



RIKSREVISIONEN

RiR 2011:19

Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?

Till riksdagen

Datum: 2011-05-09

Dnr: 31-2010-0317

RiR: 2011:19

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport över effektivitetsrevision:

Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan?

Riksrevisionen har granskat de statliga insatserna för att vårdpersonal ska ha tillgång till all relevant patientinformation vid rätt tillfälle. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Datainspektionen har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till slutrapport.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen, Socialstyrelsen och Datainspektionen.

Riksrevisor *Gudrun Antemar* har beslutat i detta ärende. Revisor *Klara Denckert* har varit föredragande. Revisionsdirektör *Qaisar Mahmood*, revisor *Alejandra Fuentes* och revisor *Marcus Österman* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Gudrun Antemar

Klara Denckert

För kännedom:

Regeringen, Socialdepartementet

Socialstyrelsen

Datainspektionen

Innehåll

Sammanfattning	9
1 Inledning	13
1.1 Motiv till granskningen	14
1.2 Syfte och revisionsfrågor	14
1.3 Utgångspunkter	15
1.4 Bedömningsgrunder	18
1.5 Metod	19
1.6 Disposition	20
1.7 Begrepp som används i rapporten	21
2 Behov, insatser och roller – rätt information vid rätt tillfälle	23
2.1 Vårdens behov av information	23
2.2 Den nationella IT-strategin för vård och omsorg – Nationell eHälsa	25
2.3 Regeringens återrapportering till riksdagen	32
2.4 Finansiering och kostnader	33
2.5 Sammanfattande iakttagelser	35
3 Har rätt person rätt information vid rätt tillfälle?	37
3.1 Finns det rättsliga hinder?	37
3.2 Finns det tekniska hinder?	46
3.3 Är informationen tillförlitlig?	53
3.4 Sammanfattande iakttagelser	57
4 Mot målet i samverkan?	61
4.1 Risk att den nationella patientöversikten inte fyller sitt syfte om att ge rätt information vid rätt tillfälle	61
4.2 Samverkan – rätt medel för att uppnå målet?	63
4.3 Stat och huvudmän i samverkan – kan lärdomar dras från Nationell eHälsa?	66
5 De statliga insatserna – sammanfattande slutsatser	69
5.1 Harmonisera lagar och regelverk med en ökad IT-användning	69
5.2 Skapa en gemensam informationsstruktur	71
5.3 Statens roll för den nationella strategin	72
5.4 Rekommendationer	74
Referenser	75
Bilaga 1 Kartläggning av patientdatalagen	77
Bilaga 2 Tabeller	87

Sammanfattning

Riksrevisionen har granskat om de statliga insatserna effektivt har bidragit till målet att behörig vårdpersonal ska ha tillgång till rätt patientinformation vid rätt tillfälle genom elektronisk direktåtkomst.

Granskningens bakgrund

Motiv: Hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen har under senare år genomgått stora strukturförändringar, vilket gjort att antalet aktörer i dag är flera än för några år sedan. Den nationella vårdgaranti och det fria vårdval som införts innebär att ett större antal utförare involveras i vården av patienter, vilket ställer nya krav på möjligheterna för vårdpersonalen att ta del av uppgifter om patienterna. Det blir allt viktigare att säkerställa ett effektivt och säkert utbyte av information mellan olika vårdgivare. Riksrevisionen har funnit att vårdpersonalens möjlighet att få tillgång till elektronisk patientinformation hos andra vårdgivare är mycket begränsad. Detta trots att det varit ett prioriterat mål för de samlade insatserna i den nationella IT-strategin för vård och omsorg som formulerades 2006.

Syfte: Granskningen syftar till att undersöka vad som hindrar behörig vårdpersonal att genom IT-stöd ha tillgång till rätt patientinformation och varför statens insatser på området inte leder till det resultat som avsetts. I granskningsrapporten beskrivs såväl de statliga som kommunala insatser som ska bidra till att målet att behörig vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle uppnås. Riksrevisionen granskar effektiviteten i statlig verksamhet. Granskningens revisionsfrågor är därför avgränsade till de statliga insatserna för att bidra till att målet uppnås.

Genomförandet: För att nå syftet med granskningen har Riksrevisionen gjort ett stort antal intervjuer med aktörer på såväl statlig som kommunal nivå som är delaktiga i strategin och tagit del av rapporter och övriga underlag som rör de olika aktörernas insatser i den nationella IT-strategin för vård och omsorg. Riksrevisionen har även kartlagt hur harmoniseringen av regelverket för utbyte av patientdata har genomförts.

Granskningens resultat

Granskningen har resulterat i följande centrala iakttagelser och slutsatser:

Regeringen har skapat förutsättningar för vårdpersonal att få elektronisk direktåtkomst till patientinformation hos andra vårdgivare, men vägledningen för att tillämpa lagen har varit otillräcklig. Patientdatalagen har gjort det möjligt för vårdpersonal att, med patientens samtycke, ta del av patientinformation hos andra vårdgivare genom elektronisk direktåtkomst. Vårdgivare uppger dock att de saknat stöd vid tolkning av lagen, vilket skapat problem i tillämpningen. De föreskrifter som tagits fram av Socialstyrelsen uppfattas inte som tillräckliga av landstingen. Både Socialstyrelsen och Datainspektionen utövar tillsyn över patientens integritet dock utifrån olika perspektiv. Socialstyrelsen utövar tillsyn med utgångspunkt i patientsäkerhet och Datainspektionen utgår från den personliga integriteten. Tillsynsrollerna riskerar därför att bli överlappande.

Fortfarande inte möjligt att utbyta information med den kommunala omsorgen. Granskningen visar att det är först under 2011 som regeringen påbörjat arbetet med att se över behovet av ett utbyte av information mellan hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen. Kommunernas delaktighet i arbetet för att möjliggöra informationsutbyte har varit begränsad trots att deras medverkan betonades tidigt i arbetet.

En viktig patientgrupp omfattas inte av patientdatalagen. Det är i dag inte möjligt för beslutsoförmögna att ingå i en sammanhållen journalföring. Hanteringen av samtycke för utbyte av patientinformation för beslutsoförmögna regleras inte i patientdatalagen. Enligt lagen krävs ett aktivt samtycke för att vårdgivare ska få ta del av information hos andra vårdgivare. I gruppen beslutsoförmögna finns till exempel dementa och multisjuka äldre. Dessa behöver många gånger hjälp av flera olika aktörer inom hälso- och sjukvården och är därmed i stor utsträckning beroende av att vårdpersonalen har tillgång till all relevant patientinformation.

Vårdens organisering är avgörande för informationsutbytet. Regeringen har som ambition att öka andelen privata aktörer inom vård och omsorg. Med flera aktörer blir det allt viktigare att säkerställa ett effektivt utbyte av information över organisationsgränserna. Det har i granskningen framkommit att organiseringen av vården får konsekvenser för hanteringen av patientinformation. Granskningen visar att det i ett landsting med få vårdgivare är enklare att få tillgång till patientinformation då patientdatalagen ställer hårdare krav vid informationsutbyte mellan olika vårdgivare än inom en vårdgivare.

Otydliga uppdrag när det gäller Socialstyrelsens nationella projekt. Socialstyrelsen har utvecklat en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk för vård och omsorg. I dagsläget saknas det en klar ansvarsfördelning för förvaltningen av den nationella informationsstrukturen. Det kan leda till att det uppstår lokala varianter av

den nationella informationsstrukturen, vilket riskerar att omkullkasta idén med att skapa nationella standarder. Det är inte heller klarlagt hur det nationella fackspråket och den nationella informationsstrukturen ska spridas till vård och omsorg.

Den valda samverkansformen mellan statliga och kommunala aktörer leder till svårigheter att driva arbetet framåt mot det gemensamma målet. Regeringen har valt att tillsammans med kommuner och landsting och privata aktörer ta fram en gemensam strategi där en av målsättningarna är att behörig vårdpersonal genom IT-stöd ska ha tillgång till rätt patientinformation vid rätt tillfälle. Riksrevisionens granskning har visat att ingen aktör har det övergripande ansvaret för resultatet av det gemensamma arbetet. Detta har lett till otydligheter och samordningsproblem. Därtill har strategin fokuserat på att möjliggöra informationsutbyte på nationell nivå trots att flertalet aktörer uttryckt att informationsutbytet i första hand bör lösas inom landstingen. Granskningen har tydligt visat på behovet av en effektiv samordning mellan de olika insatserna för att nå målet om rätt information vid rätt tillfälle. Om insatserna inte koordineras på ett ändamålsenligt sätt riskerar nyttan av respektive insats att gå förlorad.

Rekommendationer

Regeringen

Riksrevisionen rekommenderar regeringen att

- i en särskild redovisning till riksdagen rapportera om de resultat som hittills har uppnåtts inom strategin samt analysera om det finns behov av att ge samarbetet en tydligare struktur och inriktning, nya förutsättningar för en mer transparent finansiering och ett tydligare ansvar för tidsplaneringen
- analysera de konsekvenser som det ökande antalet privata vårdgivare får för målet att behörig personal ska ha rätt information vid rätt tillfälle och överväga om det behövs någon ytterligare författningsreglering
- följa upp begränsningar i patientdatalagen och svårigheter i tillämpningen samt överväga behovet av författningsändringar
- utreda och lämna förslag på hur ett effektivt utbyte av patientinformation mellan den kommunala omsorgen och hälso- och sjukvården kan säkerställas.

Socialstyrelsen

Riksrevisionen rekommenderar Socialstyrelsen att

- efter samråd med Datainspektionen utarbeta tydligare och mer heltäckande föreskrifter och riktlinjer för den praktiska tillämpningen av patientdatalagen.

Riksrevisionen rekommenderar Socialstyrelsen och Datainspektionen att

- samarbeta i tillsynen av informationshantering och informationssäkerhet inom hälso- och sjukvården för att undvika motstridiga beslut.

1 Inledning

För att kunna erbjuda en god och säker vård behöver vårdgivare ha tillgång till relevant information om patienternas vårdhistorik. Dokumentation om patienternas kontakt med vården är därför av central betydelse inom vård och omsorg.

Det är vanligt att medborgare förväntar sig att vårdpersonal har tillgång till all relevant information om dem som patienter när de uppsöker exempelvis en vårdcentral eller ett sjukhus. Förväntningarna på vilken information vårdpersonalen har tillgång till är ofta större än den faktiska tillgången till information.

Ansvar för hälso- och sjukvården och omsorgen är delat mellan staten, landstingen och kommunerna. Staten har det övergripande ansvaret och svarar bland annat för styrning genom lagreglering samt uppföljning och samordning på nationell nivå. Ansvar för genomförandet och verksamhetsutvecklingen av vård och omsorg ligger på landstingen och kommunerna.

För enskilda patienter torde det spela mindre roll hur det huvudsakliga ansvaret är fördelat, bara ansvarsfördelningen fungerar och leder till att vården och omsorgen är säker och av god kvalitet.

När nationella lösningar behövs för att bidra till utvecklingen av verksamhetsstöd som används i vården fördelas ansvaret för att skapa förutsättningar och få lösningarna på plats mellan staten och landstingen och kommunerna.

För att införa lösningar som ger behörig vårdpersonal tillgång till elektroniska patientuppgifter hos andra vårdgivare samverkar regeringen med bland annat Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Vårdföretagarna inom ramen för en gemensam strategi. En av strategins visioner är att behörig vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle.

1.1 Motiv till granskningen

Hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen har under senare år genomgått stora strukturförändringar, vilket gjort att antalet aktörer i dag är större än för några år sedan. Det är också ett större antal yrkesutövare som direkt involveras i vården av en enskild patient.¹ Den nationella vårdgaranti och det fria vårdval som införts innebär också ändrade förutsättningar för hur vården bedrivs. Det ställer nya krav på såväl informationen till patienterna som möjligheterna för vårdgivare att ta del av uppgifter om patienterna. Det blir då allt viktigare att säkerställa ett effektivt och säkert utbyte av information mellan olika vårdgivare.

Forskning visar att det årligen uppstår vårdskador och felmedicineringar på grund av bland annat bristfällig information. Avsaknaden av relevant information och effektiva IT-stöd leder också till onödiga väntetider och ökad administration.²

Trots de samlade insatserna inom IT-strategin och samarbetet för att komma fram till ett gemensamt IT-stöd för att ta del av patientuppgifter är åtkomsten till elektronisk patientinformation över organisationsgränserna ännu mycket begränsad. Riksrevisionen anser därför att det finns anledning att följa upp om statens insatser inom ramen för detta arbete är effektiva.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Riksdagen har uttryckt förväntningar på att behörig personal inom vård och omsorg genom IT-stöd ska få tillgång till relevant patientinformation. Att få ett nationellt IT-stöd för att ta del av patientinformation på plats är ett större samarbetsprojekt inom ramen för det offentliga åtagandet gentemot medborgarna. Arbetet bedrivs genom ett samarbete inom strategin för eHälsa. Mot bakgrund av de indikationer på problem med genomförandet som har kommit fram finns det anledning att granska vad det är som hindrar att insatserna i samarbetet genomförs i önskvärd takt.

Riksrevisionen granskar genomförandet av statlig verksamhet och således endast en del av det offentliga åtagande som följer av riksdagens intentioner om att behörig vårdpersonal inom vård och omsorg genom IT-stöd ska få tillgång till relevant patientinformation. Det innebär att granskningen

¹ Patientdatautredningen, SOU 2006:82, s 82 och s 101 f.

² Se Nationell eHälsa, s. 23 (Gartnerrapport). Socialstyrelsen har också gjort en genomgång av lex Maria-ärenden som bland annat presenterades på Vitalismässan i april 2010 som visar att en stor del av skadorna beror på informations- och kommunikationsproblem inom vården.

stannar vid statens insatser. Samtidigt krävs en helhetsbild för att man ska kunna bedöma statens insatser i deras sammanhang. Det är skälet till att granskningsrapporten också beskriver hur landsting, kommuner och andra med utgångspunkt i strategin arbetar för ett gemensamt IT-stöd för att dela patientinformation.

Syftet med denna granskning är således att undersöka vad det är som hindrar att behörig vårdpersonal genom IT-stöd har tillgång till rätt patientinformation och varför statens insatser på området inte leder till det resultat som avsetts.

Den nationella strategin omfattar även mål om att erbjuda e-hälsotjänster till medborgarna och stöd för styrning och uppföljning till beslutsfattare. Dessa målsättningar ingår inte i granskningen.

Granskningen ska besvara följande revisionsfrågor:

- Har statens insatser varit effektiva när det gäller att bidra till att behörig vård- och omsorgspersonal har elektronisk direktåtkomst till rätt patientinformation vid rätt tillfälle?
- Har de medel som staten bidragit med för att målet om rätt information vid rätt tillfälle ska uppnås använts kostnadseffektivt?

Utöver regeringen omfattas Socialstyrelsen och Datainspektionen av granskningen. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för den verksamhet som rör hälso- och sjukvården och socialtjänsten.³ Myndigheten ansvarar bland annat för tillsynen av vård och omsorg.⁴ Datainspektionen ska verka för att skydda människors personliga integritet vid behandling av personuppgifter.⁵ Datainspektionen utövar i detta syfte tillsyn över personuppgiftsbehandlingen inom vård och omsorg.

1.3 Utgångspunkter

1.3.1 *Samverkan mellan statliga och kommunala aktörer*

I det svenska sjukvårdssystemet delas ansvaret för hälso- och sjukvården av staten, landstingen och kommunerna. Staten är ansvarig för den nationella inriktningen och lagstiftningen på området. Regeringen kan styra inriktningen på hälso- och sjukvården och omsorgen genom att bland annat lämna lagförslag till riksdagen. Regeringen kan också välja att påverka hur politiken

³ 1 § förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁴ 5 § förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁵ 1 § förordningen (2007:975) med instruktion för Datainspektionen.

genomförs genom tillsyn, kunskapsstyrning, riktade bidrag eller överenskommelser och nationella handlingsplaner vilka kan föreläggas riksdagen genom propositioner eller skrivelser. Dessa utgör en slags mjuk styrning där regering och myndigheter samverkar med kommunala aktörer. De överenskommelser eller handlingsplaner som undertecknas gemensamt av staten och SKL binder inte formellt kommunerna och landstingen vid överenskommelsen eftersom SKL inte kan teckna avtal åt kommunerna och landstingen i dessa frågor.⁶ Den form av mjuk styrning som arbetet genom strategier och överenskommelser innebär saknar också sanktionsmöjligheter om några sådana inte har avtalats och någon av parterna inte uppfyller sin del av de insatser som planerats.

1.3.2 *Styrande lagar*

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. God vård innebär att hälso- och sjukvården är säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, evidensbaserad och ändamålsenlig och att vård ges inom rimlig tid.⁷ Lagen innehåller också bestämmelser om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling.⁸ I övrigt finns bestämmelser som klargör landstingens och kommunernas ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården.⁹

HSL innehåller flera bestämmelser som rör vårdens kvalitet. Bland annat ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.¹⁰ Den kommunala omsorgen regleras i socialtjänstlagen. Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område.¹¹ Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Uppgifterna inom socialtjänsten ska utföras av personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.¹²

Regeringen och myndigheterna kan även närmare reglera verksamheterna genom förordningar och föreskrifter.

⁶ SOU 2007:11, s.171.

⁷ Nationella indikatorer för god vård, Socialstyrelsen, artikelnummer 2009-11-5, s.7.

⁸ 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

⁹ 3 och 17 §§ hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁰ 31 § hälso- och sjukvårdslagen.

¹¹ 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

¹² 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).

För att vården ska kunna utföras med den kvalitet som krävs enligt hälso- och sjukvårdslagen behövs verksamhetsstöd av olika slag. Lämpliga IT-stöd för hanteringen av patientinformation har identifierats som ett viktigt led i det offentliga åtagande gentemot medborgarna när det gäller säkerhet och kvalitet i vården.

1.3.3 Regeringens uttalanden

I skrivelsen *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*, som överlämnades till riksdagen i mars 2006, konstaterade regeringen att tillgång till relevant information är en nödvändighet för att kunna garantera en god och säker vård. För att hälso- och sjukvården och kommunernas omsorg ska kunna erbjuda en god vård av hög kvalitet behövs enkel och säker tillgång till relevant information om patienten.¹³ För att detta ska vara möjligt får organisatoriska gränser inte utgöra ett hinder för en sammanhållen insats där relevant information behöver utbytas mellan olika aktörer inom vård och omsorg på ett säkert och effektivt sätt.¹⁴

I skrivelsen betonades att en nationell IT-strategi är nödvändig då en rad frågor av betydelse för IT-användningen måste lösas på nationell nivå i samverkan mellan alla aktörer inom vården och att dessa frågor i stor utsträckning måste baseras på gemensamma synsätt och nationellt fastställda riktlinjer och lösningar.¹⁵ Regeringen framhöll dock att strategin inte ändrar på grunddragen i det decentraliserade svenska vårdssystemet.¹⁶ Landstingen och kommunerna har huvudansvaret för vård och omsorg, inklusive verksamhetens utveckling, medan staten har ett övergripande ansvar.¹⁷

1.3.4 Riksdagens uttalanden

Socialutskottet anförde i sitt betänkande om regeringens skrivelse *Nationell IT-strategi för vård och omsorg* att det finns en betydande potential när det gäller att förbättra verksamheten inom vård och omsorg genom IT. Relevant journalinformation om en patient måste vid behov kunna göras tillgänglig för behörig vårdpersonal oavsett var och när den registrerats för att vårdgivaren ska kunna ge bästa möjliga vård och omsorg.¹⁸ Utskottet delade regeringens uppfattning om att såväl patientsäkerheten, vårdkvaliteten som tillgängligheten kraftigt kan förbättras genom olika former av IT-stöd.

¹³ Skr. 2005/06:139 s. 4.

¹⁴ Skr. 2005/06:139 s. 14.

¹⁵ Skr. 2005/06:139 s. 5.

¹⁶ Skr. 2005/06:139 s. 16.

¹⁷ Skr. 2005/06:139 s. 36.

¹⁸ Bet. 2005/06:SoU30 s. 9.

Utskottet ansåg att den nationella IT-strategin är ambitiöst utformad och ställer krav på att aktörerna samarbetar om flera frågor på nationell nivå. Det gäller både att skapa grundläggande förutsättningar för IT – det vill säga att harmonisera lagar och andra regler, skapa en enhetlig informationsstruktur och en utbyggd teknisk infrastruktur – och att skapa förbättringar av de IT-stöd som används i vårdarbetet och i kommunikationen mellan patienterna och vården. Utskottet delade också regeringens bedömning om vikten av att landsting, kommuner, privata vårdgivare och andra aktörer inom sektorn medverkar i det nationella samarbetet inom samtliga insatsområden som planerats.¹⁹

1.4 Bedömningsgrunder

Riksrevisionens granskningsmandat innebär att det är genomförandet av och effektiviteten i den statliga verksamheten som är föremål för granskning.

Bedömningen av om statens verksamhet har varit effektiv bör utgå från riksdagens intentioner. *En första bedömningsgrund* för effektiviteten i de statliga insatserna blir att lagstiftningen, med hänsyn till rättssäkerhet och informationssäkerhet, ska ge utrymme för en användning av IT för att hantera patientinformation på det sätt som en god kvalitet i vården kräver.

För att IT-systemen på ett effektivt sätt ska kunna hantera och utbyta informationen måste denna vara sökbar och ha en nationellt fastställd och enhetlig struktur. Riksdagen har ställt sig bakom regeringens analys som innebär att patientinformation ska vara så entydig att den bara kan tolkas på ett sätt. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram en gemensam informationsstruktur och terminologi. *En andra bedömningsgrund* för effektiviteten i de statliga insatserna är därmed statsmakternas intentioner att en informationsstruktur ska finnas på plats och kunna användas i det dagliga arbetet inom vård och omsorg. *En tredje bedömningsgrund* rör regeringens skyldighet enligt budgetlagen²⁰ att för riksdagen redovisa de mål som åsyftas och de resultat som uppnåtts inom olika verksamhetsområden.²¹ Av förarbetena till budgetlagen framgår att begreppet redovisningsskyldig omfattar en skyldighet för regeringen att redovisa hur den genomfört den verksamhet som riksdagen beslutat och förvaltningen av medel.²²

¹⁹ Bet. 2005/06: SoU30 s.12.

²⁰ Den 1 april 2011 ersattes lagen (1996:1059) om statsbudgeten med budgetlagen (2011:203). Då Riksrevisionen granskar i efterhand görs bedömningarna i rapporten utifrån lagen (1996:1059) om statsbudgeten.

²¹ De grundläggande kraven på regeringens resultatredovisning till riksdagen framgår av § 2 lagen (1996:1059) om statsbudgeten (budgetlagen).

²² Prop. 1995/96:220 Lag om statsbudgeten, s. 69 och 114.

Av § 45 budgetlagen framgår att redovisningen ska ge en rättvisande bild av verksamheten. Det innebär att vi granskar regeringens rapportering till riksdagen och hur regeringen bedömer måluppfyllelsen och effektiviteten i arbetet inom strategin.

1.5 Metod

För att nå syftet och besvara revisionsfrågorna har vi intervjuat berörda aktörer samt tagit del av rapporter och underlag som rör insatserna i den nationella strategin. Vi hade även föresatt oss att presentera statistik över patientflöden från ett urval landsting för att illustrera var behoven av informationsutbyte är som störst. Det visade sig dock att sådana uppgifter inte går att få fram på grund av att det idag inte finns möjligheter att ta fram tillförlitlig statistik över patientflöden mellan olika vårdenheter och vårdgivare. Den mest tillförlitliga statistiken över hur patienter rör sig är Socialstyrelsens patientregister. I registret går det dock inte att skilja på om en patient flyttats från ett landsting till ett annat eller enbart bytt klinik inom ett och samma sjukhus. Det är därför svårt att följa patienter genom olika vårdkedjor och därmed på ett mer detaljerat sätt analysera hur behoven av informationsutbyte ser ut.

Vi har under granskningens gång genomfört ett stort antal intervjuer med de aktörer som på olika sätt är delaktiga i arbetet med den nationella strategin. Nedan följer en kort beskrivning av hur vi gått till väga.

1.5.1 Intervjuer

Företrädare för Socialdepartementet har intervjuats om det övergripande arbetet med strategin samt socialtjänstens omsorg och kommunernas delaktighet i strategin. Från departementet har vi även fått underlag för kostnader och återrapportering av olika insatser. Intervjuer har också genomförts med berörda myndigheter – Socialstyrelsen och Datainspektionen. På Socialstyrelsen har vi intervjuat ansvariga för projekten Nationell informationsstruktur och Nationellt fackspråk samt de som ansvarat för att ta fram en handbok och föreskrifter för tillämpningen av patientdatalagen. På Datainspektionen har vi intervjuat de personer som ansvarat för den tillsyn som bedrivs utifrån bestämmelserna i patientdatalagen.

Vi har gjort intervjuer med representanter för samtliga landsting. Representanterna har varit IT-direktörer eller personer som på olika sätt ansvarat för implementeringen av strategin lokalt i landstinget. Dessa har bland annat tillfrågats om införandet av den tekniska infrastrukturen, tillämpningen av patientdatalagen och uppfattningen om den nationella strategin. Vi har även

gjort intervjuer med ledningen för landstingens gemensamma organisation, Center för eHälsa i samverkan (CeHis). Vi har vidare tagit del av rapporter och underlag som tagits fram av CeHis.

Vi har också intervjuat IT-ansvariga i 20 kommuner i syfte att skaffa oss en bild av hur kännedomen om den nationella strategin och de olika nationella projekten ser ut och för att höra vilka behov och utmaningar som kommunerna ser framför sig i arbetet med strategin. Urvalet gick till så att vi slumpmässigt valde ut en kommun inom varje län förutom i storstadsregionerna Stockholm och Västra Götaland där vi valde att även ta med Stockholms och Göteborgs stad. Intervjuerna med kommunerna gjordes i orienterande syfte och möjliggör inga generaliseringar.

För att skaffa oss kunskap om vilka behov vårdpersonalen upplever när det gäller tillgång till patientinformation besökte vi under två dagar Medicinska riksstämman i Göteborg där vi genomförde ett 80-tal intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Vi ställde bland annat frågor om deras syn på hur olika IT-stöd fungerar och deras kännedom om den nationella strategin och dess insatser.

Vi har även gjort intervjuer med representanter för SKL, Vårdföretagarna, forskare och branschföreträdare inom medicinteknik och informatik. Vidare har vi deltagit vid nationella konferenser om eHälsa och ett seminarium om medicinsk informatik.

1.5.2 *Kartläggning*

Vi har genomfört en kartläggning som visar hur harmoniseringen av regelverket på området har genomförts. Kartläggningen omfattar en genomgång av förarbeten och doktrin samt kompletterande intervjuer med verksjurist på Socialstyrelsen respektive Datainspektionen. Kartläggningen finns i bilaga 1.

Företrädare för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Datainspektionen, SKL, CeHis och Vårdföretagarna samt företrädare för de kommuner och landsting som intervjuats har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till slutrapporten.

1.6 **Disposition**

Kapitel 2 ger en introduktion till vårdens behov av patientinformation och de grundläggande ansvarsförhållandena för vård och omsorg. Kapitlet beskriver vidare hur insatserna för att nå målet att vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle är organiserade inom strategin för Nationell

eHälsa. I slutet av kapitlet definieras de statliga insatserna för genomförandet av strategin.

I kapitel 3 redogör vi för om det är möjligt för vårdpersonal att få tillgång till rätt information vid rätt tillfälle genom elektronisk direktåtkomst. I slutet av kapitlet definieras det statliga ansvaret för genomförandet i enlighet med riksdagens intentioner om att strategin ska bidra till utvecklingen av IT-stöd för att dela patientinformation.

Kapitel 4 inleds med en summering av de utmaningar som Riksrevisionen ser i det fortsatta arbetet med strategin. I kapitlet problematiseras huruvida den valda samverkansformen ger regeringen möjlighet att åstadkomma det riksdagen har gett uttryck för i samband med skrivelsen om nationell eHälsa och om regeringens samarbete med de andra aktörerna ger de rätta förutsättningarna för att nå målet om ett effektivt utbyte av patientinformation inom vård och omsorg. Kapitlet sammanfattas med en vidare analys om vad regeringen bör överväga när den ska samverka med kommunala aktörer inom ramen för en strategi.

I kapitel 5 presenterar Riksrevisionen slutsatser om regeringens och de statliga myndigheternas insatser på ett effektivt sätt bidragit till målet att behörig personal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle och om de medel som staten har bidragit med har använts på ett effektivt sätt.

1.7 Begrepp som används i rapporten

Sammanhållen journalföring

Att genom ett elektroniskt system göra det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare.

Elektronisk direktåtkomst

Sättet eller formen för ett elektroniskt utlämnande av patientuppgifter, det vill säga en åtkomst till information med hjälp av IT-stöd.

Vårdgivare

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Vårdenhet

Organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård (det kan alltså vara flera vårdenheter inom en vårdgivare).

Vårdrelation eller patientrelation

När en patient är inskriven hos en vårdenhet fram till att patienten är färdigbehandlad inklusive eventuella återbesök och efterkontroller.

Inre sekretess

En lättnadsregel som tillskapats för att möjliggöra att information om en patient kan lämnas mellan vårdmyndigheter inom samma kommun eller landsting som deltar i vården av en patient.

Nationell patientöversikt

Tjänsten Nationell patientöversikt (NPÖ) gör det möjligt för behörig vård- och omsorgspersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Nationell patientöversikt hämtar information från olika journalsystem och andra informationskällor och presenterar den sedan samlat för vårdpersonalen i patientöversikten. Det är inte möjligt att dokumentera i den nationella patientöversikten utan det går endast att ta del av information. Patientöversikten är en separat tjänst där ingen information lagras och som inte ersätter utan kompletterar landstingens befintliga journalsystem.

2 Behov, insatser och roller – rätt information vid rätt tillfälle

Kapitlet ger en introduktion till vårdens behov av patientinformation och de grundläggande ansvarsförhållandena för vård och omsorg. Kapitlet beskriver vidare hur insatserna för att nå målet om att vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle är organiserade inom strategin för Nationell eHälsa. I kapitlet beskrivs de delar av den nationella strategin som är relevanta för granskningen. I slutet av kapitlet definieras de statliga insatserna för genomförandet av strategin.

2.1 Vårdens behov av information

Tillgång till rätt patientinformation är avgörande för att vård- och omsorgspersonal ska kunna ge en god och säker vård, detta oavsett var eller av vem informationen har dokumenterats. Kunskap om till exempel svåra allergier eller kroniska sjukdomar hos en patient kan vara kritisk för att kunna välja rätt behandling. Även vid förskrivning av läkemedel är tillgång till relevant patientinformation central. Problem med läkemedelsbiverkningar på grund av till exempel olämpliga kombinationer av läkemedel har uppmärksamats som en allvarlig patientsäkerhetsrisk, i synnerhet för äldre.²³ Att olika förskrivare inte alltid har tillgång till en patients hela läkemedelslista har lyfts fram som en särskild riskfaktor.²⁴

I de intervjuer vi gjort med vårdpersonal framgår att den information som de främst behöver rör patienter inom det egna landstinget. Det är framförallt tillgång till en komplett läkemedelslista för patienten som vårdpersonalen saknar. I dag måste personalen söka information om patientens läkemedel i olika system. Även vikten av tillgång till information om remisser och svar på laboratorieprover har betonats. Kommunala företrädare har i intervjuer

²³ Se bland annat Socialstyrelsen (2009), *Hälso- och sjukvårdsrapport*, s. 139 f. och Socialstyrelsen (2008), *Vårdskador inom somatisk slutenvård*, s. 17 f.

²⁴ Socialstyrelsen (2004), *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*, s. 61.

uppmärksammat en bristande tillgång på information om läkemedel, remisser och annan journalinformation från landstinget för färdigbehandlade patienter som överförs till kommunal vård och omsorg.

Regeringen har verkat för att fler utförare av vård och omsorg etablerar sig.²⁵ Riksdagen har också beslutat om reformer för att medborgare själva ska kunna välja utförare av vård och omsorg.²⁶ Utvecklingen innebär att det blir allt vanligare att patienter rör sig mellan flera olika vård- och omsorgsgivare. Det ökar behovet av att utbyta patientinformation över organisationsgränser.

Att elektroniskt ha tillgång till patientinformation kan också förenkla vårdpersonalens arbete och innebära effektivitetsvinster för hälso- och sjukvården. Med direkt tillgång till patientinformation över organisationsgränser behöver inte vårdpersonal söka information på tidsödande sätt genom till exempel telefon eller fax. Det minimerar också eventuellt dubbelarbete där samma uppgifter måste dokumenteras flera gånger hos olika vårdgivare. Genom tillgång till information om tidigare genomförda insatser och tester behöver dessa inte upprepas hos en ny vårdgivare. Genom väl fungerande IT-stöd inom vård och omsorg skapas även bättre möjligheter till uppföljning och forskning.

Behovet av att få tillgång till patientinformation uppstår så snart en patient rör sig mellan olika vårdenheter eller vårdgivare. Merparten av patienter rör sig mellan vårdenheter och vårdgivare inom sitt landsting. De företrädare för landsting som vi intervjuat menar därför att det största behovet av att utbyta information finns mellan olika lokala och regionala vårdenheter och vårdgivare. Behovet av att utbyta information nationellt, det vill säga för patienter som rör sig utanför det egna landstinget, upplevs av landstingsföreträdarna som mycket begränsat. Det finns därmed en rad olika behov som användningen av elektronisk patientinformation kan möta.

Enligt vad Riksrevisionen funnit har dock ingen heltäckande kartläggning av vårdens och omsorgens behov av patientinformation tagits fram som beslutsunderlag för det strategiska samarbetet. Det har inte heller analyserats om behov som identifieras lokalt stämmer överens med behovet av att nationellt utbyta information. En kartläggning och en analys av lokala och nationella behov skulle ha identifierat var behovet av informationsutbyte är som störst och därmed kunnat ligga till grund för beslut om vilka insatser som borde vidtas och i vilken ordning.

²⁵ Regeringen (2010), *Särskilda insatser för entreprenörskap och innovationer*, webbsida, hämtat från: <http://www.regeringen.se/sb/d/12907/a/141803>, hämtat 2011-03-03.

²⁶ Bland annat lagen om valfrihetssystem (2008:962) och det obligatoriska vårdvalet inom primärvården.

2.2 Den nationella IT-strategin för vård och omsorg – Nationell eHälsa

Att ge vårdpersonalen tillgång till all relevant patientinformation oavsett organisationsgränser har varit en målsättning under en längre tid för utvecklingsarbetet på alla nivåer inom vård och omsorg. Målsättningen har varit svår att uppnå trots betydande insatser. Det återstår ännu stora utmaningar. Svårigheterna har bland annat bestått i att ett realiserande av målet kräver samordnade insatser från många olika aktörer, aktörer som har olika ansvar och förutsättningar för att bidra till det gemensamma målet.

Regeringen initierade 2004 ett samarbete med dåvarande Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet för att samla ihop de olika initiativ som bedrevs av de olika huvudmännen för att skapa en bättre IT-användning. Året därpå tillsatte Socialdepartementet en nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg med representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Läkemedelsverket, Apoteket AB och Carelink. Den nationella ledningsgruppen utarbetade gemensamt grundläggande principer för nationell samverkan på IT-området för vård och omsorg. Ledningsgruppens arbete utmynnade i en nationell IT-strategi för vård och omsorg. Dåvarande Landstingsförbundets och Svenska Kommunförbundets styrelser fattade under våren 2006 beslut om att anta strategin. Regeringen överlämnade därefter en skrivelse som fastslog strategins grunder och mål till riksdagen.²⁷ Det slogs fast att IT är ett av de viktigaste verktygen för att utveckla vård och omsorg. Patientsäkerhet, vårdkvalitet och tillgänglighet bedömdes kunna förbättras kraftigt genom bättre IT-stöd. För att uppnå detta menade regeringen att en djupare nationell samverkan behövdes. De privata utförarna har också haft möjlighet att påverka strategin genom sin gemensamma intresseorganisation Vårdföretagarna, som bland annat har varit delägare i Carelink.

År 2010 reviderades strategin och bytte namn från *Nationell IT-strategi för vård och omsorg* till *Nationell eHälsa – strategi för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*. Revideringen innebar att fokus skiftades från teknikutveckling till användning och nytta av tekniken. De grundläggande målen för strategin kvarstod dock.

Strategin var under de första åren främst inriktad på IT-behovet inom den landstingsdrivna hälso- och sjukvården. Kommunal vård och omsorg omfattades av strategin men var inte i fokus för arbetet. Under senare år

²⁷ Skr. 2005/06:139, bet. 2005/06:SoU30, rskr. 2005/06:281.

har kommunerna involverats i högre grad. I och med 2010 års revidering av strategin inkluderades kommunerna – inklusive socialtjänsten – fullt ut i strategin.²⁸

Parallellt med den nationella IT-strategin arbetar Socialdepartementet för närvarande med att ta fram en nationell läkemedelsstrategi. Frågor kring läkemedelsinformation hanteras därmed inte inom den nationella IT-strategin. Arbetet sker i samarbete med bland andra SKL. Strategin syftar till att hantera frågor om läkemedel och läkemedelsanvändning.

2.2.1 *Strategins mål- och insatsområden*

I regeringens skrivelse till riksdagen 2006 uttrycktes följande vision för den nationella IT-strategin:

Med hjälp av ändamålsenliga IT-stöd får alla patienter god och säker vård och bra service. Vårdpersonalen kan ägna mer tid åt patienterna och anpassa vården till varje patients behov. IT används som ett strategiskt verktyg i alla delar av vården och de samlade vårdresurserna utnyttjas på ett mer effektivt sätt²⁹

Regeringen beskrev också tre huvudsakliga målgrupper för strategins insatser: medborgare, vård- och omsorgspersonal samt beslutsfattare inom vård och omsorg. För personalen betonades ”tillgång till välfungerande och samverkande IT-stöd som garanterar patientsäkerheten och underlättar deras dagliga arbete”.³⁰ En väsentlig del i denna målsättning var enligt strategin att personalen skulle ha tillgång till all relevant patientinformation på ett enkelt och säkert sätt.

Inom strategin identifierades sex centrala insatsområden som man behövde ta itu med för att kunna realisera målbilden:

1. Harmonisera lagar och regelverk med en ökad IT-användning.
2. Skapa en gemensam informationsstruktur.
3. Skapa en gemensam teknisk infrastruktur.
4. Skapa förutsättningar för samverkande och verksamhetsstödjande IT-system.
5. Möjliggöra åtkomst till information över organisationsgränser.
6. Göra information och tjänster lättillgängliga för medborgarna.

²⁸ Intervju med Socialdepartementet 2010-06-23.

²⁹ Skr. 2005/06:139 s. 6.

³⁰ Ibid s. 6.

Regeringen ansvarar för att lämna lagförslag till riksdagen. Inom ramen för strategin har det därför varit regeringens uppgift att ta fram lagar och regelverk som möjliggör en ökad IT-användning.³¹ Socialstyrelsen har inom ramen för strategin fått regeringens uppdrag att ta fram en enhetlig informationsstruktur inom vård och omsorg.³² Vårdgivarna å sin sida ansvarar för att utveckla och förvalta den tekniska infrastrukturen.³³ Regeringen bedömde det dock i skrivelsen till riksdagen som angeläget att alla landsting, kommuner och privata vårdgivare medverkar inom samtliga insatsområden.³⁴

2.2.2 Aktörer inom strategin

Utgångspunkten för strategin var en medvetenhet om att det behövdes en ökad samverkan både mellan huvudmännen och mellan huvudmännen och regering och myndigheter för att förbättra IT-användningen inom vård och omsorg. För att IT skulle kunna ge större nyttoeffekter skulle det krävas samordnade insatser från samtliga aktörer. Strategins grund var därför en gemensam planering för samordning och fördelning av uppgifter och ansvar.³⁵

Socialdepartementet ansvarar för att förändra regelverket så att en ökad IT-användning möjliggörs och för att ett gemensamt språk och en gemensam struktur för vårddokumentation utvecklas. Departementet samordnar också det övergripande arbetet inom strategin.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att utveckla en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk för vård och omsorg. Socialstyrelsen utövar även tillsyn över informationshanteringen inom hälso- och sjukvården.

Datainspektionen ska verka för att skydda människors personliga integritet vid behandlingen av personuppgifter.

Landstingen har som huvudmän för hälso- och sjukvården ansvar för finansiering och verksamhetsutveckling. Det är en uppgift för varje landsting att utveckla sina respektive IT-system.³⁶ IT-strategin pekar dock på behovet av en ökad samordning av huvudmännens utvecklingsarbete.³⁷ Genom att arbeta

³¹ Skr. 2005/06:139 s. 36.

³² Skr. 2005/06:139 s. 37.

³³ Skr. 2005/06:139 s. 24.

³⁴ Skr. 2005/06:139 s. 18.

³⁵ Intervju med Socialdepartementet 2010-06-23.

³⁶ Skr. 2005/06:139 s. 36.

³⁷ Skr. 2005/06:139 s. 24 f.

mer tillsammans och ta fram nationella lösningar kan arbetet bli effektivare och även ge bättre förutsättningar för ett nationellt informationsutbyte. Samarbetet bygger på frivillighet och överenskommelser mellan landstingen. De 21 landstingen är huvudfinansiärer för sina respektive tekniska investeringar inom strategin.

Kommunerna har liksom landstingen ett eget huvudmannaansvar för verksamhetens utveckling och dess tekniska system. Behovet av ökad samverkan i IT-frågor kommunerna emellan har bedömts som stort.³⁸ Satsningar har gjorts inom IT-strategin för att uppnå en ökad regional samverkan mellan kommuner vad gäller IT-användning inom vård och omsorg. Även kommunernas medverkan i strategin grundar sig på frivillighet och självständiga beslut.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) representerar kommuner och landsting inom strategin. SKL står också för viss samordning av och stöd till kommuner och landsting inom strategin. SKL har emellertid inget eget beslutsmandat, utan varje landsting och kommun fattar enskilt beslut om att anta och tillämpa strategin och att göra nödvändiga investeringar.

Privata utförare ansvarar själva för sin IT-användning. De privata utförarnas medverkan betonas i strategin men sker liksom för kommuner och landsting på frivillig grund.³⁹ För offentligt finansierad vård och omsorg kan dock kommuner och landsting genom avtal ställa vissa krav på informationshanteringen.

Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och intresseorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi.

Famna är en branschorganisation för icke-vinstsyftande privata utförare inom vård och omsorg.

Center för eHälsa i samverkan (CeHis) är landstingens gemensamma organisation för att koordinera och samordna sitt gemensamma arbete på ehälsa-området. I styrelsen för CeHis finns representanter för landstingen, SKL och Vårdföretagarna. CeHis arbete omfattar inte kommunerna.

Inera AB ägs gemensamt av alla landsting. Företaget levererar nationella lösningar till landstingen. Inera arbetar på uppdrag av CeHis.

³⁸ Dagmaröverenskommelsen 2009 s. 11 f.

³⁹ Skr. 2005/06:139 s. 18 och 36.

2.2.3 Ledningsstruktur och ansvarsförhållanden inom strategin

Strategin är organiserad som en sammanslutning av självständiga aktörer. Arbetet inom strategin förändrar inte det ansvar aktörerna har. Regeringen har därför begränsade möjligheter att styra men kan påverka aktörerna inom strategin. Regeringen styr enbart de statliga myndigheterna och delegerar uppgifter till dem inom strategin. Staten – genom regeringen – stöttar också genom riktade bidrag vissa projekt inom strategin som kommuner och landsting ansvarar för, främst genom de så kallade Dagmaröverenskommelserna.⁴⁰ Dagmaröverenskommelserna är årliga överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKL där staten genom riktade bidrag stimulerar utveckling inom hälso- och sjukvården.

Den nationella strategin är därmed i huvudsak en överenskommelse om en arbetsfördelning mellan aktörerna. Den utgör inte ett bindande avtal mellan regeringen och landstingen och kommunerna eftersom SKL, som företräder kommuner och landsting, inte kan träffa bindande avtal med staten om vad kommuner och landsting ska göra. Inom strategin ansvarar varje aktör för att genomföra sin del. Det innebär att varje aktör har beslutsmandat och resursansvar för sin respektive del.⁴¹

Den nationella ledningsgruppen för Nationell eHälsa utgör den övergripande ledningsnivån inom strategin. I denna grupp ingår representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Vårdföretagarna och Famna. Ledningsgruppen tar fram övergripande riktlinjer för hur arbetet inom strategin ska genomföras. Aktörerna inom ledningsgruppen har ett gemensamt ansvar för och ett direkt behov av att följa upp IT-strategins genomslag, praktiska tillämpning och effekter, var och en inom ramen för sina uppgifter.⁴² Gruppen har inte mandat att fatta beslut om de olika aktörernas insatser utan arbetar med att bygga konsensus om vad som ska göras med utgångspunkt i strategin.⁴³ Under ledningsgruppen finns en samrådsgrupp⁴⁴ med representanter för myndigheterna, personalgrupper, branschorgan för IT och läkemedel samt huvudmännen och utförare av vård och omsorg.

⁴⁰ Vissa riktade satsningar har också gjorts inom överenskommelsen *Program för en god äldreomsorg mellan SKL och Socialdepartementet*.

⁴¹ Intervju med Socialdepartementet 2011-01-27.

⁴² Skr. 2005/06:139 s. 35.

⁴³ Intervju med Socialdepartementet 2011-01-27.

⁴⁴ I samrådsgruppen ingår: SKL, CeHis, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Vårdförbundet, Vinnova, Inera AB, Svensk sjuksköterskeförening, Privattandläkarna, Läkaresällskapet, Swedish Medtech, Famna, Vårdföretagarna, Sveriges apoteksförening, Läkemedelsindustriföreningen, Läkarförbundet, Försäkringskassan och Apotekens service AB.

Samrådsgruppen rapporterar till ledningsgruppen och ska bland annat verka för dialog och förankring.⁴⁵ Under den nationella ledningsgruppen finns också arbetsgrupper, bland andra en informatörsgrupp och en grupp för socialtjänstområdet.⁴⁶

Landstingen har en egen gemensam handlingsplan för att utveckla och införa de tekniska lösningar som krävs för att förverkliga den nationella strategin.⁴⁷ Handlingsplanen omfattar bland annat lösningarna för att möjliggöra utbyte av patientinformation men också mycket annat. Nuvarande handlingsplan gäller för perioden 2010 – 2012 och föregicks av en handlingsplan för 2007 – 2009. Handlingsplanen antas av varje landsting och fastslår inriktningen för landstingens gemensamma arbete samt finansieringen.⁴⁸ Den första handlingsplanen innebar att en beställar- och utförarorganisation inrättades för att hantera landstingens gemensamma åtaganden.⁴⁹ Beställarfunktionen omorganiserades 2010 och bytte namn till CeHis. Utförare är Inera AB (tidigare Sjukvårdsrådgivningen, SVR AB).

CeHis har som beställare av de nationella tekniska lösningar som landstingen behöver en nyckelroll för realiserandet av strategin. CeHis verkar samordnande mellan landstingen och har ett nära samarbete med Socialstyrelsen. Socialdepartementet och CeHis håller också löpande kontakt. CeHis har kommit att få en samordnande roll mellan landstingen och Datainspektionen. Inom strategiarbetet kan SKL hänvisa frågor vidare till CeHis.⁵⁰

Med stöd av statliga medel har ett kansli inrättats vid SKL för samordning av kommunernas genomförande av den nationella strategin. En regional samverkansstruktur har utvecklats bland kommunerna för att underlätta tillämpningen av strategin i kommunal verksamhet.⁵¹

⁴⁵ Nationell eHälsa (2010) s. 10.

⁴⁶ Intervju med Socialdepartementet 2011-01-27.

⁴⁷ SKL (2009), *Landstingens handlingsplan för utveckling och förvaltning av gemensamma IT-stöd och IT-tjänster under 2010-2012*.

⁴⁸ Intervju med CeHis 2011-02-03.

⁴⁹ SKL (2009), *Landstingens handlingsplan för utveckling och förvaltning av gemensamma IT-stöd och IT-tjänster under 2010-2012*, s. 2.

⁵⁰ Intervju med CeHis 2011-02-03.

⁵¹ Intervju med Socialdepartementet 2011-03-15.

2.2.4 Uppföljning och återrapporering av strategin

Efter att den nationella IT-strategin fastställdes 2006 har årliga lägesrapporter lämnats till regeringen av den nationella ledningsgruppen.⁵² I rapporteringen har strategiarbetet och dess utveckling beskrivits övergripande. År 2010 var lägesrapporten något annorlunda då den också presenterade den nya inriktningen för strategin – Nationell eHälsa.

Utöver de övergripande lägesrapporterna sker uppföljning och återrapporering inom vardera insatsområde i enlighet med aktörernas roll- och ansvarsfördelning. Det innebär att till exempel projekten för en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk vid Socialstyrelsen har följts upp genom myndighetsstyrning med regeringsuppdrag och återrapporering till regeringen. För landstingens gemensamma arbete har landstingens handlingsplan en central roll genom att den utgör landstingens uppdrag till CeHis. Landstingen fattar också beslut om årliga verksamhetsplaner som förtydligar uppdragen till CeHis. Båda dessa planer tas fram av CeHis och bereds av CeHis och SKL:s respektive styrelse för att sedan beslutas av landstingen enskilt. CeHis självt rapporterar månatligen till sin styrelse.⁵³

En betydande del av de medel som staten bidragit med till strategin har betalats ut genom Dagmaröverenskommelserna. Bland annat har staten bidragit till finansieringen av de gemensamma tekniska lösningarna. För de medel som utbetalats genom Dagmaröverenskommelserna gäller krav på återrapporering och redovisning av hur medlen använts till Socialdepartementet. I Dagmaröverenskommelserna 2007 – 2009 uttrycks det också att den nationella ledningsgruppen för strategin har ett särskilt ansvar för att följa upp satsningarna.

En översyn av ledningen och genomförandet av strategin har nyligen genomförts inom Socialdepartementet. Översynen har syftat till att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan strategins aktörer och anpassa det gemensamma arbetet till det fokus på införande, användning och nytta som presenterades i den reviderade strategin från 2010. Den har också omfattat frågan om förvaltningen av de nationella projekten Nationell informationsstruktur och Nationellt fackspråk. Ett beslut i denna fråga väntas under våren 2011. Som ett resultat av översynen har samrådsgruppen stärkts och utökats med ytterligare aktörer. Översynen har emellertid inte inneburit några omfattande förändringar av strategin.⁵⁴

⁵² Vilka som stått som avsändare för rapporterna har varierat något, bland annat utifrån vilka som har varit representerade i den nationella ledningsgruppen. Socialdepartementet, SKL och Socialstyrelsen har dock alltid hört till avsändarna.

⁵³ Intervju med CeHis 2011-02-03.

⁵⁴ Intervju med Socialdepartementet 2011-02-28.

2.3 Regeringens återrapportering till riksdagen

Regeringen gör i första hand sin återrapportering till riksdagen i budgetpropositionen. I budgetpropositionerna för år 2006 – 2008 beskriver regeringen kortfattat IT-strategins tillkomst och dess utveckling. I 2008 års proposition framhålls att arbetet har kunnat bedrivas snabbare än förväntat tack vare en stark uppslutning kring strategin.⁵⁵

Regeringen skriver i 2009 års budgetproposition att den nya patientdatalagen möjliggör en säker och effektiv hantering av information inom hälso- och sjukvården. Vidare redovisas att de nya IT-systemen för "sammanhållen journalföring införs stegvis i landstingen med start vintern 2008/2009".⁵⁶

Redovisningen av arbetet enligt strategin i budgetpropositionen för 2010 är mer omfattande. Regeringen skriver att strategin inneburit en tydlig ansvarsfördelning där staten ansvarar för att regelverket möter verksamhetens behov och för att skapa en nationell informationsstruktur och en enhetlig terminologi inom hälso- och sjukvård. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för den tekniska utvecklingen och för att införa de nya IT-stöden.⁵⁷ Regeringen skriver också att arbetet pågår med att implementera de tekniska systemen och att vissa funktioner nu kan införas på bred front. Vidare beskrivs att den gemensamma investeringsbudgeten legat på ungefär 300 miljoner kronor per år, varav staten stått för en tredjedel.⁵⁸ Regeringen konstaterar att insatserna hittills gett stor effekt på hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning. Regeringen menar att stora framsteg har gjorts genom att positionerna har kunnat flyttas fram när det gäller såväl lagstiftningen, informationskvaliteten som de tekniska verktygen. IT-strategin uppges nu också gå in i en ny fas där fokus ligger på införande och användande av de IT-tjänster som utvecklats.

I 2011 års budgetproposition beskrivs revideringen av strategin från Nationell IT-strategi för vård och omsorg till Nationell eHälsa. Socialstyrelsens arbete enligt regeringsuppdraget om nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk uppges gå in i sin slutfas.⁵⁹ Det framhålls att landstingen har det huvudsakliga ansvaret för investeringarna inom Nationell eHälsa men att regeringen har skjutit till betydande medel genom bland annat Dagmaröverenskommelserna.⁶⁰

⁵⁵ Prop. 2007/08:1 utgiftsomr. 9 s. 24.

⁵⁶ Prop. 2008/09:1 utgiftsomr. 9 s. 40.

⁵⁷ Prop. 2009/10:1 utgiftsomr. 9 s. 43.

⁵⁸ Prop. 2009/10:1 utgiftsomr. 9 s. 44. Investeringsbudgeten avser alla insatser inom strategin och omfattar därmed fler områden än insatserna för att vårdpersonal ska ha tillgång till patientinformation.

⁵⁹ Regeringsbeslut S2007/4754/FS.

⁶⁰ Prop. 2010/11:1 utgiftsomr. 9 s. 43f.

Regeringen har också beskrivit utvecklingen av strategin i den årliga skrivelsen till riksdagen om utvecklingen i den kommunala sektorn. Åtterrapporteringen är snarlik den i budgetpropositionerna.

2.4 Finansiering och kostnader

I den nationella strategin 2006 fastslogs att det är kommuner och landsting som har det grundläggande ansvaret för att finansiera utvecklingen av sin verksamhet.⁶¹ Det nationella arbetet bedömdes därför till stor del behöva finansieras av huvudmännen. Staten skulle dock kompensera huvudmännen för beslut om åtgärder som innebar utökade åtaganden för kommuner och landsting. Det angavs också att statliga stimulansmedel kunde bli aktuella i fall att staten önskade snabba på utvecklingen eller på annat sätt höja ambitionsnivån. Staten har vidare ansvarat för finansieringen av de statliga insatsområdena inom strategin.

Det är inte möjligt att särskilja kostnaderna för strategin i sin helhet från de kostnader som gäller de nationella insatserna för utbyte av patientinformation. Vissa projekt är knutna till utbyte av information men är också betydelsefulla för andra områden inom strategin, vilket skapar gränsdragningsproblem. Redovisningen av finansieringen av strategin fokuserar på kostnaderna för att möjliggöra utbyte av patientinformation men omfattar också i viss utsträckning mer övergripande kostnader för strategin.

2.4.1 Landstingens gemensamma finansiering

Genom landstingens egna handlingsplaner för utveckling av IT-stöd och tjänster har landstingen kommit överens om finansieringen av de gemensamma nationella projekten. Under perioden 2007 – 2009 bidrog landstingen gemensamt årligen med cirka 220 miljoner kronor till insatserna inom handlingsplanen.⁶² För perioden 2010 – 2012 har landstingen kommit överens om en årlig finansiering om 255 miljoner kronor. Medlen omfattar dock även andra insatser än de som ska möjliggöra utbyte av patientinformation. Landstingens totala IT-kostnader uppskattas årligen uppgå till cirka 7 miljarder kronor – eller knappt 3 procent av landstingens omslutning.⁶³

⁶¹ Skr. 2005/06:139 s. 34 f.

⁶² SKL (2009), *Landstingens handlingsplan för utveckling och förvaltning av gemensamma IT-stöd och IT-tjänster under 2010 – 2012*, s. 24 f. Beloppet indexuppräknas varje år.

⁶³ Jerlvall & Pehrsson (2010), *eHälsa i Landstingen*, s. 22.

2.4.2 Statlig finansiering för rätt information vid rätt tillfälle

Staten har på flera sätt bidragit till finansieringen av insatserna inom strategin som syftar till att vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle. Genom Dagmaröverenskommelserna har staten gett riktade bidrag till bland annat utvecklingen av landstingens gemensamma tekniska lösningar, informationsinsatser och kommunsamverkan. Staten har också till fullo finansierat insatserna inom de egna insatsområdena: harmoniseringen av regelverket, framtagandet av en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Tabell 2.1 Översikt över de statliga kostnaderna för insatser kopplade till utbyte av patientinformation

	Miljoner kronor
Nationell informationsstruktur, 2007 - 2009	46,8
Nationellt fackspråk 2007 - 2010	87,5
Information och förberedande insatser m.m. för nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk 2007 - 2009	16
Den nationella ledningsgruppen, uppföljning av strategin 2007 - 2010 ⁶⁴	24,7
Insatser för att främja kommunsamverkan m.m. 2009 - 2010 ⁶⁵	30
Bidrag till utvecklandet av nationella tekniska lösningar 2007 - 2010	112
Totalt	317

Källa: Socialdepartementet, Socialstyrelsen och Dagmaröverenskommelserna 2007 - 2010.

I tabell 2.1 redovisas de statliga kostnader som kan relateras till arbetet inom strategin med att ge vård- och omsorgspersonal tillgång till patientinformation.⁶⁶ Utgifterna i tabellen redovisas i huvudsak mot anslaget *Bidrag till hälso- och sjukvård* i statsbudgeten (utgiftsområde 9). Kostnaderna för nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk avser Socialstyrelsens

⁶⁴ På grund av att redovisningen i Dagmaröverenskommelsen ändrades 2010 ingår i denna post för 2010 vissa ytterligare stimulansmedel som särredovisades tidigare. Se bilaga 2 för årliga uppgifter.

⁶⁵ År 2009 finansierades dessa medel via Dagmaröverenskommelsen. År 2010 skedde istället finansieringen genom överenskommelsen *Program för en god äldreomsorg* mellan Socialdepartementet och SKL.

⁶⁶ Staten har också gett bidrag till andra delar av strategin, främst utvecklingen av så kallade invånartjänster som vård på webben och sjukvårdsrådgivning. Dessa delar i strategin omfattas emellertid inte av Riksrevisionens granskning.

faktiska kostnader för utförandet av dessa regeringsuppdrag.⁶⁷ Kostnaderna för information och förberedelser med mera gäller stimulansmedel till SKL som har använts för att förbereda införandet av projekten i kommuner och landsting. Den nationella ledningsgruppen har också tilldelats stimulansmedel för att arbeta med bland annat kommunikationsinsatser och uppföljning. Insatser för att främja kommunsamverkan med mera omfattar stimulansmedel för kommunernas IT-arbete. Medlen har främst använts för att skapa strukturer för samverkan mellan kommuner. Staten har också lämnat bidrag till landstingens gemensamma projekt för de nationella tekniska lösningarna. Vi återkommer till dessa i kapitel 3. En utförligare redovisning av de statliga utgifterna återfinns i bilaga 2.

2.5 Sammanfattande iakttagelser

De statliga insatser som krävs för att nå målet om rätt information vid rätt tillfälle är väl definierade. Förslag till ny lagstiftning, en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk är verksamheter som regeringen bör svara för, och det är också de uppgifterna som regeringen har åtagit sig enligt strategins ansvarsfördelning. För att det som regeringen och de statliga myndigheterna gör på dessa områden ska få genomslag i vård och omsorg på det sätt som strategin för eHälsa avser krävs att landsting och kommuner vidtar åtgärder inom sina respektive ansvarsområden. Det är inte något som regeringen kan styra men genom att samverka inom en strategi kan regeringen och de statliga myndigheterna på olika sätt underlätta landstingens och kommunernas arbete mot det gemensamma målet om rätt information vid rätt tillfälle.

De iakttagelser som vi har gjort om ansvar och roller inom strategin ger följande bild i sammanfattning:

- Riksrevisionen har inte funnit någon heltäckande kartläggning av vårdens och omsorgens behov av patientinformation som visar var behovet av informationsutbyte är som störst. Kommuner och landsting uppger att det stora behovet av att dela patientinformation finns mellan olika vårdgivare inom ett landsting och mellan kommuner och landstinget. Det har inte analyserats om de lokala behoven stämmer överens med nationella behov och prioriteringarna inom strategin.

⁶⁷ För nationellt fackspråk avses kostnader för 2007 - 2010. Projektet avrapporterades i mars 2011, och det årets kostnader tillkommer.

- Den nationella IT-strategin innebär en uppgifts- och ansvarsfördelning mellan de delaktiga aktörerna. Strategin innebär inget bindande avtal eftersom SKL enbart har en samordnande roll och därmed inte mandat att binda landstingen och kommunerna i avtalsförhandlingar av detta slag.
- Den ledningsgrupp som finns inom strategin saknar möjlighet att fatta beslut om insatser. Varje aktör har ett eget beslutsmandat och resursansvar för sina insatser inom strategin.
- De sammanlagda statliga kostnaderna 2007 – 2010 för insatser inom strategin relaterade till utbyte av patientinformation uppgår till cirka 300 miljoner kronor.
- Staten har delfinansierat vissa av de tekniska investeringarna och även bidragit med stimulansmedel till andra insatser inom strategin.
- Regeringen har återrapporterat den övergripande utvecklingen inom strategin till riksdagen. Återrapporteringen beskriver främst strategin i positiva ordalag.

3 Har rätt person rätt information vid rätt tillfälle?

I detta kapitel redogör vi för om det är möjligt för vårdpersonal att få tillgång till rätt information vid rätt tillfälle genom elektronisk direktåtkomst.

De insatser som krävs för att nå målet om rätt information vid rätt tillfälle kan övergripande delas in i tre områden. Grundläggande är att det finns en lagstiftning som tillåter och ger förutsättningar för utbyte av information, det vill säga att det är juridiskt möjligt. Därefter krävs det IT-system som gör det tekniskt möjligt att utbyta och presentera information samtidigt som de uppfyller de säkerhetskrav som ställs i patientdatalagen. Informationen måste vidare vara strukturerad och enhetligt beskriven så att den blir tillförlitlig. Kapitlet är indelat i dessa tre områden där vi beskriver problem med genomförandet av insatserna. På detta sätt vill vi belysa hur såväl de statliga som kommunala aktörernas insatser är beroende av varandra för att uppnå målet. I slutet av kapitlet definieras vad som är det statliga ansvaret för genomförandet i enlighet med riksdagens intentioner om att strategin ska bidra till utvecklingen av IT-stöd för att dela patientinformation.

3.1 Finns det rättsliga hinder?

3.1.1 *Ny lagstiftning ger nya möjligheter, men inte skyldigheter*

När den nationella IT-strategin för vård och omsorg fastställdes 2006 bedömdes lagstiftningen kring patientinformation och journalföring begränsa möjligheterna att använda moderna IT-stöd inom vård och omsorg.⁶⁸ Den befintliga lagstiftningen ansågs vara splittrad och otydlig.⁶⁹ En viktig del av regeringens arbete inom den nationella IT-strategin har

⁶⁸ Skr. 2005/06:139 s. 20.

⁶⁹ SOU 2006:82, *Patientdatalag*, s. 151 f.

därför varit att modernisera det regelverk som ger möjlighet till elektroniskt utbyte av patientuppgifter.⁷⁰

Patientdatautredningen presenterade 2006 sitt huvudbetänkande med ett lagförslag om en samlad reglering av informationshanteringen inom hälso- och sjukvården.⁷¹ Lagförslaget resulterade i patientdatalagen (2008:355) som trädde i kraft den 1 juli 2008. Lagen anger de grundläggande förutsättningarna för informationshantering inom hälso- och sjukvård. Den mer detaljerade regleringen finns i patientdataförordningen (2008:360) och i Socialstyrelsens föreskrifter.⁷²

Patientdatalagen gör det möjligt för landsting och kommuner att över organisationsgränser inom hälso- och sjukvården utbyta patientinformation genom elektronisk direktåtkomst, vilket i lagen kallas sammanhållen journalföring.⁷³ Tanken är att vårdpersonal inte ska behöva ringa eller faxa andra vårdgivare för att få tag på viktiga patientdata. Genom ett samtycke från patienten ska vårdpersonalen i stället ha möjlighet att direkt komma åt journalanteckningar hos andra vårdgivare via en dator.

Patientdatalagen ger på olika sätt möjlighet till elektronisk direktåtkomst, så kallad sammanhållen journalföring, mellan olika vårdgivare. Det kan i huvudsak göras på två olika sätt. Antingen genom att vårdenheter och vårdgivare inom ett landsting delar ett gemensamt journalsystem från en viss leverantör med delad databas eller genom den så kallade nationella patientöversikten som hämtar information från olika journalsystem och visar denna i en översikt. En patientöversikt skulle kunna skapas även på lokal eller regional nivå. Lagstiftningen anger inte på vilket sätt elektronisk direktåtkomst ska möjliggöras, men ambitionen inom strategin är att samtliga vårdgivare på ett nationellt plan ska kunna dela patientinformation oavsett om de använder samma journalsystem eller inte. Varken teknik, organisationsgränser eller geografiska gränser ska således hindra utbytet av patientinformation.

Enligt patientdatalagen är det frivilligt för vårdgivare att tillämpa sammanhållen journalföring. Det innebär att det är upp till varje vårdgivare att besluta om att dela patientinformation genom sammanhållen journalföring. I utredningen

⁷⁰ Skr. 2005/06:139 s. 20 f.

⁷¹ SOU 2006:82, *Patientdatalag*.

⁷² SOSFS 2008:14, Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

⁷³ Man skiljer på vem som får ta del av patientuppgifter *inom* en vårdgivares verksamhet (inre sekretess) och vem som genom elektronisk direktåtkomst får ta del av vårddokumentation som en *annan* vårdgivare gjort tillgänglig genom så kallad sammanhållen journalföring. Bestämmelserna om inre sekretess är mer generösa än de som gäller vid sammanhållen journalföring.

som föregick den nya patientdatalagen diskuterades ett förslag om att i stället lagstifta om en obligatorisk anslutning till ett sammanhållet journalsystem. Utredningen bedömde dock att grundläggande förutsättningar för att införa ett sammanhållet journalsystem saknades och att det därför inte var möjligt att föreslå en tvingande lagstiftning.⁷⁴ Bland annat tekniska svårigheter och bristen på en enhetlig informationsstruktur och ett enhetligt fackspråk inom vård och omsorg lyftes fram som hinder för detta av utredningen.⁷⁵ Flera remissinstanser var dock kritiska till att utredningen utgick ifrån att det saknades tekniska förutsättningar för en mer tvingande reglering. En sådan hade kunnat innebära antingen obligatorisk anslutning till ett gemensamt system eller att vårdgivarna varit tvungna att möjliggöra direktåtkomst för andra vårdgivare.⁷⁶ Ett tydligare ställningstagande från regeringen hade enligt flera remissinstanser påskyndat arbetet med att möjliggöra elektronisk direktåtkomst mellan olika vårdgivare.

Genom patientdatalagen har det skapats rättsliga förutsättningar för att elektroniskt kunna dela patientinformation. Det är frivilligt för vårdgivare att tillgängliggöra patientinformation elektroniskt. Samtidigt anser Riksrevisionen att samarbetet inom strategin för eHälsa i viss mån kan ses som att parterna tillsammans gör avkall på möjligheterna till flexibilitet och frivillighet. En stor del av samarbetet handlar trots allt om att göra det möjligt för vårdpersonal att ta del av rätt information oavsett teknik eller hur vården är organiserad.

Det finns exempel på länder som har valt en mer tvingande reglering av tillgången till patientinformation. I Finland är till exempel offentliga och privata hälso- och sjukvårdsproducenter skyldiga att ansluta sig till ett nationellt elektroniskt arkiv för patientinformation senast år 2015.⁷⁷ Tidpunkten för anslutning har dock skjutits fram från 2011 till 2015 på grund av tekniska svårigheter.

I bilaga 1 återfinns Riksrevisionens kartläggning av det regelverk som närmare beskriver patientdatalagen och anknytande författningar.

⁷⁴ SOU 2006:82, *Patientdatalag*, s. 241.

⁷⁵ SOU 2006:82, *Patientdatalag*, s. 239 f.

⁷⁶ Remissvar SOU 2006:82, *Patientdatalag*: Svensk förening för medicinsk informatik (SFMI), Vårdförbundet, Kungliga ingenjörsvetenskapsakademien (IVA) Sveriges läkarsekreterarförbund.

⁷⁷ Se finsk lag: *Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården* 9.2.2007/159.

3.1.2 *Problem med patientdatalagen i praktiken*

Svårt att leva upp till lagens krav på integritet och säkerhet

Patientdatalagen har öppnat för helt nya möjligheter till utbyte av patientinformation genom elektronisk direktåtkomst, men ställer samtidigt höga krav på säkerhet och integritet. För att få dela patientinformation genom elektronisk direktåtkomst krävs att journalsystemen bland annat har inbyggda funktioner för identifiering, behörighetskontroll och loggning. Patienten måste ha möjlighet att, om hon eller han vill, kunna spärra viss eller all information från att delas genom elektronisk direktåtkomst. Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring ska patienten också informeras om vad det innebär och att patienten har rätt att motsätta sig att uppgifter lämnas ut till andra vårdgivare. Det har varit en stor utmaning för landstingen att anpassa journalsystemen efter patientdatalagens krav. Trots att lagen infördes den 1 juli 2008 uppfyller landstingen ännu inte dessa krav fullt ut.

Datainspektionen har till uppgift att genom tillsyn säkerställa individens integritet vid behandling av personuppgifter utifrån personuppgiftslagen (1998:205).⁷⁸ Datainspektionen är tillsynsmyndighet då personuppgifter behandlas enligt patientdatalagen. Myndigheten har genomfört ett antal inspektioner av behandlingen av personuppgifter inom vård och omsorg. Datainspektionen har vid tillsynen funnit en rad brister som gäller möjligheterna att spärra information, hur patienten informerats om vad sammanhållen journalföring innebär samt att vårdpersonalen har fått för omfattande behörighet att ta del av patientinformation. Datainspektionen har vid tillsynen observerat att vårdgivarna har stora problem med att anpassa IT-systemen till patientdatalagen.⁷⁹

Otydlig vägledning har lett till tolknings- och tillämpningsproblem

Patientdatalagen är en ramlagstiftning som anger de grundläggande förutsättningarna för informationshantering av uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård. Den kräver därför en mer detaljerad reglering i förordningar och föreskrifter. Enligt patientdataförordningen (2008:360) får Socialstyrelsen efter samråd med Datainspektionen meddela föreskrifter om behörigheter vid sammanhållen journalföring, direktåtkomst och krav

⁷⁸ Generella bestämmelser om behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL. Patientdatalagen innehåller bestämmelser för vissa situationer som det funnits behov av att reglera särskilt. I övrigt ska PUL tillämpas. Lagarna ska således läsas parallellt men juridiska begrepp såsom "personuppgift" och "behandling av personuppgifter" har samma betydelse.

⁷⁹ Intervju med Datainspektionen 2011-01-26.

på säkerhetsföreskrifter samt vilken information som ska ges till patienten. Enligt Socialstyrelsen hade de dock ont om tid när de utarbetade den aktuella föreskriften SOSFS 2008:14, *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*, vilket ledde till att de inte blev särskilt omfattande.⁸⁰

I våra intervjuer har det framkommit att det finns en osäkerhet hos vårdpersonal och företrädare för kommuner och landsting om hur patientdatalagen ska tolkas och tillämpas i det praktiska arbetet ute på sjukhus och vårdcentraler. Landstingen upplever att det har saknats praxis för hur lagstiftningen ska tillämpas. Många upplever att det också har varit svårt att på förhand få hjälp med hur till exempel olika spärnivåer eller begreppsdefinitioner såsom "patientrelation" ska tolkas och utformas.

De vårdgivare som tillämpar sammanhållen journalföring måste, om patienten motsätter sig att uppgifter lämnas ut till andra vårdgivare, kunna spärra åtkomsten. Flera av de landsting vi har intervjuat upplever att de inte har fått tydliga riktlinjer om vilken information som patienten har rätt att få spärrad. Landstingen har därmed löst det på olika sätt, vilket leder till att patientens möjligheter att få sin journal spärrad varierar mellan olika delar av landet trots en gemensam lagstiftning. Även när det gäller hur medborgarna på förhand ska informeras om sammanhållen journalföring upplever landstingen att det inte finns några tydliga riktlinjer. Informationen till medborgarna har därför sett olika ut inom olika landsting. En del har skickat ut information till samtliga medborgare inom landstinget medan andra har annonserat i den lokala pressen. Flera landsting efterlyser en nationell informationskampanj med samlad information om sammanhållen journalföring.

Datainspektionen anser att de flesta bristerna som inspektionen sett i sin tillsyn rör frågor där regelverket faktiskt ger ett tydligt svar. Bristerna uppstår enligt Datainspektionen snarare på grund av att vårdgivarna inte har satt sig in i regelverket eller av andra skäl väljer att inte tillämpa regelverket. Det kan handla om till exempel kostnader för systemutveckling eller för informationskampanjer. Datainspektionen bedömer bland annat att det enligt regelverket är tydligt på vilken nivå patienten ska ha rätt att spärra sina uppgifter.

Under första året efter lagens införande arbetade Datainspektionen och Socialstyrelsen mycket med utbildnings- och informationsinsatser.⁸¹ SKL har även ordnat egna utbildningsinsatser för landstingsjurister vid ett flertal tillfällen.

⁸⁰ Intervju med Socialstyrelsen 2011-01-25.

⁸¹ Intervjuer med Socialstyrelsen 2011-01-25 och Datainspektionen 2011-01-26.

Integritetsperspektivet har fått större genomslag än patientsäkerhetsperspektivet i tillsynen

En viktig del i patientsäkerheten är att vårdpersonal har tillgång till rätt information vid rätt tillfälle. Socialstyrelsen utövar tillsyn över informationssäkerheten för att säkerställa att informationshanteringen i hälso- och sjukvården tillgodoser patientsäkerheten. Tillsynen utgår från perspektiven tillgänglighet, riktighet, integritet och spårbarhet enligt patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14. Tillsammans utgör dessa perspektiv nödvändiga förutsättningar för en god och säker vård, där vårdpersonal har tillgång till all relevant patientinformation vid rätt tillfälle. Datainspektionen å sin sida utövar tillsyn för att säkerställa integritetskraven vid behandling av personuppgifter enligt patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter. Socialstyrelsen granskar också patientens integritet men utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv, medan Datainspektionens främst utgår från den personliga integriteten.

I samband med den utredning som föregick patientdatalagen påpekade Socialstyrelsen i sitt remissvar att det fanns oklarheter om tillsynsmyndigheternas olika ansvar och befogenheter kring tillsyn av informationshantering och informationssäkerhet. Socialstyrelsen ansåg att gränsdragningen mellan myndigheternas tillsynsansvar borde klargöras, men upplever att detta inte togs om hand i lagstiftningsarbetet.

Datainspektionen påbörjade sin tillsyn av behandlingen av personuppgifter enligt patientdatalagen och föreskrifterna snart efter det att lagen trätt i kraft. Landstingen har i våra intervjuer uppgett att Datainspektionen varit framträdande när det gäller tillsyn utifrån patientdatalagen. Därmed upplever flertalet landsting att integritetsperspektivet fått ett större genomslag än patientsäkerhetsperspektivet.

Socialstyrelsen har ännu inte genomfört någon aktiv tillsyn över informationshantering och informationssäkerhet utifrån patientdatalagen. Det är därför oklart om myndigheternas tillsynsansvar är överlappande och hur de båda tillsynsuppgifterna tillsammans kan bidra till en mer effektiv tillämpning av patientdatalagen.

Beslutsförmögna omfattas inte av sammanhållen journalföring

En viktig del i integritetsskyddet i patientdatalagen är att det alltid krävs ett aktivt samtycke från patienten för att vårdpersonalen ska få möjlighet att ta del av patientinformation från andra vårdgivare genom elektronisk direktåtkomst. Landstingen har stött på problem när de velat utbyta patientinformation om patienter som är oförmögna att ge sitt aktiva samtycke. Enligt Socialstyrelsens

Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring, som togs fram utifrån patientdatalagens förarbeten, måste personalen ibland anta att patienten samtycker om det gäller vård som patienten behöver, ett så kallat presumerat samtycke.

Datainspektionen har dock gjort en annan bedömning. Datainspektionen tar fasta på att det enligt förarbetena till patientdatalagen fordras ett aktivt samtycke från patientens sida. Enligt förarbetena ska det vara ett sådant samtycke som avses i personuppgiftslagen (1998:204), det vill säga det ska vara frivilligt, särskilt och otvetydigt. Lagstiftaren har valt att inte införa några särregler för vuxna patienter som tillfälligt eller varaktigt brister i sin beslutsförmåga.⁸² Enligt Datainspektionen ger lagen ingen möjlighet att använda presumerat samtycke. Enligt personuppgiftslagen (1998:204) måste en person vara beslutsförmögen för att kunna ge sitt samtycke. Socialstyrelsen har sedan handboken togs fram ändrat uppfattning och anser nu att det inte går att utbyta patientinformation om patienter som inte aktivt kan ge sitt samtycke, såsom dementa eller medvetlösa personer. Vid akuta fall där det föreligger fara eller en livshotande situation har vårdpersonalen dock rätt att i vissa fall bryta en spärr.

Samtidigt som gruppen beslutsoförmögna inte omfattas av lagen anser många av de läkare och sjuksköterskor vi talat med att äldre, ofta dementa och multisjuka, är en av de patientgrupper som det är viktigast att säkerställa ett effektivt informationsutbyte kring.

Inte möjligt att utbyta information med den kommunala omsorgen

Inom den nationella strategin betonades redan från början vikten av att möjliggöra utbyte av information med den kommunala verksamheten, både vad gäller vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och den omsorg som bedrivs inom socialtjänsten. När strategin reviderades 2010 poängterades återigen vikten av att kommunerna är delaktiga i arbetet med att uppnå en effektiv IT-användning inom vård och omsorg. Flera av de kommuner vi intervjuat uppger att det är viktigt att det finns en aktör som kan vägleda arbetet med att utveckla informationshanteringen. Det gäller framför allt för de små kommunerna som inte har förutsättningar att själva utreda vilka lösningar och tjänster som behövs för att möjliggöra utbyte av patientinformation på ett säkert sätt. Kommunerna saknar i dag en nationell organisation för samverkan lik den som landstingen byggt upp genom CeHis, vilket försvårar implementeringen av den nationella strategin.

⁸² Prop. 2007/08:126 s. 252 f.

Lagstiftningen möjliggör i dag inte utbyte av patientinformation genom elektronisk direktåtkomst mellan socialtjänstens omsorg och hälso- och sjukvården. Patientdatalagen gäller endast den kommunala hälso- och sjukvården och inte den verksamhet som bedrivs utifrån socialtjänstlagen.

Som ett led i satsningen på utveckling av öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården beslutade regeringen den 20 juni 2007 att tillsätta en särskild utredare för att se över behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten. Utredningen tog namnet Socialtjänstdatautredningen. Regeringen skulle syfta till att förbättra möjligheterna att framställa statistik och göra verksamhetsuppföljning. Uppdraget innehöll dock inte några direktiv om att se över möjligheterna att utbyta information på individnivå mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.⁸³ Utredningen ledde därmed inte till några konkreta lagförslag när det gäller möjligheten att elektroniskt dela information mellan socialtjänstens omsorg och hälso- och sjukvården.

Hantering av personuppgifter inom socialtjänsten spänner över flera verksamhetsområden där känsliga personuppgifter registreras, vilket gör att integritetsaspekten är än viktigare att beakta. Det komplicerar överväganden som behöver göras inför ändringar i lagstiftningen. Regeringen planerar att under 2011 genomföra en inventering av vilken information och i vilka situationer som den kommunala omsorgen och hälso- och sjukvården skulle ha behov av att utbyta patientinformation.⁸⁴

Osäkert hur privata aktörer ska hanteras

Antalet utförare inom vård och omsorg ökar. Information om patienter kommer därmed att finnas hos ett ökande antal aktörer. För att vårdpersonal ska ha tillgång till all relevant patientinformation krävs att samtliga aktörer tillämpar sammanhållen journalföring. Enligt patientdatalagen som riktar sig direkt till vårdgivaren⁸⁵, är det frivilligt att tillämpa sammanhållen journalföring. Med anledning av detta har det uppkommit en osäkerhet hos landsting och kommuner som själva valt att tillämpa sammanhållen journalföring om vilka krav de har rätt att ställa på de privata utförarna när det gäller anslutning till gemensamma journalsystem och den nationella patientöversikten.

En annan fråga med anknytning till upphandling av privata utförare gäller hanteringen av patientjournaler i samband med att en ny vårdgivare

⁸³ SOU 2009:32, *Socialtjänsten Integritet – Effektivitet*.

⁸⁴ Intervju med Socialdepartementet 2011-01-20.

⁸⁵ Begreppet vårdgivare definieras i patientdatalagen som en kommun, ett landsting eller en privat utförare.

ska ta över en verksamhet, till exempel vid byte av entreprenör. Enligt Socialstyrelsen innebär bestämmelserna om sekretess (offentlighets- och sekretesslagstiftningen) och tystnadsplikt (6 kap. 12 – 14 §§ patientsäkerhetslagen) att patientuppgifter inte kan överföras mellan olika vårdgivare utan att ett samtycke lämnats av samtliga patienter.⁸⁶

Patientdatalagen ger olika förutsättningar beroende på hur vården är organiserad

Patientdatalagens bestämmelser kring sekretess skiljer sig åt beroende på om informationsutbytet sker *mellan* olika vårdgivare eller *inom* en vårdgivare, så kallad inre sekretess. Ett landstings eller en kommuns verksamheter som drivs i egen regi anses alla tillhöra samma vårdgivare. Det innebär att hur kommuner och landsting valt att organisera hälso- och sjukvården påverkar vilka sekretessregler som gäller för vårdpersonalen. I ett landsting med få privata utförare är organisationsgränserna färre och det så kallade inre sekretessområdet kan då vara större än i ett landsting med många privata aktörer såsom Stockholms läns landsting.

De inre sekretessreglerna är mer generösa och kräver till exempel inte ett aktivt samtycke för att utbyta patientinformation. Inom det inre sekretessområdet får den vårdpersonal ta del av uppgifterna som deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården och patienten inte aktivt motsätter sig det. Som patientdatalagen är utformad är det enklare att få elektronisk tillgång till patientinformation i landsting med få privata utförare och därmed färre organisationsgränser.

Svårt för vårdpersonal att veta om och när de får följa upp patienter

För att få ta del av patientinformation över vårdgivargränser måste läkaren eller sjuksköterskan ha en patientrelation med patienten. En del läkare och sjuksköterskor uppger att denna bestämmelse i patientdatalagen har påverkat deras beteende när det gäller att följa upp patienter. Då de inte vet exakt hur begreppet patientrelation ska tolkas avstår de ibland från att följa upp patienter som de remitterat vidare för att inte bryta mot patientdatalagen.

Enligt patientdatalagen har vårdpersonal rätt att inom "sin vårdgivare" ta del av patientinformation om de deltar i vården av patienten eller av annat skäl anser sig behöva uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Vårdpersonal har dock inte rätt att ta del av patientinformation hos andra vårdgivare i syfte att följa upp tidigare patienter.

⁸⁶ Intervju med Socialstyrelsen 2011-03-16.

Möjligheterna för vårdpersonalen att följa upp en patient varierar därmed beroende på hur vården är organiserad inom ett landsting eller en kommun. I ett landsting med olika vårdgivare måste vårdpersonalen vara medveten om att olika vårdgivare kan finnas i samma lokal, och att samma vårdgivare kan vara spridd på olika lokaler.

3.2 Finns det tekniska hinder?

3.2.1 *Tekniken utvecklas för att möjliggöra ett säkert informationsutbyte*

Landstingen har gemensamt upphandlat den nationella patientöversikten (NPÖ) och förbundit sig att införa den enligt en gemensam handlingsplan. Det är en tjänst som ska göra det möjligt för vårdpersonal att ta del av patientinformation från olika vårdgivare. Inom den nationella strategin har den nationella patientöversikten setts som det verktyg som ska möjliggöra sammanhållen journalföring genom att snabbt, säkert och enkelt utbyta information mellan olika journalsystem. För att utveckla tjänsterna har landstingen skapat en gemensam beställarorganisation, Center för eHälsa i samverkan (CeHis). Organisationen lägger i sin tur ett uppdrag om att ta fram tjänsterna på utförarorganisationen Inera AB eller en annan aktör.⁸⁷ Nationell patientöversikt hämtar information från olika journalsystem och andra informationskällor och presenterar den sedan samlat för vårdpersonalen i patientöversikten. Det är inte möjligt att dokumentera i den nationella patientöversikten, utan det går endast att ta del av information. Patientöversikten är en separat tjänst där ingen information lagras och den ersätter inte utan kompletterar landstingens befintliga journalsystem.

Målsättningen är att den nationella patientöversikten, med patientens samtycke, ska ge vårdpersonalen tillgång till väsentlig patientinformation oavsett var informationen finns lagrad eller av vem den har registrerats, inklusive kommunal och privat hälso- och sjukvård.⁸⁸

Nationella säkerhetstjänster

Inom strategin ingår att utveckla tekniska tjänster så att utbytet av patientinformation blir säkert. Ett säkert utbyte innebär bland annat att det endast är behörig personal som ges tillgång till information och att åtkomsten till informationen går att följa upp. De tekniska tjänsterna behövs

⁸⁷ Intervju med CeHis 2011-02-03.

⁸⁸ Intervju med CeHis 2011-02-03.

bland annat för att landstingen och kommunerna ska kunna införa den nationella patientöversikten men kan också användas för att utveckla de egna journalsystemen så att de uppfyller patientdatalagens krav på säker informationsöverföring.

För att informationsutbytet ska ske på ett säkert sätt är följande tjänster under utveckling och implementering:

- HSA-katalogen – HSA står för Hälso- och sjukvårdens adressregister. Den samlar bland annat information om vård- och omsorgspersonal befattning, roll och arbetsuppgifter, vilket sedan utgör grund för att tilldela behörighet för att se viss information.
- SITHS-kort – Förkortningen står för Säker IT i hälso- och sjukvård. Det är en e-legitimation för vård- och omsorgspersonal som styrker personalens identitet och behörighet och ska användas för att logga in säkert i IT-system.
- Sjunet – Ett nationellt kommunikationsnät för vård och omsorg som gör att information överförs på ett säkert sätt. Sjunet används för en mängd olika tjänster, till exempel överföring av journaldata och röntgenbilder samt för kliniska ronder via videokonferens.
- BIF – Förkortningen står för Bastjänster för informationsförsörjning och omfattar nio säkerhetstjänster⁸⁹ som i ett antal olika steg styr behörigheten och åtkomsten till information mellan olika vårdgivare så att rätt information visas för behörig personal. Tjänsterna gör också att åtkomsten kan kontrolleras i efterhand.

Tillsammans bildar dessa tjänster en teknisk infrastruktur som ska underlätta ett säkert utbyte av patientinformation. Av de tjänster som har tagits fram är de sistnämnda säkerhetstjänsterna (BIF) centrala eftersom dessa är tänkta att erbjuda den styrning av tillgången till information som behövs för att patientinformation ska kunna delas mellan vårdgivare på ett säkert sätt enligt patientdatalagens krav. För att kunna styra behörigheten och åtkomsten genom säkerhetstjänsterna måste den övriga tekniska infrastrukturen användas, det vill säga att landstingen måste vara anslutna till kommunikationsnätet Sjunet och vårdpersonalen måste gå att hitta i den centrala katalogen samt logga in i systemen med e-legitimationer.

⁸⁹ De nio tjänsterna omfattar följande: autentisering, samtycke, åtkomstkontroll, logg, logganalys, patientkontext, vårdrelation, utlämnande och notifiering.

CeHis arbetar också med utvecklingen av andra nationella tjänster. Det pågår bland annat ett arbete med att ta fram en tjänst⁹⁰ som ska ge vårdpersonal en helhetsbild av patientens ordinerade och expedierade läkemedel. Utvecklingsarbetet har anknytning till den nationella läkemedelsstrategin.

Kostnader för de tekniska lösningarna

Utvecklingen av de nationella tjänsterna har finansierats av både staten och landstingen. För att den nationella patientöversikten ska fungera måste tidigare nämnda tjänster finnas på plats. Dessa infrastrukturtjänster kan emellertid också användas för andra ändamål såsom att utveckla landstingens befintliga journalsystem. Det går därför inte att hänföra kostnaderna för dessa bara till den nationella patientöversikten.

Tabell 3.1 Kostnaderna för de nationella tekniska lösningarna för utbyte av patientinformation (miljoner kronor)

	Kostnader per projekt	Varav statligt finansierat (2007 - 2010)
NPÖ 2005 - 2011	171	0
Säkerhetstjänster (BIF) 2007 - 2011	149	60
Infrastruktur 2007 - 2011 ⁹¹	132	20
Totalt	452	80

Källa: CeHis.

Kostnadsredovisningen i tabell 3.1 gäller för den gemensamma utvecklingen av de nationella tjänsterna samt visst stöd för införandet i landstingen. Staten har framför allt delfinansierat säkerhetstjänsterna (BIF). För varje landsting tillkommer egna kostnader för implementering och införande av tjänsterna. Bland annat krävs anpassning till befintliga IT-system och utbildningsinsatser. Riksrevisionen har inte kunnat samla in precisa uppgifter om dessa kostnader då landstingen inte kan särskilja kostnader för anpassningen av IT-systemen till de nationella lösningarna. De sammanlagda kostnaderna överstiger sannolikt vida de nationella gemensamma kostnaderna för landstingen.⁹²

⁹⁰ Patientens sammanhållna läkemedelsinformation (Pascal).

⁹¹ Med infrastruktur avses HSA, SITHS och Sjunet. I denna post ingår också kostnaderna för en läkemedelsförteckningstjänst som NPÖ hämtar uppgifter från (totalt 3,3 miljoner kronor). Se även bilaga 2 för en mer detaljerad redovisning.

⁹² I en intervju (2010-10-18) med företrädare för Kalmar läns landsting uppskattades de lokala kostnaderna vara fyra gånger så höga som landstingets bidrag till de nationella lösningarna. Uppgiften är ungefärlig men ger en fingervisning om förhållandet mellan lokala och nationella kostnader för landstingen.

3.2.2 Den nya tekniken utnyttjas inte

Införandet av teknik för den nationella patientöversikten kantad av problem

Den nationella patientöversikten är ett prioriterat projekt inom den nationella strategin.⁹³ Hittills har översikten under 2009 och 2010 delvis införts i Örebro läns landsting, Örebro kommun, Landstinget Sörmland, Nyköpings kommun och Östergötlands läns landsting.⁹⁴ Att den nationella patientöversikten delvis har införts innebär emellertid ingen omfattande anslutning utan att ett begränsat antal användare delar mindre mängder information. I Östergötland har till exempel endast en teknisk anslutning genomförts och tjänsten har i dag inga användare. Enligt nuvarande handlingsplan för landstingen ska den nationella patientöversikten ha införts någonstans i varje landsting till 2012.⁹⁵ I förhållande till landstingens ursprungliga tidsplan innebär detta en kraftig försening. Denna målsättning beskriver heller inte i vilken omfattning den nationella patientöversikten ska ha införts eller vilken information som ska tillgängliggöras genom den.

Örebro landsting var först ut med att införa den nationella patientöversikten. Där påpekar företrädare för landstinget att den nya patientdatalagen har varit svår att leva upp till i praktiken då den ställer väldigt höga krav på säkerhet och integritet och således även på de tekniska lösningarna.⁹⁶ Det är också i Örebro som Datainspektionen har kunnat göra tillsyn av den nationella patientöversikten och den sammanhållna journalföring som översikten innebär. Tillsynen rörde frågor om personuppgiftsansvar samt rutiner för information till registrerade patienter, inhämtande av samtycke inför direktåtkomst till vårddokumentation samt behörighets- och åtkomstkontroll. Bland annat kritiserade Datainspektionen att behörigheter i den nationella patientöversikten inte kunde avgränsas till att avse vissa patienter eller verksamheter. Tillsynen ledde till att utbytet av patientinformation mellan olika vårdenheter i Örebro stoppades av Datainspektionen sommaren 2010 och kunde återupptas först under senhösten 2010 då åtgärder vidtagits.⁹⁷

⁹³ Intervju med CeHis 2011-02-03.

⁹⁴ Nationell eHälsa (2010), s. 32.

⁹⁵ Intervju med CeHis 2011-02-03 & SKL (2009), *Landstingens handlingsplan för utveckling och förvaltning av gemensamma IT-stöd och IT-tjänster under 2010 - 2012*, s. 16.

⁹⁶ Intervju med Örebro läns landsting 2010-11-11.

⁹⁷ Datainspektionen, tillsynsbeslut, dnr 1392-2009, 1512-2009.

Datainspektionen kan vid tillsyn lämna föreläggande om att vårdgivaren ska vidta vissa åtgärder eller att ta fram och implementera en åtgärdsplan. Datainspektionen kan också vid vite förbjuda fortsatt behandling av personuppgifter samt ansöka hos förvaltningsrätten om att personuppgifter som har behandlats på ett olagligt sätt ska utplånas (44 – 47 §§ personuppgiftslagen). Datainspektionen har framfört att deras sanktionsmöjligheter är för begränsade i fall som detta eftersom inspektionen endast kan använda vite för att förbjuda en viss behandling av personuppgifter. Vite kan inte användas i syfte att förstärka ett föreläggande om att vidta vissa åtgärder, till exempel att informera patienter om sammanhållen journalföring.⁹⁸

De nationella tjänsterna används ännu inte för ett säkert informationsutbyte

Enligt lägesrapporten för 2010 har införandet av de nationella tjänsterna till stora delar genomförts. De säkra tjänsterna för till exempel identifiering, loggning och samtyckeshantering i enlighet med den nya patientdatalagen uppges ha etablerats eller vara i slutfasen inför ett brett införande i landstingen.⁹⁹

Genom våra intervjuer med landstingen framkommer en annan bild. De nationella tjänster som beskrivs som införda i lägesrapporten används ännu inte för ett säkert utbyte av patientinformation. I många landsting används till exempel e-legitimationen som passerkort eller för att betala i sjukhusets cafeteria istället för som säker inloggning i journalsystem. Katalogen används i flera landsting som verksamhetskatalog, men inte för att styra behörighetstilldelning för åtkomst i journalsystemen.

Det stora problemet för landstingen har dock varit att leveransen av de säkerhetstjänster som ska styra kontroll av behörighet och åtkomst till patientinformation blivit försenad. Dessa tjänster har till betydande del finansierats av staten. Säkerhetstjänsterna var ursprungligen tänkta att levereras så att de kunde användas både för att göra informationshanteringen säker i landstingens egna journalsystem och för utvecklingen av den nationella patientöversikten. Behovet av tjänsterna är stort för de landsting som vill börja dela information genom elektronisk direktåtkomst men vars journalsystem inte klarar att leva upp till de krav på säkerhet och sekretess som ställs i patientdatalagen. På grund av förseningarna prioriterades emellertid utvecklingen av dessa tjänster för NPÖ – i annat fall skulle införandet av NPÖ riskera att försenas ytterligare. Leveransen av säkerhetstjänsterna som

⁹⁸ Intervju med Datainspektionen 2011-01-26.

⁹⁹ Nationell eHälsa 2010, s. 28.

landstingen kan använda för att säkra de egna journalsystemen planeras nu till våren 2011. Till följd av förseningarna har en del landsting tvingats ta fram egna tillfälliga IT-säkerhetslösningar. I dessa fall har landstingen i samarbete med sin journalsystemleverantör försökt utarbeta tekniska lösningar i det befintliga journalsystemet för att möta patientdatalagens krav. Det har lett till både högre kostnader och en osäkerhet kring när sammanhållen journalföring kan komma att tillämpas.

Enligt CeHis underskattades svårigheterna med att utveckla säkerhetstjänsterna vid upphandlingen.¹⁰⁰ Upphandlingen inleddes 2007, innan den nya patientdatalagen trätt i kraft. Enligt CeHis var en bidragande orsak till förseningarna att man var tvungen att justera beställningen av tjänsterna i efterhand för att de skulle motsvara lagens krav.

Landstingen löser informationsutbytet på annat sätt

De senaste åren har det skett en konsolidering av antalet journalsystem runtom i landet. I flera landsting arbetar man i dag aktivt för att införa ett och samma system för alla vårdenheter och vårdgivare inom landstinget. Genom att använda ett gemensamt journalsystem skapas det i dessa landsting möjlighet till elektronisk direktåtkomst till patientinformation. Om flera olika vårdgivare inom ett landsting delar ett journalsystem kan vårdpersonalen utnyttja de nya möjligheterna med sammanhållen journalföring. I våra intervjuer med landstingen har det framkommit att arbetet med att upphandla ett gemensamt journalsystem följer av att landstingen framförallt upplever att de måste lösa informationsutbytet inom det egna landstinget, där patientflödena och således behovet av att dela information är som störst.

De infrastrukturtjänster som enligt landstingen är viktigast för att kunna tillämpa sammanhållen journalföring inom landstinget i enlighet med lagens krav är de tidigare nämnda säkerhetstjänsterna som blivit försenade. I avsaknad av dessa säkerhetstjänster har Datainspektionen vid sin tillsyn av sammanhållen journalföring i några landsting underkänt en del av personuppgiftsbehandlingen i journalsystemen, eftersom bland annat säkerheten brustit.¹⁰¹ Flera landsting har avvaktat tillämpningen av sammanhållen journalföring då de egna journalsystemen inte klarar av de krav som ställs i lagen. För landsting med vårdenheter och vårdgivare som har en mängd olika journalsystem som inte är kompatibla med varandra är det svårare att tillämpa sammanhållen journalföring. För dessa landsting

¹⁰⁰ Intervju med CeHis 2011-02-03.

¹⁰¹ Se bland annat Datainspektionens beslut: 748-2009, 1391-2009, 1392-2009, 1512-2009, 1604-2009, 1605-2009, 461-2010 och 616-2010.

uppfattas den nationella patientöversikten som en lösning för att utbytet av patientinformation över organisationsgränser ska vara möjligt. I dagsläget är det dock endast ett fåtal landsting som börjat använda den nationella patientöversikten i praktiken och då i mycket begränsad omfattning.

Utvecklad teknisk infrastruktur i kommunerna

Det har varit svårt för kommunerna att delta i arbetet med den nationella IT-strategin. Kommunerna är dels många till antalet, dels har de väldigt olika förutsättningar vad gäller förvaltning, resurser och kompetens. I och med detta har arbetet med att utveckla den tekniska infrastrukturen inte kommit lika långt som i landstingen. Flera av de kommuner vi har intervjuat påpekar att de måste utveckla sin egen tekniska infrastruktur först eftersom man till exempel på vissa håll fortfarande dokumenterar manuellt. En del av de kommuner vi intervjuat har dock påbörjat ett samarbete inom ett kommunförbund eller regionförbund där även landsting ingår. Regeringen har avsatt 10 miljoner kronor under 2010 i stimulansmedel för ökat erfarenhetsutbyte och ökad samverkan kring IT-stöd mellan kommuner och landsting samt den privata vården. Fem miljoner kronor har också avsatts för utveckling av teknisk infrastruktur och kommunikation.¹⁰² Vissa landsting erbjuder även kommunerna att ta del av landstingets infrastrukturtjänster. Det innebär att landstinget tillhandahåller till exempel utfärdandet av e-legitimationer eller anslutningen till katalogen med uppgifter om vårdpersonal.¹⁰³ Kommuner kan också skriva egna avtal med Inera AB som är leverantör av infrastrukturtjänsterna.

De tekniska möjligheterna att utbyta information mellan landstinget och kommunens hälso- och sjukvård är ännu mycket begränsade. I dag går det nästan enbart via den nationella patientöversikten eller genom att vårdpersonal i kommunen tilldelas behörighet att logga in och ta del av patientinformation i landstingets journalsystem.

Uppfattningen om den nationella patientöversikten skiljer sig till viss del åt mellan kommunerna, men flera ser den nationella patientöversikten som en lösning på tillgången till information. Det finns dock farhågor om att det blir en dyr och tekniskt komplicerad lösning som i längden inte är tillräcklig för vårdens behov av dokumentation och informationsutbyte. På grund av att lagstiftningen inte tillåter det kan den nationella patientöversikten heller inte lösa behovet av informationsutbyte mellan socialtjänstens omsorg och hälso- och sjukvården.

¹⁰² Program för en god äldreomsorg, anslag 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, utgiftsomr 9.

¹⁰³ Intervjuer med kommunföreträdare.

3.3 Är informationen tillförlitlig?

3.3.1 Nationella standarder utvecklade

För att den patientinformation som utbyts elektroniskt ska vara lätt att hitta och för att vårdpersonalen ska kunna förstå den, krävs det att den är strukturerad enligt en viss ordning och att man använder ett gemensamt språk.¹⁰⁴ I annat fall ges ingen helhetsbild och missförstånd och feltolkningar kan uppstå, vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker och förta nyttan med informationsutbytet. Det krävs därför nationella överenskommelser och standarder för att möjliggöra ett effektivt informationsutbyte på nationell nivå. Utvecklingen av dessa standarder bedömdes därför vara ett ansvar för regering och myndigheter inom strategin. Socialstyrelsen har också sedan tidigare haft ansvar för den termbank som används av hälso- och sjukvården. Termbanken innehåller termer och begrepp som Socialstyrelsen, SKL och privata vårdgivare beslutat att rekommendera för användning inom vård och omsorg. Regeringen gav därför 2006 Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda utvecklandet av en nationell informationsstruktur och enhetliga termer och begrepp för vård och omsorg.¹⁰⁵ Det formella uppdraget att, i enlighet med den nationella IT-strategin, utveckla en nationell informationsstruktur (NI) och ett nationellt fackspråk (NF) fick Socialstyrelsen 2007.¹⁰⁶ Projektet för en nationell informationsstruktur slutrapporterades i december 2009 och slutrapport för nationellt fackspråk lämnades i slutet av mars 2011. Sammanlagt har dessa projekt mellan åren 2007 och 2010 kostat cirka 140 miljoner kronor.

Den nationella informationsstrukturen är en övergripande beskrivning av vårdens och omsorgens processer och informationsbehov.¹⁰⁷

Informationsstrukturen beskriver vad olika aktörer inom vård och omsorg behöver kommunicera om och vilken typ av information de behöver. Den nationella informationsstrukturen beskriver också hur information måste struktureras i IT-stöden för att kunna hittas och presenteras i rätt kontext, oavsett i vilket system informationen har registrerats. Socialstyrelsens arbete med informationsstrukturen har främst fokuserat på hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer dock att informationsstrukturen är tillämpbar också för socialtjänsten och ett arbete pågår tillsammans med SKL för att förtydliga detta.¹⁰⁸ Under 2010 har regeringen avsatt fem miljoner kronor för utveckling av nationell informationsstruktur för socialtjänsten.¹⁰⁹

¹⁰⁴ Socialstyrelsen (2010), *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*, s. 12.

¹⁰⁵ Regleringsbrev för Socialstyrelsen, 2006.

¹⁰⁶ Socialstyrelsen (2009), *Nationell Informationsstruktur*, s. 9.

¹⁰⁷ Socialstyrelsen (2009), *Nationell Informationsstruktur*, s. 11.

¹⁰⁸ Socialstyrelsen (2009), *Nationell Informationsstruktur*, s. 7 f.

¹⁰⁹ *Nationell Informationsstruktur* Program för en god äldreomsorg, anslag 5:1 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldrepolitiken, utgiftsomr. 9.

Nationellt fackspråk kompletterar den nationella informationsstrukturen genom att tillhandahålla termer och begrepp för att med ett gemensamt språk kunna beskriva behov, insatser, åtgärder och resultat inom vård och omsorg. Ett enhetligt språk för elektronisk informationshantering inom vårdens och omsorgens verksamheter och professioner har tidigare saknats.

Socialstyrelsens uppdrag har fram till nu främst handlat om att ta fram ett nationellt fackspråk och en nationell informationsstruktur. I dag står Socialstyrelsen inför utmaningen att planera för hur resultaten av de nationella projekten ska föras ut i vården och omsorgen och vilken typ av vägledning och regelverk som behövs. Den praktiska implementeringen av resultaten ligger dock på huvudmännen.

Regeringen förbereder för närvarande ett uppdrag till Socialstyrelsen om hur förvaltning, införande och normering av informationsstruktur och fackspråk ska bedrivas framöver.

3.3.2 *Stora utmaningar inför implementering*

Oklart hur Nationellt fackspråk ska föras ut i vården och omsorgen

Som utgångspunkt för det nationella fackspråket har Socialstyrelsen använt det internationella begreppssystemet *Snomed CT* (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms).¹¹⁰ Tanken är att det ska fungera som ett gemensamt språk för vårdens och omsorgens elektroniska dokumentation. *Snomed CT* är ett komplement till Socialstyrelsens termbank och de nationella och internationella klassifikationer som används i dag.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att bygga upp förvaltningen och vidareutvecklingen av det nationella fackspråket. Det handlar främst om att skapa en organisation för kvalitetssäkring och att utbilda personal som i sin tur ska utbilda landstingen och kommunerna i användningen av det nationella fackspråket. Fackspråket måste kontinuerligt uppdateras för att vara aktuellt för målgrupperna inom vården och omsorgen. Var sjätte månad släpps en internationell uppdatering av *Snomed CT* som måste översättas och integreras i den svenska versionen. För att *Snomed CT* ska vara relevant och hanterbart inom vården måste man enligt Socialstyrelsen arbeta med olika urval av termer och begrepp för olika tillämpningsområden inom vård och omsorg.¹¹¹ Socialstyrelsen arbetar därför med att ta fram en modell för urvalsförvaltning. Urvalen kan göras utifrån olika användningsområden eller utgå ifrån

¹¹⁰ Socialstyrelsen (2010), *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*, s. 13.

¹¹¹ Intervju med Socialstyrelsen 2011-02-01.

medicinska specialistinriktningar. De kan till exempel tas fram av medicinska specialistföreningar som ansvarar för de termer och begrepp som täcker in det specifika kunskapsområdet. De ansvarar sedan för att kvalitetssäkra och förvalta urvalet. Socialstyrelsen kommer att tillhandahålla urval för nationell användning.

Snomed CT används än så länge inte i praktiken då flertalet av de journalsystem som används inom kommuner och landsting i dagsläget rent tekniskt inte kan ta emot de termer och begrepp som utgör Snomed CT. I det uppdrag som Socialstyrelsen fick 2007 om att utveckla ett nationellt fackspråk och etablera förvaltning ingick inte att ansvara för införandet. Socialstyrelsen har haft kontakter med IT-leverantörer under projektets gång för att underlätta den framtida tekniska anpassningen. Det är dock upp till det enskilda landstinget eller den enskilda kommunen att byta ut eller utveckla det egna journalsystemet.

För att kunna dra nytta av och använda det nationella fackspråket kommer det att krävas ett stort utvecklingsarbete på kommun- och landstingsnivå. Utvecklingsarbetet handlar inte bara om att utveckla journalsystemen och de tekniska tjänsterna utan innebär också ett omfattande arbete för att förändra vårdpersonalens arbetssätt när det gäller vårddokumentation.

Risk för att det utvecklas lokala varianter av den nationella informationsstrukturen

Informationsstrukturen utgår från individens vård- och omsorgsprocess och de informations- och kommunikationsbehov som uppstår i processens olika steg. Individens vårdprocess sträcker sig över organisationsgränser. För att få ut mesta möjliga nytta av informationsstrukturen bör vård och omsorg arbeta processororienterat. Det är emellertid få landsting som har en processororienterad verksamhet i den meningen att de kan utnyttja möjligheterna med den nationella informationsstrukturen.¹¹²

CeHis har börjat implementera den nationella informationsstrukturen i de nationella projekten och tjänsterna. Socialstyrelsen anser att detta kan innebära risker då det i dagsläget inte finns en etablerad förvaltning eller ett tydligt regelverk för hur den nationella informationsstrukturen ska användas. Det råder också en otydlighet när det gäller ansvar och roller mellan Socialstyrelsen och CeHis om det fortsatta arbetet med den tillämpade informationsstrukturen. Enligt Socialstyrelsen kan det i värsta fall leda till att det skapas olika varianter av den nationella informationsstrukturens tillämpning.

¹¹² Intervju med Socialstyrelsen 2011-02-01.

Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till hur den nationella informationsstrukturen ska förvaltas. Det saknas dock resurser för att etablera en förvaltningsorganisation för den nationella informationsstrukturen på Socialstyrelsen. Under projektets gång fanns specifikt avsatta medel, men efter att projektet avrapporterats har öronmärkta pengar saknats. Socialstyrelsen har därför under 2010 inte kunnat prioritera det fortsatta arbetet efter att projektet avrapporterades 2009. I dagsläget väntar myndigheten på besked från regeringen om hur den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket ska hanteras framöver. Socialstyrelsen vet ännu inte vad det aviserade uppdraget konkret kommer att innebära.¹¹³ Socialstyrelsen anser att det behövs ett förtydligande av ansvar och roller för att kunna bidra till att utveckla tillämpningen av den gemensamma informationsstrukturen.

Otydligheten i vem som förvaltar och vem som kan ge besked kring implementeringen av informationsstrukturen har skapat svårigheter för en del landsting när det gäller att formulera kravspecifikationer inför upphandlingar av nya journalsystem och inför vidareutveckling av befintliga system. Problemet som Socialstyrelsen ser är att om det blir olika tillämpningar av och anpassningar till den nationella informationsstrukturen kan detta leda till att den information som ska sorteras och presenteras i olika system ändå inte blir jämförbar och tillförlitlig. CeHis delar denna uppfattning, att det i frånvaron av en tydlig förvaltningsmodell för den nationella informationsstrukturen kan bli problem med lokala varianter och anpassningar. CeHis ansvarar dessutom endast för att implementera resultaten av Socialstyrelsens arbete i de nationella lösningarna och tjänsterna. Implementeringen på landstingsnivå ligger inte inom CeHis uppdrag.¹¹⁴

När det gäller kommunerna finns det liknande frågetecken kring hur nationellt fackspråk och nationell informationsstruktur ska implementeras. Arbetet försvåras av att kommunerna inte har en samordnande aktör som motsvarar CeHis.

Risk för att den nationella patientöversikten inte visar rätt information vid rätt tillfälle

Den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket är viktiga delar i utvecklingen av den nationella patientöversikten. Översikten är en lösning som endast visar upp information som hämtas och konverteras från journalsystemen och presenterar denna i en översikt. Detta ställer stora krav på hur informationen är strukturerad och uttryckt i de

¹¹³ Intervju med Socialstyrelsen 2011-02-01.

¹¹⁴ Intervju med CeHis 2011-02-03.

ursprungliga journalsystemen. En gemensam informationsstruktur och ett gemensamt språk är därför centralt för att översikten ska bli användbar. Om informationsstrukturen och språket i journalsystemen är olika finns risk för att det som hämtas till den nationella patientöversikten inte blir tillförlitligt. Det kan bland annat innebära att information från olika källor får olika innebörd.

Det finns i dag inte heller några riktlinjer eller bestämmelser om vad ett landsting måste lämna för informationsmängder till den nationella översikten. I våra intervjuer med landstingen har det också framkommit att det varierar vilken information de planerar att dela med sig av. Detta innebär en risk för att vårdpersonalen inte kommer att få fullständig information genom översikten och heller inte veta om informationen är fullständig. Personalen kommer då inte att kunna avgöra om en viss uppgift saknas på grund av att den inte är aktuell för en viss patient eller om det beror på att den inte gjorts tillgänglig i den nationella patientöversikten.

För att den patientinformation som delas i den nationella patientöversikten ska vara relevant och fullständig för alla aktörer i en vårdkedja krävs även ett gemensamt förhållningssätt kring vad som dokumenteras.

Det finns även en oro hos vårdpersonalen om att den nationella patientöversikten kommer att hämta för mycket osorterad information som de inte kommer att ha tid att ta del av.

3.4 Sammanfattande iakttagelser

Granskningen visar att behörig vårdpersonal ännu har mycket begränsad tillgång till information hos andra vårdgivare. Genomförandet av strategins olika insatsområden har skett i otakt och mycket återstår innan målet om rätt information vid rätt tillfälle uppnås.

Statens ansvar för att bidra till att målet nås innebär att det ska finnas en lag som utgår från rättssäkerhet och integritetsskydd och som samtidigt motsvarar de behov som finns i vård och omsorg. Regeringen ska svara för att ta fram en nationell informationsstruktur och ett nationellt fackspråk, samt skapa en förvaltningsorganisation för dessa.

För att IT-stöden i landsting och kommuner ska kunna utvecklas med den gemensamma informationsstrukturen som grund och med hjälp av de nya tekniska lösningarna krävs ett konkret och samordnat samarbete mellan aktörerna inom strategin. De iakttagelser som Riksrevisionen har gjort visar att de olika åtgärderna inom strategin inte är tillräckligt samordnade, att de har blivit försenade och att det gemensamma arbetet för att möjliggöra

utbyte av patientinformation har stött på en hel del problem. Den bild som Riksrevisionen har fått i granskningen blir därför en annan och mindre positiv än den som regeringen fått i lägesrapporten 2010. Riksrevisionens iakttagelser kan sammanfattas enligt följande.

- Patientdatalagen har möjliggjort elektronisk direktåtkomst till information vårdgivare emellan men det är frivilligt för vårdgivarna att tillämpa sammanhållen journalföring.
- Införandet av lagen har präglats av problem. Vårdgivarna har haft stora svårigheter med att anpassa de egna journalsystemen till patientdatalagens krav. Landsting har också haft svårt att tolka och tillämpa lagen. Socialstyrelsen och Datainspektionen utövar båda tillsyn över patientens integritet, men ur olika perspektiv. Detta riskerar att leda till motstridiga tillsynsbeslut.
- I patientdatalagen finns det ingen lösning för beslutsoförmögna personer som inte kan ge sitt samtycke och därmed inte kan omfattas av sammanhållen journalföring.
- Utformningen av patientdatalagen innebär att tillgången till information påverkas av hur vården är organiserad inom ett landsting och det finns olösta frågor som gäller privata vårdgivare.
- Frågan om utbyte av information mellan den kommunala omsorgen och hälso- och sjukvården har ännu inte lösts trots att detta var en ambition inom ramen för strategin.
- Den lösning som valts för att möjliggöra informationsutbyte mellan vårdgivare (nationell patientöversikt) svarar bara i mindre utsträckning mot landstingens behov, och införandet har dragit ut på tiden. Det finns också en risk för att den information som visas i den nationella patientöversikten inte blir tillräckligt heltäckande för att uppfattas som ett tillförlitligt arbetsredskap bland annat på grund av att det saknas riktlinjer för vilken information landstingen ska tillgängliggöra i översikten.
- Den gemensamma informationsstruktur och det fackspråk som har tagits fram av Socialstyrelsen används i mycket begränsad omfattning inom vård och omsorg. Det saknas i dag ett tydligt uppdrag till Socialstyrelsen om hur resultatet av dessa projekt ska föras ut i vård och omsorg. Otydligheter i regeringens uppdrag till Socialstyrelsen riskerar till exempel att leda till att det utvecklas lokala varianter av informationsstrukturen.
- Utvecklingen av de nationella tjänsterna har finansierats av både staten och landstingen. Staten har stått för en betydande del av kostnaden för framför allt säkerhetstjänsterna (BIF), vilka krävs för att den nationella patientöversikten och landstingens egna journalsystem ska motsvara patientdatalagens krav på ett säkert informationsutbyte.

- Det går inte att få en klar bild av vad arbetet för att möjliggöra informationsutbyte har kostat hittills varken när det gäller de nationella eller de lokala kostnaderna.

Iakttagelserna visar att resultatet av statens insatser inte varit tillräckliga utan att det som hittills har gjorts behöver följas upp och kompletteras. Statens insatser har inte heller varit samordnade med landstingens och kommunernas insatser. Det innebär att man är långt ifrån målet om att kunna utbyta patientinformation över organisationsgränser. För att nå målet krävs vissa lagtekniska lösningar, tillämpningsföreskrifter, en gemensam informationsstruktur, ett gemensamt fackspråk och att de tekniska lösningarna implementeras. Enligt Riksrevisionens bedömning är det ett tidskrävande arbete där den framtida finansieringen av vissa insatser är oklar. Mot bakgrund av den tid som hittills har avsatts för att möjliggöra elektroniskt utbyte av patientinformation i vård och omsorg finns det enligt Riksrevisionen anledning att fråga sig om den av regeringen valda samverkansformen har varit ett effektivt sätt att organisera arbetet.

I det efterföljande kapitlet utvecklar Riksrevisionen resonemanget om de problem som återstår att lösa och analyserar den valda samverkansformen utifrån vilka effekter statens insatser haft på den kommunala nivån. I kapitel 5 redovisas sedan Riksrevisionens bedömningar av de statliga insatserna inom strategin.

4 Mot målet i samverkan?

Följande kapitel inleds med en summering av de utmaningar som Riksrevisionen ser i det fortsatta arbetet med strategin. Riksrevisionen har identifierat en rad problem med samverkansformen på såväl statlig som kommunal nivå som kan vara av intresse för riksdagen. I kapitlet problematiseras därför huruvida den valda samverkansformen ger regeringen möjlighet att åstadkomma det som riksdagen har gett uttryck för i samband med skrivelsen om nationell eHälsa och om regeringens samarbete med de andra aktörerna ger de rätta förutsättningarna för att nå målet om ett effektivt utbyte av patientinformation inom vård och omsorg. Kapitlet sammanfattas med en diskussion om vad regeringen bör överväga när den ska samverka med kommunala aktörer inom ramen för en strategi.

Då Riksrevisionen endast granskar statlig verksamhet presenteras Riksrevisionens bedömningar av de statliga insatserna i ett separat kapitel, se kapitel 5.

4.1 Risk att den nationella patientöversikten inte fyller sitt syfte om att ge rätt information vid rätt tillfälle

Riksrevisionen har i granskningen identifierat en rad problem med den tekniska lösning för informationsutbyte som man har valt inom strategin, den nationella patientöversikten, NPÖ.

I intervjuer har landstingen uppgett att behovet av att kunna utbyta information med andra landsting är begränsat. Det största behovet av informationsutbyte finns inom det egna landstinget och mellan kommun och landsting då de flesta patienter sällan rör sig mellan olika landsting. Trots att den nationella patientöversikten inte i första hand motsvarar det behov som flertalet landsting och kommuner gett uttryck för har den prioriterats framför att lösa det lokala informationsutbytet.

Den nationella patientöversikten används än så länge i mycket begränsad omfattning ute i landstingen. Informationskvaliteten i översikten är beroende av ett antal insatser inom strategin. Flera av dessa insatser är ännu inte

implementerade i verksamheterna. Tillämpningen och implementeringen av den gemensamma informationsstrukturen och det gemensamma språket har långt kvar och ser väldigt olika ut runt om i landet.

För vårdgivare krävs ofta omfattande investeringar för att möjliggöra utbyte av patientinformation. Nyttan för en enskild vårdgivare av att dela med sig av information är dock inte uppenbar då nyttan i huvudsak tillfaller de vårdgivare som kan ta del av informationen. Det innebär att en enskild vårdgivare kan ha svaga incitament för att delta i ett samarbete som kräver betydande investeringar när den egna verksamhetsnyttan till en början är begränsad eller inte synlig.

Riksrevisionen har också uppmärksammat att det saknas gemensamma riktlinjer och krav i frågan om vilken information som ska delas i den nationella patientöversikten. Det blir då svårt för vårdpersonal att veta om informationen i översikten är fullständig. För att vårdpersonalen ska ta sig tid att använda översikten parallellt med de lokala journalsystemen måste de kunna förlita sig på informationskvaliteten och på att all relevant patientinformation ges. Om ytterligare kontroll av uppgifter måste göras genom till exempel telefon minskar nyttan av att dela patientinformation i översikten. Det kan också komma att bli aktuellt för vårdpersonal att använda ett tredje system då patientens sammanhållna läkemedelsinformation kommer att ligga i tjänsten Pascal.

Den maximala nyttan av den nationella patientöversikten nås först om samtliga vårdgivare delar med sig av all relevant patientinformation. Patientinformationen måste också vara tillförlitlig. Trots detta finns det inga krav på att landstingen ska implementera den gemensamma informationsstrukturen eller använda det gemensamma fackspråket i journalsystemen. Det är också enligt patientdatalagen frivilligt att tillämpa sammanhållen journalföring.

Sammantaget bedömer Riksrevisionen att informationen i den nationella patientöversikten riskerar att inte bli av tillräckligt god kvalitet för att vårdpersonalen ska se nyttan av och använda den i det dagliga arbetet. Det kommer att vara svårt för personalen att avgöra om patientöversikten innehåller all relevant information. Riksrevisionen menar att det är problematiskt både att själva anslutningen är frivillig för vårdgivare och att det saknas riktlinjer för vilken information som ska delas. I förlängningen kan det leda till att den nationella patientöversikten inte får något genomslag ute i vård och omsorg. Här anser Riksrevisionen att regeringen bör vara uppmärksam på hur den nationella patientöversikten utvecklas och vilket genomslag den får i praktiken.

4.2 Samverkan – rätt medel för att uppnå målet?

För att nå målet om rätt information vid rätt tillfälle har de statliga, kommunala och privata aktörerna valt att driva arbetet i samverkan genom en nationell strategi för att åstadkomma en gemensam IT-infrastruktur för vård och omsorg. Riksrevisionens iakttagelser tyder på att den valda samverkansformen och de olika aktörernas roller innebär en rad svårigheter. En grundläggande premiss är att strategin inte formellt binder aktörerna vid överenskommelsen och att det saknas avtalsmekanismer som ger struktur och förutsebarhet för aktörerna. Till detta tillkommer att det saknas sanktionsmöjligheter om någon av parterna inte utför sin del av de insatser som överenskommits.

4.2.1 Tydlig ansvarsfördelning men ingen som styr

Aktörerna har inom strategin kommit överens om en övergripande uppgifts- och ansvarsfördelning för att uppnå målet om att vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle. Varje aktör ansvarar sedan för att genomföra de egna insatserna. Ansvarsfördelningen gällande vem som ska göra vilken insats inom strategin är därmed tydlig, men det saknas en klar samordning av insatserna. IT-satsningar av denna storlek ställer höga krav på att insatserna utförs i rätt ordning.

Den överenskomna strategin innebär förvisso en tydlig ansvarsfördelning mellan aktörerna för *varje enskild* insats men brister i frågan om vem som har *ansvar för helheten*. Varje aktör har ett perspektiv som främst präglas av de egna insatserna – inte det övergripande arbetet eller vägen till det gemensamma målet. Det finns därmed ingen aktör som har det övergripande ansvaret för att följa upp och signalera om samarbetet inte leder till avsedda effekter. Den uppdelade ansvarsfördelningen försämrar möjligheterna att utkräva ansvar av en enskild aktör eller göra en bedömning av vad som bör göras om det samlade arbetet inom strategin inte når de uppsatta målen.

Den nationella ledningsgruppen för strategin består av statliga, kommunala och privata aktörer som företräder sina perspektiv. Ledningsgruppen har inte ett styrningsmandat i termer av att den kan besluta om vad de olika aktörerna ska göra, utan arbetet drivs framåt genom att man skapar samsyn och informella överenskommelser mellan aktörerna. Utifrån överenskommelserna fattar varje aktör inom strategin sedan självständiga beslut. Det innebär att den nationella ledningsgruppen i realiteten inte har möjligheter att styra strategiarbetet.

Inom ledningsgruppen representeras kommuner och landsting av SKL. SKL är emellertid en intresse- och medlemsorganisation som inte kan fatta beslut i medlemmarnas ställe. Besluten måste fattas av varje kommun och landsting

enskilt. Detta skapar en uppdelning mellan den part som för kommuner och landstings talan och de som ansvarar för beslut och genomförande. SKL kan till exempel inte göra några direkta utfästelser om vad kommuner och landsting ska göra. Detta förhållande komplicerar ytterligare ledningsgruppens förmåga att styra strategin.

De informella överenskommelserna och den uppdelade beslutsordningen inom strategin gör det också svårt att avgöra vem som står bakom övergripande beslut. Det gör att viktiga beslut om till exempel prioriteringar inom strategin brister i transparens.

Riksrevisionen bedömer att bristen på utpekat ansvar för ledning, samordning och uppföljning är problematisk. Resultatet är beroende av flera jämbördiga aktörers gemensamma insatser, men det finns i realiteten ingen som har ansvaret för hur samarbetet som helhet utvecklas eller att det når målet med strategin inom rimlig tid och till rimliga kostnader.

4.2.2 Bristande kommunikation mellan lokal och nationell nivå

En nationell strategi som bygger på samverkan mellan aktörer kräver att det finns en god kommunikation mellan samtliga aktörer. Det finns många kommuner och landsting, och det kan därför vara svårt att föra en dialog om till exempel behov och prioriteringar mellan kommunal och nationell nivå. Ett sätt att försöka lösa detta är att utse en aktör som kan föra den kommunala nivåns talan. Det blir viktigt att den aktör som utses som samordnare av det kommunala perspektivet har ett tydligt mandat och är i fas med kommunernas behov. CeHis har kommit att spela denna roll inom strategin för landstingens del. När gäller kommunerna har däremot en motsvarande aktör saknats. Kommunernas behov har därför inte fångats upp i samma utsträckning på den nationella nivån.

En samordnande aktör är dock inte nödvändigtvis en garant för att de lokala behoven fångas upp. Det finns dels en risk för att den samordnande aktören tappar kontakt med den lokala nivån, dels kan det finnas motstridiga lokala behov som är svåra att väga in. I sådana fall kan det nationella perspektivet få ett alltför stort genomslag. Som beskrivits tidigare har Riksrevisionen i granskningen sett indikationer på att det saknats en ordentlig analys av var behovet av informationsutbyte är som störst – lokalt eller nationellt. I stället har den nationella patientöversikten prioriterats trots att landstingen uttryckt ett större behov av lokala eller regionala lösningar. Bristen på enhetlig syn i prioriteringarna riskerar att få en negativ inverkan på incitamenten för de aktörer som ska stå för utvecklingen och genomförandet av vårdens IT-lösningar.

4.2.3 Nationell strategi – ett uttryck för den svenska förvaltningsmodellen

Sverige har en lång tradition av stark kommunal självstyrelse. Detta innebär att kommunerna är ansvariga gentemot medborgarna och riksdagen. Staten har olika möjligheter att styra för att få ett nationellt genomslag på olika områden och därmed också i kommunerna. Riksdagen kan genom lagstiftning direkt ställa vissa krav på verksamheten. Staten kan också ge riktade bidrag till kommuner och landsting för att stimulera viss utveckling. Ett alternativt sätt att få genomslag för statens intentioner är att regering och myndigheter deltar i nationella samarbeten med kommuner och landsting. Dessa samarbeten bygger på frivillighet och ömsesidiga överenskommelser, och ingen part styr över de andra. Samarbetena kombineras också ofta med att staten ger riktade bidrag.

De skilda styrformerna innebär olika möjligheter för staten att styra kommunal verksamhet men också olika skyldigheter. Om staten ger kommuner och landsting nya obligatoriska uppgifter, till exempel genom att i lag ställa nya krav, kan ett statligt finansieringsansvar följa genom den så kallade *kommunala finansieringsprincipen*.¹¹⁵ Principen innebär att staten bör ersätta kommuner och landsting för de kostnader som uppstår för att utföra de nya uppgifterna eller ge dem möjlighet att avgiftsfinansiera verksamheten. Styr staten i stället genom samverkan och överenskommelser – såsom i strategin för Nationell eHälsa – följer inga sådana krav eftersom det handlar om frivilliga insatser. Staten kan ändå välja att ge riktade bidrag för att stimulera eller påskynda arbetet.

Överenskommelserna mellan regering, kommuner och landsting bygger på frivillighet, vilket innebär att det är upp till varje aktör att genomföra de överenskomna insatserna. Detta innebär att regeringen vid överenskommelser med den kommunala sektorn har begränsade möjligheter att säkerställa att de mål man har kommit överens om uppnås.

Riksrevisionen vill peka på att det är viktigt att en överenskommelse mellan regeringen, landstingen och kommunerna reglerar viktiga frågor så att samarbetet vilar på en stabil grund och man inte riskerar att någon eller några av parterna avstår från att genomföra insatser som överenskommit inom ramen för samarbetet. Ett typexempel är det samarbete som är föremål för denna granskning. För att vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle krävs att samtliga vårdgivare delar all relevant information, och det kräver ett samordnat arbete på alla samhällsnivåer.

¹¹⁵ Den kommunala finansieringsprincipen har antagits av riksdagen och regeringen och tillämpas sedan 1993 (prop. 1991/92:150 del II avsnitt 4.4.2). Principen har preciserats till att enbart omfatta "statligt beslutade åtgärder som direkt tar sikte på den kommunala verksamheten" (prop. 1993/94:150 bilaga 7 avsnitt 2.5.1). Principen är inte fastställd i lag. Den hanteras genom att nivån på det generella statsbidraget justeras (SOU 2007:93 Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd, s. 144).

De olika styralternativ som står till buds för regeringen har alla sina för- och nackdelar. Det är viktigt att beakta den vid bedömningen av strategin för Nationell eHälsa och dess utformning. Alternativen till den valda samverkansformen för att nå målet om att vårdpersonal ska ha rätt information vid rätt tillfälle är inte självklara. Att riksdagen skulle ha beslutat om en mer tvingande lagstiftning eller att regeringen skulle ha trätt tillbaka och inte deltagit i samarbetet är alternativ som är svåra att värdera. Samtidigt vill Riksrevisionen uppmärksamma de problem och utmaningar som den valda samverkansformen innebär för hur målet ska kunna uppnås. Regeringen har valt att genom en gemensam strategi delta i ett samarbete med kommuner och landsting. Den valda samverkansformen ger dock regeringen begränsade möjligheter att styra mot uppsatta mål. Det är viktigt att den överenskommelse som styr samarbetet ger en tillräckligt fast och förutsebar ram för det arbete som ska åstadkommas inom strategin. Om arbetet inte fortlöper enligt regeringens önskemål bör regeringen ha mekanismer för att analysera och värdera det och vilka alternativen är för att kunna uppmärksamma riksdagen på detta.

Riksrevisionen bedömer att det är möjligt att genomföra förbättringar inom ramen för den valda formen för att i viss utsträckning avhjälpa de problem som har uppmärksammats i granskningen (se kapitel 5).

4.3 Stat och huvudmän i samverkan – kan lärdomar dras från Nationell eHälsa?

I granskningen har Riksrevisionen studerat ett fall av statlig styrning av kommunal verksamhet genom samverkan och överenskommelser med aktörerna. Utifrån detta kan en mer generell diskussion föras även om några generaliseringar inte är möjliga. Riksrevisionen vill betona att olika satsningar ställer olika krav på statlig styrning och att styrningen måste anpassas efter vad som är lämpligt i varje fall. Till exempel kan infrastruktursatsningar kräva en högre grad av samverkan och standardisering än satsningar på andra områden. Riksrevisionen vill dock ändå fästa uppmärksamhet vid några iakttagelser som kan vara värdefulla att ta fasta på vid utformningen av samarbeten mellan stat och kommunala huvudmän.

Att regeringen deltar i ett nationellt samarbete kan skapa drivkraft i samarbetet och verka som en katalysator för att aktörerna ska agera. Ett engagemang från regeringen kan dock också skapa förväntningar på att regeringen ska ta ansvar för utvecklingen. Det kan också innebära förväntningar på statliga medel.

Regeringen verkar på nationell nivå. När regeringen deltar i ett samarbete med den kommunala sektorn har arbetet vanligtvis en nationell utgångspunkt och fokus på nationella lösningar. Riksrevisionen vill peka på att nationella respektive regionala eller lokala behov kan skilja sig åt. En nationell lösning behöver därför inte nödvändigtvis vara den lämpligaste också för att tillgodose regionala eller lokala behov. En prioritering av en nationell lösning kan, som vi har uppmärksammat i granskningen, vara problematisk om den åsidosätter regionala eller lokala behov som i själva verket är större och borde ha åtgärdats i första hand.

Samarbetet och insatserna inom strategin har till stor del byggt på frivillighet. Detta är speciellt problematiskt i projekt där framgången helt är beroende av delarna – såsom Nationell eHälsa. Målet om rätt information vid rätt tillfälle nås först om så många som möjligt deltar, det vill säga om både privata och offentliga vårdgivare ansluter sig till de olika tjänsterna för informationsutbyte samt om stat, kommun och landsting samarbetar och ger goda förutsättningar för vårdgivarna. Den frivillighet som denna typ av samarbete bygger på leder till svårigheter i fråga om att maximera nyttan med insatserna.

När regering, myndigheter, kommun och privata aktörer genom överenskommelser deltar i gemensamma samarbeten finns en betydande risk för att samarbetena lider brist på helhetssyn och helhetsansvar. I och med att alla är självständiga aktörer med egna beslutsmandat kan ingen av aktörerna enskilt ta ansvar för helheten. Samarbetsformen med delat ansvar innebär också att det inte finns en tydlig aktör att utkräva ansvar av om det gemensamma projektet inte leder mot det gemensamma målet.

5 De statliga insatserna – sammanfattande slutsatser

I detta kapitel presenterar Riksrevisionen slutsatser om huruvida regeringens och de statliga myndigheternas insatser varit effektiva för att bidra till att målet att behörig vårdpersonal ska ha tillgång till rätt information vid rätt tillfälle och att de medel som staten har bidragit med har använts på ett effektivt sätt uppnås.

Inom den nationella strategin har regeringens och myndigheternas huvudsakliga ansvarsområden varit att säkerställa en hög informationskvalitet och att regelverket på området inte utgör ett hinder för att möjliggöra ett effektivt utbyte av information mellan olika vårdgivare. Riksrevisionen gör även en bedömning av regeringens möjlighet att på ett effektivt sätt bidra till att målet om rätt information vid rätt tillfälle uppnås genom att samverka med kommunala aktörer.

5.1 Harmonisera lagar och regelverk med en ökad IT-användning

5.1.1 *Regeringen har skapat förutsättningar för elektronisk direktåtkomst till patientinformation mellan vårdgivare...*

En viktig del av regeringens arbete inom den nationella IT-strategin har varit att harmonisera den lagstiftning som reglerar möjligheterna till utbyte av patientinformation inom vården.

Granskningen visar att regeringen genom införandet av patientdatalagen har skapat goda förutsättningar för kommuner och landsting att inom hälso- och sjukvården utbyta viktig patientinformation över organisationsgränser genom elektronisk direktåtkomst. Det var innan lagen trädde i kraft inte möjligt för landsting och kommuner att dela patientinformation genom direktåtkomst.

Patientdatalagen ger nya möjligheter samtidigt som den innebär ett skydd för den personliga integriteten och reglerar frågor om sekretess. Genom olika säkerhetsfunktioner, såsom behörighetskontroller och loggningsfunktioner samt ett aktivt samtycke från patienten, ska patientinformation kunna delas genom elektronisk direktåtkomst utan att äventyra patientens integritet.

5.1.2 ...men vägledningen att tillämpa lagen har varit otillräcklig

Patientdatalagen har gjort det möjligt att utbyta patientinformation över organisationsgränser, men lagen är en så kallad ramlagstiftning som kräver ytterligare reglering för att kunna tillämpas i praktiken. Socialstyrelsen och Datainspektionen har ett särskilt ansvar för att ge vägledning i tillämpningsfrågor genom förordningar och föreskrifter. Socialstyrelsen får efter samråd med Datainspektionen meddela föreskrifter. Socialstyrelsen ansvarar för tillsyn över journalföring och Datainspektionen över hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Riksrevisionens granskning visar att det finns tillämpningssvårigheter och detaljer som inte fullt ut har lösts eller reglerats. Granskningen visar att Socialstyrelsens föreskrifter och vägledning inte varit tillräckliga för att aktörerna inom vård och omsorg på ett tillfredsställande sätt ska kunna tillämpa lagen i praktiken. Riksrevisionen har i granskningen även uppmärksammat att Socialstyrelsen och Datainspektionen i sin tillsyn av patientens integritet har olika utgångspunkter – patientsäkerhet respektive personlig integritet. Riksrevisionen bedömer att det därmed finns risk för att myndigheterna genom tillsynen lämnar olika besked till vårdgivarna om vilket perspektiv de ska prioritera vid tillämpningen av patientdatalagen.

5.1.3 Regeringen har inte tagit tillräckliga initiativ för att möjliggöra utbyte av information mellan vård och omsorg

När den nationella strategin antogs var ambitionen att den kommunala omsorgen skulle inkluderas i arbetet med att möjliggöra informationsutbyte mellan olika aktörer inom vården och omsorgen. Vid revideringen av strategin framhölls återigen vikten av att den kommunala omsorgen ska ingå i arbetet. I det direktiv som ledde till socialtjänstdatautredningen efterfrågade regeringen trots detta inte förslag på hur frågan om utbyte av patientinformation mellan socialtjänstens omsorg och hälso- och sjukvården skulle kunna möjliggöras. Granskningen visar att det är först under 2011 som regeringen påbörjat arbetet med att se över behovet av utbyte av information mellan hälso- och sjukvården och den kommunala omsorgen. För att ett utbyte av patientinformation genom elektronisk direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och omsorg över huvud taget ska vara möjligt måste lagstiftningen ses över. Riksrevisionen bedömer att regeringen bör utreda behovet av och möjligheterna till utbyte av information mellan vård och omsorg.

5.1.4 *En viktig patientgrupp omfattas inte av lagen*

Hanteringen av samtycke för utbyte av patientinformation för beslutsoförmögna regleras inte i patientdatalagen. Vårdpersonal har inte rätt att ta del av patientinformation från andra vårdgivare om patienter som inte kan ge sitt aktiva samtycke. Gruppen beslutsoförmögna omfattar till exempel dementa och multisjuka äldre. Dessa individer behöver många gånger hjälp från av olika aktörer inom hälso- och sjukvården och är därmed i stor utsträckning beroende av att vårdpersonalen har tillgång till all relevant patientinformation. Behovet av utbyte av information inom vården gällande till exempel äldre multisjuka är därför mycket stort. Riksrevisionen bedömer att det finns starka skäl att se över regleringen för att pröva hur beslutsoförmögna kan omfattas av en sammanhållen journalföring.

5.1.5 *Vårdens organisering är avgörande för informationsutbytet*

Regeringen har som ambition att genom till exempel det fria vårdvalet öka andelen privata aktörer inom vård och omsorg. Med fler och fler aktörer blir det därmed allt viktigare att säkerställa ett effektivt utbyte av information över organisationsgränser. Det har i granskningen framkommit att organiseringen av vården med ett ökande antal nya aktörer får konsekvenser för hanteringen av patientinformation. Mot bakgrund av regeringens ambitioner anser Riksrevisionen att regeringen har ett särskilt ansvar att säkerställa att utvecklingen mot fler aktörer inom vården inte motverkar målet att behörig personal ska ha rätt information vid rätt tillfälle.

5.2 Skapa en gemensam informationsstruktur

För att vårdpersonal ska kunna tillgodogöra sig den patientinformation som görs tillgänglig genom sammanhållen journalföring måste det finnas en fungerande informationsstruktur på plats som används i verksamhetens IT-stöd och på så sätt skapar nytta i det dagliga arbetet inom vård och omsorg. Patientinformationen måste också vara så entydigt och enhetligt uttryckt att den bara kan tolkas på ett sätt. För att åstadkomma detta krävs ett arbete på nationell nivå.

5.2.1 *Otydliga uppdrag när det gäller de nationella projekten*

Regeringen har inom strategin ett utpekat ansvar för att säkerställa en hög informationskvalitet. Socialstyrelsen fick därför inom ramen för den nationella strategin 2006 i uppdrag av regeringen att skapa förutsättningar för en gemensam nationell informationsstruktur och ett gemensamt fackspråk med enhetliga termer och begrepp.

I uppdraget ingick dock inte att ta fram en tydlig plan för implementering och förvaltning av den gemensamma informationsstrukturen. Det är fortfarande inte tydliggjort vem inom strategin som ska ansvara för förvaltningen av den nationella tillämpade informationsstrukturen. Det är inte heller klarlagt hur det nationella fackspråket och den nationella informationsstrukturen ska spridas till vård och omsorg.

I avsaknad av en etablerad förvaltning och ett tydligt regelverk för hur den gemensamma informationsstrukturen, det nationella fackspråket och den nationella informationsstrukturen, ska användas kan det uppstå lokala varianter. Syftet med de nationella projekten för att skapa nationella standarder för vård och omsorg äventyras därmed. Regeringen och Socialstyrelsen har investerat både tid och resurser i projekten som riskerar att gå om intet om resultaten av projekten inte når ut till vården och omsorgen. Det har varit svårt att få en bild över kostnaderna och om de medel som staten har bidragit med har använts på ett effektivt sätt.

Mot bakgrund av regeringens utpekade ansvar på området anser Riksrevisionen att regeringen tidigare borde ha klarlagt ansvarsförhållandena när det gäller implementering, finansiering och förvaltning av de nationella projekten för att undvika den otydliga situation som uppstått.

5.3 Statens roll för den nationella strategin

Regeringen har valt att tillsammans med kommuner och landsting samt privata aktörer ta fram en gemensam handlingsplan för att uppnå en effektivare användning av IT inom vård och omsorg. Granskningen har visat på en rad problem med den valda samverkansformen. En gemensam handlingsplan eller strategi är ett svagt styrmedel eftersom det i realiteten inte binder parterna. Det innebär att den gemensamma handlingsplanen snarare kan ses som en viljeyttring från respektive aktör om att nå ett gemensamt mål. Ingen aktör har det övergripande ansvaret för att samarbetet går framåt i den takt och med de kostnader som förutsetts eller för resultatet av det gemensamma arbetet. Detta har lett till otydligheter och samordningsproblem. Det nationella perspektivet har också kommit att dominera strategin trots att man på lokal eller regional nivå anser att det är där som behovet av utbyte av information är som störst. Riksrevisionen menar att det är väsentligt att övergripande prioriteringsbeslut för samverkansprojekt mellan stat och kommun baseras på grundliga behovsanalyser.

Granskningen har tydligt visat på behovet av en effektiv samordning mellan de olika insatserna för att nå målet om rätt information vid rätt tillfälle. Om insatserna inte koordineras på ett ändamålsenligt sätt riskerar nyttan av respektive insats att gå förlorad. Trots detta har regeringen valt att delta i ett samarbetsprojekt där frivillighet präglar insatserna. Riksrevisionen anser att regeringen, när den ingår liknande överenskommelser, bör klargöra vilka förväntningar den har på såväl insatser som när de bör vidtas av respektive aktör.

Regeringen bör ha i åtanke att den av naturliga skäl har en styrande effekt på dessa typer av samarbeten. Statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården kan leda till höga förväntningar på de statliga aktörernas insatser och förmåga att samordna det gemensamma arbetet. Detta ställer krav på att regeringen är tydlig med vad man tänker bidra med och vad man förväntar sig av samarbetet.

Regeringen har ett ansvar att ge riksdagen en rättvisande bild av sin verksamhet. I den återrapportering som lämnats av arbetet med strategin beskrivs inte de problem och svårigheter som finns inom strategin. Regeringen har inte heller tydliggjort för riksdagen att vårdpersonalens tillgång till patientinformation över organisationsgränser genom elektronisk direktåtkomst ännu är mycket begränsad.

Riksrevisionen vill göra riksdagen uppmärksam på att det finns en rad svårigheter med samarbetsprojekt mellan regering, kommun och landsting som bygger på överenskommelser och att det därför finns anledning för riksdagen att återkommande skaffa sig en bild av hur samarbetsprojekt av detta slag fortlöper. Handlingsplaner och strategier ger regeringen möjligheter att påverka utvecklingen, men förväntningarna på att regeringens deltagande i realiteten ska ha en styrande inverkan bör inte vara för stora. Det handlar om samarbeten som präglas av självständiga aktörer, och ingen av dem har ett klart ansvar för helheten. Det ställer höga krav på tydlighet i ansvarsfördelningen och att man kommer överens om formerna för styrning och samordning mellan aktörerna så att uppföljning och återrapportering till riksdagen säkerställs.

Utifrån granskningens iakttagelser kan Riksrevisionen konstatera att statens insatser inte varit tillräckligt effektiva för att bidra till att behörig vård- och omsorgspersonal ska ha elektronisk direktåtkomst till rätt patientinformation vid rätt tillfälle. Riksrevisionen anser att samverkan genom den nationella strategin som baseras på frivillighet och där ingen aktör har det övergripande ansvaret, saknar de förutsättningar som krävs för att de olika aktörernas insatser på ett effektivt sätt ska kunna bidra till att nå målet.

Resultatet av de insatser som finansierats av staten har inte kommit till användning i det praktiska arbetet. I förlängningen innebär det att de medel staten bidragit med för att uppnå målet inte använts på ett kostnadseffektivt sätt.

5.4 Rekommendationer

5.4.1 *Regeringen*

Riksrevisionen rekommenderar regeringen att

- i en särskild redovisning till riksdagen rapportera om de resultat som hittills har uppnåtts inom strategin samt analysera om det finns behov av att ge samarbetet en tydligare struktur och inriktning, nya förutsättningar för en mer transparent finansiering och ett tydligare ansvar för tidsplaneringen
- analysera de konsekvenser som det ökande antalet privata vårdgivare får för målet att behörig personal ska ha rätt information vid rätt tillfälle och överväga om det behövs någon ytterligare lagreglering
- följa upp begränsningar i patientdatalagen och svårigheter i tillämpningen samt överväga behovet av författningsändringar
- utreda och lämna förslag på hur ett effektivt utbyte av patientinformation mellan den kommunala omsorgen och hälso- och sjukvården kan säkerställas.

5.4.2 *Socialstyrelsen och Datainspektionen*

Riksrevisionen rekommenderar Socialstyrelsen att

- efter samråd med Datainspektionen utarbeta tydligare och mer heltäckande föreskrifter och riktlinjer för den praktiska tillämpningen av patientdatalagen.

Riksrevisionen rekommenderar Socialstyrelsen och Datainspektionen att

- samarbeta i tillsynen av informationshantering och informationssäkerhet inom hälso- och sjukvården för att undvika motstridiga beslut.

Referenser

Lagar

Patientdatalagen (2008:355)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Socialtjänstlagen (2001:453)

Lagen (1996:1059) om statsbudgeten

Personuppgiftslagen (1998:204)

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem

Finsk lagstiftning: Lag om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården 9.2.2007/159

Förordningar och föreskrifter

Förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen

Förordningen (2007:975) med instruktion för Datainspektionen

SOSFS 2008:14 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Propositioner, betänkanden och skrivelser

Prop. 1995/96:220 Lag om statsbudgeten

Prop. 2007/08:1 Budgetproposition för 2008

Prop. 2008/09:1 Budgetproposition för 2009

Prop. 2009/10:1 Budgetproposition för 2010

Prop. 2010/11:1 Budgetproposition för 2011

Prop. 2007/08:126 Patientdatalag mm. Bet 2007/08:SoU16, rskr 2007/2008:2006

Skr. 2005/06:139 Nationell IT-strategi för vård och omsorg, bet.2005/06:SoU30, rskr 2005/2006:281

Regleringsbrev och andra regleringsbeslut

Regleringsbrev för budgetåret 2006, Socialstyrelsen

Regeringsbeslut S2007/4754/FS

Statens offentliga utredningar

SOU 2006:82 Patientdatalag

SOU 2007:11 Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relation

SOU 2009:32 Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet

SOU 2004:112 Frågor om Förmyndare och ställföreträdare för vuxna

Remissvar SOU 2006:82 Patientdatalag: Svensk förening för medicinsk informatik (SFMI), Vårdförbundet, Kungliga ingenjörsvetenskapsakademien (IVA) Sveriges läkarsekreterarförbund och Socialstyrelsen

Övrigt

Dagmaröverenskommelsen 2007 – 2010

Datainspektionen, tillsynsbeslut, dnr 1392-2009, 1512-2009, 748-2009, 1391-2009, 1604-2009, 1605-2009, 461-2010 och 616-2010

Jerlvall & Pehrsson (2010), *eHälsa i landstingen*

Landstingens handlingsplan för utveckling och förvaltning av gemensamma IT-stöd och IT-tjänster under 2010 – 2012

Nationella indikatorer för God vård, Socialstyrelsen, artikelnummer 2009-11-5

Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg S2010.020

Patientdatautredningen (S 2003:03)

Regeringen (2010), *Särskilda insatser för entreprenörskap och innovationer*, webbsida, hämtat från: <http://www.regeringen.se/sb/d/12907/a/141803>, hämtat 2011-03-03

Program för en god äldreomsorg mellan SKL och Socialdepartementet
SKL (2009)

Socialstyrelsen (2004), *Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning*

Socialstyrelsen (2008), *Vårdskador inom somatisk slutenvård*

Socialstyrelsen (2009), *Nationell Informationsstruktur*

Socialstyrelsen (2009), *Hälso- och sjukvårdsrapport*

Socialstyrelsen (2010), *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*

Bilaga 1 Kartläggning av patientdatalagen

Inledning

Den 1 juli 2008 trädde patientdatalagen (2008:355) i kraft. Den nya lagen ersatte lagen (1998:544) om vårdregister och patientjournallagen (1985:562).

Patientdatalagen gäller för alla vårdgivare oavsett huvudmannaskap. Den nya lagstiftningen är en ramlagstiftning som anger de grundläggande förutsättningarna för hantering av uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård. Den mer detaljerade regleringen finns i förordningar och föreskrifter främst framtagna av Socialstyrelsen. Samråd ska ske med Datainspektionen i dessa frågor.

Den centrala utgångspunkten för den nya lagen var ökade krav på patientsäkerhet och ett starkt skydd för den personliga integriteten. Ett viktigt syfte med den nya lagstiftningen var att med hjälp av IT få till stånd ett bättre samarbete mellan de olika aktörerna inom hälso- och sjukvården.

Lagstiftarens skäl för att välja en ramlagstiftning var en blandning av preventiva och reaktiva åtgärder för att patientuppgifter inte ska hanteras på ett oacceptabelt sätt. Patientdatalagen gäller såväl manuell som elektronisk journalföring. Ett skäl till att välja ramlagstiftningsmodellen var enligt lagstiftaren att det vore omöjligt att reglera alla verksamhetsgrenar. Ytterligare skäl var också att det finns risker med en för detaljerad reglering på grund av teknisk och strukturell utveckling inom områden som inte kan överblickas. En lämpligare väg bedömdes därför vara att göra den mer detaljerade regleringen på en lägre nivå där möjligheterna är större att anpassa kraven till aktuella och organisatoriska behov.

Av regeringens proposition¹¹⁶ framgår att genom de förslag som lämnas anpassas regelverket på ett bättre sätt till nya möjligheter och önskemål som finns om utbyte av elektroniskt lagrad patientinformation. Genom lagförslagen stärks också patientens inflytande över vården samtidigt som vårdgivarnas möjligheter till informationsutbyte, journalhantering och

¹¹⁶ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s 34 f.

verksamhetsuppföljning förbättras. I propositionen framhåller regeringen att även om utvecklingen av elektroniska system för patientjournalföring på många håll kommit långt så finns det i dagsläget ännu inte tekniska förutsättningar för att föreskriva att alla aktörer inom vården ska delta i system för elektronisk journalföring. Dels har sjukvårdshuvudmännen kommit olika långt i utvecklingen av sina elektroniska system, dels finns det en mängd mindre aktörer som fortfarande i huvudsak för journal på papper, till exempel mindre, privata kliniker.

Regeringen skriver att de tekniska systemen inte är utformade så att informationsutbyte kan ske effektivt och säkert.¹¹⁷ Det vore därför inte minst med tanke på skyddet för patientens integritet fel att föreslå en obligatorisk elektronisk journalföring. Lagförslagen är därför, skriver regeringen, i stället utformade så att de skapar förutsättningar för att kunna införa en gemensam elektronisk journal men föreskriver inget tvång för vårdgivarna att införa sådan journalföring.

Bakgrund

Regeringen tillsatte 2003 en särskild utredare som fick i uppdrag att utreda kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården. Kvalitetsregisterutredningen bytte sedan namn till Patientdatautredningen.¹¹⁸ I tilläggsdirektiv fick utredningen i uppdrag att särskilt titta på behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingick också att analysera förutsättningarna för och nyttan av att skapa en för samtliga vårdgivare sammanhållen journal. Ett delbetänkande, *Patientdatalag* (SOU 2006:82), lämnades 2006, och slutbetänkandet, *Patientdata och läkemedel m.m.* (SOU 2007:48) lämnades 2007. Regeringens proposition¹¹⁹ presenterades den 25 mars 2008. Lagrådet föreslog några ändringar som infördes i den nya lagen, bland annat uppgift om att spärrade uppgifter finns och vilken vårdgivare som spärrat uppgifterna (6 kap. 2 § andra stycket) och möjlighet att i vissa nödsituationer släppa på spärren (6 kap. 4 §).¹²⁰ Den nya patientdatalagen krävde ändringar av reglerna om sekretess. Utredningen lämnade förslag till ändringar om vad som gäller så kallad inre sekretess till beredningen av en ny sekretesslag.

Socialtjänstdatautredningen överlämnade den 17 april 2009 ett betänkande.¹²¹ I betänkandet lämnades bland annat två nya lagförslag: lagen om behandling

¹¹⁷ Prop. 2007/08:126, Patientdatalag m.m. s. 35.

¹¹⁸ Patientdatautredningen (S 2003:03).

¹¹⁹ Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m. s. 208.

¹²⁰ Lagrådets yttrande (bilaga 7 till prop. 2007/08:126).

¹²¹ SOU 2009:32 Socialtjänsten. Integritet - Effektivitet.

av personuppgifter inom socialtjänsten och lagen om Socialstyrelsens behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Syftet med de nya lagarna är att förbättra möjligheterna att ta fram statistik och möjliggöra uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt att möjliggöra utbyte av personuppgifter mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, vilket inte regleras i patientdatalagen. Utredningen har inte lett till några nya lagar eller lagändringar.

Utvidgat skydd för den personliga integriteten

Patientdatalagen inleds med en portalparagraf som en markering vad gäller den personliga integriteten. Av 1 kap. 2 § andra stycket framgår att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Alla dokumenterade personuppgifter om en patient ska omfattas av skyddet oavsett om det handlar om manuellt förda journaler, elektroniskt förda journaler eller en sammanhållen journal.¹²² Generella bestämmelser om behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204), förkortad PUL. Patientdatalagen innehåller bestämmelser för vissa situationer som det funnits behov av att reglera särskilt, och dessa bestämmelser gäller alltså utöver PUL. Lagarna ska således läsas parallellt, men juridiska begrepp såsom ”personuppgift” och ”behandling av personuppgifter” har samma betydelse.¹²³

Att patienten på ett tidigt stadium informeras om att en sammanhållen journalföring görs bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hur informationen ska lämnas regleras inte i lagen utan överläts till varje personuppgiftsansvarig att bestämma. Något krav på att informationen ska ges i en viss form, till exempel muntligen eller skriftligen, regleras inte i lagen. Av Socialstyrelsens föreskrifter (2 kap. 19 § tredje stycket SOSFS 2008:14) följer att vårdgivaren ska säkerställa att personalen har information om vilka regler som gäller. Det får inte råda något tvivel om att patienten är införstådd med vad sammanhållen journalföring innebär. Av 6 kap. 2 § 4 stycket framgår att uppgiften genast ska spärras om patienten motsätter sig sammanhållen journalföring.

Samtycket ska vara frivilligt, särskilt och otvetydigt. Detta innebär att den enskilde verkligen ska ha ett val. Det fordras att det aktiva samtycket ges för ett preciserat ändamål, och det går alltså inte att ge ett generellt medgivande. Det får slutligen inte råda någon tvekan om att den registrerade godtar

¹²² Regeln fanns tidigare i 7 § patientjournallagen.

¹²³ Generella bestämmelser om behandling av personuppgifter finns i personuppgiftslagen (1998:204), PUL. Patientdatalagen innehåller bestämmelser för vissa situationer som det funnits behov av att reglera särskilt. I övrigt ska PUL tillämpas.

personuppgiftsbehandlingen. I 10 kap. 1 § patientdatalagen har det tagits in en särskild bestämmelse som gäller rätt till skadestånd om personuppgifter behandlas i strid med patientdatalagen.

Ändamålsbestämmelserna i patientdatalagen (5 kap. 4 och 5 §§), förkortad PDL, syftade till att vara uttömmande. Det infördes i patientdatalagen en uttrycklig hänvisning till bestämmelserna i PUL.

Samkörning är bara tillåten inom de ramar som ges av patientdatalagen samt sekretessreglerna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, respektive bestämmelserna om tystnadsplikt.

Det bedömdes inte finnas skäl att införa någon särbestämmelse i patientdatalagen som förbjuder eller begränsar möjligheterna att samköra eller sambearbeta personuppgifter som finns inom verksamheten. Det bedömdes inte heller finnas någon anledning att införa begränsningar när det gäller sättet att samla in uppgifter i verksamhet som omfattas av patientdatalagens tillämpningsområde.¹²⁴

Rätt att ta del av uppgifter hos vårdgivaren

Man skiljer på vem som får ta del av patientuppgifter inom en vårdgivares verksamhet (inre sekretess) och vem som genom direktåtkomst (terminalåtkomst) får ta del av vårddokumentation som en annan vårdgivare gjort tillgänglig genom sammanhållen journalföring. Ett tillägg i lagen har gjorts om att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av uppgifter endast om han/hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgiften för sitt arbete. Inom en vårdgivare där inre sekretess tillämpas måste regler finnas om hur behörighetstilldelning och åtkomst ska kontrolleras. För att en vårdgivare ska få del av en uppgift om en patient genom direktåtkomst hos en annan vårdgivare krävs samtycke från patienten.

Den enskilda patientens rätt till information

Lagstiftning om sjukvårdens informationshantering ställer höga krav på att informationen hanteras så att inte patientens personliga integritet hotas. Patientdatautredningen utgick i sitt resonemang från patientens förtroende. Det skulle vara frivilligt att delta i en elektroniskt sammanhållen journal. Patientens inflytande vid sammanhållen journalföring tillgodoses på flera sätt i lagstiftningen. Den enskilda patienten ges bland annat rätt att på begäran få information om vilken åtkomst som givits till journalen om honom

¹²⁴ Prop.2007/08:126 s.6.

eller henne. Patienten har möjlighet till kontroll och ett visst inflytande över patientjournalföringen samtidigt som vårdgivaren ska följa regler om informationssäkerhet.

Rätt att få vårddokumentation spärrad

Patienten har rätt att, efter att ha blivit informerad om vad sammanhållen journalföring innebär, motsätta sig att vårddokumentation rörande honom eller henne görs tillgänglig för andra vårdgivare. Sådana uppgifter ska spärras. För att en vårdgivare ska få tillgång till ospärrade uppgifter krävs att uppgifterna rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med och att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården samt att patienten samtycker till åtkomsten.

En enskild patients rätt att få uppgifter spärrade kan göras gällande när som helst under den tid som patienten finns dokumenterad i journaler. Spärren kan dock hävas helt eller delvis i enstaka vårdsituationer eller vid en akut nödsituation (nödåtkomst).

Vårdgivarens ansvar för behörighetsfrågor

Vårdgivaren ska bestämma villkoren för tilldelning av behörigheter för åtkomst uppgifter i patientjournaler. Behörigheterna ska begränsas till vad som behövs. Detta regleras i 4 kap. 2 § patientdatalagen. Det framgår av 3 § samma kapitel att vårdgivaren ska kontrollera hur åtkomsten används. Ytterligare regler för tilldelning och kontroll av behörigheter finns i 2 kap. 5 – 11 §§ SOSFS 2008:14. Bestämmelserna om behörighetstilldelning och åtkomstkontroll gäller enligt 6 kap. 7 § patientdatalagen också vid sammanhållen journalföring. I förarbetena¹²⁵ nämns det särskilt att berörda myndigheter bör utrustas med tydliga krav och befogenheter att meddela föreskrifter som rör inre sekretess (se nedan).

Tillsyn och kontroll

Vårdgivare är skyldiga att löpande kontrollera och dokumentera att obehörig åtkomst inte förekommer. Behörigheterna ska följas upp löpande och kunna ändras och inskränkas vid behov. Tillsyn bedrivs av Socialstyrelsen och Datainspektionen. Datainspektionen är tillsynsmyndighet då personuppgifter behandlas enligt patientdatalagen. Socialstyrelsen ska utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Tillsynen ska främst syfta till att förebygga

¹²⁵ Prop. 2007/08:12 s. 107 f.

skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Tillsynen är således inriktad på patientsäkerheten. Bestämmelserna om patientjournalföring är av central betydelse för patientsäkerheten.

Tillsynen över att journalföring sker i enlighet med patientdatalagen utövas av Socialstyrelsen. Att personuppgifter i elektroniska journaler behandlas i överensstämmelse med patientdatalagen faller däremot in under Datainspektionens tillsynsansvar. Detta innebär att Datainspektionens tillsyn bland annat omfattar frågor som rör åtkomsten till personuppgifter inom hälso- och sjukvården och informationen till de registrerade. Datainspektionens tillsyn omfattar också frågor som rör informationssäkerhet i personuppgiftslagen och patientdatalagen samt i föreskrifter som meddelas med stöd av dessa lagar.¹²⁶ Genom bemyndigande har Socialstyrelsen möjlighet att meddela föreskrifter. Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd som publiceras i föreskriftsserien SOSFS. Av intresse är främst SOSFS 2008:14 *Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Föreskrifterna har – vad gäller ansvar för informationssäkerhet – utarbetats efter samråd med Datainspektionen.

Datainspektionen har fattat ett flertal beslut i tillsynsärenden sedan lagens tillkomst avseende personuppgifter vad gäller bland annat sammanhållen journalföring och kvalitetsregister.¹²⁷

Förvaring och hantering samt arkiveringsfrågor

Ett förtydligande har gjorts i arkivlagen (1990:782) vad gäller förvaring och hantering av journaler eftersom patientdatalagen gäller såväl manuell som elektronisk journalföring. Arkivering hos kommunala bolag regleras i 2 a § arkivlagen.

I 3 § första stycket arkivlagen finns bestämmelser som gäller för patientjournaler och regler om arkivansvarig. En specialreglering om gallring finns också i 6 kap. 8 § patientdatalagen eftersom flera vårdgivare kan vara deltagande myndigheter vid sammanhållen journalföring. Även enskilda vårdgivares journaler kan i förekommande fall omfattas av gallringsreglerna i så fall. Enligt 4 § patientdataförordningen får Socialstyrelsen meddela föreskrifter om att vissa slags journalhandlingar får bevaras under längre tid än vad som annars sägs i lagen.

¹²⁶ Prop. 2007/08:126 s. 215 f.

¹²⁷ Se bland annat Datainspektionens beslut: diarienummer 748-2009, 1391-2009, 1392-2009, 1512-2009, 1604-2009, 1605-2009, 461-2010 och 616-2010.

Sekretessregler

Journaluppgifter hos offentliga vårdgivare utgör allmänna handlingar, men det samma gäller inte hos en privat vårdgivare som har tillgång till patientuppgifter. Frågan om samma journaluppgifts utlämnande kommer således att regleras på olika sätt, beroende på om begäran att få ut en handling görs hos en offentlig eller en privat vårdgivare. Detta torde dock inte vara något rättsligt hinder mot en sammanhållen journalföring för flera vårdgivare. Bestämmelser om allmänna handlingar finns i 2 kap. tryckfrihetsförordningen och utgör inte hinder mot att flera vårdgivare, offentliga eller privata, för journal i en gemensam patientdatabas eller liknande i ett system med sammanhållen journalföring.¹²⁸ Sekretess regleras särskilt i 25 kap. OSL vad gäller hälso- och sjukvård. En ny sekretessbrytande bestämmelse har införts.¹²⁹ Undantaget från hälso- och sjukvårdssekretessen kan tillämpas om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut (nödåtkomst). Bestämmelsen ska användas i enskilda fall med urskillning och varsamhet.¹³⁰

Inre sekretess

Genom den nya patientdatalagen har begreppet inre sekretess blivit mer uttryckligt reglerat. Begreppet inre sekretess är inte ett juridiskt definierat eller helt avgränsat begrepp. I doktrinen¹³¹ likställer man begreppet med ett slags ”skvallerförbud”. I patientdatalagen används dock begreppet i förarbetena till lagen såsom ett vidare begrepp och rymmer ett flertal frågeställningar om hur känsliga uppgifter i elektronisk form om enskildas hälsa och personliga förhållanden bör hanteras för att motverka risker med obehörigt intrång i den personliga integriteten.

Sekretessbrytande bestämmelser

Sekretessbrytande regler finns bland annat i 25 kap. 11 § 1 – 2 OSL. En lättnadsregel har skapats för att möjliggöra att information lämnas mellan vårdmyndigheter inom samma kommun eller landsting, vilket inte var möjligt tidigare. Lättnadsregeln gäller dock inte mellan kommun och landsting och vice versa. Med kommun jämställs kommunala bolag, föreningar eller stiftelser som styrs av en kommun eller ett landsting.

¹²⁸ Prop. 2007/08:126 s. 126.

¹²⁹ 25 kap. 13 § OSL.

¹³⁰ Prop. 2007/08:126 s. 287.

¹³¹ *Patientdatalagen*, Manolis Nymark, upplaga 1:1, 2010 s. 115 f.

Med direktåtkomst avses terminalåtkomst, alltså sättet eller formen för ett elektroniskt utlämnande. I patientdatalagen används begreppet direktåtkomst i tre olika sammanhang: dels vid sammanhållen journalföring, dels vid elektroniskt utlämnande av personuppgifter till en mottagare *utanför* en vårdgivares organisation, dels vid elektroniskt utlämnande av patientuppgifter *mellan* nämnder inom en vårdorganisation (landsting och kommun). Mottagaren kan alltså vara en myndighet i samma landsting eller kommun.¹³² För att hälso- och sjukvårdsmyndigheter inom en vårdgivare ska kunna ges elektronisk tillgång till varandras uppgifter enligt patientdatalagen och reglerna om inre sekretess är det i praktiken en förutsättning att ett utlämnande genom direktåtkomst tillåts. Därför har det ansetts vara viktigt att direktåtkomst till personuppgifter inte används för andra ändamål än de som anges i lagen, inte ens med patientens samtycke.¹³³

Inom enskild hälso- och sjukvård gäller för anställda att de inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, så kallad tystnadsplikt. Tystnadsplikten i enskild verksamhet regleras i 6 kap. 12-14 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL. Vad som avses med obehörig är att ett röjande av en uppgift inte har stöd i lag eller förordning.

Beslutsförmögna

I patientdatalagen finns det inte några speciella regler för patienter som saknar beslutsförmåga, förutom vad som gäller för minderåriga barn. Oavsett om beslutsförmågan är tillfällig eller varaktig. Det innebär att regler för hur ett eventuellt samtycke ska kunna ges saknas för denna grupp. Dessa patienter har i bästa fall en god man eller förvaltare utsedd. Hur dessa frågor ska hanteras inom hälso- och sjukvården har utretts av utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare, som lämnat ett slutbetänkande.¹³⁴ Något nytt författningsförslag finns dock inte ännu. De särbestämmelser som infördes i lagen rörde enbart minderåriga. Närliggande frågor om hur personer med bristande beslutskompetens skulle hanteras togs upp i samband med ett lagförslag till en läkemedelsförteckning¹³⁵ och de förbättringar av patientsäkerheten som införandet av en läkemedelsförteckning skulle kunna innebära. Även här nämndes en möjlighet för till exempel gode män att ta ställning i fråga om samtycke. I många fall finns dock inte en god man eller

¹³² 4 kap. 1 och 4 §§, 5 kap. 4 §, 6 kap. 1 § och 7 kap. 9 § patientdatalagen.

¹³³ 6 kap. 5 § patientdatalagen jfr. med 3 – 4 §§.

¹³⁴ SOU 2004:112 Frågor om Förmyndare och ställföreträdare för vuxna.

¹³⁵ Prop. 2004/05:70 s. 31 f.

förvaltare utsedd eller så kan hon eller han vara svåra att nå då frågan om samtycke väcks. Det är också mycket osäkert om exempelvis en god man skulle kunna ge ett sådant samtycke med rättsligt bindande verkan.¹³⁶ Därtill måste information lämnas om vad ett samtycke innebär innan själva det aktiva samtycket görs, och även den informationen kan vara svår att ta in för just denna patientkategori.

Sammanfattning

Patientdatalagen innefattar en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. I lagen, som gäller för alla vårdgivare oavsett huvudmannaskap, regleras bland annat sådana frågor som skyldigheten att föra patientjournal, inre sekretess och elektronisk åtkomst i en vårdgivares verksamhet, utlämnande av uppgifter och handlingar genom direktåtkomst eller på något annat elektroniskt sätt samt nationella och regionala kvalitetsregister. En sammanhållen journalföring enligt patientdatalagen innebär att myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård i den mening som begreppet används i lagen och privata vårdgivare kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör vårddokumentation. Tanken är att journaluppgifter som rör en viss patient ska kunna hämtas från en eller flera vårdgivare och presenteras sammanhållet. Ansvaret för journalföringen är emellertid även vid sådan hantering av journalhandlingarna primärt knutet till den journalföringspliktiga yrkesutövaren eller vårdgivaren. I patientdatalagen uppställs olika villkor för att direktåtkomst ska få förekomma. Om villkoren är uppfyllda, får journalhandlingarna och andra personuppgifter hos en vårdgivare göras tillgängliga för andra vårdgivare som deltar i systemet med sammanhållen journalföring.

Källor

Litteratur

Patientdatalagen – Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården m.m, Manólis Nymark, Norstedts Juridik, upplaga 1:1, 2010

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen, Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring

¹³⁶ Intervju med Socialstyrelsen 2010-12-06.

Uppsats i tillämpade studier, juridiska institutionen, Handelshögskolan
Göteborgs universitet, Elektroniska patientjournaler – inre sekretess och
gränser för åtkomst, Anneli Wester 2007

Förarbeten

Skr. 2005/06:139 Nationell IT-strategi för vård och omsorg

SOU 2006:83 Patientdatalag (S 2006:82)

SOU 2003:03 Patientdatautredningen

SOU 2007:48 Patientdata och läkemedel m.m.

Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.

Lagrådets yttrande (bilaga 7 till prop. 2007/08:126)

Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn

SOU 2009:32 Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet

Relevant lagstiftning

2 kap. tryckfrihetsförordningen, TF

2 kap 20-21 §§Regeringsformen, RF

Patientdatalagen (2008:355)

Patientdataförordningen (2008:360)

Förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att
meddela föreskrifter m.m.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Patientskadelagen (1996:799)

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Personuppgiftslagen (1998:204)

Bilaga 2 Tabeller

Statliga kostnader för insatser relaterade till utbyte av patientinformation

Socialstyrelsens kostnader för de nationella projekten

Avser Socialstyrelsens faktiska kostnader för projekten för en nationell informationsstruktur respektive ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Miljoner kronor	2007	2008	2009	2010	2011	Totalt
Nationell informationsstruktur	12,0	19,6	15,2	0	0	46,8
Nationellt fackspråk	11,3	25,6	27,4	23,2	6,6*	94,1

* Prognos för årets första tre månader.

Källa: Socialstyrelsen (2009), *Nationell Informationsstruktur – ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg*, s. 27 och Socialstyrelsen (2011), *Nationellt fackspråk för vård och omsorg – Slutrapport*, s. 18.

**Stimulansmedel från Dagmaröverenskommelserna 2007 – 2010
relaterade till utbyte av patientinformation**

Miljoner kronor	2007	2008	2009	2010	Totalt
Den nationella ledningsgruppen, uppföljning av strategin*	3,2	3,5	6	12	24,7
Kvalitativ utvärdering av informationshantering	2	0	0	0	2
Teknisk IT-infrastruktur <i>Varav</i>	33	30	29	20	112
HSA	5	5	5	5	20
BIF	15	15	15	15	60
Elektronisk remisshantering	2	0	0	0	2
Bättre informationsutbyte mellan kommuner, landsting och privata vårdgivare**	11	10	7	0	28
SIL***	0	0	2	0	2
Enhetlig informationsstruktur och fackspråk****	8	5	3	0	16
Regional kommun-samverkan	0	0	10	0	10
Summa	46,2	38,5	48,0	32	165

* Avser medel som gått till den nationella ledningsgruppens verksamhet med bland annat uppföljning av strategin. År 2010 ändrades redovisningen inom Dagmaröverenskommelsen. För detta år ingår därför vissa poster i dessa medel som tidigare särredovisades, bland annat medel för tillämpning av projekten för en nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk.

** Dessa medel har i huvudsak använts för det s.k. barnhälsodataprojektet, som avsett att förbättra informationsutbytet mellan landstingens barnhälsovård och kommunernas skolhälsovård.

*** Svensk informationsdatabas för läkemedel.

**** Avser medel för förberedande insatser och arbete med praktisk tillämpning av det nationella fackspråket i kommuner och landsting.

Stimulansmedel från överenskommelsen Program för en god äldreomsorg 2010

År 2010 gjordes vissa satsningar i den nationella IT-strategin inom överenskommelsen *Program för en god äldreomsorg* mellan staten och SKL, för sammantaget 20 miljoner kronor. Dessa knyter an till tidigare satsningar inom Dagmaröverenskommelserna om samverkan mellan kommuner.

Miljoner kronor	2010
En struktur för regional samverkan mellan kommuner, mellan kommuner och landsting samt kommuner och privat vård	10
Informationsstruktur i kommunal vård och omsorg	5
Teknisk infrastruktur för säker inloggning och kommunikation, baserad på elektronisk identifiering*	5

* Enligt regeringsbeslut 2010-04-29, dnr S2009/9856/ST (delvis).

Kostnader för de nationella tjänsterna för sammanhållen journalföring

Avser CeHis kostnader för de projekt som är relaterade till sammanhållen journalföring. Observera att flera av projekten dock också har andra användningsområden.

Miljoner kronor	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011**	Totalt
Nationell patientöversikt	11,8	4,8	5,5	31	33	43,7	41,1	171
BIF			6	42,5	37,7	34,2	28,7	149
Infrastruktur m.m.*			17,4	19,7	33,3	32,2	29,3	132
Summa	11,8	4,8	28,9	93,2	104	110,1	99,1	452

* Med infrastruktur avses HSA, SITHS och Sjunet. I denna post ingår också kostnaderna för en läkemedelsförteckningstjänst som den nationella patientöversikten hämtar uppgifter från (totalt 3,3 miljoner).

** Budgeterat.

Källa: CeHis.

Finansiering av de nationella tjänsterna för sammanhållen journalföring

Statliga medel från Dagmaröverenskommelsen

Miljoner kronor	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totalt
BIF			15	15	15	15	0	60
HSA			5	5	5	5	0	20
Summa			20	20	20	20	0	80

Källa: CeHis.

Landstingsmedel

Miljoner kronor	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	Totalt
Nationell patientöversikt	11,8	4,8	5,5	31,0	33,0	43,7	41,1	171
BIF			0	18,5	22,7	19,2	28,7	89,0
HSA			0,2	3,5	6,9	6,9	11,5	28,9
Sjunet			4,2	2,5	5,3	4,3	6,3	22,6
SITHS			8,1	8,7	16,1	14,2	10,0	57,1
Läkemedelsförteckningen						1,8	1,5	3,3
Summa	11,8	4,8	17,9	64,2	84,0	90,1	99,1	372

* Budgeterat.

Källa: CeHis.

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

Alla Riksrevisionens tidigare utgivna rapporter finns tillgängliga på
www.riksrevisionen.se

2010	2010:1	Styrning inom arbetsmarknadspolitiken – mål, styrkort och modeller för resursfördelning
	2010:2	Regeringens försäljning av Vasakronan
	2010:3	Från många till en – sammanslagningar av myndigheter
	2010:4	Klassificering av kurser vid universitet och högskolor – regeringens styrning och Högskoleverkets uppföljning
	2010:5	Arbetspraktik
	2010:6	Arbetsförmedlingens arbete med arbetsgivarkontakter
	2010:7	Inställda huvudförhandlingar i brottmål
	2010:8	Sveaskog AB och dess uppdrag
	2010:9	En förändrad sjukskrivningsprocess
	2010:10	Hanteringen av mängdbrott – en kärnuppgift för polis och åklagare
	2010:11	Enhetlig beskattning?
	2010:12	Riksrevisorernas årliga rapport 2010
	2010:13	Säkerheten i statens betalningar
	2010:14	Tillämpningen av det finanspolitiska ramverket. Regeringens redovisning i 2010 års ekonomiska vårproposition
	2010:15	AB Svensk Exportkredit
	2010:16	Underhåll av järnväg
	2010:17	Kapitalförvaltning i tider av kraftiga värdeförändringar. En granskning av åtta statligt bildade stiftelser och regeringen som stiftare
	2010:18	Informationsutbyte mellan myndigheter med ansvar för trygghetssystem – har möjligheter till effektivisering utnyttjats?
	2010:19	Förberedelsearbetet i apoteksreformen
	2010:20	Den nordiska stridsgruppen 2008 - en del av EU:s snabbinsatsförmåga
	2010:21	Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas alkoholkonsumtion?
	2010:22	Underhållsstödet – för barnens bästa?
	2010:23	Polisens brottsförebyggande arbete – har ambitionerna uppnåtts?
	2010:24	Sveriges skatteavtal med andra länder – effekterna av regeringens arbete

	2010:25	Kostnadskontroll i stora väginvesteringar?
	2010:26	Statens insatser för att komma åt vinster från brottslig verksamhet – ett bättre samarbete ger högre utbyte
	2010:27	Förvaltningen av samhällsekonomiska metoder inom infrastrukturuområdet
2011	2011:1	Säsongsarbetslösa och arbetslöshetsförsäkringen – omställningsförsäkring eller yrkesförsäkring?
	2011:2	Använder lärosätena resurserna effektivt? Effektivitet och produktivitet för universitet och högskolor
	2011:3	Oförbrukade forskningsbidrag vid universitet och högskolor
	2011:4	IT inom statsförvaltningen – har myndigheterna på ett rimligt sätt prövat frågan om outsourcing bidrar till ökad effektivitet?
	2011:5	Statliga IT-projekt som överskrider budget
	2011:6	Kostnadskontroll i stora järnvägsinvesteringar?
	2011:7	Trafikverkens produktivitet – hur mycket infrastruktur för pengarna?
	2011:8	Klimatinsatser utomlands – statens köp av utsläppskrediter
	2011:9	Myndigheternas insatser för finansiell stabilitet – Lärdomar i ljuset av utvecklingen i Baltikum 2005–2007
	2011:10	Biodrivmedel för bättre klimat – Hur används skattebefrielsen?
	2011:11	Tydlighet och transparens i budgetpropositionen för 2011? – Redovisningen av finans- och sysselsättningspolitiska ramverk
	2011:12	Statens stöd till studieförbunden
	2011:13	Leverans på utsatt tid? En granskning av försvarets internationella materiellsamarbeten
	2011:14	Svenska bidrag till internationella insatser
	2011:15	Försvarsmaktens stöd till samhället vid kriser
	2011:16	Statliga insatser för akademiker med utländsk utbildning – förutsägbara, ändamålsenliga och effektiva?
	2011:17	Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?
	2011:18	Brottsutsatt – Myndigheternas hantering av ekonomisk kompensation på grund av brott

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se