

Stort behov av generalistorienterad analysstödjande hälsoinformation

Dagens dokumentationssystem är inte inriktade på överblick och analys, utan fungerar snarare som en dagbok skriven ur olika vårdgivares synvinklar. Det försvårar bedömningen av patientens hälsotillstånd och effekten av olika behandlingar.

En primär uppgift för hälso- och sjukvården är att analysera och handlägga hälsoproblem hos enskilda personer på basis av tillgänglig vetenskap och systematiserad erfarenhet. Särskild tonvikt bör ligga på att följa förloppet av olika hälsovariabler över tiden och kritiskt utvärdera effekten av olika behandlingsmetoder. Trots hälsoinformatikens centrala betydelse för kvaliteten i detta arbete är dokumentationsmetoderna både underutvecklade och splittrade.

Kvaliteten i dagens dokumentationssystem har belysts i managementföretaget Grufman Rejes utredning »Ändamålsenlig värddokumentation« [1]. I region Skåne respektive Västra Götaland studerade man journalföringens kvalitet avseende diagnoserna stroke, akut hjärtsvikt och höftfraktur. Resultatet jämfördes sedan med en framtagen »gylle standard« baserad på nationella riktlinjer, handläggningsprogram och konsensusdokument.

Rapporten påvisade stora

brister. Vitala uppgifter saknades ofta eller var ofullständigt dokumenterade, strukturen i journalerna var bristfällig och hanteringen av omvårdnads- och läkarjournaler bedömdes som oklar och med ett stort inslag av upprepningar. Man framhöll särskilt att »den nödvändiga intellektuella bearbetningen« av journalerna i form av bedömningar och sammanfattningar många gånger saknades«. Liknande resultat rapporterades efter en analys av dokumentationskvaliteten vid förstagångsin-sjuknande i stroke i Stockholm [2].

Att dokumentationen uppvisar så stora brister när det gäller dessa tre förhållandevis tydliga och lättidentifierade akuta hälsoproblem innebär att situationen givetvis blir avsevärt mycket mer problematisk vid handläggning av flera samtidiga, långvariga, sjukdomar/skador (multisjuklighet). Detta gäller inte minst äldrevården, där multipla hälsoproblem och behandlingar snarast är regel.

Orsaker till bristande kvalitet

Här nedan anges åtta troliga bidragande förklaringar till

hälsodokumentationens bristande kvalitet och ändamålsenlighet.

1. Historik. Informatiksektorn har utvecklats ur området automatisk databehandling (ADB), som främst sett (hälso)informatiken från ett data-logiskt och administrativt/ekonomiskt perspektiv, och endast i liten utsträckning ur aspekten evidensbaserad hälsoanalys över tid.

2. Låg status. »Journalsskrivning« har låg status inom sjukvården och betraktas ofta som något sekundärt, ibland nödvändigt ont. Som exempel kan nämnas att »inskrivning« av nya patienter på sjukhus liksom epikrisskrivning ofta går till så att underläkare med begränsad klinisk erfarenhet frihandsdikterar texten, inte sällan med verksamhetsledningens uttryckliga krav på att både journaler och epikriser ska vara korta. Tänk om man skulle betrakta

dokumentationen inom t ex rättsväsendet eller byggbranschen på samma lättvindiga sätt!

3. Dagbok ur vårdgivarperspektiv. Beteckningar som »medicinsk journal«, »omvårdnadsjournal« och »paramedicinsk journal« visar att det finns en tendens att betrakta dokumentationen ur respektive yrkesgrupps synvinkel. För en patient med komplicerad hälsoproblematik, t ex multisjuka äldre, skriver flera olika yrkesgrupper ofta separata anteckningar om samma patient, vilket gör att det snabbt ackumuleras

stora mängder datoranteckningar.

Journalen fungerar således närmast som en textdagbok över patienternas olika hälsoproblem och hur dessa bedöms och handläggs av läkare och andra vårdyrkesgrupper. Det är omvittnat notoriskt svårt att över tid få överblick, följa och visualisera olika delproblem samt kritiskt granska hälsoförlopp och olika behandlingseffekter hos enskilda patienter. Det gäller såväl inom en vårdenhets som mellan olika vårdformer/vårdenheter, t ex mellan sjukhus, primärvård och kommunal omsorg [3-5].

4. Inte utformad för integrerad hälsoanalys. Dagens hälso-dokumentationssystem är främst utformade för handläggning av (sub)akuta eller avgränsade hälsoproblem, men inte för integrerad hälsoanalys. En person med komplicerade hälsoproblem kommer under en längre tid att genomgå ett stort antal olika undersökningar och bedömningar på sjukhus och i primärvården. Resultaten lagras däremot inte så att de när som helst och valfritt kan kombineras och visualiseras på ett lättöverskådligt sätt som befrämjar den kliniska analysen. Samma sak gäller förloppet av symtom, diagnoser och riskfaktorer.

5. Oklara termer och begrepp. Termer och begrepp används på varierande sätt inom hälso- och sjukvården. Symtom som t ex andfäddhet, yrsel och smärta används med växlande precision och betydelse inom och mellan olika yrkesgrupper, liksom av patienter och närstående. Den heterogena terminologin försvårar givetvis tolkningen av data, både på individ och grupp-nivå.

Sverige anslöt sig i mars



GUNNAR AKNER
docent, överläkare,
Jakobsbergsgeriatri-
ken/FoU, Jakobsberg
sjukhus, Järfälla
gunnar.akner@comhem.se

2007 till SNOMED-CT (systematized nomenclature of medicine – clinical terms) [6]. Detta internationella projekt har sedan starten 1965 arbetat med att utveckla och förbättra såväl klassifikationen som kodningen av informationen i elektroniska dokumentationssystem. SNOMED-CT innehåller för närvarande fler än 300 000 begrepp och över 900 000 definierade samband mellan olika begrepp.

Arbetet med att systematisera och standardisera en logisk struktur för det stora antalet termer och begrepp och deras relationer i hälso- och sjukvården kommer att ta lång tid och måste bedrivas parallellt med att hälsodokumentationen utvecklas. Det kommer dessutom att krävas en omfattande och fortlöpande utbildningsinsats för att få läkare och vårdpersonal att konsekvent använda den.

6. Ofullständig diagnosregistrering. När en patient skrivs ut från sjukhuset samlas diagnoserna och förloppet under det aktuella vårdtillfället i en epikris. Diagnoserna är ofta baserade på det ekonomibaserade DRG-systemet (diagnosrelaterade grupper) [7]. Det betyder att endast diagnoser som direkt eller indirekt varit av betydelse för det aktuella vårdtillfället ger kliniken ekonomisk ersättning.

Med DRG-systemet styr man därmed bort från klinisk analys och hälsoeffekter hos enskilda patienter över tid och fokuserar i stället på enskilda slutenvårdstillfällen. Detta innebär att en äldre multisjuk person som läggs in på sjukhus regelmässigt får endast ett fåtal diagnoser, t ex hjärtsvikt, fraktur, infektion och eventuell »rehabilitering«.

Dennes övriga hälsoproblem, t ex urininkontinens, undernutritionstillstånd, B₁₂-brist, minnessvårigheter, nedsatt syn och hörsel, förstoppning och kronisk smärta, blir i

regel inte diagnosförda eftersom de anses vara »bakomliggande«; därmed har de inte påverkat det aktuella vårdtillfället.

Följaktligen blir Socialstyrelsens slutenvårdsstatistik över förekomsten av sjukdomar i befolkningen helt missvisande för ett stort antal långvariga hälsoproblem [8]. Det finns heller ingen riksomfattande statistik avseende diagnoser i primärvården. Det innebär att den samlade sjukligheten hos enskilda personer inte framgår av dokumentationen från vare sig slutenvården eller primärvården [9].

7. Forskning prioriteras högre än hälso- och sjukvård.

Ofta framförs argumentet att det inte är möjligt att bedriva forskning utifrån uppgifterna i patienternas reguljära vårdokumentation, bl a för att olika undersökningar inte utförs på ett standardiserat sätt.

Detta synsätt innebär att man accepterar att behovet av mät noggrannhet är mindre vid handläggning av autentiska patienter än vid forskning. Det borde givetvis vara tvärtom – det är ju handläggningen av den enskilda patientens hälsoproblem som i första hand ska kvalitetssäkras.

8. Etiskt dilemma. En rad lagar och förordningar reglerar hur hälsoinformation kring enskilda patienter kan och får samlas in, lagras och kommuniceras. Dessa regleringar syftar till att skydda den enskilda individens integritet och öka säkerheten, men utgör därmed ofta ett hinder mot en överblickbar beskrivning av patienternas hälsoproblem, hur de behandlas/handläggs och hur de utvecklas med tiden, oberoende av vårdfor-

mer, vårdenheter och yrkesgrupper.

Här föreligger således ett etiskt dilemma mellan å ena sidan den moderna datateknikens oerhörda möjligheter att hantera och strukturera stora mängder hälsoinformation till stor potentiell nytta för patienten, och å andra sidan individens integritet och risken för dataintrång [10]. Utredningen om en ny patientdatalag har nyligen lagt fram ett betänkande med förslag till reformering av lagstiftningen på detta område [11].

Utvecklings- och förbättringsarbete

Det pågår ett omfattande nationellt utvecklingsarbete för att standardisera och utveckla hälsodokumentationssystemen. I mars 2006 publicerades en nationell IT-strategi för vård och omsorg som syftar till att förbättra förut-

sättningarna för en säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorg [12]. Arbetet är uppdelat i olika insatsområden fokuserade på lagstiftning, informationsstruktur, teknisk infrastruktur och tillgänglighet. Andra exempel är Socialstyrelsens Info VU-projekt 2001–2006 [13], det pågående samordningsarbetet mellan landstingen [14, 15] och arbetet med ny patientdatalag [11].

Ett av de konkreta förslagen inom det pågående utvecklingsarbetet inom hälsoinformatik i Sverige är att »journalen« bör utvecklas till ett interaktivt hälsoanalysystem [4, 5]. För att detta ska kunna ske måste kvaliteten i hälso- och sjukvården byggas in i den löpande kliniska analysen och handläggningen av enskilda patienter. En central förutsättning för detta är att utveckla dagens retroaktiva, passiva doku-

mentation och »journalföring« av patienternas hälsouppgifter till ett proaktivt, interaktivt hälsoanalysystem för att betona att dokumentationen är en viktig metod för att uppnå målen med handläggningen. Detta kan med fördel ske enligt DBU-metoden [4, 5]:

1. Diagnostik: en kvalificerad analys och bedömning av den enskilde patientens hälsotillstånd.
2. Behandling: en detaljerad specifikation över vilka behandlingsmetoder och konkreta vårdplaner som används.
3. Uppföljning: en regelbundet upprepad kritisk analys av huruvida definierade och utvärderingsbara behandlingsresultat verkligen uppnås för den enskilde patienten.

En prototyp till ett sådant »interaktivt hälsoanalysystem« har tagits fram. Med interaktivt avses att hälsoanalysystemet bör vara fritt sökbar och att man vid t ex en konsultation, rond eller undervisningssituation ska kunna ställa frågor och grafiskt visualisera valfria samband i fråga om ett eller flera hälsoproblem (symtom, diagnoser, mätvärden och riskfaktorer) hos patienten. Detta kommer att ge viktiga pedagogiska effekter och öka patienternas delaktighet och medansvar för hela handläggningen. Behovet av ett sådant analysystem ökar ju mer komplicerad den kliniska problematiken är, och det blir därför särskilt angeläget inom geriatrik och äldre-vård.

Systemet har sin givna bas i den generalistorienterade primärvården med fokus på öppen, elektiv vård, där hälsoinformation från andra vårdgivare och eventuella slutenvårdsperioder löpande förs in i systemet. Om patienten samtycker kan tillämpliga delar av den integrerade hälsoanalysen göras tillgängliga även för andra vårdenheter/vårdgivare, t ex i sam-

band med sjukhusvård. Genom att det interaktiva hälsoanalysystemet är inriktat på analys av kvalitets-säkrade primärdata hos de enskilda patienterna kan det även användas löpande för klinisk forskning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ändamålsenlig vårdokumentation [rapport]. Stockholm: Grufman Reje Management; 2002. <http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Revisionen/Dokument/Granskningsrapporter/Slutrapport145.pdf>
2. Hassler E, Krakau I. Journalen – bristfällig informationskälla om patienter som vårdats för stroke. Läkartidningen. 2005;102:2226-9.
3. Engarås B, Hanson J. På väg mot individbaserad uppföljning av resultat i vård och omsorg. Läkartidningen. 2005;102:1034-5.
4. Akner G. Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldrecentral. Stockholm: Liber; 2004. (engelsk version www.gunnar-akner.se).
5. Akner G. Analys och handläggning av äldres multisjuklighet måste samordnas. Med DBU-metod tillämpad vid äldrecentral kan behandling utvärderas. Läkartidningen. 2005;102:758-65.
6. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldre-vård – En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: SBU; 2003. SBU-rapport 163.
7. Wester A. Elektroniska patientjournaler – inre sekretess och gränserna för åtkomst [student essay]. Göteborg: Juridiska institutionen, Handelshögskolan, Göteborgs universitet; 2007. <https://guoa.uh.gu.se/dspace/bitstream/2077/3339/1/200732.pdf>
8. Jervall L, Pehrsson T. IT-stöd inom landstingen i Sverige. Inventering på uppdrag av SLIT-gruppen; 2006. http://213.180.94.156/dokument/publikationer_och_rapporter/rapport_systeminventering_ver_1.0.pdf
9. Jervall L, Pehrsson T. Landstingens IT-nyckeltal för 2005. Inventering på uppdrag av SLIT-gruppen; 2006. http://www.carelink.se/dokument/publikationer_och_rapporter/Rapport_SLIT_Nyckeltal_2005.pdf

Dags att reparera vårt Offentliga haveri

■ En debatt pågår i Läkartidningen om privatsjukvård. Kollegerna Bertholds, Halldin och Järhult tycker att svensk sjukvårds Ragnarök är på gång om mer privat sjukvård breder ut sig [1-4]. Sedan tycker de inte särskilt mycket mer.

Kollegerna borde fråga sig varför många politiker vill ha mer privat sjukvård, varför enskilda sjukförsäkrar sig och varför företag försäkrar sina anställda. Jo, det Offentliga har till stora delar havererat, och därför vill man själv gardera sig. De politiker som ser haveriet vill försöka göra något åt det. Det är ju deras uppdrag.

Några exempel på haveriet: 86-årig ensamboende småbrukaränka i Blekinges skogsbygd har ständig värk i benen (höfter, cirkulation, nerver?). Hon ringer sin vårdcentral strax före mid-sommar och får en tid i september 2007.

30-årig arbetare sliter i arbetet av sin högerhands volarplatta (januari 2006). Till slut (december 2006) beslutar handkirurgerna i Västra Götaland att operera, men inte förrän 2009 eller 2010. Försäkringskassan proponeerar sjukpension, eftersom rehabilitering är omöjlig utan operation. Dagkirurgi görs privat (mars 2007) med en »knivtid« på 25 minuter. I juni framskrider läkningen bra, och en kompletterande artrodes tycks då inte behövas.

Flera reumatiker med svåra, oftast duktigt smärtande och starkt funktionshinderande fotdeformiteter opereras privat. De flesta har efter offentligt ställt operationsindikation bara väntat i 3-4 år, några i 7-8 år.

Dessa exempel är inga ensta-

ka undantag, och att ständigt svänga sig med prioriteringar, jämlikhet och solidaritet är ett hån mot medborgarna.

Jag har till skillnad från mina tre kolleger flera förslag till den offentliga sjukvården för att lindra haveriets följder. Här är två av dem.

Först: »Skötsamhet« – kvalitativt goda patientmöten i ett individuellt rimligt antal, och beredvillighet att »ställa upp« för sjukvårdens kärnverksamhet, t ex att ta extrajourer – skall vara vårt viktigaste kriterium för lönepåslag.

En primärvårdschef i nordvästra Skåne fick för inte så länge sedan inte igenom sina löneredvisionsförslag eftersom »skötsamhet« inte fanns i kriterielistan. Påslagen gick till »projektfolket«.

De offentliganställda noterar detta och handlar klokt: Skall lönen maximeras måste man engagera sig i projekt, FoU och inrättningar liknande F-läns Kultorum.

Patientkontakter är rent lönemässigt kontraproduktiva. Blir »skötsamhet« viktigt ger det ändrade attityder och göranden automatiskt, eftersom offentliganställda är kloka.

Sedan: Det Offentliga må gärna privatisera, men måste först skaffa sig kompetens att ta reda på vad som egentligen skall köpas av det Privata och ha förmåga att sluta professionella avtal. Här finns stora brister.

Dålig kompetens härvidlag ger dålig valuta för pengarna. Och sedan – mycket viktigt – krävs det fortlöpande kontroll av det man köper. Det saknas allmänt idag, och det är nu inte så konstigt, eftersom det Offentliga är kravlöst gentemot sin egen verk-

samhet och sina anställda.

Bästa kolleger, det är lätt att tala om vad man inte tycker. Det är svårare att tala om vad man vill ha, men kom med era förslag för att reparera vårt Offentliga haveri.

Johan Fischer
Nyhamnsläge

fd överläkare i anestesi, Vänamo fackligt aktiv i Läkarförbundet och SACO 1968-1998 landstingsledamot (m) i F-län 1998-2003

REFERENSER

1. Bertholds E. Nej till vinstdriven vård. Läkartidningen. 2007;104:2094-5.
2. Halldin J. Har pengarna blivit viktigare än etiken? Läkartidningen. 2007;104:1665-6.
3. Halldin J. Bra att tystnaden äntligen bryts! Läkartidningen. 2007;104:2093-4.
4. Järhult B. Mot ett dyrt, diskriminerande sjukvårdssystem. Läkartidningen. 2007;104:2091-2.

BMI är en kvot!

BMI (Body Mass Index) är ett flitigt använt värde, både i kliniken, i studier och i den allmänna debatten om övervikt.

Det är välkänt att siffran räknas fram som kroppsvikt i kilogram dividerat med längden i meter upphöjt till 2. Men det betyder *inte* att BMI skall anges med sorten »kilogram per kvadratmeter«.

Människans kroppsytta är inte en kvadrat, och kroppslängden multiplicerad med sig själv ger *inte* kroppsytan. Därför är BMI inte »kilogram per kvadratmeter« utan en kvot, som skall anges *utan* sort!

Ingemar Boström
överläkare, Karlskrona

LÄS MER Fullständig referenslista <http://ltarkiv.lakartidningen.se>