

Fler läkare borde engagera sig i standardiseringsarbetet

Standardiseringsarbetet inom hälso- och sjukvården handlar om att den information som läkare varje dag hanterar skall vara begriplig t ex vid utbyte av remissar och provsvar på elektronisk väg.

– Därför är det viktigt att få fler kliniskt aktiva läkare engagerade i standardiseringsarbetet, anser Karin Kajbjer, projektledare på HSS, Hälso- och sjukvårdsstandardiseringen i Sverige.

– En hel del av diskussionen om säkerhet och sekretess har sitt ursprung i att man skall gardera medborgarna mot övergrepp, och det har vi i Sverige nog inte riktigt förstått, eftersom vi inte varit utsatta för sådana övergrepp, säger Gunnar Klein, dr med vet, Stockholm, ordförande i WG 6, Security, Privacy, Safety and Quality, en av de europeiska arbetsgrupperna i standardiseringsarbetet (se vidare vidstående artikel).

Kol- och stålunionen kom till i mitten av 1950-talet för att få Tyskland, Frankrike och Italien att handla och inte kriga med varandra.

– Dessutom ville man gardera den enskilde medborgaren mot övergrepp från staten, eftersom de flesta hade råkat ut för diktatorer. Mycket av arbetet i EU bygger på detta och ett medel är en fri handel, säger docent Lars Lindström, Göteborg, ordförande i SFMI, Svensk förening för medicinsk informatik.

För att man skall kunna handla fritt måste man kunna föra varor, personer och pengar fritt över gränser. För att det skall kunna genomföras med konkurrens på lika villkor krävs standarder. Romtraktaten i EUs begynnelse undantog två områden från standardiseringen, skolväsende och sjukvård.

EU beslutade dock för några år sedan att även dessa områden skall ingå i standardiseringen. Ett mål är att kunna överföra medicinsk information om en patient från ett land till ett annat om en patient råkar bli sjuk utanför hemlandet.

Behov av kommunikation

Ser man historiskt på standardiseringsarbetet började man med meter-systemet, elektricitet, telefoni och järnvägar. Det är alltså när man kommunicerar som man måste vara överens om hur det skall gå till.

Definition standard

Document established by consensus and approved by a recognized body, that provides, for common and repeated use, rules, guidelines or characteristics for activities or their results, aimed at the achievement of the optimum degree of order in a given context. (ISO/IEC Guide 2-1985)

I gamla tider var det bara *en* läkare och *en* patient involverade i vården av patienten. Och läkaren förstod sina anteckningar även om de var oläsliga för alla andra.

Nu är det ofta många vårdgivare, inte bara läkare, inblandade i vården av en patient. En läkare tar hand om en patient vid ett tillfälle, men vet inte alltid vem som kommer att ta hand om samma patient nästa gång.

– Därför finns ett behov av att kommunicera. Och därför måste en vårdgivare förstå innebörden av anteckningar i t ex en journal även om han inte känner den som fört anteckningarna, säger docent Hans Peterson, ordförande i den svenska tekniska kommittén samt i en svensk arbetsgrupp.

Dessutom bygger dagens sjukvård på teamarbete. En röntgenläkares anteckningar måste kunna förstås av andra läkare. Detta att olika människor kan förstå varandra genom gemensam terminologi kallas av dem som arbetar med standardisering för standarder.

– Men för läkare är standarder något man inte gärna vill ha. Läkare associerar det med styrning och administration. Det gör att läkare i allmänhet inte har engagerat sig i arbetet med standardisering, säger Hans Peterson.

– Men arbetet kommer klinikerna till godo, säger Karin Kajbjer, som gärna ser fler kliniskt verksamma läkare engagerade i arbetet.

Veta vad man menar

– Men när vi nu börjat föra in data i elektroniska system blir det ännu viktigare att man vet exakt vad som menas när man för över information från ett ställe till ett annat, säger Hans Peterson.

Rent tekniskt krävs det att signalen kan läsas av en annan dator vid överfö-

ringen. För detta krävs standarder och det har teknikerna löst.

– Men orden måste också betyda samma sak. Det ord en läkare skickar iväg måste betyda samma sak för mottagande läkare. Därför är terminologi så viktigt, säger Hans Peterson.

När Spris grundjournal infördes kallades den inte för en standard. Det var bara ett praktiskt arbetsinstrument som gjorde att det blev lättare att hitta i de allt större journalmängderna.

– Det är nog så vi skall se på standardisering idag också. Vi gör det för att arbetet skall underlättas, säger Hans Peterson.

– En annan faktor som understryker behovet av standardisering i sjukvården är decentraliseringen. Det betyder att beslut om att köpa informationssystem fattas av många olika parter, som också väljer olika system. Men systemen måste ändå kunna kommunicera, säger Gunnar Klein.

Definiera meddelanden

Den europeiska standardiseringen sysslar väldigt mycket med att definiera meddelanden för meningsfulla medicinska tillämpningar som t ex laboratorieremiss eller svar från ett laboratorium. Frågan är vilka element det skall innehålla, vilka krav man har på formatet när man beskriver en viss analys, patientidentifiering eller läkemedelsrecept som skall överföras elektroniskt. Det gäller i ännu högre grad om en hel journal skall överföras.

– Men riktigt så långt har man inte kommit än att det finns något standardförslag för överföring av en hel journal. Däremot arbetar man mycket med journalens grundläggande struktur, säger Gunnar Klein.

I ett rent manuellt system fungerar provsvar från laboratorierna även om lapparna ser olika ut. Man skriver helt enkelt av dem in i sin egen journal. Men det fungerar inte i ett elektroniskt system. Där krävs en standard för att överföring av laboratoriesvar skall kunna ske.

Överenskommen struktur

– Elektronisk överföring spar tid och är kvalitetshöjande. Det blir alltid lite fel när provsvar skall skrivas av. Det slipper vi med den elektroniska överfö-

REPORTAGE

KRISTINA JOHNSON

ringen. Men det krävs alltså en överenskommen struktur, dvs en standard, säger Hans Peterson.

Den överenskomna strukturen kan man se som en gemensam ram inom vilken man sedan själv bestämmer hur informationen skall organiseras.

Elektronisk överföring av laboratorieresvar har prövats i många olika varianter. Det medför att det inte blivit någon effektiv konkurrens mellan leverantörerna.

På ett laboratorium kan det finnas mellan ca 5 och 20 instrument. I Europa finns ca 70 informationssystem för sjukhus. Det blir en oerhörd mängd kombinationer som kan införas till stora kostnader.

– Om man kan definiera ett gränssnitt mellan ett givande instrument och ett journalsystem så spelar det ingen roll hur instrumentet tar fram information. Det viktiga blir att apparaterna vid kontakt utåt, via elektronisk överföring, gör det på ett begripligt sätt, säger Hans Peterson.

– Då får man ett enda sätt att överföra information. Det spar både tid och pengar, säger Hans Peterson.

Det underlättar också vid upphandling att veta vilka krav man skall ställa.

– Många upplever det så att deras kreativitet hämmas om de bara får ut-

Standardiseringsarbetet inom hälso- och sjukvården både i Sverige och på det europeiska planet påverkar vardagen för många läkare och därför borde fler engagera sig. Bland dem som är med i arbetet finns fr v Gunnar Klein, Anders Thurin, Karin Kajbjer, Hans Peterson och Lars Lindström.

trycka sig på ett sätt. Mot detta kan man ställa schackspelet som har ett fåtal regler men som är omåttligt komplicerat, säger Lars Lindström. Men reglerna får inte begränsa funktionen, man måste se att man kan lösa de problem som är för handen.

Skall kunna utvidgas

– Bra standarder är också gjorda så att de kan utvidgas i framtiden utan att man rubbar den grundläggande strukturen. Standarderna måste fungera fastän medicinen utvecklas. Det gör att det är viktigt att få in många läkare i standardiseringsarbetet, säger Gunnar Klein.

– Många av de journalsystem vi har haft har varit väldigt rigida. Någon har bestämt att ett system skall finnas överallt med påföljd att det har passat halvdåligt på alla vårdcentraler utom där det utvecklades där det passade bra, säger Hans Peterson.

– Inom sjukvården är det olika överallt och man har lite olika krav. Därför passar inte samma journalsystem över-

allt. Det här har medfört att många läkare tycker illa om standardisering. Men vårt arbete syftar till att standardisera hur man umgås med varandra. Det är som med en telefon som kan se ut hur som helst, men när man pluggar in den i väggen skall den fungera på ett visst sätt, säger Hans Peterson.

Ekonomiska intressen

Det ligger stora ekonomiska intressen i standardisering som berör medicinska produkter. Om ett företag lyckas med att få sin variant, sin produkt, accepterad som standard, har de vunnit väldigt mycket i förhållande till konkurrenterna.

– Det är också så att mycket bygger på enskildas entusiasm. Någon får en idé och vill genomföra den. Flera av standardiseringsförslagen bygger på enskilda individers önskemål. Är de tillräckligt bra och man driver arbetet tillräckligt effektivt kan förslagen nog gå igenom, säger Lars Lindström.

Men innan en standard accepteras genomförs en remissomgång där berörda intressenter kan säga sin mening om standardförslaget.

– Problemet med standardförslagen är att de är oläsbara för gemene man. En standard får inte vara implementationsberoende; man får alltså inte prata om

Svenska spegelgrupper påverkar europeiska arbetet

Sedan 1990 pågår det europeiska arbetet med att utarbeta standarder inom hälso- och sjukvården. I Sverige finns s k spegelgrupper, som motsvarar de europeiska grupperna, med syfte att påverka och driva standardiseringsarbetet framåt.

SIS, Standardiseringen i Sverige, fastställer och utger svensk standard på förslag av nio anslutna fackorgan.

SIS är anslutet till både ISO, International organization for standardization, och CEN, European committee for standardization. EU bedriver inget eget standardiseringsarbete utan detta är helt kanaliserat genom CEN.

CEN beslutade i mars 1990 att tillsätta en teknisk kommitté med uppgift att utarbeta standarder för informationsutbytet inom sjukvården. Kommittén fick beteckningen TC 251 och arbetet har organiserats i sju arbetsgrupper (WG 1-7). Arbetet i deltagande länder är organiserat på motsvarande sätt med teknisk kommitté och arbetsgrupper, s k spegelgrupper.

Ungefär 1 500 experter från 25 länder deltar i arbetet på frivillig basis eller i projekt som bekostas av EU.

I Sverige bevakas standardiseringsarbetet på sjukvårdsområdet av HSS, Hälso- och sjukvårdsstandardiseringen, som är ett av fackorganen under SIS. HSS samordnar arbetsgruppernas arbete, lägger fram förslag om svenska standarder samt ger ut rekommendationer i det fall standarder saknas.

Arbetsgrupp 1: Informationsmodell-

ering och journalsystem. Syftet är att utarbeta en gemensam referensmodell för sjukvården för att skapa ramar för det fortsatta standardiseringsarbetet.

Det första projektteamet hade till uppgift att definiera termer inom medicinsk informatik. Arbetet är klart och termerna fastställda, vilket innebär att det finns en nomenklatur för hur området skall beskrivas. Det ger en grund för kommande dokument.

En annan projektgrupp har fått i uppgift att beskriva sjukvården i stort och hur delarna kommunicerar med varandra. Det är ett komplicerat arbete beroende på att strukturen är så olika i olika länder.

Ytterligare ett projektteam har arbetat med en överordnad struktur för journalen för att underlätta överföring av journalinformation. Detta arbete kommer att ligga till grund för ett kommande stort och mer detaljerat arbete kring journalen omfattande modellering, termer, struktur och överföring.

Arbetsgrupp 2: Terminologi och kunskapssystem. Terminologiska system är viktiga för att underlätta kommunikation i datorbaserade system. Arbetsgruppen skall främja entydighet i användning av termer och begrepp. Ett viktigt projekt för den svenska hälso- och sjukvården är Spris projekt Spriterm. Syftet med detta är att utveckla en nationell termdatabas. Arbetet initieras av arbetsgrupp 2.

Arbetsgrupp 3: Kommunikationsstandard och meddelandeuppbyggnad. Syftet är att utveckla standarder för att möjliggöra elektroniskt utbyte av strukturerad information mellan oberoende,

självständiga datorsystem inom en organisation eller mellan olika sjukvårdsorganisationer och specialiteter, t ex remiss/svar för bl a kliniskt kemiskt laboratorium, mikrobiologiskt laboratorium och röntgen.

Arbetsgrupp 4: Bildhantering. Syftet är att kunna koppla samman bildgenererande utrustning via nätverk med arkivmedia, presentationsutrustningar och utskriftsenheter i en distribuerad miljö. Man skall också hitta metoder och modeller för teleradiologi och telemedicin.

Arbetsgrupp 5: Medicinsk utrustning. Syftet är att hitta regler för att på ett enhetligt sätt ansluta medicinsk utrustning till datorer för automatisk styrning och insamling av medicinska data så att manuell anpassning inte behöver göras.

Arbetsgrupp 6: Säkerhet, sekretess, integritet och kvalitet. Syftet är att specificera metoder för att man vid lagring och kommunikation av medicinsk information skall kunna säkerställa att ingen obehörig kan ta del av patientrelaterade uppgifter. Det gäller också att kunna försäkra sig om att de elektroniska dokumenten blir juridiskt bindande, att de är oförvanskade och kan hänföras till den som är ansvarig. Man arbetar också med att ge riktlinjer för ett lokalt säkerhetsarbete.

Arbetsgrupp 7: Portabla inkopplingsbara informationsbärare. Syftet är att möjliggöra säkert och tryggt informationsutbyte med hjälp av patientburen eller personalburen utrustning, »aktiva kort», som tillfälligt ansluts till centrala datorsystem.

Kristina Johnson

produkter utan bara om sättet som produkten fungerar på. Genom att man inte får ha ett konkret fall att diskutera utan bara kan tala i abstrakta termer, blir den text som hör hemma i standarden ganska onjuterbar, säger Lars Lindström.

Komma överens

Detta innebär att det till många standardförslag behövs en tolkning för att det skall bli begripligt vad förslaget kommer att innebära i praktiken, i den kliniska vardagen. Antagna standarder kan också bytas ut om de visar sig olämpliga i praktiken.

– Det som frapperade mig när jag kom med i arbetet är att man kommer överens. Och är man inte överens diskuterar man tills man blir det. Det blir i stor utsträckning enhälliga beslut. Kan

man inte nå enighet är det ingen bra standard, säger biträdande överläkare Anders Thurin, Norrköping, ledamot i två svenska arbetsgrupper.

En del av arbetet med att ta fram standarder bedrivs i projektform. Det var t ex så som Anders Thurin kom med i arbetet. Han upptäckte att man skulle inrätta ett projektteam för att utforma meddelanden från röntgen, patologi och övriga diagnostiska undersökningar.

– Ingen hade tänkt på klinisk fysiologi. Jag påpekade det och anmälde mitt intresse av att delta. Det är ett konkret sätt att få fram svenska synpunkter, säger Anders Thurin.

– Kommunikation kan vara så mycket. Jag ser det så att terminologisystem är viktiga för att överföra förståelse i stället för bara data, för att dato-

rernas kommunikation skall kunna ske på en lite högre nivå. I stället för att bara överföra data, t ex »120», så kan man på ett formellt sätt överföra information som »systoliskt blodtryck = 120» eller »R-Hb = 120» utan att fördenskull ställa diagnos, säger Anders Thurin.

Beslutade europeiska standarder blir relativt automatiskt svenska standarder. Som medlem i CEN, den europeiska standardiseringsorganisationen, måste Sverige införa beslutade standarder. Då är det naturligtvis bättre att vara med och påverka dessa innan de antas än att bara tvingas acceptera dem.

– Vårt sätt att påverka har varit ganska effektivt. Om man arbetar bra hemma och har med sig väl underbyggda förslag är det inte så svårt att få igenom dem, säger Hans Peterson.●