skapar stress hos användarna.”

Vårdcentralschef 6

Det är viktigt för användarna att ha ett redskap som stöder dem i deras arbetssituation. Många användare vill gärna ”prata av sig” om alla problem de har i användandet och tar chansen att göra det när någon lyssnar. Det finns mycket uppdämd frustration hos användarna. ”Småfel” som inte åtgärdas eftersom det inte verkar prioriteras högt nog upplevs som irriterande av många. Hur vana användarna är vid att arbeta med dator är också viktigt för hur systemet upplevs. En vårdcentralschef menar att från ledningshåll underskattas vikten av kompetens i datoranvändande hos vårdpersonalen. Många användare har för låg datorvana och Cosmic får skulden för saker som skulle kunna lösas med bättre datorvana hos personalen.

Det dagliga arbetet har förändrats i och med införandet av det nya datorsystemet Cosmic. Systemet har tvingat in användarna i nya rutiner, uppgifter som varit typiska för vissa yrkeskategorier utförs idag av andra. Speciellt läkarna anser att många nya uppgifter som tidigare inte tillhört deras ansvar numera ligger på dem.

Ännu två år efter införandet av Cosmic på vårdcentralerna är det mycket användarna inte förstår eller kan använda på rätt sätt. Osäkerheten resulterar ofta i merarbete för någon part, exempelvis i form av att remisser skickas både på papper och elektroniskt ”för säkerhets skull”. Som en användare själv uttryckte det så använder de sig av ”både hängslan och svängrem” idag. Många känner att de inte orkar bry sig om att konsultationsremissen, ännu ett oklart moment som de inte bemästrar, tillkommer. Emellertid bygger en fungerande remisshantering på att alla gör på rätt sätt.

Vårdpersonalen vet inte riktigt vad de ska göra för att förbättra sin arbetssituation. Det finns flera anledningar till detta, bland annat handlar det om ansvarfrågor, tillväjning och maktlöshetskänslor. Många tycker inte att det är deras ansvar att ta tag i det som är besvärligt utan tänker att ”det får någon annan göra” eller så vet de inte vart de ska vända sig. Andra anledningar till att inte göra något är att de vant sig vid situationen och hittat sätt att jobba runt problemen, att de inte orkar eller känner att de får gehör. Arbetsmiljön påverkas även i hög grad av den ökade tillgängligheten. Personalen upplever att de inte har resurser att ta hand om alla patienter som de får kontakt med genom den ökade tillgängligheten utan att istället alltför mycket tid går åt till administration av detta genom främst telefonsamtal och mail. Speciellt yrkeskategorin sjuksköterskor upplever att all deras arbetstid går åt till att sitta i telefon numera. Användarna upplever även att tillgängligheten försvårar för dem som verkligen behöver vård att få den då fler söker för småsaker.

Hos ett flertal av de intervjuade vårdcentralscheferna finns inställningen att inga speciella förberedelser behövs inför införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset, utan att det kommer lösa sig själv när de väl börjar använda modulen fullt ut. En del av dem har dock börjat se över rutinerna för att se vad som kan förbättras. Alla intervjuade vårdcentralschefer samt mina kontaktpersoner på de två vårdcentraler som medverkar i studien uppger att de har fått information om införandet. Emellertid är det många av användarna som inte nåtts av denna information. Detta tyder på dålig kommunikation nedåt i organisationen.

Generellt sett över alla svarande från de olika insamlingsmetoderna finns det trots allt höga förväntningar på införandet. Erfarenheter från tidigare studier har visat att orealistiska förväntningar har lett till en besvikelse på systemet. Förväntningarna kan alltså utgöra en riskfaktor.

8.1 Rekommendationer

Detta avsnitt innehåller mina rekommendationer om vad som kan göras för att förbättra användningssituationen för användarna i primärvården utifrån de erfarenheter jag fått genom min studie.

Kommunikation, förbättringsarbete och support

- Skapa bättre kommunikationsflöde och kommunikationskanaler till användarna om förändringar som rör dem. Både lokalt, hur ledningen för vårdcentralen informerar de som arbetar där samt hur vårdcentralen informeras uppifrån om förändringar. Exempel på lokala kommunikationskanaler som används på de två vårdcentraler som medverkat i studien är muntlig information vid exempelvis personalmöten och e-post med information. Resultaten från studien visar att alla de personer i ledningsposition som medverkat i studien hade fått information om införandet, men många av de övriga användarna visste inte att konsultationsremissmodulen skulle införas på sjukhuset i början av maj. På den vårdcentral där de tagit upp frågor kring kommande förändringar har användarna nåtts av informationen i högre grad än den vårdcentral där den huvudsakliga kommunikationskanalen uppgavs vara e-post med information.
- Tillsätt en eller flera personer på vårdcentralen som är ansvariga för förbättringsarbete och att framföra vilka problem som finns till lämpligt ställe. Detta skulle kunna vara bra så att personalen på vårdcentralen vet vart de ska vända sig, och så att ledningen vet vem de ska kontakta angående förbättringsarbete. Det vore även bra om den ansvariga personen kunde samordna klagomålen istället för att enskilda användare ska framföra problemen var för sig.
- Åtgärda småfel som går lätt att ordna. Dels underlättar det för användarna i deras arbete, dels kan det ge en mer positiv attityd till systemet och en känsla av att få gehör för sina åsikter. En bättre användarnöjdhet ger bättre arbetsprestation och effektivitet. Kanske kunde det skapas en egen prioriteringslista för de mindre problemen så att mindre och större problem hanteras för sig.
- Arbeta med att identifiera riskgrupper i användningen och sätta in resurser där. Ett exempelvis på en potentiell riskgrupp som jag stött på är läkare som har problem med att komma ihåg eller hinna med att kontrollera signeringslistan.

Utbildning

- Ge repetitionsutbildning, som önskas av många användare, samt utbildning som är speciellt anpassad för specifika yrkesrollers användning av systemet. Det finns mycket osäkerhet i dagens användning som leder till merarbete och mer kognitiv ansträngning för användarna, samt kan leda till fel som kan äventyra patientsäkerheten eller fördröja att patienten får vård.

- Ge utbildning i rutiner kring remisshantering så att alla gör lika. Det finns en oro hos användarna över att andra gör fel vilket indikerar avsaknad av gemensamma rutiner för hanteringen.

Inkommande remisser

- Tillsätt en eller flera speciella personer som är avdelade att ta emot alla inkommande remisser på vårdcentralen som kan få rutin på det då det sker så sällan för varje enskild läkare. Hos sjukgymnasterna arbetar de redan på det viset, de har en assistent som tar emot och sorterar inkommande remisser.
- Hitta andra sätt att hantera det de ”onödiga” inkommande remisserna gäller. Exempelvis att bestämma en samlad kanal där alla rapporteringar om utskrivning från sjukhuset sker och ett mer restriktivt förhållningssätt angående de remisser som gäller patienter som redan uppmanats att söka vård själva.

9. Utvärdering av studien och förslag till fortsatta studier

9.1 Utvärdering av studien

Syftet med examensarbetet var att ta reda på vad som fungerar bra respektive dåligt i dagens datoranvändning i primärvården med ett särskilt fokus på datorstöd i remisshantering samt att studera vilka förväntningar som finns på införandet av konsultationsremissmodulen samt vilka förberedelser som har gjorts inför införandet. Kartläggningen skulle även vara till hjälp för att utröna vilka förbättringar som kan behöva göras.

För att uppnå mitt syfte hade jag följande frågeställningar:

- Hur fungerar datoranvändningen generellt på vårdcentralen/primärvården idag?
 - Vad fungerar bra idag, vilka delar av systemet är bra och varför?
 - Vilka delar fungerar mindre bra? Vad behöver förbättras?
- Hur fungerar remisshantering idag? Vilka rutiner finns?
 - Vilka förväntningar finns på införandet av konsultationsremissen?
 - Vilka förberedelser har gjorts inför införandet?

Jag tycker att frågorna är relevanta, dock insåg jag när jag kom in i verksamheten att det skulle bli ett allt för omfattande arbete att göra en uttömmande undersökning över vilka delar av dagens datoranvändning som fungerar bra respektive mindre bra. Som det blev nu har jag istället fått en översiktlig bild av hur det fungerar och en viss inblick i några detaljer.

Då jag inlett studien upptäckte jag att många av användarna inte var medvetna om att införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset skulle ske. Detta faktum medförde att de båda subfrågorna om remisshantering blev mindre relevanta. Det hade varit bättre att fokusera på varför informationen inte nådde ut på ett tillfredsställande sätt.

Den största svårigheten jag stött på under arbetet har varit insamlandet av enkäterna. På den ena vårdcentralen hade jag stora besvär med att få in tillräckligt många svar. Svårigheterna berodde troligen främst på hur informationen inför och själva utdelandet av enkäterna gick till. Också att få tag i vårdcentralchefer till mina telefonintervjuer var besvärligt, då det var många av cheferna som inte var anträffbara. Både dessa omständigheter har påverkat kvaliteten på mina resultat. Svarsfrekvensen på enkätundersökningen blev endast runt 40% på den ena vårdcentralen, där jag egentligen hade velat ha minst 50% för att vara riktigt nöjd. Angående telefonintervjuerna var min intention från början att intervjua minst 10 vårdcentralchefer, men nu blev det bara sex stycken. Detta visade sig dock vara tillräckligt för att få fram intressanta resultat från gruppen.

Om jag hade haft mer tid till förfogande hade jag velat träffa användare från fler yrkeskategorier för att göra observationsintervjuer. Som det ser ut nu kommer de flesta medverkande användarna från yrkeskategorierna läkare och läkarsekreterare. Andra yrkeskategorier som hanterar remisser hade kunnat studeras mer ingående, exempelvis sjukgymnaster eller barnmorskor.

9.2 Fortsatta studier

Detta avsnitt innehåller några förslag till fortsatta studier i anslutning till denna studie.

- Det vore intressant att använda införandet av remisshanteringsmodulen som exempel för att undersöka hur informationsspridningen i verksamheten går till mer detaljerat och ta reda på varför informationen inte når användarna på ett tillfredsställande sätt.
- Mina resultat pekar mot att det är viktigt att göra en mer ingående studie av hur remisshanteringsmodulen används och hur rutinerna kring remisshantering ser ut, särskilt efter att införandet genomförts.
- En studie av vilka bilder av användandet som finns och hur de uppkommer vore givande för förståelsen av hur användarna upplever sin användningssituation. En bild av användandet som jag lagt märke till i min studie är att många användare inte tror att deras medanvändare använder systemet på rätt sätt.

10. Källförteckning

10.1 Tryckta källor

Allebeck, Peter & Hansagi, Helen, *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forskning och utvecklingsarbete*, (Studentlitteratur, Lund, 1994)

Allwood, Carl Martin, *Människa-datorinteraktion: Ett psykologiskt perspektiv*, (Studentlitteratur, Lund, 1998)

Andersson, Linnéa, Problem vid införande av IT - en studie av ett gemensamt system för vårdokumentation inom Landstinget i Uppsala län, 2006

Andersson Nazzal, Lena & Rydberg, Agneta, Ett vårdinformationssystem i vårdens frontlinje, 2007

Beye, Hugh & Holtzblatt, Karen, *Contextual Design*, (Morgan Kaufmann Publishers, 1999)

Cambio Healthcare Systems, informationsbroschyr

Enlund, Lisa, En patient, en användbar journal, 2006

Gulliksen, Jan & Göransson, Bengt, *Användarcentrerad systemdesign*, (Studentlitteratur, Lund, 2002)

Guvå, Gunilla & Hylander, Ingrid, *Grundad teori – ett teorigenererande forskningsperspektiv*, (Liber AB, Stockholm, 2003)

Informationsmaterialet Systemförvaltningsmodell 2.0 © Copyright Landstinget i Uppsala Län

Janols, Rebecka, A usability study in primary care, 2008

Kylén, Jan-Axel, *Att få svar: intervju, enkät, observation*, (Bonnier utbildning, Stockholm, 2004)

Lind, Mats & Nygren, Else & Sandblad, Bengt, Kognitiva arbetsmiljöproblem och Gränssnittsdesign, CMD-rapport nr 20/91, www.it.uu.se/research/hci/publications/papers/20/20.pdf, 1991

Lindström, Lennart, Lättare att nå vården per telefon, Uppsala Nya Tidning, 090407

Söderbergh, Gunnar, Journalsystemet Cosmics påverkan på vårdens produktivitet, 2007

Wehlou, J. Martin, Rapport beträffande Cambio Cosmic i primärvården, med betänkanden, 2006

10.2 Elektroniska källor

Antrop – Användbarhetsspecialister, interaktionsdesigner, användbarhetsexperter,
http://www.antrop.se/nyhetsbrev_mars.aspx, 090331

Användarcentrerad programutveckling,
<http://www.csc.kth.se/utbildning/kth/kurser/DH2655/Webbsidor/2006/grupp3/method2.htm>,
090323

Cambios kunder, <http://www.cambio.se/zino.aspx?articleID=42>, 090428

Landstinget i Uppsala län

Allmänt om valfrihet, http://www.lul.se/templates/page___119.aspx, 090402

Fakta om Landstingets elektroniska journalsystem,
http://www.lul.se/templates/page___5473.aspx, 090428

Landstingets förvaltningar, http://www.lul.se/templates/page___3450.aspx, 090324

Landstinget i Uppsala Län, http://www.lul.se/default___10837.aspx, 090211

Landstinget i Uppsala Län, http://www.lul.se/default___10837.aspx, 090211

Landstinget i Uppsala Län, http://www.lul.se/default___10725.aspx, 090218

Landstinget i Uppsala Län, http://www.lul.se/default___10725.aspx, 090218

Politik, http://www.lul.se/default___9780.aspx, 090330

Primärvården, http://www.lul.se/templates/page___9727.aspx, 090330

Valfrihet i vården, http://www.lul.se/templates/page___118.aspx, 090402

Valfrihet i primärvården, http://www.lul.se/templates/page___12291.aspx, 090403

Verksamhetsidé, http://www.lul.se/templates/page___575.aspx, 090324 Verksamhetsidé,
http://www.lul.se/templates/page___575.aspx, 090324

Vårdgaranti, http://www.lul.se/templates/page___3510.aspx, 090403

Vårdformer, http://www.lul.se/templates/page___121.aspx, 090403

10.3 Muntliga källor

Borälv, Erik- Uppsala universitet

Daniels, Mats- Uppsala universitet

Janols, Rebecka- Uppsala universitet

Norman, Mats- vårdsystemsamordnare primärvården

Pettersson, Gudrun- IT-stödsperson på Årsta vårdcentral

Sandblad, Bengt- Uppsala universitet

Schäfer, Carola- vårdcentralschef Samariterhemmet vårdcentral

Övriga muntliga källor har anonymiserats i rapporten.

10.4 Figurer

Figur 1: Verksamhetskostnader inom Landstinget år 2007,
http://www.lul.se/templates/page_313.aspx

Figur 2: Landstingets förvaltningar som arbetar med sjukvård, egen

Figur 3: Cosmic förvaltning, egen figur

Figur 4: Forskningsområdet MDI, (ACM/SIGCHI), 1992. Redigerad med ringmarkeringar.

Figur 5: Exempel på bunden fråga, egen efter förebild i Jan-Axel Kylén, Att få svar: intervju, enkät, observation, (Bonnier utbildning, Stockholm, 2004)

Figur 6: Exempel på skalfråga, egen efter förebild i Att få svar: intervju, enkät, observation

Figur 7: Remisshantering i Cosmic, utbildningsmiljö hösten 081021

Figur 8- 25: Egna figurer, baserade på resultat av enkätundersökning

Figur 26: Bokningsunderlag i Cosmic, utbildningsmiljö hösten 081021

Figur 27: Läkemedelsförskrivning i Cosmic, utbildningsmiljö hösten 081021

Bilaga 1

Yrkesroller

Läkare

För att utbilda sig till läkare krävs det 11 terminer, eller 5,5 år, av studier på läkarprogrammet. Under de första terminerna studeras medicinsk grundvetenskap (prekliniska studier), under de senare terminerna ägnar sig läkarstudenterna åt kliniska studier ute i verksamhet. Det ingår även en termins fördjupningsarbete i utbildningen.

Underläkare

Underläkare är en samlingsbenämning på läkare under utbildning fram tills specialistexamen erhållits. Efter specialistexamen tituleras läkaren som specialistläkare. Underläkare innefattar alltså såväl AT- och ST-läkare som läkare under utbildningens senare år, populärt kallade läkarkandidater.

AT-läkare

En AT-läkare är en läkare som fullgjort sina universitetsstudier och gör sin allmäntjänstgöring (AT). Allmäntjänstgöringen är tidsbegränsad, mellan 18 och 21 månader. Efter utförd AT kan läkaren ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen efter godkända kunskapsprov i de ämnesområden AT:n omfattar.

ST-läkare

Efter legitimeringen kan läkaren ansöka om specialistutbildning. Minst 5 års teoretiska och praktiska studier krävs för att få specialistkompetens. Under utbildningen till specialistläkare kallas läkaren ST-läkare då denne gör sin specialisttjänstgöring. Läkare som arbetar inom primärvården har oftast specialinriktningen allmänmedicin och kallas allmänläkare.

Chefsläkare

En chefsläkare är en läkare som enligt 1962 års sjukhuslag har till uppgift att ”biträda sjukhusdirektören i medicinska frågor vid ledningen av sjukhuset eller sjukvårdsdistriktet”⁴⁶. En chefsläkare kan sägas ha det yttersta ansvaret för den medicinska säkerheten gentemot ledningen. Till chefsläkare utses vanligen överläkare, biträdande överläkare eller distriktsläkare.

Sjuksköterska

Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som har det primära ansvaret för planering och ledning, genomförande och utvärdering av det kliniska omvårdnadsarbetet⁴⁷. Inom primärvården arbetar sjuksköterskan främst med preventiva och hälsofrämjande verksamheter.

Läkaren har det medicinska ansvaret för diagnos och val av behandling samt det övergripande patientansvaret. Sjuksköterskan har det omvårdnadsrättsliga ansvaret, vilket

⁴⁶ Nationalencyklopedin, <http://ne.se/1%C3%A5ng/chefsl%C3%A4kare>, 090325

⁴⁷ Nationalencyklopedin, <http://ne.se/1%C3%A5ng/sjuksk%C3%B6terska>, 090325

inom slutenvården även innefattar läkemedelshantering och läkemedelsadministration till patienten.

För vissa tjänster krävs utöver den treåriga grundutbildningen också en specialistutbildning på mellan en och tre terminer. Exempel på sjukskötersketjänster som kräver specialistutbildning är ambulanssjuksköterska, barnmorska, distriktssköterska och operationssjuksköterska.

Distriktssköterska

Distriktssköterska är en specialistutbildad sjuksköterska som ofta tjänstgör inom primärvården, hemsjukvården eller skolhälsovården. Specialistutbildningen till distriktssköterska omfattar 2,5 terminers högskolestudier och innehåller kurser i omvårdnad, hälso- och sjukvård för äldre, hälso- och sjukvård för barn samt folkhälsovetenskap. Distriktssköterskan kan förskriva ett antal receptbelagda läkemedel från en lista fastslagen av Socialstyrelsen.

Distriktssköterskan arbetar ofta med hälsokontroller och vaccination av spädbarn och förskolebarn på barnavårdscentraler. Distriktssköterskan ansvarar även för enklare sjukvård men som ändå är för avancerat för egenvård. Det kan gälla sårvård, vaccinationer, injektioner och blodtryckskontroll. I hemsjukvården vårdar distriktssköterskan människor med kroniska sjukdomar och handikapp samt människor i livets slutskede.

Barnmorska

Barnmorskan är ännu en vidareutbildad sjuksköterska, 1,5 års studier efter grundutbildningen krävs för att bli barnmorska. Specialistutbildningen omfattar reproduktiv och perinatal omvårdnad (omvårdnad före, under och efter förlossning). En barnmorskas arbetsuppgifter berör kvinnor och barns hälsa under graviditet, förlossning och barnsäng samt preventivmedelsrådgivning och förskrivning av desamma. Barnmorskan kan arbeta på förlossnings- eller BB-avdelningar, gynekologiska avdelningar samt mödrahälsovårds-, ungdoms- och klimakteriemottagningar.

Undersköterska

Gymnasieskolans treåriga omvårdnadsprogram ger den grundläggande utbildningen för att kunna arbeta som undersköterska. Arbetsuppgifterna en undersköterska utför skiljer sig mycket åt på olika arbetsplatser. Traditionellt kan man säga att undersköterskans uppgift är att utföra medicinska uppgifter efter delegation från en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Exempel på sådana uppgifter kan vara att ge läkemedel, sätta sondmat eller kateter, såromläggningar, ta blodtryck och blodprover.

Sjukgymnast

För att arbeta som sjukgymnast eller fysioterapeut krävs en legitimation från Socialstyrelsen som erhålls efter 3 års högskolestudier. Efter grundutbildningen kan man även ansöka om specialistkompetensutbildning, exempel på områden som kräver specialistkompetens är pediatrik och ortopedi.

Sjukgymnasten kan arbeta inom många olika områden exempelvis sjukhus, habilitering eller primärvård. I arbetsuppgifterna ingår undersökning och behandling med syfte att bota, förebygga eller lindra sjukdomar eller skador i rörelse- och stödjeorganen (muskler, leder, skelett och nerver). Åtgärderna kan vara såväl förebyggande som rehabiliterande.

Kurator

En kurator är en socialarbetare med socionomutbildning. I första hand har kuratorn psykosociala arbetsuppgifter men arbetar även med rådgivning och behandling i samband med kriser av psykisk, familjesocial och praktisk-ekonomisk natur⁴⁸.

Psykolog

För att utbilda sig till psykolog krävs en femårig universitetsutbildning samt ett års handledd psykologpraktik. Därefter kan Socialstyrelsen utfärda en psykologlegitimation. En legitimerad psykolog har rätt att självständigt utföra psykologiska hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa uppgifter innefattar att göra bedömningar av psykologisk och psykiatrisk natur, ställa diagnos samt föreslå och genomföra psykologisk behandling⁴⁹.

Läkarsekreterare

Läkarsekreteraren har administrativa arbetsuppgifter och arbetar huvudsakligen med medicinsk dokumentation som journalskrivning, remisser och intyg. Utöver den medicinska dokumentationen kan läkarsekreteraren även ansvara för att svara i telefon eller sköta receptionen. Ettårig eftergymnasial utbildning krävs för att bli läkarsekreterare.

⁴⁸ Nationalencyklopedin, <http://ne.se/1%C3%A5ng/kurator/233785>, 090330

⁴⁹ Wikipedia, <http://sv.wikipedia.org/wiki/Psykolog>, 090330

Bilaga 2

Observationsintervjuer

Läkare 1, Årsta vårdcentral, 090219

Innan besöket

Läkare 1 tittar igenom journalen innan patienten kommer. Hon använder då de senaste 20 anteckningarna, eller om den är tom; läkaranteckningarna. När patienten kommer berättar hon hur besöket är upplagt och frågar om det är något mer patienten vill ta upp än det patienten sökt för. Ofta visar det sig att patienter kan ha fler saker de vill ta upp när de ”ändå är där”. Det kan vara lite besvärligt då tiden som är bokad till besöket kanske inte räcker till för de extra besvären samt att läkaren inte hunnit kolla i journalen angående detta.

Under besöket

Under besöket används datorn om läkare 1 behöver kolla provsvar, röntgensvar eller dylikt. Annars antecknar hon på ett papper. ”I princip sitter jag inte och glor i datorn medan patienten är där.” Om hon använder datorn medan patienten är där talar hon om vad hon gör och varför hon gör det. Hon anser inte att datorn är ett störande moment i kontakten med patienterna.

Vid telefonsamtal har hon alltid informationen om den aktuella patienten uppe så hon kan svara på frågor, där är datorn ett viktigt redskap.

Efter besöket

Efter att patienten har gått dikterar läkare 1 anteckningar om besöket istället för att skriva in dem själv i datorn. Även remisserna dikteras. Dessa diktat tar sedan läkarsekreterarna hand om och skriver in. Diktaten går att lyssna på från hela Landstinget även innan de skrivits ut, då de talas in i datorsystemet. En mikrofon är kopplad till datorn, det finns en speciell flik för diktering kopplad till patienten. Optimalt är att hinna göra dikteringen mellan besöken, så att föregående patient är avklarad innan nästa kommer.

Då läkaren dikterar kan hon välja med vilken prioritet diktatet ska behandlas. Låg använder läkare 1 aldrig, oftast normal, eller hög om det är brådskande. När man börjar ett nytt diktat står statusen som ”Nytt”. Sedan syns i statusen vad som händer med diktaten, när de börjat behandlats och när de är klara.

Remisser & provsvar

Remisser som ska skickas dikterar läkare 1 in i dikteringsprogrammet varefter sekreterarna skriver ut dem och skickar dem. Om det är brådskande brukar hon skriva in dem själv istället för att diktera. Då läkaren fyller i remissen finns det fält för mottagande enhet som måste fyllas i, det finns även ett fält för mottagande vårdgivare som däremot inte måste fyllas i. Status på remisser, labbsvar och röntgen (avsänd, mottagen, behandlad, tillbakasänd osv.) visas i siffror.

Konsultationsremisserna är lite krångliga att skicka iväg, den som skickar en remiss måste välja mottagande enhet, vilket inte är så lätt om man inte vet var de ligger i listan, exempelvis att barnspecialisten ligger under gynekologi. Röntgenremisser skriver läkare 1 själv, de är enklare eftersom de går iväg elektroniskt.

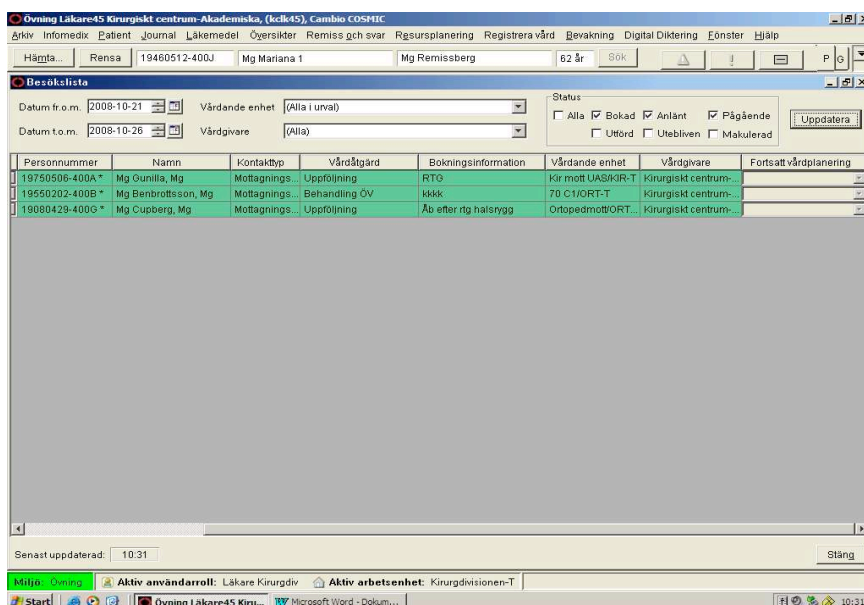
Provsvar finns också kopplat till varje patient. Där finns för varje prov en kolumn med referensvärden så att provsvarens värde kan jämföras med normalvärdena. Avvikande värden markeras även röda eller med stjärnor. Det finns möjlighet att välja att visa grafer över hur värdena förändrats. Läkare 1 säger att hon inte använder graferna så ofta men i vissa fall kan det vara bra att se hur värdena varierar över tid.

I flikarna externa journaler finns journaler från det gamla systemet Profdoc och KoVis. KoVis innehåller pappersjournaler som är inskannade. Sjukhuset använder idag inte Cosmic fullt ut vilket innebär att en del av deras anteckningar finns i KoVis istället.

Av de fyra patientbesök jag närvarar vid blir tre stycken vidareremitterade. I ett av fallen är det en patient som resulterar i två remisser till två olika enheter, i det andra fallet en patient som remitteras till akuten och det tredje en remiss med hög prioritet. Den sista remissen skickas efter en muntlig konsultation med kollega om huruvida patienten ska skickas akut eller remitteras med hög prioritet. Läkare 1 skickar remissen både elektroniskt och med fax samt ringer ett samtal dit för att tala om att det är brådskande. Eftersom den skickas direkt skriver doktorn in den själv i datorn.

Negativa aspekter på datoranvändandet i arbetet

En negativ aspekt med systemet är att det inte automatiskt uppdateras, exempelvis om nya patienter bokas in till läkaren. Mest störande är att patientens status inte uppdateras, det vill säga om patienten anlant och anmält sig i receptionen så ändras statusen så att läkaren ska veta om att patienten har kommit. Detta måste man uppdatera sidan för att se, ändras inte automatiskt. Besökslistan visar när patienterna är inbokade (grön), när de anlant (orange) och när de har gått väljer läkaren statusen utförd.



Figur 28: Besökslistan i Cosmic

En annan negativ aspekt läkare 1 tar upp är att tidboken och besökslistan är två separata listor, tidigare var det en och samma. I tidboken ser hon hur dagen är upplagd, besökslistan visar patienterna (det är där statusen syns för om de har anlant och så vidare). Det innebär fler musklick då man måste skifta mellan de båda listorna.

Läkarsekreterare 1 & 2, Samariterhemmets vårdcentral, 090224

Arbetsuppgifter

Läkarsekreterarnas arbetsuppgifter är att skriva in i journalerna det som läkarna dikterat digitalt in i Cosmic. Det kan vara journalanteckningar eller remisser, men även brev eller olika sorts dokument och intyg till olika instanser (försäkringskassan, socialstyrelsen) eller till andra vårdgivare.

Det finns en dikteringslista som de går in på för att se vilka dikteringar de har att skriva ut. Där ser man status på diktatet; nytt när det skapats av läkaren, klar när den är färdig för utskrift. Läkaren kan även välja prioritet (normal eller hög prioritet, låg används aldrig). De diktat med hög prioritet börjar de med att skriva ut. Dikteringslistan är bra, man får bra översikt.

Vid journalanteckning från diktat lyssnar sekreterarna i hörlurar och skriver därefter in vad de hör i journalen i Cosmic. Uppspelning av diktaten styrs på olika sätt, läkarsekreterare 1 styr med fötterna på s.k. pedaler, en pedal för att starta och stoppa, en pedal för att spola bakåt. Läkarsekreterare 2 styr knappar med handlovarna som fungerar likadant som pedalerna. Då de skriver in i journalen använder de sig av sökord och mallar som de skriver in olika saker under. Exempel på dessa är lokalstatus, allmäntillstånd, bedömning hälsoproblem.

Remisser

Läkarsekreterarna tycker att är krångligt att välja mottagande enhet. Alla enheter som står med i listan är inte valbara alternativ, de spekulerar i om de kommer att kunna väljas sedan då konsultationsremissmodulen införts på sjukhuset. Om inte den enhet man söker finns med får man skicka remissen till den generella division som den sökta enheten sorteras under. Under vilka platser de olika enheter ligger tycker läkarsekreterarna är ologiskt uppbyggt vilket gör att det krävs extra arbete för att hitta vart de ska skicka en viss remiss. Som det ser ut idag kan man inte välja mottagande vårdgivare trots att det finns en sådan ”rullgardin”.

Som det ser ut idag använder de sig av både datorsystem och pappershantering, ”både hängslen och svängrem”. Dessutom finns det, enligt läkarsekreterare 1, föreskrifter från Socialstyrelsen att de måste skriva ut remisser även om de skickats elektroniskt.

Rutinerna kring remisshantering idag ser ut så att sekreterarna skriver ut remisser, lämnar den till läkaren för signering vilka sedan lämnar tillbaka den till sekreterarna för att de ska skicka ut den. Inkommande vårdbegäran som kommer på papper skrives in i datajournalen. De tycker att de saknar en fungerande rutin för signering av remisser. Det har inte diskuterats och de har inte fått någon information kring hur rutinerna kan komma att ändras när konsultationsremissmodulen införts på sjukhuset och all remisshantering blir elektronisk. Vad läkarsekreterarna vet är det inte aktuellt med någon utbildning inför detta, även om de tycker att det behövs.

IT-stöd

Det IT-stöd som finns på Samariterhemmet består av läkarsekreterare 2, ytterligare en läkarsekreterare och en sjukgymnast. Dessa har gått kurser i Cosmic och ska lära ut vidare till resten av personalen, men läkarsekreterare 2 upplever att de oftast får skicka vidare problemen om det inte är något smått. ”Jag kan nog inte mer än de flesta andra om systemet.”

De IT-stödsansvariga ska få e-mail om nya saker som ska inträffa, viktiga saker att veta om och dylikt, som de sedan ska vidarebefordra till övrig personal.

Oftast uppstår problem vid uppgraderingar, vilka enligt läkarsekreterare 1 & 2 genomförs utan tidigare information. Ofta är det även mindre förändringar av delar av systemet, ”smågrejer”, som också genomförs oförberett. ”Man sätter på datorn på morgonen och så är det något nytt, något som inte ser ut som tidigare.” Läkarsekreterare 1 & 2 säger att de många ändringarna som görs hela tiden gör att det inte kan finnas någon aktuell handbok att ta hjälp ur, vilket upplevs som frustrerande.

System som används i arbetet utöver Cosmic

- Navet, som är ett intranät för dem som jobbar inom Landstinget.
 - Finns en intern telefonkatalog på navet över alla som jobbar inom Landstinget. finns även nummer till andra vårdgivare inom Norden samt anknytningar till avdelningarna på Akademiska sjukhuset (dock ej faxnr)
- Lotus, som är ett mailprogram. Finns även ett mailprogram inbyggt i Cosmic som heter Messenger.
- Prator, som handlar om det medicinska ansvaret för patienter, när patienter skrivs ut från sjukhuset, flyttas till andra vårdgivare osv. Måste kvittera att ansvaret flyttats. Läkarsekreterarna får hålla koll, läkare måste kvittera. Även irrelevanta kvittenser kommer upp, finns ett filterverktyg om kan hantera detta.
- ”Regga”, eller tidomat, är ett program som innehåller en ”stämpelklocka” över de tider personalen arbetar. Man loggar in med ett id-nr som dock inte är samma som övriga inloggningsnamn, vilket läkarsekreterarna upplever som irriterande.
- Word används för att ”klippa & klistra”, komma runt problem i Cosmic. T.ex. om något blir fel i en journal och man måste ändra så kan man inte göra det i Cosmic utan måste använda Word.
- HSA: nationell adressbok för vårdinstanser som är under konstruktion. Två andra läkarsekreterare har hand om detta för Samariterhemmets vårdcentrals del.

Negativa aspekter på datoranvändandet i arbetet

Läkarsekreterarna upplever att de inte har lika stor frihet med Cosmic som med det tidigare Profdoc-systemet. Exempel på frihet som inskränkts är att mycket av det som tidigare gjorts på plats har de inte längre befogenhet för, t.ex. att lägga till nya användare (ny personal) med inloggningsuppgifter.

Både läkarsekreterarna uppger att de inte får gehör för de problem de rapporterar, småsaker som stör i arbetet. De har sagt till om dem, men inget händer. Tillslut resignerar man och arbetar runt problemen istället. Problemen rapporteras till Mats Norman som har hand om primärvårdens IT. Han hänvisar ibland vidare till EPJ enligt läkarsekretare 1.

De tar även upp en hel del övriga saker som de inte är nöjda med. Läkarsekreterare 1 berättar att hon har en hel pärm där hon sparat alla mail hon skickat till Mats Norman angående problem som de anser bör åtgärdas. Det mest allvarliga problemet som ännu inte är åtgärdat är att om man skickar ett patientrelaterat meddelande, med patientens uppgifter, i Messenger, byts automatiskt vyn till den patient meddelandet handlar om. Detta kan leda till allvarliga misstag eftersom man lätt kan fortsätta skriva det man höll på med och inte upptäcka att patienten bytts. Vidare anser de att de rutiner de idag har kring remisshantering och framförallt signering är bristande.

Sjuksköterska 1, Samariterhemmets vårdcentral, 090302

Arbetsuppgifter

Sjuksköterska 1 har hand om telefonrådgivningen under förmiddagen då jag besöker henne. Hon bedömer att på en dag då hon även har receptionstjänst, som hon idag har på eftermiddagen, tar hon emot ca 40 samtal. En dag då hon bara sitter och ringer tar hon emot ca 60 samtal. Tidigare tog de emot ca 8 samtal i timmen och hade inte lika långa telefontider. Nu ska de ta emot 10 samtal i timmen och har utökat telefontiderna så att de sitter i telefon under största delen av arbetsdagen.

Telefonrådgivningen går till så att sköterskorna ringer upp patienter som ringt in till vårdcentralen. Patienternas samtal tas emot av ett program som heter TeleQ, där de läggs i en lista av programmet. Sköterskorna ser deras telefonnummer och ringer upp dem i tur och ordning via programmet.

Telefonnumret rings automatiskt upp om man dubbelklickar på det i listan eller väljer ”ring”, man behöver inte slå in numret manuellt. Det finns emellertid möjlighet att slå in numret själv, exempelvis om det är fel nummer eller om patienten nås på ett annat nummer. När sköterskan är färdig med samtalet markerar hon ”klart”. Det finns även en funktion som heter ”lyssna”, men den använder sjuksköterska 1 inte, hon vet inte vad den är till för heller. Sjuksköterska 1 talar i ett head-set som är kopplat till datorn. Det är en enda lista som alla som ringer tittar i, man ser om ett samtal är påbörjat, då visas signaturen på den som ringer. Sköterskorna väljer att ringa till den som står högst upp på listan och inte är påbörjad av någon annan. Det syns även det antal försök som gjorts att nå personen. Dock ser de inte vem det är de ringer till, endast telefonnumret, de tar alltså inte upp journalen i förväg.

Man kan ställa in i programmet hur många samtal som ska göras per timme. Idag är det 28 stycken/timme och tre personer som sitter och ringer. Två sjuksköterskor och vårdcentralschefen som sitter del av förmiddagen och ringer. Problemet med detta är att systemet ställs in efter tre personer vilket det inte är i praktiken eftersom vårdcentralschefen endast sitter en del av förmiddagen samt har andra åtaganden som kommer emellan. Detta gör att de två sköterskorna som sitter och ringer får en högre arbetsbelastning.

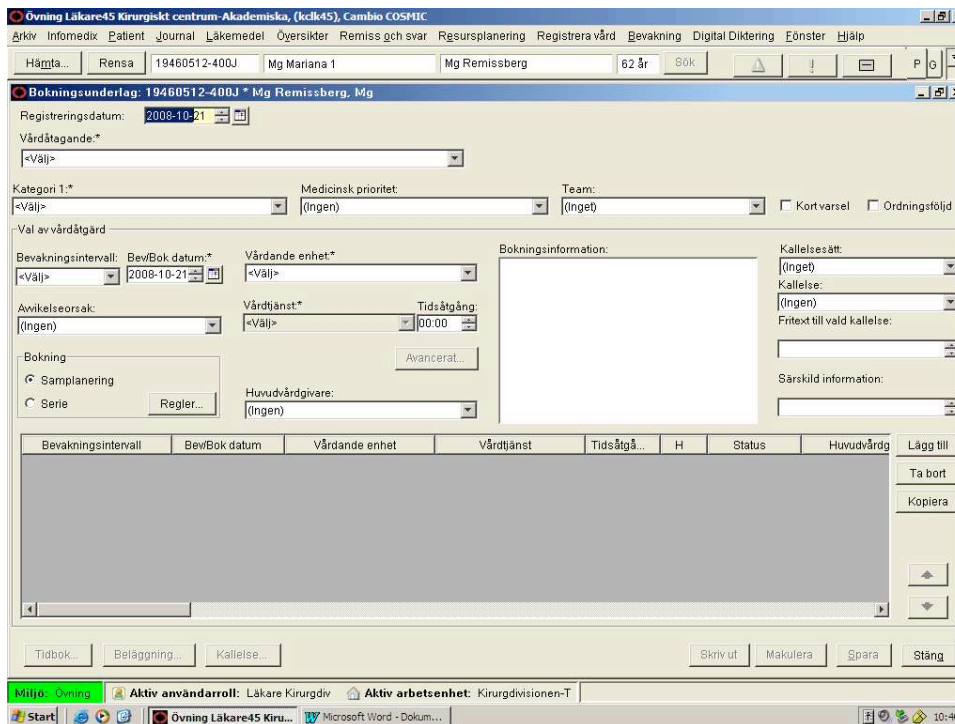
Telefonsamtal och bokning

Då sjuksköterska 1 ringt upp en patient lyssnar hon först på vad personen säger. Om inte ärendet är sådant att hon kan ge patienten råd via telefon eller hänvisa patienten till annan instans tar hon personnumret på patienten och kommer därmed åt dennes journal. Hon antecknar inte medan hon pratar med patienter, lyssnar endast. Datorn används först efter att patienten förklarat sitt ärende. När sköterskan ringer upp patienter, tittar hon först på information om var de är listade och vem som är deras husläkare.

Om hon ska boka tid till patienten går hon in i tidboken och tittar vilka lediga tider som finns. Sjuksköterska 1 har även ett papper där det står vilka läkare som är tillgängliga samt när de har jourtider. Läkarna och deras tider är färgkodade i tidboken. Man kan även välja vilken yrkesgrupp man önskar se tillgänglighet för. Alla läkare har administrativ avsatt varje dag, där kan man inte boka in tider för patienter. Det finns jourläkare där de kan sätta upp akuta fall som behöver komma samma dag. Icke-akuta fall bokas in längre fram hos respektive

husläkare. En hel del patienter med lite halvakuta fall ombeds ringa en annan dag så att de kan få tid hos sin läkare som har jour då.

När sjuksköterska 1 jobbar i tidboken uppdaterar hon väldigt ofta, för att se att tiderna fortfarande är lediga och att inget ändrats i boken. Vid bokning kan man välja vilken vårdtjänst man vill boka in, exempelvis planerad, akut eller telefon och hur lång tid vårdtjänsten beräknas ta. Exempel: ”Planerad 30” vilket betyder en planerad tid på 30 minuter. Planerad kontakttyp väljs också, exempelvis ”Mottagningsbesök” eller ”Telefon”.



Figur 28: Bokningsunderlag i Cosmic

Negativa aspekter

Sjuksköterska 1 trivs inte på Samariterhemmet, utan tänker söka sig därifrån. Detta gäller även den andra sköterskan med samma befattning. Anledningen till detta är den försämrade arbetsmiljön i och med vårdgarantin och den ökade tillgängligheten. ”Vi sitter i telefon hela tiden. Vi undrar vad det är vi jobbar med egentligen. Vi har inte heller resurser att ge den vård vi önskar.” De har pratat med vårdcentralschefen men får inte gehör. Sjuksköterska 1 anser att chefen inte lyssnar på personalens önskemål, utan hellre ”önskar se bra ut uppåt”. Vårdcentralschefen har sagt att hon kan hjälpa dem vidare till annan plats istället för att försöka anpassa så att de trivs.

Under fikarasten kommer två politiker från oppositionen på besök till vårdcentralen. De diskuterar privatisering, betalningsproblem relaterade till listade och icke-listade patienter samt tillgänglighet. Sjuksköterska 1 och de av hennes kollegor som närvarar under fikarasten anser att privatiseringen är negativ för de vårdcentraler som drivs genom Landstinget. ”De privata tar endast emot lönsamma och enkla fall, men vi i Landstinget kan inte tacka nej och det blir ökat tryck på oss med de svårare fallen.” Den ökade tillgängligheten anses också som negativ ur arbetsmiljösynpunkt. ”Det resulterar i mycket tid i telefon, men inte mer tillgänglighet gällande den faktiska vården för patienterna eftersom vi inte har mer resurser till det än innan.”

Vårdcentraler får betalt för vilka patienter de behandlar enligt olika åldersklasser. Det finns olika prisklasser för patientkategorierna; mer för barn, personer över 60, personer över 80. Dock anser personalen att detta inte ger en rättvis bild av verksamheten. ”Det finns ju 80-åringar som är jättepigga och 25-åringar som är kroniskt sjuka”.

Läkarsekreterare 3, Årsta vårdcentral, 090303

Arbetsuppgifter

Under mitt besök har läkarsekreterare 3 receptionstjänst. De är två läkarsekreterare delar på receptionisttjänsten, som huvudsakligen innebär arbete i kassan men även att ta hand om posten. All inkommande post ska registreras, införas i datorn eller skannas. Enligt Läkarsekreterare 3 har de fått mycket bättre rutiner angående posten sen Cosmic infördes, ”tidigare försvann alltid papper.” Överlag tycker läkarsekreterare 3 att det var jobbigt i början när Cosmic infördes, och de saknade sitt gamla system, men nu när de vant sig är det mycket bättre med det. Det finns många bra funktioner. Det finns en handbok för kassan i Cosmic. Det är en handfast beskrivning av hur systemet ska användas, den visar bilder på olika situationer, t.ex. klicka här, fyll i här, med pilar och inringningar.

Den som har receptionstjänst har även ansvar för att kontrollera funktionsbrevlådan. Från vårdcentralens hemsida kan patienterna beställa recept, de mailen går till funktionsbrevlådan. Receptionisten har ansvar för att ta emot mailen och lämna dem vidare till respektive läkare. Patienterna kan även göra receptförnyelse på plats, då fyller patienten i en blankett som receptionisten lämnar vidare till läkaren.

Det finns en återbudstelefon som är stationerad i receptionen. Oftast hinner de aldrig svara i den utan lyssnar av telefonsvararen då och då. Ibland ringer folk fel, då kan receptionisten skicka textmeddelande med Messenger i Cosmic till rätt instans att deras patient avbokad. De får även inkommande meddelanden från exempelvis dietisten och kuratorn om avbokade patienter eller uteblivna patienter som ska debiteras. Finns dock ingen rutin kring detta, mer än att om meddelandet är inkommet under förmiddagen ska i regel den som är ansvarig då ta hand om det. Det händer ibland att nästa person också går in och ska åtgärda det meddelanden handlat om.

Kassaarbete

Patienterna anmäler sig och betalar för besök i kassan. Sjukgymnasterna har en egen kassa, barnvårdcentralen och barnmorskorna likaså fast på de två senare betalar man inte för kontroll. Cellprov, som utförs hos barnmorskorna anmäls och betalas i kassan på husläkarmottagningen. Även graviditetstest, vilket inte görs så ofta, betalas i den kassan.

Det finns en lista för patienter som är bokade husläkarmottagningen en för psykisk hälsa och en för dietist. Man kan även anmäla sig till besök hos astmasköterskor, diabetessköterskor, och EKG-undersökning, men de står under husläkarmottagningens lista. I listan står de planerade besöken, läkarsekreterare 3 väljer patient i listan när de anmäler sig. De planerade besöken är gröna i listan, när de är registrerade som anlända försvinner de ur listan. Besök som registrerats som uteblivna blir rosa, dessa ska sedan debiteras för uteblivet besök.

Tidigare registrerades inte alla patienter i kassan, exempelvis de som bara kom för provtagning. Många med kroniska sjukdomar kommer in mellan en gång i veckan till en gång i månaden och tar prov, exempelvis för att kontrollera blodsocker eller blodfetter. Tidigare har dessa patienter bara gått direkt till prov och inte anmält sig. Det kostar 80 kr med provtagning och nu registreras alla. Om någon går direkt till prov blir de hänvisade att gå till kassan först.

Då patienterna ska betala väljer läkarsekreterare 3 vilken tjänst patienten ska betala för, exempelvis mottagningsbesök 140 kr eller sjukvårdande besök 80 kr (dietist, kurator, provtagning). Vid kontant betalning slår de inte in något på datorn, de räknar i huvudet och har en nyckel i kassan som de öppnar den med. Vid betalning med kreditkort öppnar de ett fönster på skärmen där man slår in beloppet, sedan drar patienten kortet själv och det kommer ut två kvitton inne i receptionen. Om patienten har frikort, och alltså inte ska betala för sitt besök, finns det inlagt i datorn och kommer upp när man klickar på patienten i listan för planerade besök. De har blivit tillsagda av vårdcentralschefen att inte låta patienterna betala genom faktura, då det händer att folk inte betalar sina fakturor. De gånger det ändå blir fråga om fakturor går de automatiskt iväg till ekonomiavdelningen utan att man behöver göra något extra. Detta är mycket smidigt tycker läkarsekreterare 3.

Negativa aspekter

Sen vårdvalet införts är det mycket mer listningar, registreringar på vårdcentralen, som utförs. Detta innebär för receptionistens del att de fyller i ett papper, som de lägger åt sidan och sedan förs det in i systemet av läkarsekreterare. Dock är det ett extra arbetsmoment som tar upp tid då det är mycket folk som står i kö till att anmäla sig.

Det som mest irriterar läkarsekreterare 3 under hennes arbetsdag i receptionen är att det inte finns någon skrivare kopplad till kassadatorn. När de ska göra en kassaavstämning eller ett kassaavslut måste de alltså logga ut från kassadatorn, in på arbetsdatorn, skriva ut där, logga ut från arbetsdatorn och in på kassadatorn igen. Detta är mycket ineffektivt och tidskrävande och irriterande för den som arbetar i receptionen.

Läkare 2, Samariterhemmets vårdcentral, 090305

Läkare 2 har administrativ tid avsatt under eftermiddagen då jag gör mitt besök, men en patient som har blivit dubbelbokad tidigare under veckan har fått tid ändå.

Patientbesök

Inför möte med patienten tittar läkare 2 på information om patienten, hon tittar särskilt om det står något under varningsskylten. Hon tittar i journalen på senaste provsvaren och i anteckningar från sjukhuset för att se om det står något särskilt där.

Patienten är där för en allmänkontroll och en uppdatering om vilka av sina mediciner hon ska fortsätta med. Patientens berättar att det har varit mycket svårt att få en tid för läkarbesök, att hon försökt få tid sedan i januari, och sedan när hon fick en tid var den dubbelbokad så hon fick gå hem igen.

Läkare 2 hade tittat som hastigast i journalen inför besöket och sett något om ett njurstensanfall. Detta visar sig vara att patienten sökt för ryggsmärtor på akuten. Patienten berättar att hon har problem med hjärtat. Detta hade läkaren inte sett i journalen då det stod längre bak, och hon endast tittade på senaste anteckningar. Pat. har även haft problem med magen och gjort gastro- och koloskopi. Läkaren tittar i journalen efter information om detta, men hittar det inte. Patienten berättar att undersökningarna gjordes på en extern enhet och läkare 2 får då gå in i KoVis och läsa informationen där. Läkare 2 säger efter att patienten har gått att det är krångligt att söka efter information i journalen om man inte vet vad man letar efter eller exakt var det finns.

Medicinlistan är mycket lång. Läkare 2 brukar försöka rensa i listan varje gång hon får en ny patient, ofta finns det mycket inaktuella läkemedel med i listan. Läkare 2 anser att det borde finnas en automatisk rensning av sådana läkemedel som gått ut så att det inte blir så rörigt. ”Man kan ju skriva ut på nytt om det krävs.” Det står inte pris i listan där man väljer vilken medicin man vill ordinera, detta syns endast efter att man valt medicinen. Läkare 2 framför önskemål om att kunna jämföra pris och söka på verksamt ämne istället för läkemedelsnamn som i nuläget, exempelvis kommer det upp 17 olika om söker på Voltaren, både olika styrkor och olika sorter (tabletter, gel, suppar). Detta försvårar läkarens dagliga arbete. Det finns en knapp ”Jämför pris”, men den är inte aktiverad och går inte att trycka på.

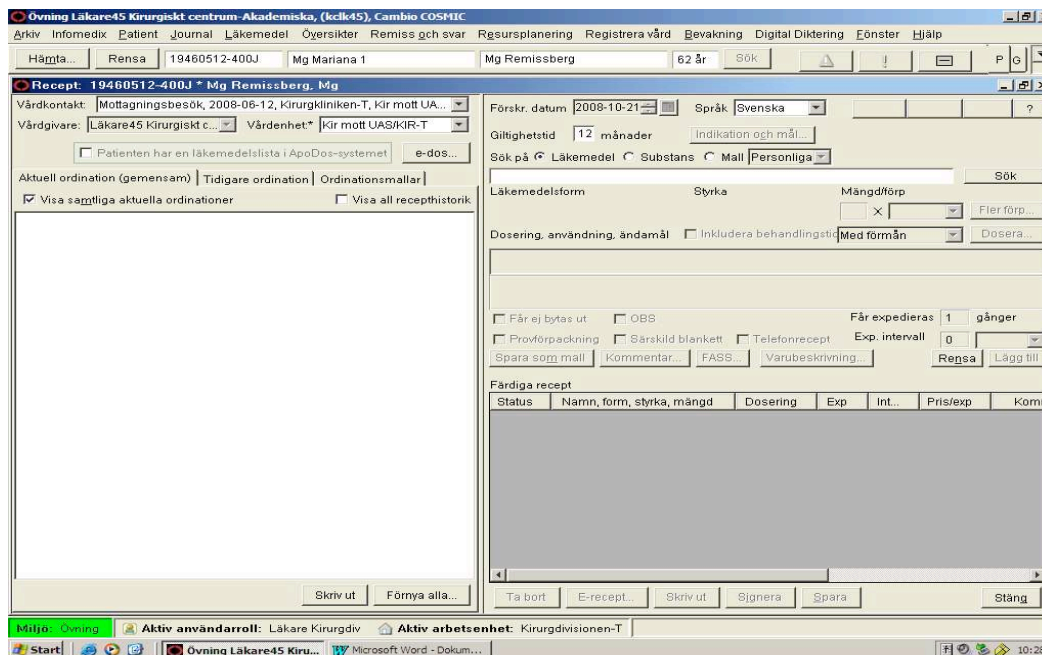
Administration

Under den administrativa tiden skriver läkare 2 ut läkemedel, dikterar journalanteckningar och remisser från patientbesök som hon inte hunnit med tidigare samt kontrollerar signeringslistan.

Läkemedelsförskrivning

Då läkare 2 ska förskriva läkemedel går hon in via patientens profil till läkemedelssidan. En del av patienterna har ApoDos, som är förpackerade medicinpåsar med olika läkemedel. Då går vidare till apotekets system för ApoDos. Eftersom det är ett eget system utanför Cosmic måste varje patients personnummer skrivas in igen.

Läkare 2 har en liten hög med papper från den eller de sköterskor som suttit i telefon under dagen där det står vilka patienter som ringt in och bitt om en receptförnyelse. Då läkare 2 går igenom dessa ser hon en patient som önskat förnyelse av ett beroendeframkallande preparat. Hon går in i läkemedelslistan för den aktuella patienten och ser vilket antal tabletter denne fått utskrivna och när detta skedde. Hon räknar därefter ut att han måste ha tagit över 11 tabletter/dag för att de ska vara slut redan istället för den föreskrivna maximala dosen av 5 tabletter/dag. Läkare 2 upptäcker då att hon glömt fylla i expeditionsintervall vilket möjliggjort för patienten att ta ut alla tablettorna inom kort tid. Detta är ett ganska allvarligt problem, ett missat klick har gjort att patienten har överdoserat rejält. Eftersom patienten nu är abstinent skriver läkaren ut tabletter som patienten måste få att räcka i ett visst antal dagar. När man gör en receptförskrivning kan man även lämna ett meddelande till apoteket, i detta fall skriver läkare 2 i information till apoteket ”FÅR INTE TA MER ÄN X/PER DAG!” Detta till synes ”enkla” ärende med att skrivas ut ny medicin till en patient som ringt på telefontiden, visar sig vara komplicerat och tar ca 40 min inklusive telefonsamtal till patienten. Det är oförutsägbara fall som dessa som gör att administrationstiden inte räcker till, säger läkare 2.



Figur 29: Läkemedelsförskrivning i Cosmic

Om läkare 2 håller på och ska skriva ut fler mediciner till en patient måste allt göras färdigt i ett svep, om hon backar försvinner allt hon tidigare gjort. Detta händer när läkaren precis valt ut 3 olika mediciner och håller på med den sista. Hon blir då tvungen att göra om det från början.

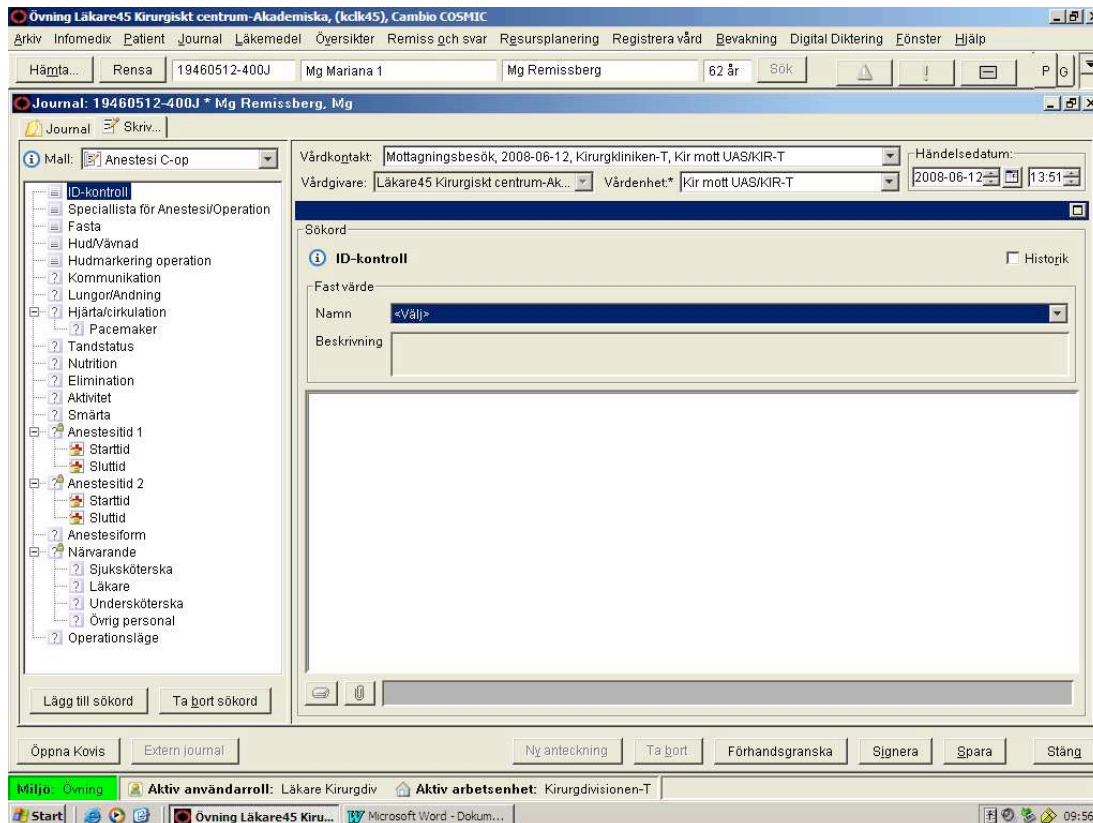
Vid utskrivning av hjälpmedel (t.ex. nålar till diabetiker) måste dessa skrivas ut på blankett och postas. Önskemål om att även hjälpmedel ska finnas med i läkemedelslistan och gå att skicka direkt till apoteket som med vanliga läkemedel.

Läkare 2 poängterar att det är viktigt att veta vilken sorts patient man skriver ut till och känna till historiken (gäller även ApoDos). Exempelvis om patienten är förståndshandikappad eller

har missbruksproblem, är det viktigt att vara noga med beskrivning av hur medicinen ska tas och expeditonsintervall eftersom ”vissa äter allt de får.” Dessa faktorer medverkar också till att receptförskrivningen tar extra lång tid.

Diktat, journalanteckningar och remisser

Vid varje journalanteckning efter ett besök måste läkaren sätta en diagnos på patienten med hjälp av diagnoskoder. Dessa diagnoskoder, ICD-10, finns i en lista på internet samt i en folder. Emellertid stämmer inte de olika listorna alltid överens, vilket kan ställa till med problem. Läkare 2 anser att det är arbetskrävande att slå upp koder för allt. Enligt läkare 2 är kodningen främst till för administrativa syften, som att se vilka slags åkommor patienterna på en vårdcentral behandlas för, vilka som är de vanligaste åkommorna osv.



Figur 30: Skriva journalanteckning i Cosmic

Läkare 2 dikterar ur minnet, till skillnad från läkare 1 som antecknade och dikterade direkt efter besöket. När hon dikterar remisser, gör hon det i samma diktat som journalanteckningen. Vid varje nytt diktat på en patient måste läkaren välja vårdkontakt och datum, det är viktigt att välja rätt, annars kommer upp informationen från den senaste kontakten upp. Det blir alltså inte automatiskt dagens datum, detta tycker läkare 2 är ett problem.

Signeringslista

Läkare 2 säger att hon inte hinner med att signera av allt som hamnar på signeringslistan. Nu hade hon 3 dagars skörd, då fanns det 78 osignerade och 59 ovidimerade "händelser". Det står datum och tid på varje osignerad "händelse", samt vad det gäller (remiss, anteckning). Dessa står inte sorterade i någon särskild ordning, läkare 2 vet inte om man kan filtrera eller sortera dem på något sätt. Som det är nu tittar hon igenom listan efter remisser först. Det står även uppdelat efter varje händelse för varje enskild patient, exempelvis om patient A har gjort flera olika prov kommer provsvaren som enskilda händelser, och läkare 2 måste leta i listan om det finns något mer på A. Hon önskar att allt som hade med patient A att göra skulle stå tillsammans.

Läkare 2 säger att egna anteckningar är lättare att signera av, "de vet man att de borde vara rätt." Alla normala provsvar kan också "signeras bort" med en gång. Däremot är det problematiskt när hon måste ta ställning till provsvar och liknande om patienter som hon själv aldrig träffat. Detta händer ganska ofta när de har extra läkare och korttidspersonal på vårdcentralen. Remisser brukar hon försöka signera först eftersom de inte går iväg förrän de är signerade. När hon rensar i listan sparar hon de "händelser" som behöver följas upp eftersom hon tycker att det är krångligt att få in dem i bevakningslistan istället. "Det ska väl gå att göra, men jag vet inte hur, så jag behåller dem i listan för osignerat istället."

När man signerar kommer det ut en utskrift som läkare 2 slänger, finns bara en knapp som heter "Signera och skriv ut". Vad läkare 2 vet kan man inte stänga av den funktionen.

Negativa aspekter

Läkare 2 säger att systemet är mycket ineffektivt, "det är för många musklick för varje aktivitet." Det är jobbigt eftersom det är så många olika funktioner man måste använda som läkare; musklicken multipliceras med varje ny aktivitet. Det finns också en hel del funktioner som man aldrig använder men ändå måste förbi. "Man är helt slut i huvudet och axlarna när man kommer hem." Läkare 2 tycker att systemets ineffektivitet förvärrar en redan pressad arbetssituation och att svårarbetade system inte blir tillförlitliga.

I övrigt tycker läkare 2 att de största problemen med systemet är att medicinlistan blir så lång och inaktuell, att det är svårt att jämföra pris på läkemedel, att det inte går att söka på verksamt ämne istället för läkemedelsnamn samt att signeringslistan är krånglig.

Barnmorska 1 & 2, Årsta vårdcentral, 090310

Barnmorska 1 har telefontid mellan 8-10 på förmiddagen, sedan administrativ tid fram till lunch den dagen jag besöker vårdcentralen.

Patienterna som ringer är mestadels kvinnor som är i början av sin graviditet och som vill skriva in sig på mödravårdcentralen, patienter som vill boka om sin tid eller patienter som vill ha receptförnyelse för preventivmedel. En mindre del är patienter med besvär som ringer och vill ha rådgivning eller boka till med barnmorska.

Journal och kontaktregistrering

Journal förs i dagsläget i pappersjournaler och i Cosmic. Under våren ska de på utbildning inför att de ska börja skriva journalanteckningar i enbart Cosmic, till hösten ska införandet ske. Barnmorskorna oroar sig inför detta. Idag har de egna anteckningar om patienten, som de inte dokumenterar, exempelvis, "ta prov i v. 25", vad man pratat om vid senaste besöket, som de lägger på lösa lappar i ett fack i pappersjournalen. De funderar över vart sådana anteckningar ska göras i framtiden.

Vid journalanteckning i Cosmic finns olika mallar; gravid, preventivmedelsrådgivning, efterbesök, lång osv. Om man väljer gravid är det en del sökord som inte finns med så barnmorska 1 brukar oftast välja lång istället, åtminstone vid inskrivningen. Hon använder dock inte alla sökord som står med där; hon tycker att det finns onödigt många sökord och att det är förvirrande och tidskrävande att leta. Överlag är det problem med sökorden. Antingen finns inte de man behöver som i fallet med gravidmallen eller så är de för många och irrelevanta. Detta är ett störande moment i arbetet. Vid "ny anteckning" kommer föregående besök upp som default, barnmorskan måste aktivt välja att det är ett nytt besök. Programmet frågar inte efter om man är säker på att det är rätt datum så det kan lätt bli fel där. Barnmorska 1 signerar direkt då hon är färdig med en anteckning.

Det finns två flikar, P och G, för patient och grupp. De har olika grupper, exempelvis föräldrautbildning, som måste administreras. Barnmorskorna kan välja att göra en anteckning för hela gruppen på en gång, så att det hamnar i varje gruppmedlems journal.

Kontaktregistreringen anser barnmorska 1 vara instabil; det är ett osäkerhetsmoment som kan påverka patientsäkerheten. Det är viktigt att titta så att det är rätt patient som kommer upp, det händer att föregående patient kan komma upp. Det kan även bli motstridiga uppgifter om kontakttypen, exempelvis mottagningsbesök eller telefonsamtal. Barnmorska 1 önskar att det fanns någon sorts varningssignal om detta.

Recept

När barnmorska 1 ska skriva ut recept under mitt besök blir det problem, hon måste välja om i olika listor innan hon kan beställa receptet. När hon skickar e-receptet, kommer det upp en ruta att hon inte har behörighet, även fast hon har det. Receptet skickas trots detta iväg. Detta är återkommande problem.

Bokning

Om barnmorska 1 försöker boka in en patient samma dag som denne redan har en annan tid kommer det upp en varning om att patienten har en närliggande eller överlappande tid. Programmet frågar ”vill du boka ändå?”, detta tycker barnmorska 1 är en bra funktion.

Både inkommande frågor och önskemål om tid kommer in till funktionsbrevlådan. Det finns två vägar in, en för att ställa frågor en för att önska tid. Ofta önskar patienterna tid i frågedelen också, men där tillfrågas de inte om personnummer. Detta gör att det blir krångligt för den som ska hantera de inkommande mailen. Det går att söka på patienters namn men det är krångligt. Barnmorska 1 tycker att det är ett tidskrävande moment. Hon tycker även att det är jobbigt att gå emellan funktionsbrevlådan och Cosmic.

Remiss

Ultraljud görs på sjukhuset då det krävs kompetens för det som inte finns på vårdcentralen. Svaret skrivs in direkt i journalen, det finns en flik för ”Gemensamt obstetrik”. Remiss för ultraljud görs däremot på papper, på ”gul blankett” som måste fyllas i för hand. Detta gäller även blodgruppsremisser som skickas iväg för analys.

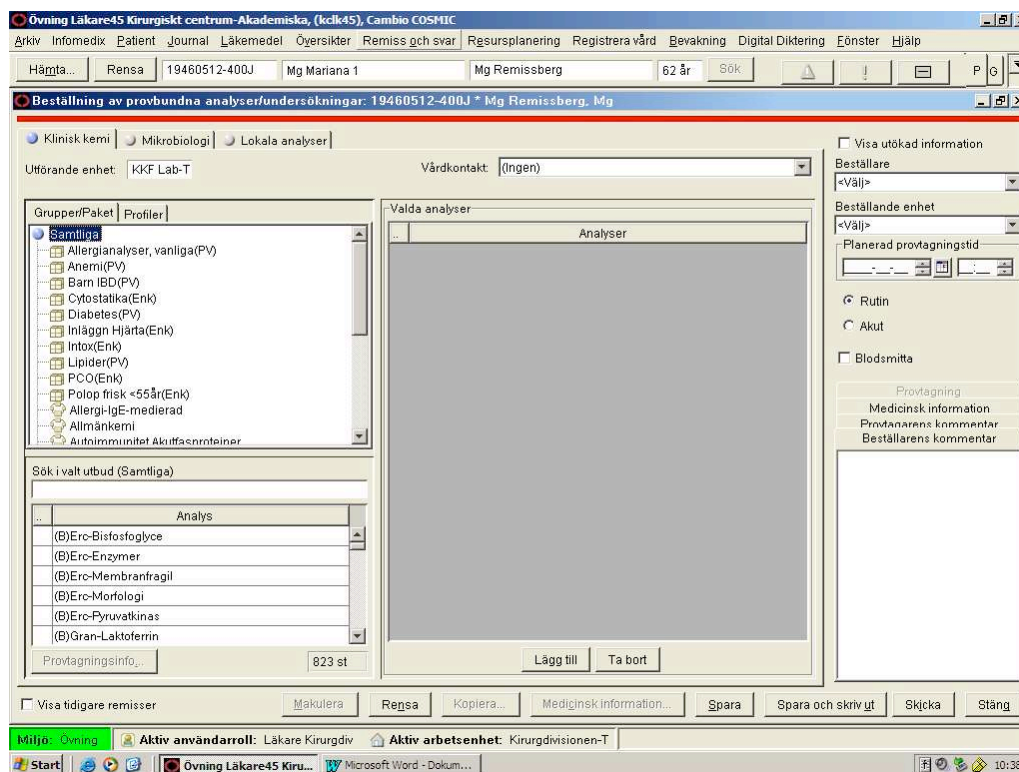
Från barnmorskemottagningen kan de ibland remittera till röntgen, annars är de vanligaste remissinstanserna gynekologisk cytologi, dietist, sjukgymnast, arbetsterapi och gynekologisk hälsa. Dessa vill barnmorskorna ska ligga som favoriter så att de slipper gå igenom den långa listan. Tidigare låg de mest använda instanserna som favoriter, men nu har det försvunnit och det är hela listan med alla remissinstanser. Barnmorska 1 tycker att den långa listan kunde ligga under en samlad rubrik för Akademiska sjukhuset. Remisser till specialistmödravården eller förlossningen får man ringa eller faxa dit och be om tid, oftast är det bråttom om den gravida eller barnet inte mår bra.

Barnmorskemottagningen tar inte emot vanliga remisser. Vid remisser inom huset skriver de en remiss i Cosmic, men kan även gå dit och ”knacka på” eller be patienten gå direkt till exempelvis sjukgymnasten och boka en tid och meddela att remissen håller på att skrivas. Om exempelvis en husläkare vill ha hjälp med ordination av p-piller kommer oftast denne upp och frågar personligen.

Provtagning

Under provtagning finns olika flikar, exempelvis mikrobiologi och farmakologi. För varje flik får beställaren skicka provbeställningen och rensa innan man kan gå till en ny flik eftersom de olika proven ska till olika ställen för analys. Det finns också olika provpaket att välja mellan.

De mest använda är UVI- och MVC-paketen, även STD-paketet används. Inom dessa paket finns också olika provpaket, exempelvis inom STD finns paketet HIV+syfilis.



Figur 31: Beställning av provbunden analys i Cosmic

Vid cytologiproov måste barnmorskan först skriva ut en blankett som finns i datorn och posta denna, men den måste även ”skickas falskt” i datorn som en tom remiss så att man ska kunna lägga in svar elektroniskt sedan. De inkommande svaren kommer med vanlig post, de har de två barnmorskor avdelade för att ta hand om detta. Barnmorska 2 är en av de två ansvariga, hon tycker att rutinerna kring cytologiremisser bör ses över då det är ett mycket tidskrävande arbete att dubbelarbete varje steg.

IT-stöd

Vid problem med systemet vänder sig personalen till de IT-ansvariga på vårdcentralen, främst Gudrun Pettersson. Barnmorskorna betonar att ”Gudrun är guld värd, hon fixar allt.” Gudrun vänder sig vidare till Cosmic-supporten om det är något hon inte kan hjälpa med själv eller till Mats Norman som är primärvårdens kontakt gällande IT-frågor. Om det är något i programmet som man anser behöver ändras eller åtgärdas kan man anmäla detta till Cosmic. Ofta kan en anmälan redan vara gjord, men problemet inte åtgärdat. På vårdcentralen får de ut information om nyheter som har införts eller ska införas, samt listor över kända men ej åtgärdade fel.

Negativa aspekter och önskemål

Många av de sakerna som tas upp som negativa är sådant som borde gå tämligen lätt att åtgärda, som personliga inställningar för deras verksamhet, exempelvis önskemål om att alla mail som inkommer till funktionsbrevlådan ska innehålla patientens personnummer om det inte gäller allmänna frågor. Barnmorska 2 nämner även att det i rullisten för ”vårdtjänst” vid

bokning finns med många saker de inte använder. Detta borde tas bort samt att hon tycker att ”mottagningsbesök” skulle kunna vara default eftersom det är det de oftast bokar in.

Barnmorska 1 vill kunna ha funktionsbrevlådan och Cosmic upp samtidigt, ett av fönstren lite mindre, istället för att som, idag behöva växla emellan de båda på ett osmidigt sätt. Båda barnmorskorna tycker också att de mest använda remissinstanserna ska ligga som favoriter så att de slipper gå igenom den långa listan. I deras verksamhet är det väldigt få olika instanser de väljer mellan och det borde gå bra att ha en lista för dessa tycker de. Angående kontaktregistreringen som anses instabil, att kontakttyp och vilken patient det gäller ”hoppas”, önskar de att det fanns en varningssignal som varnade när det blir motstridiga uppgifter om det inte går att få den mer stabil.

Generellt så önskar de mer utbildning och genomgångar kring hur systemet ska användas. ”Man glömmer lätt, speciellt saker man inte använder så ofta.” De är även kritiska till att införseln av datorsystemet inte samkördes med de enheter de samarbetar med, exempelvis Kliniska patologi och cytologi, dit cellproven skickas. Det hade besparat dem mycket extraarbete i remisshanteringen om det hade gjorts.

Observationer kring remisshantering

Läkare 3, Samariterhemmets vårdcentral, 090326

Inkommande remisser

Läkare 3 är ST-läkare och får därför inte så ofta inkommande remisser, kanske någon i veckan. Han brukar gå in och titta i listan för inkommande vårdbegäran en gång om dagen.

De inkommande remisserna han får handlar oftast om patienter som skrivits ut från sjukhuset och remitteras till vårdcentralen för uppföljning eller patienter som remitterats till specialist och ”fått avslag” och remitteras tillbaka igen.

Utgående remisser

Läkare 3 diktar oftast sina utgående remisser. Vissa skriver han själv, exempelvis om det är ett akutfall. Då skriver han remissen som sedan skrivs ut så att patienten får den i handen med upp på akutmottagningen. Remisser till radiologi skriver han också själv. Överlag, om han är osäker på vart något ska skickas eller hur man ska gå tillväga gör han ett diktat så får sekreteraren lösa det. ”Alla praktiska detaljer tar de hand om.”

Vissa remisser skickas till ”privata kontakter”, eller privata kliniker för att få dem snabbare hanterade. Exempelvis känner läkare 3 en person som tar emot hudremisser och röntgenremisser skickas till privata Aleris i Täby.

Remisser till labb och röntgen gör läkare 3 flera gånger varje dag medan remisser till andra vårdnadshavare, konsultationsremisser, endast görs några gånger per vecka.

Rutiner kring remisshantering

Varje läkare har en ”låda” för diktat som de ska tömma en gång om dagen. Remisser som ska signeras och skickas iväg ligger utskrivna tillsammans med ett adresserat kuvert. Läkaren behöver endast signera den, därefter läggs den i ett fack inne i läkarens rum där sedan

sekreteraren hämtar kuvertet och skickar det. ”Ibland lägger jag in remissen i kuvertet, ibland skriver jag bara på den och låter sekreteraren lägga in den i kuvertet.”

De elektroniska remisserna som ska signeras kollar läkare 3 av i sin signeringslista. När de signeras finns endast knappen ”signera och skriv ut”, papperet som kommer ut slänger han, vet inte varför det kommer överhuvudtaget.

Om införandet av konsultationsremiss på Akademiska sjukhuset

Läkare 3 tycker att det endast är positivt med införandet av elektroniska remisser på Akademiska. Det minskar pappershanteringen och ”papper kan ju komma bort”. Att de mottagande enheterna är indelade i subspecialiseringar ser han också som positivt, ”då vet man att det finns någon som specialiserar sig på det”.

Att införandet var så nära förestående var läkare 3 inte medveten, han visste att det fanns en plan att alla remisser skulle bli elektroniska, men inte när. De har inte haft någon utbildning eller informationstillfälle om detta på vårdcentralen.

Läkare 4, Samariterhemmets vårdcentral, 090326

Varje torsdag eftermiddag har läkare 4 administrativ tid. Ofta går mycket av den tiden bort till annat som rör patienter och han hinner inte med allt pappersarbete, det blir liggande i högar. Han tycker att den administrativa tiden är för kort.

Inkommande remisser

Det var länge sen läkare 4 tittade i listan för inkommande vårdbegäran, ”vad bra att du kom och påminde mig om att jag skulle göra det.” Han ställer in intervallet från januari till dagens datum, alltså nästan 3 månader. Då kommer det upp 15 stycken remisser, varav tre stycken redan är bedömda.

De inkommande remisserna kommer alla från sjukhuset, de flesta från akutmottagningen, dit patienter sökt för diverse åkommor. Många remisser innehåller endast information om vad patienten sökt för och att denne bör söka vård på vårdcentralen. Exempelvis får jag se en remiss där en patient blivit ombedd att ta kontakt med vårdcentralen för att få hjälp att gå ner i vikt. Då läkare 4 slår upp denne patient i Cosmic visar det sig att han redan ringt och bokat in en tid hos dietist. Detta tycker läkare 4 är väldigt onödigt och tidskrävande då det flesta människor är fullkomligt kapabla att själva söka den vård de behöver. Andra fall som han tycker är överflödiga att skicka remiss för är exempelvis remisser från akuten som ber honom remittera vidare till annan specialist. ”Varför skickar de inte själv en remiss till gastroskopi, varför ska jag göra det?” Enligt läkare 4 är många av remisserna endast till för att primärvården ska veta att patienterna är utskrivna från slutenvården. Detta får de dock info om på flera andra kanaler; prator, epikrisnotering i Cosmic och epikrisutskrift med vanlig post, utskrivningsmeddelande med fax. Att det kommer en remiss också är bara onödigt, tidskrävande och ineffektivt. Läkare 4 tycker att det kan vara berättigat att göra sådana remisser endast då patienten inte själv klarar av att ta kontakt med vården. Personer som han anser icke kapabla är ”minnesstörda personer”, äldre eller personer som av olika skäl inte kommer sig för med att kontakta sjukvården. Läkare 4 tycker även att läkarsekreterarna kunde sköta administrationen kring mottagande av inkommande remisser.

Läkare 4 är inte säker på vad han ska göra med alla knappar och fält som ska fyllas i, vilka som är nödvändiga eller vad de är till för. ”Jag är ingen idiot på att hantera datorer, men det här fattar jag rent ut sagt inte ett skit av.” När han öppnar en inkommande vårdbegäran kan han välja att endast acceptera den eller att först göra en bedömning, sedan acceptera. Efter accepterandet skriver han alltid ett svar. Detta svar innehåller alltid samma inledning och avslutning, men finns ingen mall vad han vet om. Han måste även välja sitt namn varje gång han skriver ett svar, fast han kommer från sin egen lista av inkommande vårdbegäran. En del steg vet han inte om de behövs, men han gör dem ändå. Efter att svaret är sparat trycker han ”signera och skriv ut”. Även om svaret gått iväg elektroniskt kommer det ut papper. Detta skriver han på och lägger i ett fack, han tror att det ska skickas per post också. Han vet inte vad som händer med de utskriftena eller varför han gör dem, men han ger dem till sekreterarna i alla fall, och de har inte sagt något om det till honom.

När en remiss har bedömts ska en notering göras i journalen att inkommen remiss har blivit bedömd. Detta har dock inte läkare 4 tid eller lust att befatta sig med, ”det kan någon läkarsekreterare göra. För jag tänker ju inte sitta här och göra det.”

Utgående remisser

De utgående remisserna dikterar läkare 4, i princip utan undantag, sekreterarna skriver ut. Rutinerna kring de utskrivna diktaten är samma som de beskrivna av läkare 3 ovan; sekreterarna lägger dem i läkare 4:s låda där han hämtar dem och signerar dem varpå han lägger dem i ett fack i sitt rum. I läkare 4:s fall skriver läkarsekreterarna även ut diktaten av de remisser som ska skickas elektroniskt, dessa får han med en post-it på om att han ska gå in och signera den i Cosmic så att den blir ivägskickad.

Allmänt om Cosmic och arbetssituationen

Läkare 4 tycker att effektiviteten har minskat sen Cosmic infördes, och på grund av alla besparingar inom vården. Det är mycket rutiner som har förändrats, uppgifter som tidigare hört till andra yrkesroller utförs av läkare idag. Allting går trögare idag och kapaciteten har minskat.

När han var underläkare och de använde pappersjournaler samt hade hjälp av undersköterskor med mottagning av patient och t.ex. på- och avklädning i samband med undersökning kunde han ta emot upp emot 20 patienter per dag, idag tar han endast emot 10-12 patienter. Angående besparingarna säger han att det är ”de som gör jobbet som ryker”, allting tar längre tid när läkaren ska göra de uppgifterna också som tidigare skötts av exempelvis undersköterskor. Läkare 4 menar även att det är mycket pappersarbete som inte är kvalificerat arbete som han inte tycker är hans uppgift att sköta men som numera är det. Exempel på kvalificerat pappersarbete är när han funderar över provsvar och dylikt.

Överlag anser läkare 4 att primärvården har blivit ”för tillgänglig”, och det finns för många kanaler in. Telefontider, funktionsbrevlåda, läkarnas personliga telefon och e-mail som dock inte ges ut till alla patienter. Han tycker att den ökade tillgängligheten har medfört att många fler söker för småsaker ”typ ont i tån” så att det blir svårare att få tid för dem som verkligen behöver hjälp.

Angående införandet säger han att han inte fått någon information om det men han bryr sig inte om det, eftersom det redan nu är så mycket med systemet som han inte riktigt förstår hur och varför man ska använda det ”så en grej till spelar ingen roll.”

Läkarsekreterare 4, Årsta vårdcentral, 090331

Inkommande remisser och remissvar

Idag kommer inkommande remisser antingen elektroniskt eller med vanlig post. De remisser som kommer elektroniskt är de som skickas internt inom primärvården och de som skickas från psykiatridivisionen på sjukhuset som redan har infört konsultationsremissmodulen. Övriga remisser kommer i den vanliga posten. Denna post tas om hand av läkarsekreterare som registrerar remisserna, ankomststämplar dem och sorterar dem till respektive läkare. På varje remiss finns alltså ett remissdatum och ett ankomstdatum.

Varje läkare har ett fack för inkommande post, där läggs de inkommande remisserna. Om det inkommer remisser utan namn på, exempelvis om de är listade på vårdcentralen men inte har någon angiven husläkare, så är det sekreterarnas uppgift att fördela dessa remisser på doktorerna.

De inkommande remisserna kommer främst från akuten, men även andra avdelningar på sjukhuset exempelvis kardiologen. Interna remisser inom primärvården gäller ofta kurator, psykolog och sjukgymnast. Även närakuten skickar en del remisser, dessa är elektroniska.

Ibland följer inte läkarna de föreskrivna rutinerna, då orsakar det problem för läkarsekreterarna. Exempelvis som idag då en läkare skrivit ett remissvar direkt på en inkommande pappersremiss, därefter gått till sköterskan och bett henne boka in patienten, varpå sköterskan lämnar papperet till sekreteraren. Korrekt gång är att bedömning ska göras i datorn av läkaren, där kan man välja hur fort patienten ska bli inbokad, sköterskan ska titta i bokningsunderlaget där, och sedan boka in patienten. Även remissvaret ska göras direkt i datorn. Som det blev nu vet inte läkarsekreterare 4 vad hon ska göra med papperet hon fått av sköterskan, ”jag kan ju inte skriva in bedömning, remissvar och bokningsunderlag själv.”

De remisser som skickats eller svarats på elektroniskt kommer det alltid ut en utskrift med. Läkarsekreterare 4 vet inte om de ska skickas med post också eller vad man ska göra med papperet som kommer ut. Jag frågar Gudrun Pettersson som är IT-ansvarig samt min kontakt på Årsta vårdcentral, hon säger att de inte ska skickas. Läkarsekreterare 4 berättar att de ofta har tagit upp på personalmöten och diskuterat rutiner kring remisser och i allmänhet kring att det ska bli papperslöst och att de ska ha det i åtanke inför framtiden.

Utgående remisser

Då läkarna dikterar utgående remisser säger de ofta bara, ”skickas till medicin, allergiavdelningen eller minnesmottagningen”. Detta ger sekreterarna problem då det inte finns några avdelningar som heter så. I exemplet med allergiavdelningen måste man söka under lungmedicin. Medicin finns inte och minnesmottagning heter något annat. Emellertid tycker läkarsekreterare 4 att det oftast går smidigt med de utgående remisserna, oftast skickas de inte till ”så krångliga ställen” och man lär sig efterhand var de krångligare ställena ligger. Remisser som skickats fel accepteras inte och skickas tillbaka till avsändaren. Ofta står det vart de ska skickas istället, exempelvis att ADHD-utredningar ska skickas till äldrepsykiatri istället för psykiatri även om det är unga människor det gäller.

Angående subspecialisering tycker läkarsekreterare 4 att det kan vara bra i vissa fall om man ofta remitterar till den subspecialiteten eller om man helt enkelt behöver veta att det finns en

sådan specialisering. Hon vill dock inte ha för många olika att välja mellan så att listan blir så lång att det försvårar arbetet.

Då läkarsekreterare 4 ska skriva ut en dikterad remiss går hon in i dikteringslistan. Där kommer de färdiga diktaten från både journal anteckningar och remisser upp. Ofta finns både i samma diktat om det är i samband med ett mottagningsbesök eller telefonsamtal eller dylikt, läkaren kan skriva som en kommentar till diktatet ”remiss” så att sekreteraren vet att det kommer en remiss i diktaten. Diktaten skrivs ut efter datum, de äldsta skrivs ut först. Om de ligger efter med utskrifterna, exempelvis efter semester så börjar de med remisser så att de kommer iväg och tar anteckningarna i andra hand.

När en remiss skrivits ut hamnar den hos läkaren som ”klar för signering” i dennes signeringslista. Om det är en icke-elektronisk remiss skriver läkaren ut den när han/hon signerar den. Antingen lägger läkaren den i kuvert själv och därefter i facket för utgående eller lägger direkt i fack efter påskrift. Sekreterarna har till uppgift att tömma facket och skicka utgående post.

Läkarsekreterare 4 tycker att det är bra att allt ska bli elektroniskt så att man får samma rutiner för allt, och kan minska pappershanteringen. Hon visste dock inte att det var redan i maj som införandet på sjukhuset skulle ske.

Läkare 5, Årsta vårdcentral, 090331

Inkommande remisser

Inkommande remisser kommer ca en gång i veckan, men ”det är ingen större ordning på det”. Läkare 5 säger att de inkommande remisserna kan komma på många olika sätt; Prator, brev, fax, elektroniskt. Ibland kan samma remiss komma till olika personer genom de olika kanalerna in, exempelvis kan en läkare få ett fax och en annan ett brev om samma patient.

Utgående remisser och signeringslista

Signeringslistan för läkare 5 innehåller 271 osignerade ”händelser”, hon har inte hunnit med att signera av dem. Hon säger även att hon tycker att det är svårt att orientera sig i listan och att det ofta uppstår problem när hon ska hantera olika ”händelser”. Exempelvis hittar hon en remiss till hudkliniken som måste ändras. Väljer ”gå till beställning” och ändrar i texten. När hon har ändrat finns det en valmöjlighet att trycka spara men hon gör inte det, utan väljer istället ”signera och skriv ut”. Ett papper med den ändrade versionen kommer ut, men sedan är det den första versionen som är sparad i datorn. För att den ska försvinna ur listan måste hon trycka signera och skriv ut igen, men denna gång kommer inget papper ut. Detta är enligt läkare 5 ett typiskt exempel på hur det kan gå till, ”man trycker på olika knappar och prövar sig fram fast man inte riktigt vet varför man gör som man gör.” Dock anser hon att de överlag gör det krångligare för sig än vad behöver vara i och med att man inte kan alla genvägar eller kortkommando och istället tar ”omvägar i sitt arbete.”

Tidigare fanns en rensad lista, en favoritlista, med de enheter läkare 5 ville remittera till. Denna försvann med en uppdatering av systemet. Numera ”kan hon inte använda systemet alls” så hon dikterar allt, även sådant som egentligen skulle ha gått mycket snabbare om hon gjorde det själv.

Läkare 5 är osäker på om hon fått information om att införandet av konsultationsremissen kommer att ske i maj men Gudrun Pettersson har informerat mycket om den kommande ”papperslösheten” och uppmanat personalen att tänka i de banorna att papper så småningom kommer att försvinna. Detta tycker läkare 5 är bra eftersom alla har fått tid på sig att mentalt förbereda sig inför de nya sätten att arbeta. Speciellt en sak tycker läkare 5 är viktigt nu när allt ska bli elektroniskt och det är att alla håller sig till sökorden så att alla ”gör lika”.

Bilaga 3

Intervju med Mats Norman

Mats Norman är vårdsystemsamordnare, det finns två personer som arbetar som sådana på primärvårdens administration. Han arbetar med IT-stöd som ett stöd för användarna, anpassat för verksamhetens krav och även efter krav på användbarhet. Han arbetar dock inte specifikt med IT-system utan mer med verksamhetsfrågor kontra IT.

Supportfrågor

Norman har märkt att användarna är osäkra på vart de ska vända sig med frågor. Det finns en IT-avdelning som sysslar med IT-support på primärvårdens administration. Sedan finns det även en support hos den centrala Landstingsförvaltningen dit man kan vända sig. Verksamhetsinriktade frågor kan ställas direkt till Mats Norman.

Frågorna hamnar ofta fel bland dessa tre instanser, vilket inte är bra. Ofta sitter fel personer med ärenden som de inte har kunskap eller befogenhet att lösa. Exempelvis hamnar ibland rena supportfrågor hos Norman. Kan bli problem när frågor hamnar fel, exempelvis om en enskild användare efterfrågar en egen mall istället för den som är förinställd. Dessa mallar är utformade efter vilka sökord och liknande som ska finnas med och får inte ändras hur som helst. Om detta hamnar hos support är det ingen svår sak att ändra på men den *ska* inte ändras på. Då gäller det att den som mottar förfrågan är uppmärksam på detta. Frågorna som hamnat på fel bord brukar skickas vidare inom organisationen. Detta medför dock att användarna fortsätter att skicka fel. Enligt Mats Norman är detta något som bör ses över, så att frågorna hamnar där de ska. Norman säger att vårdcentralerna har fått information om vart de ska vända sig med frågor och att de bör veta.

De har gått haft en uppsökande supportomgång ute i verksamheterna inom primärvården, med exempelvis frågor som har med inställningar av systemet att göra, så det mesta som det kommer in klagomål om nu är rena supportfrågor eller fel.

Norman säger att de inom primärvården till stor del ”drar lasset själva”, och inte får så mycket stöd för sin verksamhet från Landstingsförvaltningens sida. Många förändringar hos dem som genomförs efter beslut av Landstinget, sedan får de ingen hjälp eller stöd med genomförandet.

Chefläkaren har det yttersta ansvaret för den medicinska säkerheten, och granskar nya förslag till förändringar så att det är säkert och så att de följer de lagar och förordningar som finns. Det finns en tjänst som chefläkare inom primärvården, denna delas mellan två personer. En av dessa är Barbro Nordström.

Inför införandet av konsultationsremissmodulen

De har inom primärvården inte gjort några förberedelser alls inför att konsultationsremissmodulen införs på sjukhuset. ”Det enda vi kan göra är att se till att de har rätt inställningar och urval”, säger Norman. Som planerna ser ut i dagsläget kommer ingen direkt utbildning angående hur vårdgivarna inom primärvården ska arbeta kring remisshanteringen att ges.

De har skapat ett gemensamt regelverk för hur remisshantering ska gå till, för externa, digitala och pappersremisser. Detta regelverk måste informeras om ute i verksamheten, men implementationen av det ligger på de enskilda vårdcentralsscheferna. Hur det går till, vilka rutiner man bör ha, ”vem som gör vad och när”, får hanteras lokalt på varje vårdcentral. De har på primärvårdens administration resurser för att hjälpa till om någon skulle vilja ha hjälp kring detta. Mats Norman ser inte övergången som ett problem, ”rutinerna kring pappersremisser och elektroniska är i stort sett desamma”. Att sjukhuset ska införa elektroniska remisser är efterlängtat.

Det kommer att skapas regelverk kring vad primärvården vill ha tillbaka och vilka svar de vill ha när de skickar remiss också. Svaret i remissen får inte bara vara en hänvisning till journal eller dylikt, måste vara ett ”riktigt svar”. Primärvården vill inte ha remissbekräftelse som de får idag på pappersremisser utan beställningsstatus ska användas för att få bekräftelse på att en remiss har kommit fram.

I Enköping har de kvar pappersremisserna vid remisser till akuten, men i Uppsala ska de endast ha elektroniska remisser till allt. Detta tror Norman kan bli ett problem. Remissen måste ställas till rätt enhet samt skrivas på en gång och signeras för att vårdgivarna på akuten ska ha tillgång till den när patienten kommer. Detta medför att läkaren i princip måste skriva remissen själv, eftersom det kan ta för lång tid om den ska dikteras.

Norman är också orolig för hur primärvården ska hantera de olika enheterna remisserna kan väljas att skickas till. Han tror att det kommer att bli mycket felskickningar som måste avvisas, vilket kommer att innebära fördröjningar för patienten. Information om vart remisser ska skickas måste finnas. Från primärvårdens sida är det önskvärt med få adresser att remittera till, exempelvis om man remitterar till kirurgen så får de sedan omdirigera vart remissen ska inom den divisionen exempelvis kärkirurgi. Norman säger att felskickade remisser kommer öka med fler adresser att skicka till bland annat eftersom att Primärvårdsläkarna är osäkra på vad alla olika divisioner är.

En felskickad remiss som avvisats skickas tillbaka till remittenten. Om den tillbakaskickande enheten vet vart den ska istället kan de skicka med rekommendation om vart den ska skickas. I annat fall får remittenten leta vidare själv. Användarna vänder sig ofta till Norman med frågor om vart remisser ska skickas. Han önskar att det fanns en landstingsövergripande lista för vart remisser ska skickas.

Psykiatridivisionen var den första divisionen på sjukhuset som införde konsultationsremissmodulen. Remissgången mellan primärvården och psykiatrin har gått relativt bra. Det största problemet har varit att folk varit osäkra på vilka enheter som varit anslutna till elektroniska remisser vilket har medfört dubbelskickningar. Då personalen på rutin tryckt på signera-knappen, som ser likadan ut om det är en elektronisk remiss eller ej, har de när papper inte kommit ut blivit osäkra på om det beror på att skrivaren är trasig eller dylikt och därför skrivit ut en remiss manuellt och skickat den på papper också. Detta medför att den mottagande enheten registrerar två remisser för samma ärende. Problemet med dubbelskickningar borde alltså inte vara ett problem efter att hela sjukhuset har gått in då man vet att *alla* är anslutna till elektroniska remisser och inget ska skickas på papper utom externa remisser.

Val av enhet, det vill säga vart remissen ska skickas har också varit problematiskt. Det är svårt att hitta i listan, vissa enheter ligger under ologiska ställen så att användaren måste veta vart de finns för att kunna hitta dem. Akademiska har gjort uppdelningen av vart olika enheter ligger. Exempelvis ligger arbetsmiljömedicin under psykiatri, vilket inte är helt självklart att det ska göra. Många sådana verksamheter som "ligger lite emellan" får sorteras under något som inte riktigt stämmer, vilket gör systemet ologiskt. Från Akademiskas sida vill man att de sju divisionerna ska vara jämnstora, vilket även har betydelse vid insortering av "udda" verksamheter.

Överlag ser Norman tre större problem inför införandet av elektroniska remisser på sjukhuset:

1. Smygremsor: från sjukhusets sida: skriver saker i epikris som de väntar sig att primärvården ska läsa, ringer, faxar, skickar brev. Remisser måste hanteras på den överenskomna formen.
2. Vart remisserna ska skickas, minimering av felskickade remisser.
3. Verksamhetsorganisatoriska frågor, rutiner, arbetssätt.

Verksamhetsorganisation

Norman menar att det främst är arbetssätt, flöden och verksamhetsorganisation som påverkas av bytet av verktyg. FoU-avdelningen ska ha ett verksamhetsutvecklingsprojekt till hösten.

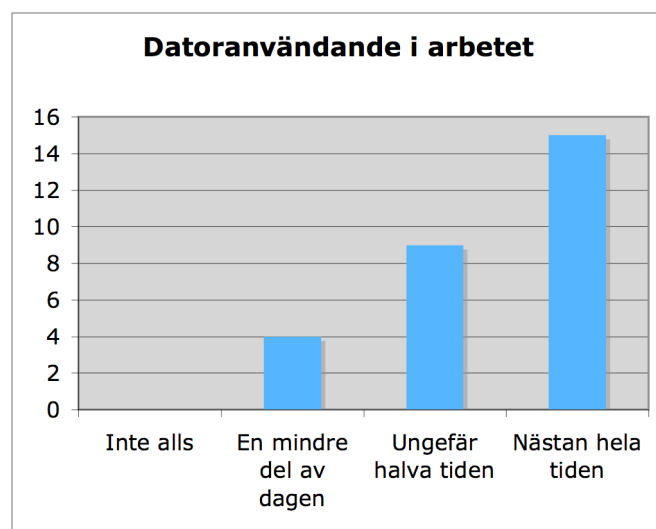
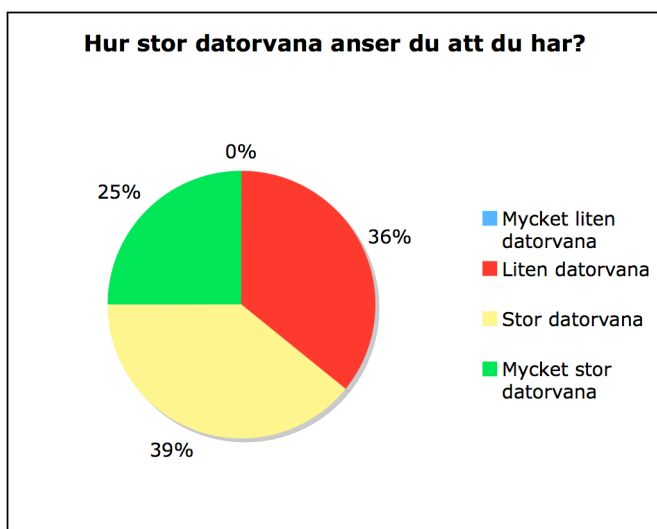
Exempelvis är inkommande remisser till läkare inom primärvården inte vanligt förekommande, vilket medför att det är svårt att få rutin på att kolla av detta. Det vore bättre då om en enda läkare avsattes som mottagare för inkommande remisser. Dessa inkommande remisser är främst från sjukhuset, då patienter kommit till dem akut, och de sedan vill att de ska åtgärdas på olika sätt inom primärvården.

Bilaga 4

Enkätsvaren

Datorvana och användande

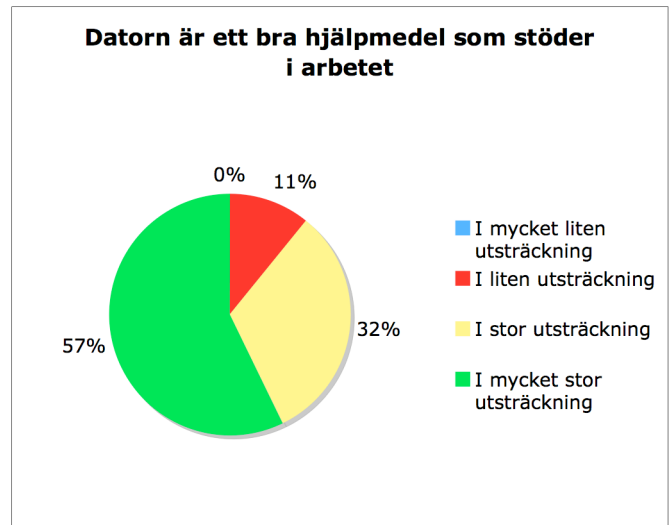
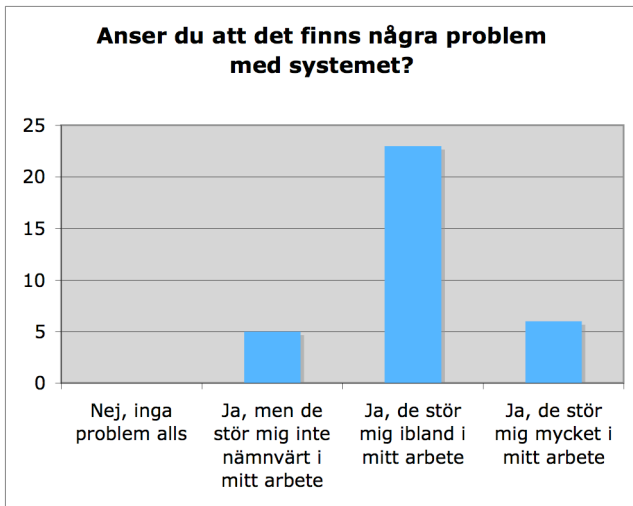
De allra flesta svaranden anser att de har medelgod datorvana, medel för alla svarande är 2,89 av 4. Ingen har svarat att de har mycket liten datorvana, emellertid har 25% svarat att de har mycket stor datorvana.



De flesta uppger att de använder datorn en stor del av dagen, medelvärdet för svaret på frågan var 3,35 där 3 stod för *ungefär halva tiden* och 4 stod för *nästan hela tiden*. "Allt patientarbete baseras på datajournal, vi använder datorn bland annat till journalföring. Och jag måste ha tillgång till journalen under alla patientmöten." Vissa uppger att datortiden varierar från dag till dag: "Dator krävs vid varje patientbesök, det varierar från dag till dag hur många besök som är inbokade."

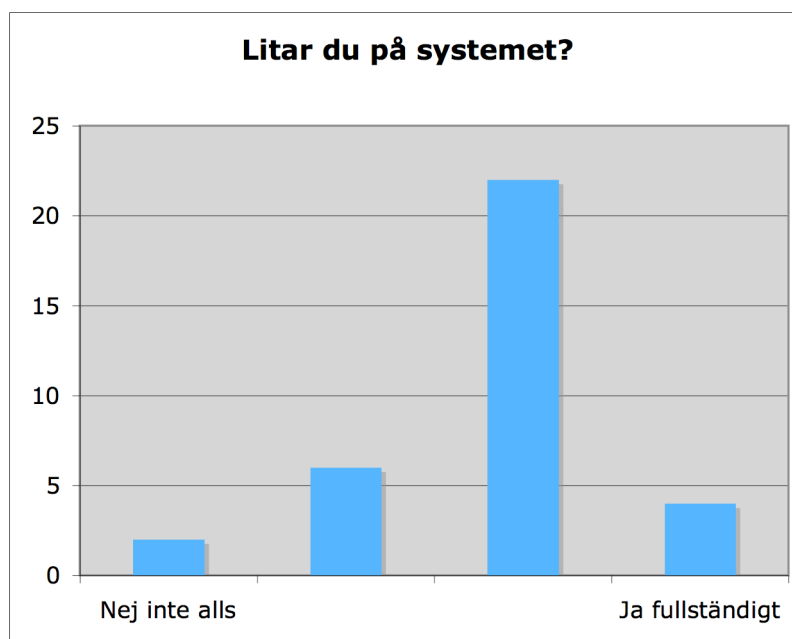
Andra menar att de hellre använder datorn till vissa typer av uppgifter som skulle kunna göras utan dator, vilket alltså av eget val ger mer datortid per arbetsdag: "att läsa studier och artiklar skulle man kunna göra på papper istället, men är smidigt via datorn."

Trots att många uppger att de har problem med systemet anser de flesta att datorn är ett bra hjälpmedel i deras arbete.



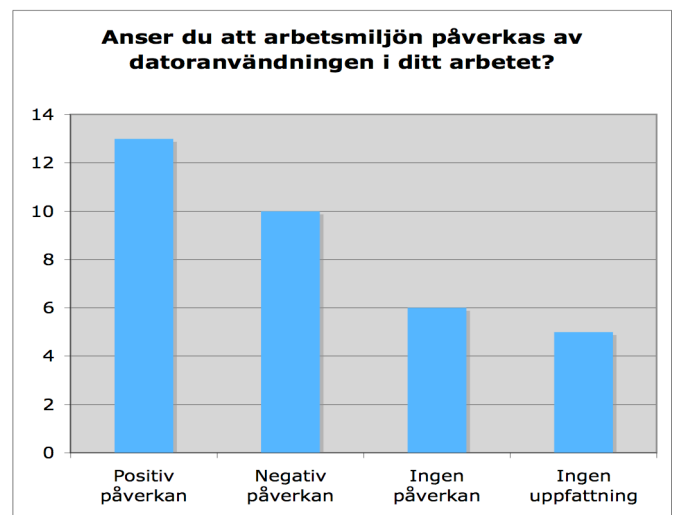
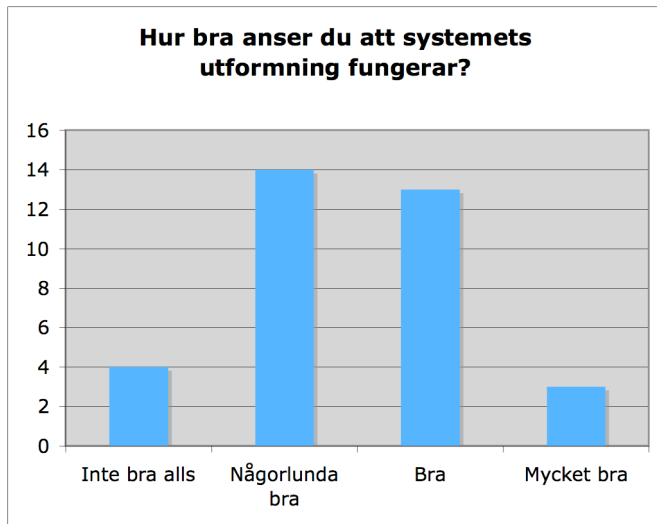
Problem som omnämns är framförallt att systemet är långsamt, men flera har också kommenterat att de ibland blir ”utslängda” ur systemet under arbetsdagen och att det arbete de då håller på med går förlorat och de måste börja om. I övrigt märks också en frustration över att inrapporterade fel inte blir åtgärdade ”med hänvisning till tidsbrist och/eller låg prioritet.” Ytterligare andra nämner att det största problemet är att andra användare inte använder systemet på rätt sätt.

De flesta uppger att de litar på systemet. De som svarat på den nedre delen av skalan har motiverat sitt val med bl.a. att det förekommer datastopp, att journalanteckningar har ”försvunnit” samt att remisser har ”legat låsta i datorn”. En stor del av kommentarerna rör att systemet i sig fungerar bra, men att de inte litar på att övriga medanvändare använder det på rätt sätt och att det därför inte är helt tillförlitligt.



Påverkan på arbetsmiljö och systemets utformning

Överlag ser det ut som att användarna är ganska nöjda med systemets utformning och majoriteten av de svarande anser att arbetsmiljön påverkas positivt av datoranvändning i arbetet.

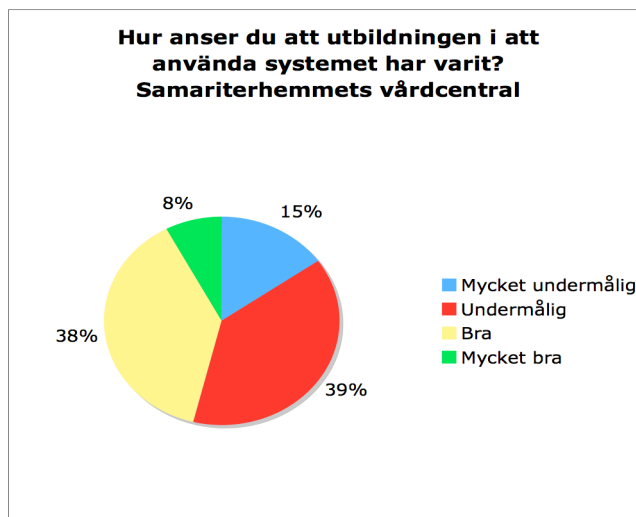
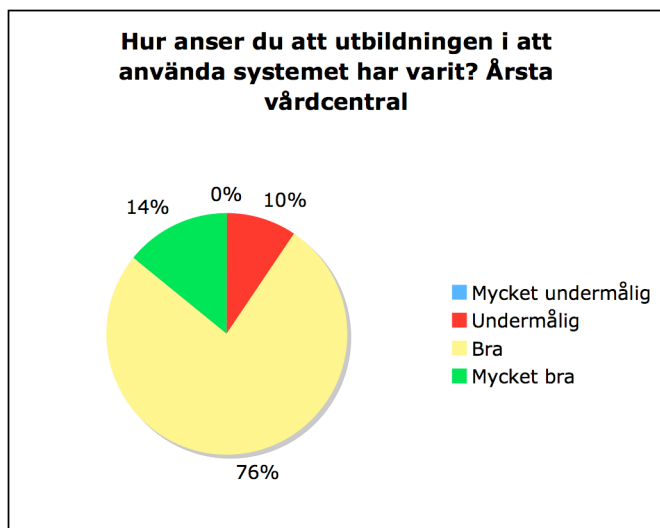
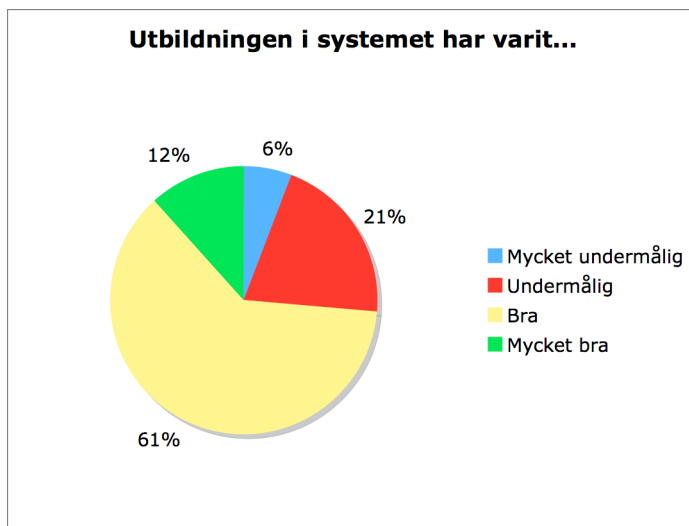


Kommentarer till hur systemets utformning fungerar innehåller bl.a. föga konstruktiva kommentarer om att de önskar att de aldrig fått Cosmic överhuvudtaget och att de saknar det tidigare systemet. ”Profdoc fungerade bättre”, ”Vi borde med näbbar och klor kämpat emot att införa Cosmic i Primärvården.” I övrigt handlar klagomålen främst om att Cosmic inte anses anpassat till användarnas verksamhet, att det är ologiskt och att det krävs många klick med musen. ”Alltför många moment, många klick för att utföra enkla uppgifter. Det är inte anpassat till vårdverksamhet.” Andra reflekterar mer över hur det egna användandet påverkar arbetet med systemet: ”Jag är själv dålig på att använda kortkommandon för att minska musklick.”

Kommentarer kring hur arbetsmiljön påverkas rör mest frustration kring systemets prestationsförmåga samt att fokus flyttats från det faktiska patientarbetet men också hur den fysiska arbetsmiljön påverkas av arbete med dator. ”Får värk i axlar, huvud, ögon, torra slemhinnor i näsa och ögon.” ”Det blir mycket statiskt stillasittande för kroppen som gör ont.”

Utbildning och kunskaper i systemet

De flesta svarande anser att de har fått bra utbildning i att använda systemet.

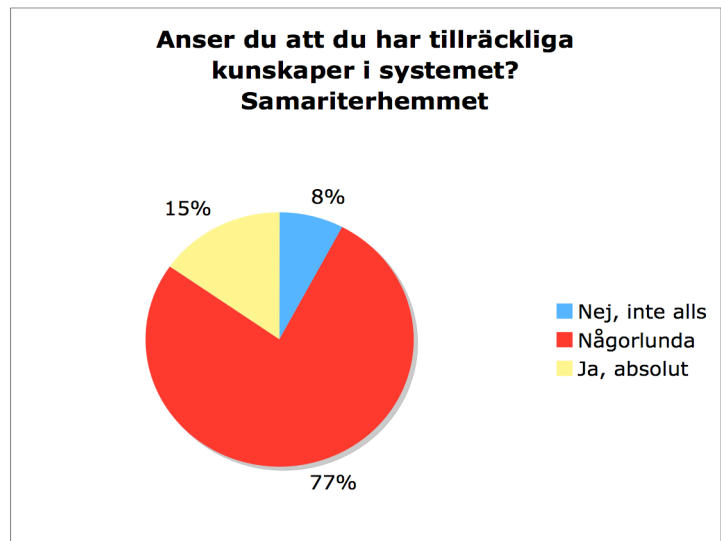
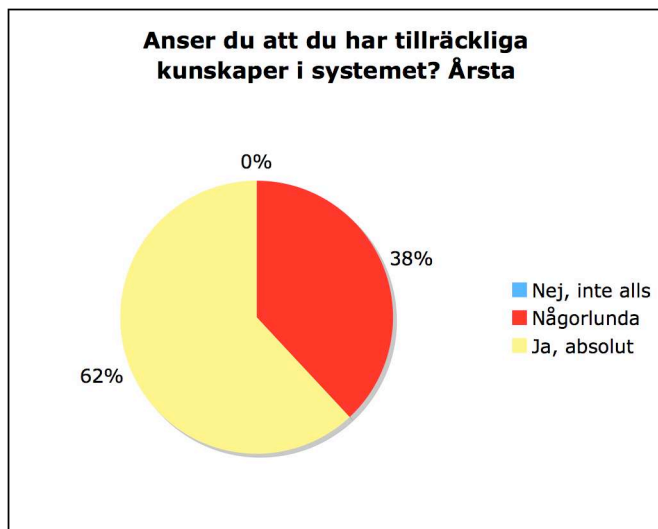


Kommentarer till utbildningsfrågan är att många skulle önska repetition av utbildningen speciellt kring de moment som inte används så ofta. Andra önskar sig mer yrkesspecifik utbildning som är anpassad för de olika arbetsuppgifterna som olika yrkesroller utför. Överlag riktas kritik mot att de inte har fått någon uppföljande utbildning och önskemål om instruktion av ”användningsknep”.

Emellertid är skillnaderna mellan de två undersökta enheterna ganska stora. På Årsta vårdcentral anser användarna att utbildningen har varit bra eller mycket bra i högre utsträckning än på Samariterhemmets vårdcentral. Där tycker en majoritet av användarna att utbildningen varit undermålig eller mycket undermålig. Att fler är nöjda med utbildningen på Årsta vårdcentral kan bero på att en av deras IT-stödpersoner själv varit med om att utbilda övriga vårdcentraler i Cosmic-användning och därför har mer gedigna kunskaper än övriga IT-stödpersoner.

När det gäller frågan huruvida användarna anser sig ha tillräckliga kunskaper för att kunna använda systemet på ett bra och effektivt sätt anser de flesta att de har någorlunda eller

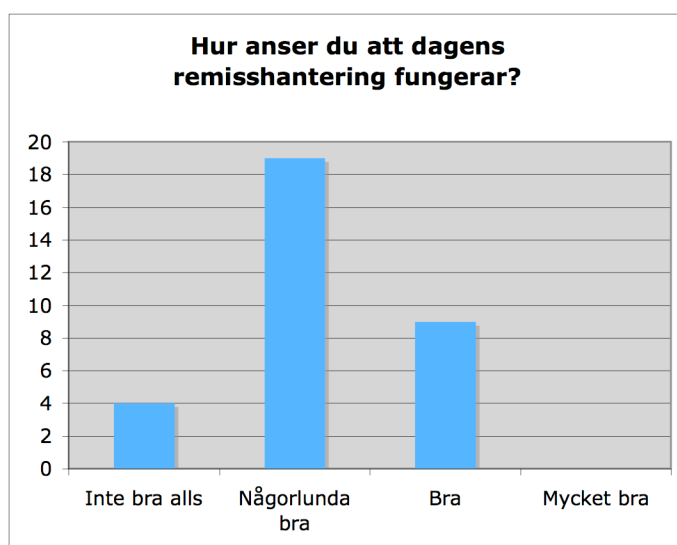
absolut tillräckliga kunskaper. Emellertid finns även här en skillnad mellan de två studerade enheterna, återigen är svaren från användarna på Samariterhemmet mer negativa.



Kommentarer kring kunskaper i systemet handlar mest om att de tycker sig kunna använda systemet på ett sätt som fungerar, men att de tror att det skulle kunna gå att göra det på ett bättre sätt. Det vill säga att de inte tycker att de utnyttjar systemet på ett optimalt sätt idag

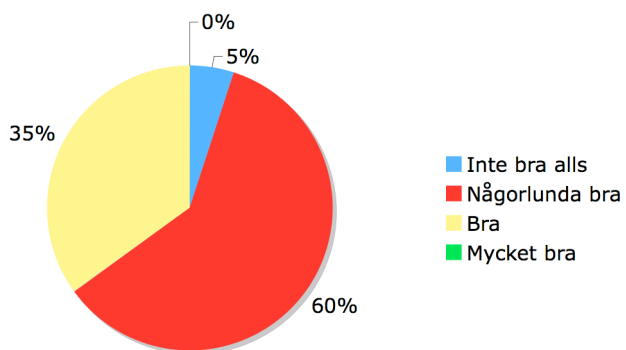
Frågor som rör remisshantering

Dagens remisshantering verkar fungera hyfsat bra enligt enkätsvaren. Noterbart är dock att inte en enda svarande har svarat att remisshanteringen fungerar mycket bra, och att majoriteten endast tycker att det fungerar någorlunda bra. Detta tyder på att det finns ett visst missnöje kring hur remisshanteringen sköts idag. Medelvärde för alla svarande var 2,1 på en fyrgradig skala.

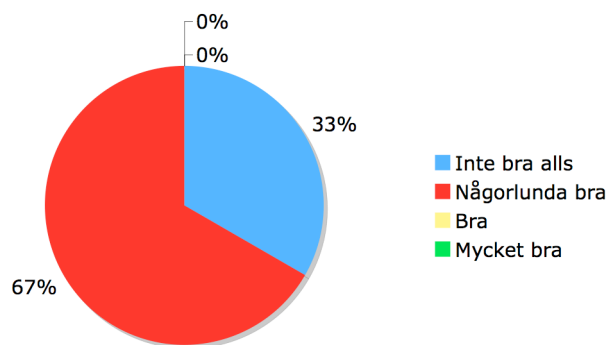


Om man ser till skillnaderna mellan de olika enheterna ser vi att användarna på Årsta har uppfattningen av en mer välfungerande remisshantering än på Samariterhemmet.

Dagens remisshantering, Årsta



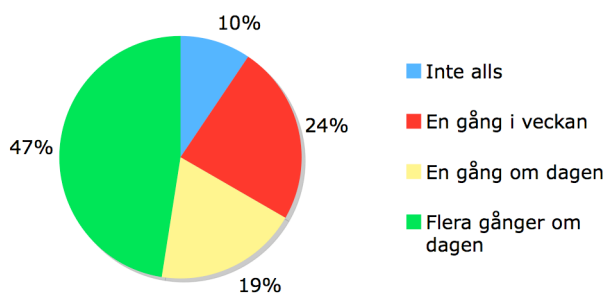
Dagens remisshantering, Samariterhemmet



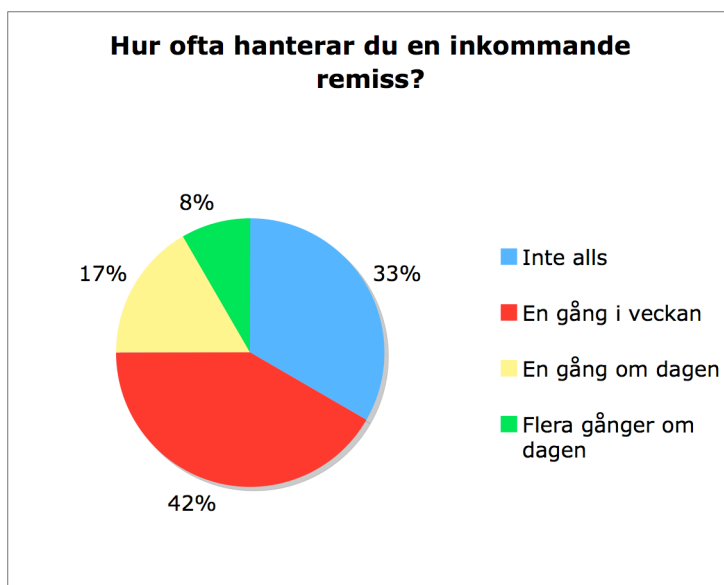
Frekvens i hanterade remisser

En majoritet av användarna, 66%, hanterar en utgående remiss en eller flera gånger om dagen.

Hur ofta hanterar du en utgående remiss?



Vad gäller att hantera inkommande remisser så är det ett mindre förekommande arbetsmoment. Större delen av de svarande hanterar en inkommande remiss en gång i veckan respektive inte alls. Det finns emellertid skillnader mellan de olika yrkesgrupperna, exempelvis sjukgymnaster tar emot remisser i högre grad än de skickar dem.



Problem som upplevs med dagens remisshantering

Många upplever att de har problem med de inkommande remisserna, att svara på dem, att registrera dem. ” Problem med inkommande vårdbegäran, att doktorerna ej accepterar och bedömer remisserna och att det är svårt att få det att fungera hela kedjan, att få in remisser som bokningsunderlag.” En del av problemen kan dock bero på att många av användarna så sällan hanterar inkommande remisser att de inte hinner få någon bra rutin på det och/eller hinner glömma.

Allvarligast är problem med att remisser ”kommer bort”, ligger ”låsta” hos en enskild läkare när denne varit på semester eller att remisser kan komma efter att datumintervallet passerat under inkommande vårdbegäran och därmed missas.

”Alla kan inte alla rutiner och följer inte dem följaktligen inte.” “Utbildning saknas!” Dessa två kommentarer tyder på osäkerhet i hur remisshantering ska skötas och att gemensamma rutiner vore önskvärt.

Intressant är att många nämner att läkarnas agerande är ett viktigt moment för hur väl remisshantering fungerar överlag. ”Jag arbetar i nära samarbete med en läkare och vi två har ett väl fungerande samarbete, dock har jag hört om osäkerhet och problem hos kollegor.” Det är inte tillräckligt konsekvent eller logiskt för att en läkare ska orka ta itu med hur det fungerar.”

Andra svarar att det inte är några problem idag utöver att det känns onödigt med papperskopior och att man är osäker på när det är nödvändigt att skicka pappersremisser.

Instanser de olika yrkeskategorierna oftast skickar remisser till idag

De svarande ombads nämna de vanligaste instanser de oftast skickar remisser till. Jag har sorterat de vanligaste under varje yrkeskategori.

Läkare

Läkarnas remisser är uppdelade mellan de som skickas internt inom primärvården och de som skickas till olika kliniker på sjukhuset.

Primärvården: dietist, sjukgymnast

Sjukhuset: akuten, medicin, röntgen, hud, kirurgen, ortoped, mammografi

Barnmorskor

Barnmorskornas remisser är uppdelade, vissa görs endast på papper medan andra görs elektroniskt. Pappersremisser används till ultraljudundersökningar och specialistmödravården. Övriga instanser de remitterar till är: sjukgymnastik, gynekologisk hälsa, dietist, arbetsterapeut. Även cytologen nämns som remissmottagare, då gäller det ivägskickade cellprov.

Sjukgymnaster

Sjukgymnasterna skickar inte så många remisser, de tar främst emot remisser. De instanser de skickar till är framförallt arbetsterapi, men även dietist och kurator.

Psykolog

Psykologen skickar remisser till allmänpsykiatri, neuropsykiatri och privata psykoterapeuter

Läkarsekreterare, hantering av remisser

Läkarsekreterarna hanterar de flesta remisser från läkarna. De nämner akuten, medicin, kirurgen, ortoped, röntgen, öronmottagningen, olika enheter inom psykiatrin som de vanligaste enheterna på sjukhuset. I övrigt nämns externa mottagningar som Elisabetsjukhuset, Medocular, Aleris och Sabbatsberg som vanliga instanser de skickar remisser till.

Instanser de olika yrkeskategorierna oftast tar emot remisser från idag

De svarande fick även frågan vart de inkommande remisserna oftast kommer ifrån.

Läkare

Akuten, medicinkliniken, överviktsenheten och infektionskliniken

Barnmorskor

Barnmorskorna tar emot remisser från cytologen, sjukgymnaster, dietister och arbetsterapeuter.

Sjukgymnaster

Sjukgymnasterna är den yrkeskategori som uppgett att de tar emot flest inkommande remisser. Remisserna kommer huvudsakligen från husläkare och barnmorskor inom primärvården, samt från ortoped på sjukhuset.

Psykolog

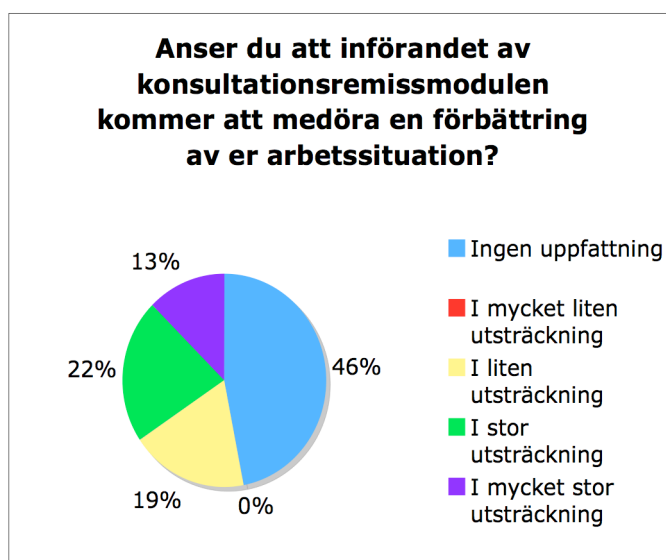
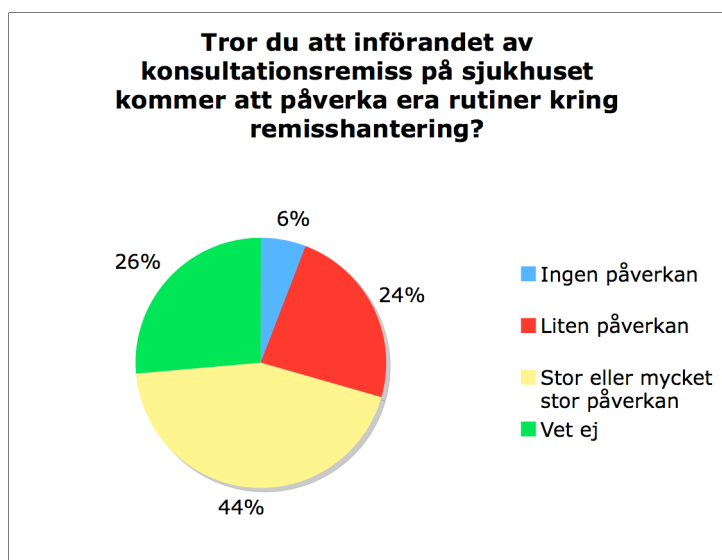
Psykologen tar emot remisser från husläkare inom primärvården och privata vårdgivare

Läkarsekreterare, hantering av remisser

Läkarsekreterarna säger att de flesta inkommande remisserna kommer från sjukhuset när patienten är klinikfärdig och ska följas upp. Fall från akuten och psykmottagningen är vanligt men även andra vårdavdelningar samt företagshälsovård och skolsköterskor.

Införande av konsultationsremissmodulen

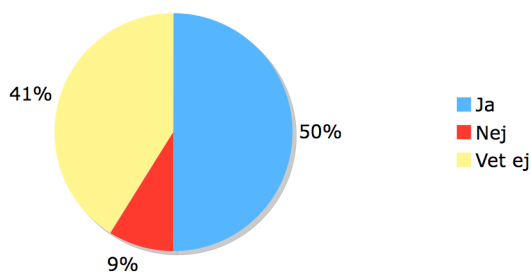
De flesta tror att införandet på sjukhuset kommer att medföra en påverkan av rutinerna i deras verksamhet. Emellertid är det också en stor del av de svarande som svarat "Vet ej" på denna fråga vilket tyder på att de inte känner sig tillräckligt insatta i frågan för att kunna svara på den. Ännu mer talande är svaret på frågan om användarna anser att det kommer att förbättra deras arbetssituation där hela 46% svarat att de inte har någon uppfattning om frågan.



Kommentarer kring hur införandet kommer att påverka verksamheten rör främst oro över att inte alla ska veta hur de ska använda modulen på rätt sätt. "Alla måste lära sig hur det fungerar." Läkarsekreterarna oroar sig över att framförallt läkarna ska fortsätta i samma rutiner som innan, "kommer att få påminna läkarna om en stor del av remisserna som de glömmer att kolla", "förhoppningsvis spar det energi för oss sekreterare men vi måste istället agera "polis" för att få remisser ivägskickade osv."

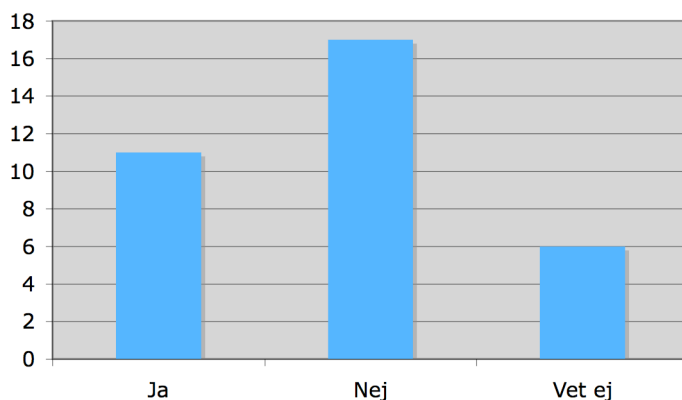
Det är därför något förvånande att endast 50 % svarar ja på frågan om utbildning krävs för att användningen av konsultationsremissmodulen ska fungera bra i deras verksamhet efter införandet på sjukhuset. Emellertid är det få som svarar direkt nej, de flesta är tveksamma och svarar vet ej. I kommentarer till frågan är det många som skriver att de inte är tillräckligt insatta för att veta om det behövs utbildning eller ej.

Anser du att utbildning krävs för att användningen av konsultationsremissmodulen ska fungera bra i er verksamhet efter införandet på sjukhuset?

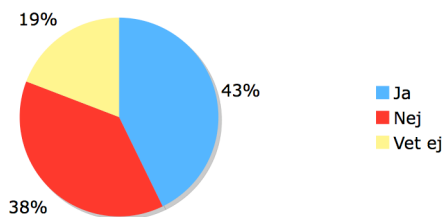


Slutligen frågades om de fått information om införandet på sjukhuset. Majoriteten svarar nej på den frågan. Även här är dock skillnaderna mellan Årsta och Samariterhemmet markanta, endast 15% av de svarande från Samariterhemmet uppger att de har fått information om införandet.

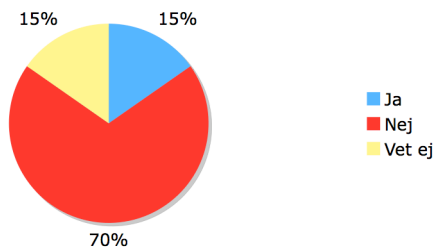
Har du fått information om att modulen konsultationsremiss kommer att införas på Akademiska sjukhuset i maj 2009?



**Har du fått information om att modulen konsultationsremiss kommer att införas på Akademiska sjukhuset i maj 2009?
Årsta**



**Har du fått information om att modulen konsultationsremiss kommer att införas på Akademiska sjukhuset i maj 2009?
Samariterhemmet**



Arbetsuppgifter som datorn används till

För att få en överblick på vad de svarande ur olika yrkeskategorier använder datorn till ombads de ge exempel på uppgifter där de använder datorn i sitt arbete.

Läkare

- Journalföring och läsning
- Remittering för konsultation, beställning av undersökningar, prover och röntgen samt svar på dessa
- Tidboken
- Internet, leta information.
- Diktering
- Läkemedelshantering
- Meddelanden i Messenger, e-post.

”Det som inte finns i datorn är kopior från UAS samt journalsvar. Hittills verkar patienten också finnas utanför datorn.”

Läkarsekreterare

- Journalskrivning via diktat (både digitala och från band)
- Remisshantering, personalrapportering, listning av patienter, tidboksadministration. Övriga program som används: Word, Excel
- Läs och skicka e-post
- Internet, söka information
- Brev, intygsskrivning.
- Kollar Prator.

Barnmorska

- Journalföring och läsning
- Internet; söka information, uppdatering av riktlinjer
- Konsultations- och provtagningsremisser , svar på dessa
- Receptförskrivning
- Tidboksadministration
- Funktionsbrevlåda, e-post
- Besöks/kontaktregistrering

Sjuksköterska

- Tele-Q och samtalshantering, rådgivning
- Tidsbokning
- Journalskrivning, provbeställning
- E-post

Sjukgymnast

- Journalföring och läsning
- Konsultationsremisser
- Gruppregistrering, "regga" arbetstider, ledighetsansökan, statistikregistrering
- Kassaärenden, e-post
- Internet, fördjupning i behandlingsmodeller

Psykolog

- Journalföring och läsning
- Remisshantering
- Bokningar, information

Exempel på situationer då användarna har haft problem med systemet

Användarna ombads ge exempel på situationer då de haft problem med systemet. Jag har sorterat in dem i olika problemkategorier.

Uppdateringar i systemet

”Utan förvarning kan t.ex. metoden att skriva en konsultationsremiss ha ändrat utseende, man känner inte igen bilden. Detta skapar stress då man sitter med patient framför sig ska försöka förstå hur man ska göra, och vet att nästa patient väntar i väntrummet.” Generellt sett är det många som upplever att förändringar och uppdateringar görs godtyckligt och utan förvarning. Å andra sidan är det någon som kommenterar att de ”får så många informationsmail om nya rutiner och uppdateringar att man till slut inte orkar öppna dem”.

Andra användare

Många användare uttrycker att det största problemet med användningen av systemet är att andra användare inte använder systemet på rätt sätt. Detta medför merarbete samt osäkerhet då de inte kan lita på att det blir rätt även om de själva gör rätt.

Tröghet i systemet

En stor del av kommentarerna rör långsamhet eller tröghet i systemet samt att systemet hänger sig eller låser sig vid olika moment. Användarna upplever att deras arbete ibland går mycket långsamt, dels på grund av att systemet ibland är ”segt och slött” och dels på grund av att de ibland tvingas göra om arbetsmomenten flera gånger. ”Då systemet låser sig under journalhantering leder det till att journalanteckningen jag skrivit försvinner.” Den upplevda långsamtheten är även kopplad till att många musklick krävs och att det ibland är svårt att hitta informationen man söker.

Musklick och sökvägar

Många tycker att systemet innebär mycket klickande och att sökvägarna ibland är ologiska. Överlag finns önskemål om mindre klickande även om vissa moment anses krångligare än andra. ”När jag ska skriva in cellprovssvar blir det väldigt mycket klickande och det är lätt att göra fel.” Några kommenterar att det var bra när de fick hjälp med praktiska tips i användandet, exempelvis kortkommandon och liknande men att det skulle behövas repetition av det då man glömmer fort, speciellt i sådana moment som sällan används. Angående sökvägarna tycker många användare att det tar tid att hitta rätt, ibland hittar man inte alls det man söker efter. Främst att söka specifik information om patienten i deras journaler tycks vara problematiskt.

”Utkastning” ur systemet

Att bli ”utkastad” ur systemet tyckas vara ett tämligen stort problem, då det återkommer i olika problemsammanhang. ”Jag kan bli utslängd när jag skriver en journalanteckning eller remiss. Då är allt man skrivit borta!” ”Det kommer upp felmeddelande som gör att programmet stängs ner och man får börja om.” Som jag uppfattar det innefattar ”utkastningen” av systemet även när programmet låser sig och användaren får starta om det igen.

Remisshantering

Problemen kring remisshantering är dels systemrelaterade, dels relaterade till remisser på papper men främst handlar det om rutiner kring remisshantering. De systemrelaterade problemen handlar om hur man går tillväga i de olika stegen, exempelvis ”det tar extremt många klick och lång tid att registrera varje remiss. När man ska besvara en remiss måste man ändra datumfunktionen och det känns som onödiga moment.” När det gäller pappersremisser menar några användare att det är många krångliga moment med att registrera dem, ”det tar tid att hitta aktuell vårdgivare och enhet när remisser kommer externt.” Det finns även osäkerhet kring när och om man ska skicka en papperskopia, så många verkar göra det ”för säkerhets skull” vilket ibland resulterar i dubbla remisser som måste hanteras.

Rutinerna kring remisshantering tas ofta upp i kommentarerna, ibland helt ospecifikt som ”rutinerna behöver förbättras” eller ”remisshantering är jobbig”, men andra har försökt ringa in vad som orsakar problemen. Ett grundläggande problem är att det saknas tid. ”Vi har ingen avsatt tid för att kolla upp remisser. Vi hinner inte med! Detta är en viktig arbetsmiljöfråga!”

En del problem kan härledas till att användarna inte riktigt vet hur de ska göra. En incident som berättas om beror på att det har saknats rutiner kring hur remisser som är skickade till en namngiven läkare hanteras när denne är frånvarande. Ett annat fall handlar om en läkare som innan sin semester på 2 månader hade skrivit en remiss gällande en patient med cancer. ”Remissen blev liggande i datorn. Ingen pappersremiss skickades. Jag hade semester i 2 månader. Det blev en fördröjning på 3 månader utan åtgärd. Remissen skickades endast till min lista. Ingen såg den!!!” Detta citat tyder på att läkaren inte förställt att han/hon skulle ha signerat remissen för att den skulle gå iväg till onkologen. Överlag verkar det finnas en hel del oklarheter kring hur rutinerna bör vara angående acceptering och bedömning av remisser samt hur de ska överföras till bokningsunderlag. ”Ofta när jag skall skriva remissvar så är remissen ej accepterad och bedömd av läkaren.” ”Remisser kommer både på papper och internt samt att patienten ibland är ombedd att söka själv.”

Kommunikation

Problem som rör kommunikation handlar främst om Messenger. Om användarna skickar ett patientrelaterat ärende, textkopplar eller patientkopplar ett meddelande, skiftas patienten hos den mottagande personen till den patient som meddelandet handlar om. Detta har lett till att arbete som avbrutits försvunnit eller att användarna råkat fortsätta skriva på fel patient. Att externa brev inte innehåller några patientuppgifter innebär också en källa till problem ”eftersom personnummer och namn på patienten inte är förvalt måste man själv skriva in det och det kan lätt bli fel.”

Recept och läkemedelsförskrivning

Receptförskrivningen upplevs som långsam då den innehåller onödigt många steg. Arbetet tar längre tid då man måste upprepa momenten flera gånger, "ett skrivet recept försvinner om man klickar på tillbaka på läkemedel."

Kontaktregistrering

Problem vid kontaktregistrering är framförallt att man hela tiden måste dubbelkontrollera så att det är rätt patient men också att det blir rätt kontakt. "Vid kontakttypangivelse hoppas ofta den aktuella patienten över och man får upp en annan patient." "Vid kontaktregistreringar kommer inte patientens data upp och då kan föregående eller efterkommande kan hamna på listan."

Supportfrågor

På frågan om användarna vet vart de ska vända sig om de stöter på problem som de inte kan lösa själv svarar alla "ja". På följdfrågan om var de ska vända sig ser emellertid svaren lite olika ut. De flesta svarar att de i första hand vänder sig till IT-stödspersonerna på vårdcentralen, andra svarar att de vänder sig till en "kunnig sekreterare" eller att de ringer Cosmic support. En hel del svarar även att de vänder sig till IT-samordnaren eller Mats Norman, vilket jag förutsätter vara samma person? Många svarar lite löst att de vänder sig till IT-avdelningen, primärvårdens IT-avdelning eller EPJ (vilket jag inte riktigt vet vad det innebär).

Alla användare i studien svarar även att de någon gång stött på ett problem de behövt ha hjälp med att lösa. Några nämner teknikaliteter som att de inte kunnat skriva recept eller intyg, inte hittar ett elektroniskt remissvar, andra nämner att det gäller saker man sällan gör och hinner glömma bort mellan gångerna eller saker man helt enkelt inte vet hur man ska göra, exempelvis var man hittar gamla EKG:n.

Ytterligare några nämner allvarligare problem som är kopplade till fel i programmet och som kräver annan support än IT-stödspersonerna på vårdcentralen.

Övrigt

Övriga kommentarer som inte riktigt faller under någon kategori redovisas här nedan:

- Tidboken är svår att överblicka
- Journal kan inte vara öppen samtidigt som man skriver sjukintyg och text kan inte kopieras från journalen till intyget
- Vid arbete på två vårdcentraler och när jag byter en dag som har fast schema är det svårt att enkelt byta schema.
- Grupphanteringen är inte bra

Bilaga 5

Svar från telefonintervjuer

Dagens datoranvändande på vårdcentralerna och hur Cosmic upplevs

Vårdcentralscheferna 1 och 5 svarade att datoranvändningen på deras vårdcentral fungerar mycket bra och att de inte hade några problem. Dessa var överlag ganska fåordiga. Kanske var de måna om att deras vårdcentraler skulle göra ett gott intryck och svarade därför ”bra” på de flesta frågor eller så hade de inte tid eller lust till att svara så uttömmande.

Vårdcentralschef 2 menade att datoranvändningen fungerade bra till stor del beroende på att personalen är så datorvana nu. ”Datorn är vårt främsta arbetsinstrument. Vi vet ju inget annat än att använda datorer nu.” Vårdcentralschef 3 menar att datoranvändningen fungerar bra, men att det alltid finns saker som kan förbättras.

Vårdcentralschef 4 och 6 tyckte att datoranvändningen hos dem fungerade hyfsat bra respektive okej. Det upplevs som positivt att kunna samköra med olika enheter och det fungerar oftast bra i användningen av datorsystemet, men det bygger på att alla gör rätt. En av dem menar att det är att förvänta sig att det blir problem när man ska samköra över så många olika verksamheter, ”Landstinget är ju en stor arbetsplats”. Emellertid verkar de flesta vårdcentralscheferna vara överens om att de inte skulle klara sig utan att använda datorer och datajournaler idag.

Vårdcentralschef 6 påpekade att trots att datoranvändandet överlag fungerar okej är frustrationsnivåerna olika från individ till individ. ”En teknisk pryl som inte fungerar och lever sitt eget liv, i en pressad miljö, skapar stress hos användarna.” Det är också stor skillnad på hur stor datakunskap användaren har från början. Vårdcentralschef 6 menar att man från ledningshåll underskattar vikten av kompetens i datoranvändande hos vårdpersonalen. Mycket av problemen bygger på för låg datorkunskap i allmänhet vilket leder till svårigheter att hantera systemet, och så ”får Cosmic skit”. Sedan är det också mycket smågrejer som skulle vara lätta att åtgärda som irriterar när man stöter på dem flera gånger per dag.

Eftersom Storvreta vårdcentral ligger utanför staden, ”på en egen lina”, går det trögt med Cosmic, långsamt att starta upp osv. Detta är för dem ett av de större irritationsmomenten och de har hört andra utanför staden som har samma problem.

Angående införandet av Cosmic är det många av de nuvarande vårdcentralscheferna som inte arbetade då och därför inte kan uttala sig om hur införandet gick. De få som fanns på plats vid införandet rapporterar att införandet gick bra och att de inte hade några problem i samband med det. Vårdcentralerna från vilka jag intervjuat cheferna har haft Cosmic mellan 2-2,5 år.

Medvetenhet om och eventuella förberedelser inför konsultationsremissens införande på Akademiska sjukhuset i maj 2009

På frågan om de är medvetna om att konsultationsremissmodulen införs i maj svarar alla ja. Dock låter vissa lite svävande då de svarar, exempelvis säger vårdcentralschef 4 ”ja just det,

jag såg alldeles nyss att det stod något om det” och vårdcentralschef 1 ”ja, det har vi ju gått och väntat länge på”. Generellt är det många som kommenterar frågan med att de väntat länge på att sjukhuset ska gå in och att de är glada för att det sker nu.

På frågan om vilka förberedelser som gjorts svarar en del att det inte krävs några förberedelser, vårdcentralschef 5 tycker att den enda skillnaden består i att trycka på en annan knapp ”det är bara att trycka *Spara och skicka* istället för *Spara och skriv ut*”. Vårdcentralschef 6 säger att ”det viktigaste är att veta vilka enheter som ska ha elektroniska och vilka som ska ha pappersremisser så att man skickar rätt.” Vårdcentralschef 1 svarar att de har förberett sig genom att redan nu vara inställda på att alla papper kommer att försvinna och arbeta med sina rutiner kring detta.

Vårdcentralschef 2 svarar mer specifikt att de förberett sig inför införandet med utbildning av personalen samt att se över de rutiner de har idag, och hur rutinerna kommer att behöva förändras. ”Det är viktigt att alla vet vem som ska göra vad, det är ju det det handlar om egentligen”. Exempelvis kan man från inkommande remisser skapa bokningsunderlag, vårdcentralschefen och några kollegor har varit på utbildning hos primärvården och vet ”exakt hur det fungerar” och lär vidare ut till de andra. Frågor kring rutiner och vad som bör ändras har de hand om själva lokalt på vårdcentralen.

Införandet av konsultationsremissens påverkan på verksamheten

Överlag är de flesta svaranden positiva till införandet och tror att det kommer att förenkla deras arbete på vårdcentralerna. Vårdcentralschef 2 säger att de redan har skapat datormässiga rutiner kring sin remisshantering vilket vårdcentralschef 1 tror kommer att vara en fördel vid övergången. Exempelvis hanterar de alla inkommande remisser som att de vore elektroniska och skriver in dem i datorn som inkommande vårdbegäran.

Även vårdcentralschef 3 säger att de ser mycket fram emot införandet på sjukhuset. Det förenklar för dem att allt sker elektroniskt. Den farhåga vårdcentralschef 2 uttrycker att hon har galler främst att det kommer skickas för mycket och ogenomtänkt och att de kommer att ”drunkna i dokument” eftersom det kommer att bli så lätt att skicka, ”bara att trycka på en knapp”. Hon tycker att det är väldigt viktigt att det är genomtänkt det man skickar, ”inte bara skicka för att ha ryggen fri”. I början tror hon att de säkert kommer att ha problem med att mycket skickas ofullständigt och att saker måste skickas tillbaka. Men i stort sett så tror hon att det kommer att bli bra i slutändan. Det är mycket mer överskådligt i datorn. Det är också väldigt bra för patienten att man kan följa ordergången i datorn.

Chefen för vårdcentral 4 tror att det bara kommer att vara positivt för dem att Akademiska går in i modulen, men att det kanske kan orsaka problem då de har mer erfarenhet av Cosmic i primärvården än på sjukhuset, eftersom primärvården använder de flesta moduler redan medan de på sjukhuset ”har kvar en massa gammalt”.

På vårdcentral 6 och 7 har de i dagsläget olika rutiner på de båda enheterna kring remisshanteringen. Det kommer ut rekommendationer ”ovanifrån” kring hur rutinerna ska se ut. De olika rutinerna följer olika rekommendationer; på den ena enheten jobbar de med läkarsekreterarna som en nyckelroll, på den andra jobbar de med att försöka ta bort allt papper ur hanteringen. Vårdcentralschef 6 hoppas att de i samband med att allt blir elektroniskt kommer att kunna sammanföra rutinerna så att de har samma rutiner på båda enheterna

Vårdcentralchef 5 däremot tror inte att införandet på sjukhuset kommer att påverka deras verksamhet och vårdcentralchef 1 har inget speciellt att säga om frågan. Om det påverkar dem alls så bör det vara positivt.

Remisshanteringen idag

Remisshantering på vårdcentral 1 idag fungerar bra, vårdcentralchef 1 tycker att de har bra rutiner kring det. Det största problemet i dagsläget är de enheter på akademiska som inte har infört elektroniska remisser, då de måste skicka på papper istället, och detta problem kommer förhoppningsvis att lösas i och med att Akademiska går in i konsultationsremissmodulen. Även vårdcentralchef 2 tycker att dagens remisshantering fungerar mycket bra, men att den kommer att förenklas då man slipper skriva in de inkommande pappersremisserna i datorn. Vårdcentralchef 5 säger att deras remisshantering i stort sett fungerar bra.

Vårdcentralchef 3 tycker att det fungerar bra, men ”alla kan inte allt”. I dagsläget är det ca hälften av läkarna som ”har koll på hur allt ska vara”. De håller på att genomföra utbildning, ”det är viktigt att alla vet vad och hur de ska göra.”

På vårdcentral 4 håller de i dagsläget på att se över rutinerna kring remisshantering för att se vad som behöver förbättras. Vårdcentralchef 4 tycker ändå att fungerar bra idag. Det som de har problem med är framförallt inkommande remisser från sjukhuset, främst från akutavdelningen. Dessa remisser kommer oftast efter att patienten redan bokat en tid hos vårdcentralen eller varit där på besök. Detta är ett problem eftersom de remisserna ändå måste hanteras trots att de är ”onödiga”. Dock händer det ibland också att det motsatta inträffar, en patient kommer in och säger att de sagt på sjukhuset att de ska gå till vårdcentralen och ta blodtryck och de på vårdcentralen vet inget om det, eller varför. Ett annat problem är när slutenvården, specialistvården ”skickar tillbaka” patienter för vidare utredning trots att de inom primärvården bedömt att de behöver extern hjälp med en patient. Också patienter som fått remisser i handen skapar ett problem. Allt borde göras via datorn istället.

Remisshantering idag fungerar ”tillräckligt bra”, men vårdcentralchef 6 är inte nöjd med att de har olika rutiner på de båda enheterna han är chef över. Emellertid är det svårt att få in rutiner på det ena stället då de har en läkarvakans där, med mycket vikarier, där passar det bättre att ha läkarsekreterarna som nyckelpersoner. Men överlag strävar de efter att få bort papper i hanteringen.

Grupper som skickar och tar emot remisser

För att få en bild av vilka yrkeskategorier som främst kommer att beröras av införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset frågade jag vårdcentralcheferna vilka grupper som skickar och tar emot remisser på deras vårdcentraler. Alla de intervjuade vårdcentralcheferna svarar att läkarna är en grupp som skickar och tar emot remisser. Vårdcentralchef 5 svarar att sekreterarna skriver alla remisser förutom akutremisser som läkarna skriver själva. Utöver läkarna är det distriktssköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster, kuratorer, psykologer och dietister som hanterar remisser.

Bilaga 6

Följebrev enkät

Enkäten är en del av den undersökning som ligger till grund för mitt examensarbete på civilingenjörsprogrammet. Examensarbetet är en del av det större projektet IVAN, *Informationssystem i Vården - Användbarhet och Nytt*a, som är ett samarbete mellan Landstinget i Uppsala Län och institutionen för Människa-datorinteraktion på Uppsala universitet. Projektets syfte är att ta fram mer användbara IT-stöd för vård och omsorg.

Frågorna i enkäten behandlar datoranvändning i allmänhet och remisshantering i synnerhet varför enkäten delas ut till de yrkesgrupper som hanterar remisser i sina arbetsuppgifter.

Enkäten beräknas ta mellan 5-15 minuter att besvara. Enkäten är anonym och svaren kommer att behandlas konfidentiellt. Resultaten från enkäten kommer att ingå i en rapport. Rapporten beräknas vara färdig i juni och kommer att finnas på hemsidan http://www.utn.uu.se/sts//index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=14&Itemid=43 för nedladdning som pdf-fil.

Då du fyllt i din enkät kan du lägga den i lådan som kommer att finnas i personalrummet. Jag hämtar lådan tisdagen den **28:e april**.

Ta kontakt med mig vid frågor!

Tack för din medverkan!

Sara Daniels

sara.daniels.1720@student.uu.se

018-471 34 53

0707-30 63 84

Bilaga 7

Enkät

Allmänna frågor

1. Vilken yrkesroll har du?

2. Hur länge har du arbetat med detta yrke?

3. Kön?

Kvinna Man

4. Ålder?

5. Hur stor datorvana anser du att du har?

Mycket liten datorvana Mycket stor datorvana

6. Hur stor del av dagen använder du datorn i ditt arbete?

Inte alls

En mindre del av dagen

Ungefär halva tiden

Nästan hela tiden

Vet ej

Uppskattat i timmar per dag _____

Kommentarer till frågan:

7. Kan du ge några exempel på till vilka uppgifter du använder datorn?

8. I hur stor utsträckning anser du att datorn är ett bra hjälpmedel som stöder dig i ditt arbete?

I mycket liten utsträckning I mycket stor utsträckning

Har ingen uppfattning om det

Kommentarer till frågan:

Systemspecifika frågor

De systemspecifika frågorna avser främst Cosmic. Om du kommenterar något av övriga system som används specificera detta i kommentarer till frågan.

9. Hur bra anser du att systemets utformning fungerar? (Musklick, menyer, fönster etc.)

Inte bra alls

Någorlunda bra

Bra

Mycket bra

Har ingen uppfattning om frågan

Kommentarer till frågan:

10. Anser du att arbetsmiljön påverkas av datoranvändningen i ditt arbete?

Nej, arbetsmiljön påverkas inte

Ja, arbetsmiljön påverkas positivt

Ja, arbetsmiljön påverkas negativt

Har ingen uppfattning om frågan

Kommentarer till frågan:

11. Hur anser du att utbildningen i att använda systemet har varit?

Mycket undermålig Mycket bra

Kommentarer till frågan:

12. Anser du att du har tillräckliga kunskaper för att kunna använda systemet på ett bra och effektivt sätt?

Nej, inte alls

Någorlunda

Ja, absolut

Kommentarer till frågan:

13. Litar du på systemet?

Nej, inte alls Ja, fullständigt

Varför/varför inte?

14. Anser du att det finns några problem med systemet?

Nej, inga problem alls

Ja, problem finns, men stör mig inte nämnvärt i mitt arbete

Ja, problem finns, de stör mig ibland i mitt arbete

Ja, problem finns, de stör mig mycket i mitt arbete

Har ingen uppfattning om frågan

Kommentarer till frågan:

15. Kan du ge ett konkret exempel på någon/några situationer då du haft problem med systemet?

16. Om du stöter på problem som du inte kan lösa själv, vet du vart du ska vända dig för att få hjälp?

Ja

Nej

Om ja, vart vänder du dig?

Har du gjort detta någon gång?

Ja

Nej

Om ja, kan du kort beskriva situationen? Välj en typisk situation om det har hänt flera gånger.

Frågor angående remisshantering

17. Har du fått information om att modulen *Konsultationsremiss* kommer att införas på Akademiska sjukhuset i maj 2009?

Ja

Nej

Vet ej

Kommentarer till frågan:

18. Hur anser du att dagens rutiner kring remisshantering fungerar?

Inte bra alls

Någorlunda bra

Bra

Mycket bra

Har ingen uppfattning om frågan

Kommentarer till frågan:

19. Tror du att införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset kommer att påverka era rutiner kring remisshantering?

Ingen påverkan av rutiner Stor påverkan av rutiner

Om så, **hur** tror du att rutinerna kommer att påverkas?

20. Anser du att utbildning krävs för att användningen av konsultationsremissmodulen ska fungera bra i er verksamhet efter införandet av modulen på sjukhuset?

Ja

Nej

Vet ej

Kommentarer till frågan:

21. Anser du att införandet av konsultationsremissmodulen på sjukhuset kommer att medföra en förbättring av er arbetssituation?

I mycket liten utsträckning I mycket stor utsträckning

Har ingen uppfattning om frågan

Kommentarer till frågan:

22. Hur ofta hanterar du en *utgående* remiss?

Inte alls

En gång i veckan

En gång om dagen

Flera gånger om dagen

Vet ej

Uppskattat antal per vecka _____

Till vilka enheter går de utgående remisserna? Ge exempel på de vanligast förekommande enheterna.

Övriga kommentarer till frågan:

23. Hur ofta hanterar du en *inkommande* remiss?

- Inte alls
- En gång i veckan
- En gång om dagen
- Flera gånger om dagen

- Vet ej

Uppskattat antal per vecka _____

Från vilka enheter kommer de inkommande remisserna? Ge exempel på de vanligast förekommande enheterna.

Övriga kommentarer till frågan:

24. Anser du att det idag finns några problem med remisshantering? (Rutiner kring hantering, datoranvändningen, systemets utformning)

25. Kan du ge ett konkret exempel på någon/några situationer som orsakat problem för dig?

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Sara Daniels

Institutionen för Människa-datorinteraktion

Uppsala Universitet

Bilaga 8

Frågor vid telefonintervju av vårdcentralschefer

1. Hur tycker du att det fungerar överlag med datoranvändande hos er? Cosmic?
2. Vet ni att de inför konsultationsremissen, dvs. mottagande av elektroniska remisser blir möjliga, på sjukhuset i maj? Om ja; hur har ni förberett er inför införandet?
3. Hur tror du det kommer att påverka er och er verksamhet?
4. Hur fungerar remisshanteringens idag?
5. Vilka grupper skriver och tar emot remisser hos er?