

INFORMATIONSSYSTEM OCH IT– I VÅRDEN

Information är ”data som bearbetats så att de blivit användbara”. Informationssystem är en representation av verkligheten – all mänsklig verksamhet genererar information. Sjukvårdens verklighet är komplex och svår att bearbeta så att den blir förståelig och överförbar till alla inblandade i patientens vård. I stort kan vårdens informationssystem PAS (patientadministrativa system) indelas i Vårdadministrativa system (VAS) och Patientjournalssystem (ekonomisystem och materialförsörjningssystem är då undantagna).

1970-talet ett tvekande decennium

Sedan början av 1970-talet hade i Sverige förts diskussioner om hur ADB (automatisk databehandling) skulle kunna utnyttjas i sjukvården. Försöksverksamheter hade bedrivits för att pröva ADB inom olika delområden som vårdadministration, journalhantering, röntgendiagnostik, medicinteknik, medicinskt beslutfattande/diagnostik, materialhantering. Erfarenheterna hade varit huvudsakligen positiva inom vårdadministration och teknik. Däremot hade man stött på stora svårigheter som berört det direkta omvårdnadsarbetet.

Varför den då ringa ADB-användningen i svensk sjukvård?

- Vårdarbete är ett känsligt område som ställer stora krav på säkerhet, integritet och sekretess.
- Vi har i Sverige stora krav på en ny teknik från anställda och fackliga organisationer
- Bristande resurser och kompetens inom landstingen

1980-talet ett sökande decennium

1980-talet kan inom det vårdadministrativa området betraktas som sökandets årtionde. Stora nationella projekt som DASIS (datorstött informationssystem i sjukvården, STU 1987), enskilda landstingsprojekt som i Älvsborg, Göteborg, Malmö, Östergötland m. fl. och lokala vårdcentral/klinikprojekt som vid VC Kronan i Sundbyberg, Säffle pågick parallellt med olika inriktningar/ambitionsnivåer och med olika teknologiska utgångspunkter. Inom länssjukvården införde man relativt kända patientadministrativa system. I Älvsborg hade man inriktning mot att utvärdera ADB-teknikens effekter på nya områden.

Det viktigaste resultatet av 1980-talets utrednings- och utvecklingsarbete var troligen den ändrade synen på systemstrukturen, att vårdsystem bör baseras på de enskilda vårdenheternas behov och förutsättningar. Dessutom kom fokuseringen på vertikal kommunikation att överges till förmån för en horisontal mellan samverkande vårdenheter (Informationsstrategi för landstinget i Älvsborg, Vänersborg, 1986).

Patientjournalens utveckling

Sjukvårdens viktigaste informationssystem är patientjournalssystemet. Den medicinska patientjournalens användningsområden är:

- I vården för att redovisa problem och åtgärder och för att underlätta den diagnostiska processen samt för att kommunicera med medarbetarna.
- Kvalitetskontroll. Den ger möjlighet att beskriva, studera och följa upp verksamheten
- För insamling av medicinsk och administrativ statistik.
- Forskning. En journaldatabas med god kvalitet på indata kan användas i både registerstudier och prospektiva studier.
- I undervisningen för att träna den diagnostiska processen och användas som kontroll på undervisningens innehåll och kvalitet. Juridiskt dokument vid t.ex. anmälningsärenden och behandlingskonflikter.

I patientjournalen bör all information som berör patientens tidigare, nuvarande och kommande vård noteras. Journalen bör vara överskådlig och lätt att finna i och lätt tillgänglig för vårdgivarna. Detta var utgångspunkten när man vid Gråbo vårdcentral först anpassade sitt journalssystem till en pappersbaserad problemorienterad journal och senare till en datorjournal. Om denna utveckling handlar följande avsnitt.

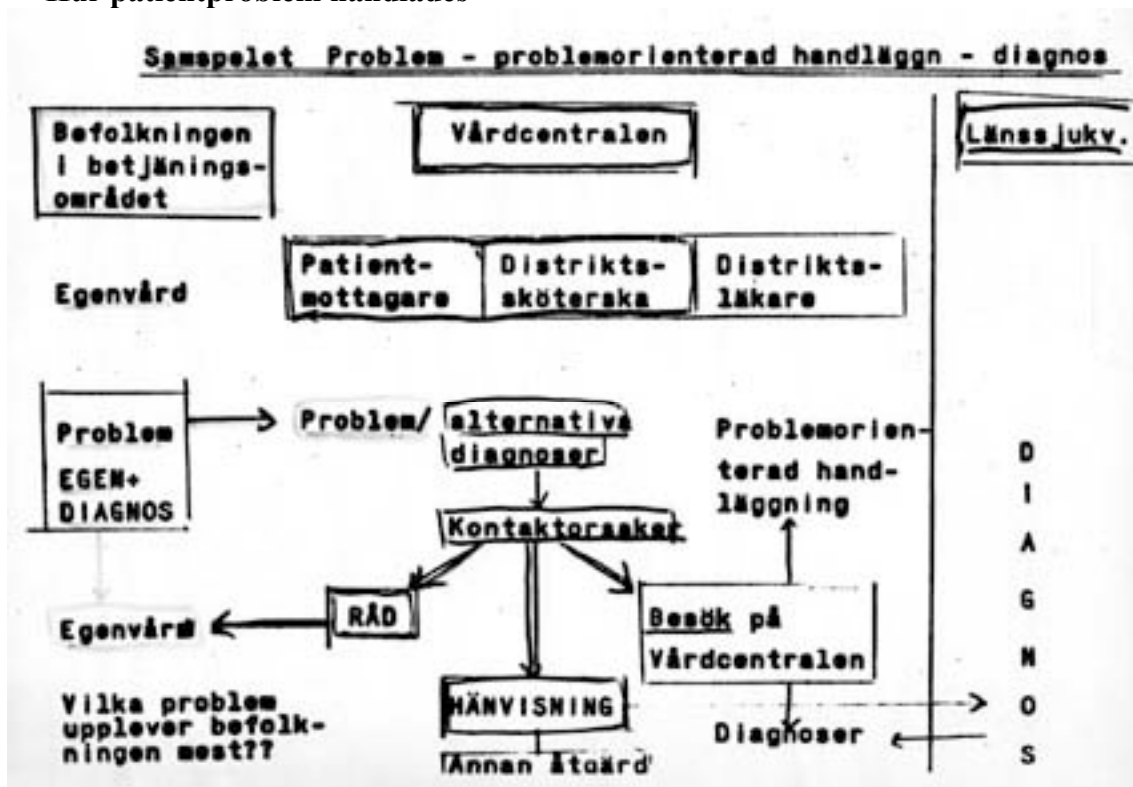
Långt fram på 1960-talet var läkarjournalen i A-5 format och anteckningarna var skrivna för hand. Journalen var mer en komihåglapp för läkaren än en beskrivning av ”den diagnostiska processen”, verkligheten vid patientbesöken. När landstinget erbjöd läkarna sekreterarhjälp i början av 1970-talet blev journalen maskinskriven och i A-4 format. Diktafoner började användas och läkarnas ordflöde gjorde att journalen blev allt överskådligare. Spris ”grundjournal” med olika avsnitt i journalen, med sökord och med dikteringsanvisningar avhjälpte många av dessa problem. Ett flertal journalkoncept som byggde på Spris grundjournal utvecklades också för olika personalkategorier under 1980-talet.

Primärvårdens journaler blev allt mer omfattande och alltfler personalkategorier skulle dela informationen i journalen. Behovet av en välstrukturerad och lättöverskådlig primärvårdsjournal blev alltmer påträngande. Den problemorienterade journalen (POMR), som konstruerats av Lawrence Weed 1969, infördes av Paul Hall, Stockholm, på sjukhus Sverige 1970 och av Christer Gunnarsson, Örnköldsvik, i primärvården 1974. Någon succé gjorde den inte i Sverige men Gråbo vårdcentral nappade på idén och anpassade POMR till sin verklighet – se nedan.

När datorstödet för informationsbehandling blev mer användarvänligt i mitten av 1980-talet kändes det angeläget att pröva datorstödd journalhantering i primärvården. Ett stort sådant försök gjordes vid Gråbo vårdcentral i samverkan med Kronans vårdcentral i Sundbyberg med början 1984. Detta resulterade i den första heltäckande datorjournalen vid vårdcentral inkluderande överföring av recept till apoteket i vårdcentralen och kontakt med centrallaboratoriet i Borås. Se mer om detta senare. Den problemorienterade journalen var en förutsättning och grund för den nya datorjournalen i Gråbo. Det vårdplaneringssystem som utvecklats i Lerum tillsammans med Spris (Lerumsmodellen) blev grunden för den datorstödda vårdadministrationen. Datorjournal och vårdadministration kopplades samman till en helhet. All information om patients kontakter med läkarstationen fanns lättillgänglig i ett och samma datorjournalssystem.

En mer allmän spridning av datorstödet i primärvården kom först under början av 1990-talet, då en mängd olika kommersiella system utvecklades och såldes till hugade vårdcentraler. I ett landsting kunde ett flertal olika system inköpas och någon samordning var det sällan fråga om. I Spris regi gjordes stora ansträngningar för att styra mot en bättre utveckling, utan större framgång. Först i början av 2000-talet insåg man ineffektiviteten med de många datorjournalssystemen och försökte finna vägar för bättre samordnade system.

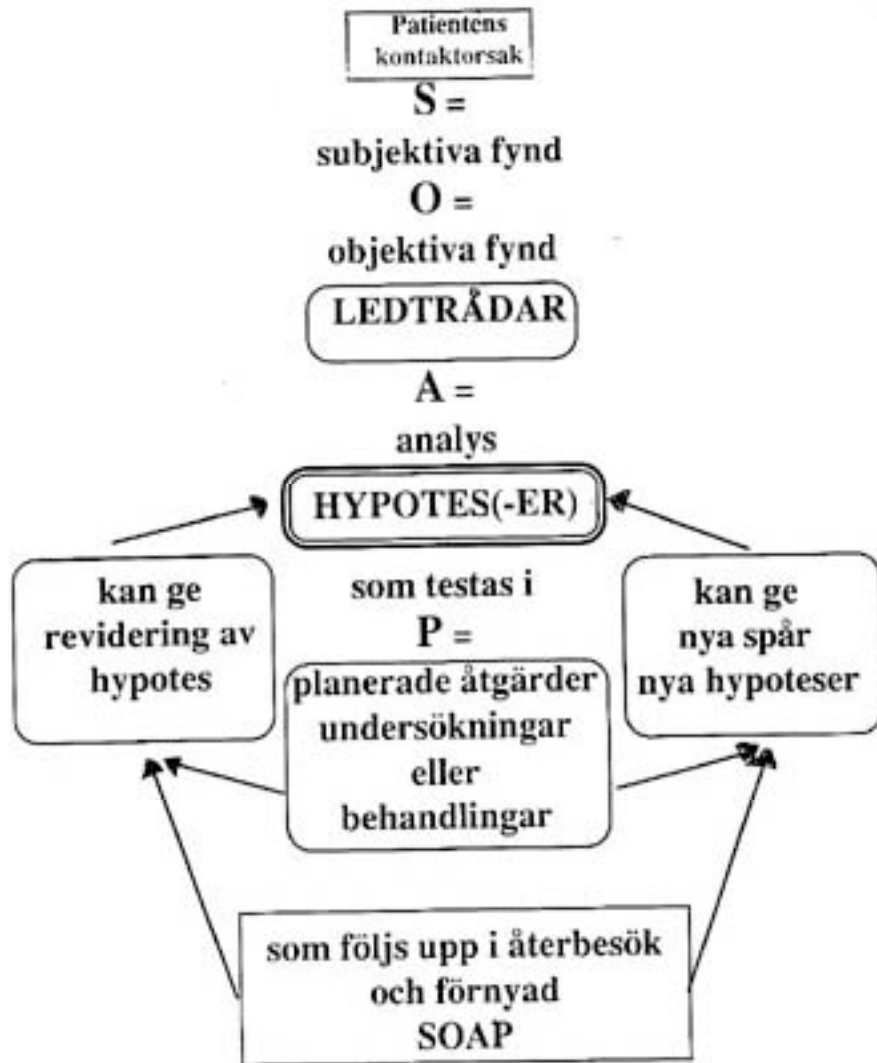
Hur patientproblem handlades



Bilden visar hur befolkningen i första hand idkar egenvård. När problemet inte löses med egenvård söker man sjukvården och då i första hand primärvården. Lerumsmodellen innefattade en första kontakt med en patientmottagare/sjuksköterska. Patienten beskriver sitt problem i andra termer än sjukvårdens diagnoser. Vi kallade det problem och kontaktsaker och konstruerade en kontaktsaksklassifikation som bestod av både symtom, problem, diagnoser och olika åtgärder (Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg, 1983). Klassifikationen kopplade till det tidigare konstruerade Kontakt-Orsaks-Åtgärds-Registret (KÅR), där för kontaktsakerna gavs förslag till lösningar för patientmottagarens handläggning av problemen. Tre huvudalternativ till problemlösning fanns i KÅR: Rådgivning för fortsatt egenvård, Hänvisning direkt till annan vårdgivare (överenskommelser fanns med sjukhusens kliniker om hänvisningsorsaker), Besök på vårdcentralen (som kunde vara hos sjuksköterska, läkare eller annan resursperson beroende på problemets art). Dessa olika uppgifter noterades på R/P-blanketten, som sedan följde patienten vid besöket eller sparades.

Vid läkarbesöket/konsultationen rekommenderades ett "vetenskapligt, hypotestestande" tillvägagångssätt och en diagnostisk process som beskrivs översiktligt i följande bild:

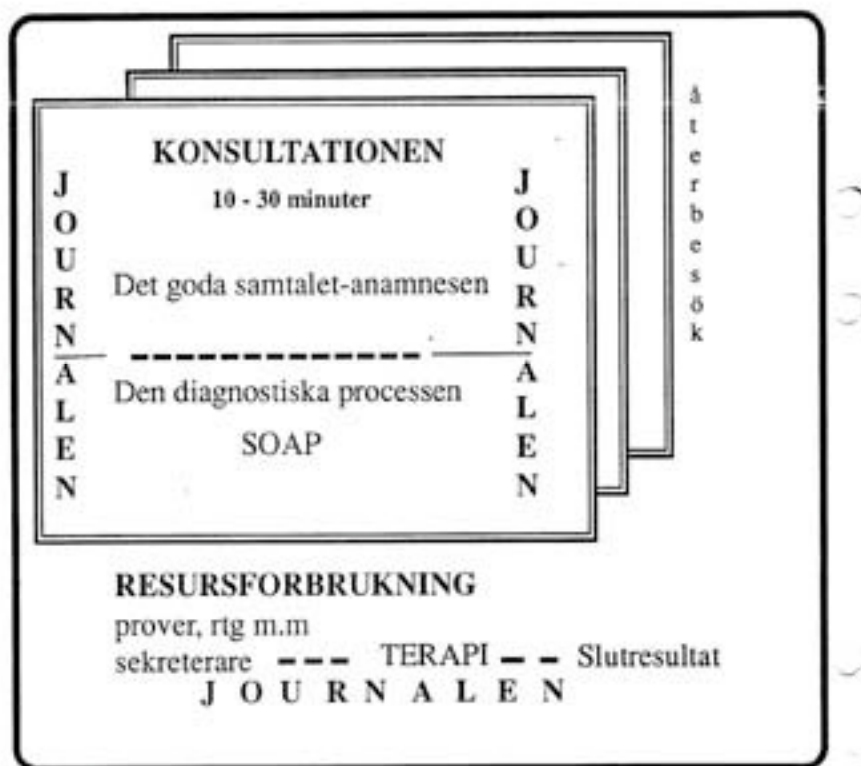
Den diagnostiska processen – ett vetenskapligt arbetssätt –



Processen kan sammanfattas i bokstäverna SOAP – Subjektivt (patientens beskrivning av symtom och problem, anamnesen), Objektivt (vad läkaren finner vid undersökning och provtagningar), Analys (informationen sammanställs och en eller flera hypoteser ställs om sjukdom/diagnos). En Plan görs för testning av hypoteserna då också sannolikhetsövervägande vägs in. När en sannolik eller säker diagnos är ställd, kanske efter flera konsultationer, gör läkaren en individuell behandlingsplan, som följs upp och utvärderas.

Konsultationen skulle dokumenteras i Journalen både före, under och efter konsultationen, vilket beskrivs med följande bild:

FIGUR 1. Konsultationen



Patientjournalen byggde i Gråbo på en problemorienterad variant av grundjournalen och blev sedan datorstödd.

POMR – en problemorienterad patientjournal

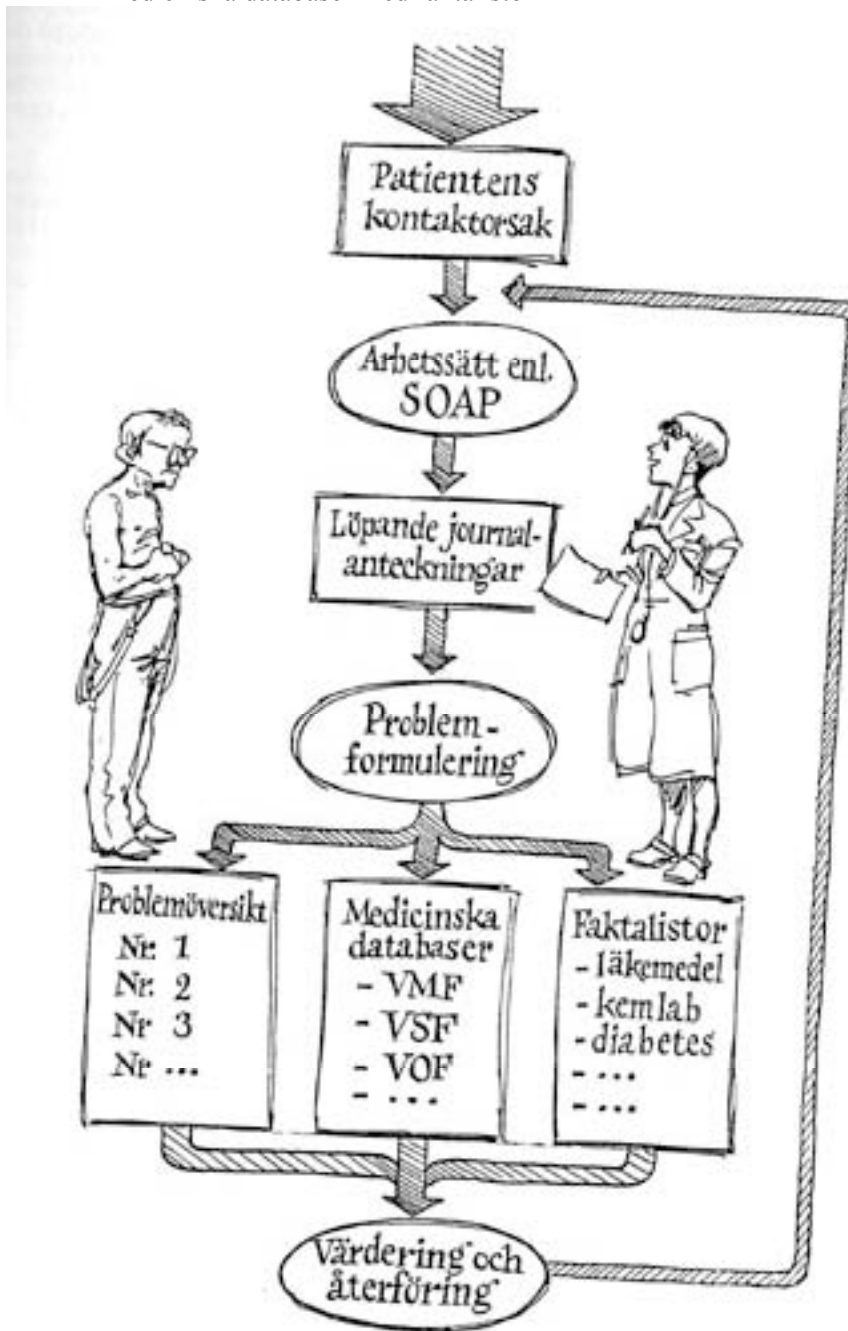
Att arbeta problemorienterat kändes naturligt vid primärvårdens handläggning av patientens olika problem. En säker diagnos kunde ofta inte ställas vid de första kontakterna med patienten men problemet/en som patienten hade kunde ändå angripas på många olika sätt. Den av Weed i USA och senare och Christer Gunnarsson i Sverige introducerade problemorienterade registreringen (POMR) av journaldata gav stora möjligheter att överskådligt beskriva patient/läkarmötena vid besöken och över lång tid. Dock var POMR svår att kombinera med Spris grundjournalkoncept. En liten arbetsgrupp med Bengt Dahlin, Gråbo, Annika Hässler, Kronans vårdcentral i Sundbyberg och Gert Ljungkvist från Spri tog på sig uppgiften att försöka samordna de två registreringsmetoderna. Resultatet presenterades i Spri rapport 210 år 1986.

I primärvården möts man ofta av diffusa symtom vid första kontakten med patienten. POMR gav möjlighet att arbeta utifrån symtom utan att för tidigt i den diagnostiska processen sätta en diagnosstämpel på patientens problem., en diagnos som eventuellt kunde styra handläggningen av problemet i fel riktning.

POMR – dess delar

Grovt kan man strukturera den problemorienterade journalen på följande sätt:

- Problemöversikt
- Problembeskrivning enligt SOAP-modell i den löpande journaltexten
- Medicinska databaser med faktalistor



Figur 2 A. Problemorienterad journal

Problemöversikten är kanske den viktigaste komponenten i POMR. Den ger en helhetsbild av patientens problem ofta över lång tid.

Figur 5A Problemöversikt

Vårdcentralen, SÖRA, SÖRA
VÄRDENSKEN NÄLSÅN
 DISTRIKTSLÄKARNÄTTAGNINGEN
 NÄLSÖVÄGEN 4
 123 43 LYCKEBY

Problemöversikt, POMR
 000000-0000
 KRONA STEN
 STUREGATAN 47
 123 43 LYCKEBY
 123456789 123456789

Vårdgivare, sjuvårdsgivare
 VI 2, Annika Hämmer

Personens anamnäs
 Förekomst av: VSP, MI VSP, MI

Finns tillstånd, utredningsmetoder
 Medicinska diagnoser, testresultat

Vårdens medicinska lista

Hypertonilista

Problemöversikt

Problem	ICD-kod	ICD-kod (2)	Problem - utvärderat	Utvärderat (1 = problem löst)
84-06-21	1	X	Prostatascancer, 185	
84-06-21	2	X	Perniciös anemi, 2810	1979, VWF.
84-07-13	3		DLI, 465	1983, th, 1-
84-12-24	4			
85-02-28	4a	X	Hosta, 7833	2, /s
85-03-19	4b	X	Kronisk bronkit, 491	
85-07-20	5	X	Lungcancer, 162	
			Kpikondylit, 731	
85-06-28	(4) 9		Trottthet, 796R	3, 2- 4-, VWF 3, 4, /s
85-07-12	(7) 9		Klåda, 690	5, /s
85-07-12	(8) 9		Bkävärdar, 7855	6, /s
85-07-30	9		Hepatit B, 070	6, /s
85-07-12	10	X	Hypertoni, 401	7, 7-

Med databaser menade vi i detta sammanhangsammanshörande viktiga fakta samlade under längre tid och grupperade på ett överenskommet sätt i journalen. Databaserna innefattade faktalistor av olika slag t.ex. laboratorielista, läkemedelslista, hypertonilista, diabeteslista.

Som stöd för journalföringen fanns dikteringsanvisning och sökordsförteckning (enligt Spri).

Basdata om kontakter i primärvården /kontaktsaksregister

En av patientjournalens uppgifter kunde vara att få kunskap om och utvärdera verksamheten. I ett Spri-projekt i början av 1980-talet diskuterades och föreslogs vilka basdata vid kontakter med primärvården som borde registreras för att få underlag till relevanta indata för att kunna studera verksamheten. Rekommendationerna utfärdades av "basdatagruppen", en arbetsgrupp som bildats på initiativ av föreningen för allmän medicin (SFAM). I arbetsgruppen ingick bl.a. Britt-Gerd Malmberg och Bengt Dahlin, som i ett appendix gav förslag till en klassifikation för kontaktsaker. Rapporten (Spri rapport 142, 1983) var ett första steg i utvecklingen av uppgifter som behövs för planering, ledning och utvärdering av primärvårdens verksamhet. I slutet av 1980-talet kom diskussionen om kvalitetssäkring med Spri rapport 230, 1987. Utredningen INFHOS (Informationsstrukturen för hälso- och sjukvården), kom 1990 med ett delbetänkande (SOU 1990:98, INFHOS 1), Rapportering från den öppna vården – Basdata för uppföljning, som i stort byggde på den första basdatarapporten. I den senare rapporten konstaterades att mycket få enheter inom primärvården 1990 hade tillgång till datorteknologi, vilket på sikt fordrades för att datafångst skulle kunna göras "vid källan". Man konstaterade att för datorjournalen – den effektivaste lösningen av datafångst – fanns redan realistiska lösningar. Man tänkte då på datorjournalssystemet Swede*Star som utvecklats vid Gråbo vårdcentral och Kronans vårdcentral i Sundbyberg. "datorstödda informationssystem, som möjliggör att data endast behöver registreras en gång i samband med informationshanteringen kring

patientkontakten, kommer att bli nödvändiga”. Man pekade på att för att underlätta arbetet använde många basenheter den av Spri utarbetade och standardiserade registrerings och planeringsblanketten (R/P-blanketten), som från sin första variant modifierats för registrering av basdata vid kontakter med primärvården.

Basdata, som registreringuppgifterna kallades, delades i sin tur upp på minidata och tilläggsdata.

Basdata i primärvården

Basdata om kontakter Basdata om befolkningen Basdata om resurser

Minidata **Tilläggsdata**

	Minidata registreras vid besök	Tilläggsdata Registreras vid inledande kontakter, besök och kontakter för uppföljning
Patienten	Personnummer Kön Vårdcentrals betjäningssområde	Civilstånd, Nationalitet Yrke, arbetsplats Betjäningssområde
Vårdgivaren	Mottagning Personalkategori	Identifierad vårdgivare
Kontakten	Datum Kontaktsätt	Initiativ Kontaktens innehåll
Medicinsk information	Diagnoser/Problembeskrivningar	Kontaktorsaker Problembeskrivningar Sjukdomsorsaker Åtgärder

R/P-blankett för registrering av basdata – de svärtade fälten anger basdata som var tvungna att registreras för verksamhetsuppföljning.

The form is titled 'Vårdcentral/mottagning' and 'Registrering/Planering'. It is divided into two main sections: 'INLEDANDE KONTAKT' and 'BESÖK - UPPFÖLJNING'. The 'INLEDANDE KONTAKT' section includes fields for date, time, location, and contact type. The 'BESÖK - UPPFÖLJNING' section includes fields for patient and caregiver information, contact details, and medical notes. Some fields are shaded black, indicating mandatory data for follow-up.

I INFHOS 1 föreslogs administrativa variabler:

Mottagning, personalkategori, besöksmånad, födelseår, kön, Län/kommun/församling och medicinska variabler för primärvården:

Problem/diagnos (två per besök), Åtgärd för registrerat problem, Remiss till/från

Gråbo med ett av rikets första kompletta datorjournalssystem

Förarbeten till Gråboförsöket

Arbetet med försöksverksamhet med datorstödd vårdinformation vid Gråbo vårdcentral startade 1984. Det bakomliggande utredningsarbetet kunde dock spåras tio år bakåt i tiden.

Redan 1975 antog Älvsborgs läns landsting en ADB-plan. Vid Vänersborgs lasarets kvinnoklinik gjordes 1976 ett första försök att utveckla ett datorstött vårdadministrativt informationssystem. Med utvärderingsresultat från detta försök beslöt landstingsmötet 1980 att fortsätta utvecklingsarbetet. Fyra förstudier gjordes inom områdena ekonomi, medicinsk service, länssjukvård och primärvård. En av dessa var PRIMPAS – primärvårdens patientadministrativa system 1977. Det blev primärvårdens förstudie för införande av datorstödda vårdadministrativa rutiner. I förstudien utvecklades principerna för vilka funktioner som borde datoriseras men även verksamhetsorienterade mål för ett patientadministrativt system.

Delar av landstingets ledning, utrednings- och ADB-personal var vid den här tiden fortfarande färgade av ett centraliserat tänkande. Man såg stora fördelar i en central utveckling och drift. Systemutvecklingsarbetet präglades av SIS/RAS-modellen (Svenska standardiseringskommissionens riktlinjer för administrativ systemutveckling). Andra grupper hade tagit del av nya tankar för en mer decentraliserad/lokal användning av mindre och effektivare datorer samt det viktiga att låta användarna påverka utformningen av systemen. I detta skede avstannade beslutsprocessen p.g.a. oenighet om hur man skulle gå vidare. Detta trots att landstingsmötet avsatt 6 miljoner för vidareutveckling av ett vårdadministrativt system.

PRIMPAS – primärvårdens administrativa system

Syftet med denna förstudie, som gjordes av Leif Bäckman, var att bedöma behovet av utvecklingsinsatser på det patientadministrativa området inom primärvården i Älvsborgslandstinget. Metoden var en noggrann kartläggning av rutinerna vid Gråbo vårdcentral med AU-metod samt enkät och intervjustudier.

Rapporten beskrev och värderade primärvårdens patientadministrativa funktioner omkring 1977. En god grund ansågs det vård- och resursplaneringssystem, som utvecklats i Lerum, vara då stora delar då användes vid de flesta vårdcentralerna i länet. Riktlinjerna som angavs kom att ligga till grund för Gråboförsöket. De behov som bl.a. beskrevs var:

- Anpassning av dåvarande journal till primärvårdens arbetssätt med inriktning mot en problemorienterad journal.
- Utveckling av klassifikationssystem för data som behövdes för verksamhetsbeskrivning och uppföljning.
- Utveckling för rutiner för registrering, bearbetning och lagring av dessa data.
- Utveckling av rutiner som gav tillgång till uppgifter om den del av individens/befolkningens vårdutnyttjande som ej administreras via den egna enheten.
- Behov av former för registrering och central rapportering av variabler i termer för vårdutnyttjande
- Utveckling av rutiner för uppföljning av läkemedelsförskrivning på individnivå.

Sammanfattningsvis kom man fram till att många av problemområdena med sannolikhet skulle kunna hanteras av en datorstödd vårdadministration och att den gemensamma nämnaren för problemlösningarna fanns i datorjournalen.

Gråbo vårdcentral fick uppdraget att testa datorstöd

Försommaren 1983 ombildades ledningsgruppen för ADB-planeringen i landstinget och en mindre arbetsgrupp fick i uppgift att ta fram förslag till försöksverksamhet vid två basenheter. En av arbetsgruppens deltagare var Leif Bäckman, som varit utredare i PRIMPAS – se ovan – och senare fick en nyckelroll i Gråboförsöket. Tiden hade verkat för en decentraliserad lösning. Studieresor, seminarier, externa kontakter med andra landsting bidrog också till att en ny strategi växte fram. Stora totalgrepp skulle undvikas. Flexibilitet och lokal påverkan blev nyckelord.

Uppdraget att testa datorstödda vårdadministrativa rutiner mot de mål landstinget satt upp för verksamheten gavs till Gråbo vårdcentral. Den andra av de två beslutade försöksenheterna hoppade av innan försöket startade. En av orsakerna till att uppdraget gavs Gråbo vårdcentral var att ända sedan början av 1970-talet hade vårdcentralchefen (Bengt Dahlin) bedrivit utvecklingsarbete inom organisations- och informationsområdet.

Tillsammans med Spri hade man utvecklat och infört vårdadministrativa rutiner som avrapporterats i Spri-rapporterna

- Löpande vårdplanering ”Lerumsmodellen”, 1977
- Basdata om kontakter i primärvården, 1983
- Problemorienterad medicinsk registrering, 1986

Vårdcentralen i Gråbo var väl fungerande med effektiv administration. Personalen hade deltagit i ett flertal utvecklingsarbeten som givit dem kunskaper i förändringsarbete och ökat självkänslan hos dem. Frågeställningen som skulle belysas var: Var datorn ett verktyg som kunde ge högre effektivitet i arbetet?

Projektets syfte

Försöksverksamheten hade som huvudsyfte att öka kunskaperna om hur datorn kunde utnyttjas i det dagliga vårdarbetet på en basenhet. Det var främst möjligheten att genom effektivare utnyttjande av informationen förbättra service och vårdkvalitet samt möjligheten att förenkla informationshanteringen som skulle undersökas.

Under projekttiden skulle basenhetssystem utvecklas och tas i drift samt utvärderas mot målen.

- Ökad patientservice
- Ökad vårdkvalitet
- Förbättrad verksamhetsuppföljning och planering
- Förbättrad sekretess
- God arbetsmiljö
- Minskade administrativa kostnader, d.v.s. frigörande av resurser för vårdarbetet

Projektets utvecklingsfilosofi

Det bakomliggande synsätt som ledde fram till Gråboprojektet och som skulle verifieras eller förkastas i tillämpliga delar innebar att:

- Information är en viktig resurs i vårdproduktionen
- Kostnaden för vårdinformationsförsörjningen i vården var stor – cirka 30% av driftskostnaden.
- En god informationsförsörjning (relevant, säker och lätt tillgänglig) har stor betydelse för vårdkvaliteten och värdeeffektiviteten. Den viktigaste informationen är den som dokumenteras i samband med de enskilda patientkontakterna.
- Information krävs för att upprätthålla sambanden mellan olika organisatoriska enheter, mellan individer i ett arbetslag. Informationen representerar kunskaper som ger personalen stöd i beslutsfattandet. Arbetets kvalitet höjs och kontinuiteten i arbetet över tiden stärks.
- Information är den resurs som gör att övriga resurser kan administreras till den plats där behovet finns, d.v.s. där kontakterna mellan vårdorganisation och patienter sker.
- *Utveckling av informationstekniken är viktig för sjukvårdens framtida utveckling, som stöd i det dagliga arbetet och som redskap för verksamhetsanalys, planering och kunskapsutveckling.*

Ett viktigt konstaterande var att en utveckling av ett vårdadministrativt system inte kan utesluta den dominerande informationskällan – JOURNALEN – utan snarare bör fokuseras kring denna.



Gråboprojektet gavs möjlighet att praktiskt testa utformningen av ett datorstött informationssystem med journalen i centrum. Det blev den problemorienterade journalen och "Lerummodellens" vårdadministrativa system som fick ligga till grund för systemet. Men också basdata-projektet med data för utvärdering av verksamheten byggdes in i informationssystemet.

Arbetskyddsfondens utvecklingsprogram

Utvecklingsprogrammet – ett delprojekt inom Arbetskyddsfonden – skulle under åren 1983-1987 bidra till att ny teknik togs i bruk på ett sätt som förbättrade arbetsmiljön och ledde till mera engagerade yrkesroller och innehållsrika arbetsuppgifter. Våren 1984 togs kontakter mellan Landstinget och Utvecklingsprogrammet för att utreda möjligheterna att ge stöd till Gråbo-projektet.

Efter analys av projektets mål och förutsättningar gjorde Utvecklingsprogrammet en bedömning som resulterade i att projektet fick 1,5 miljoner i stöd. Det redovisades flera skäl till valet att stödja Gråbo-projektet.

För det första hade landstinget ett väl utvecklat systemkoncept för vårdadministration (PRIMPAS – primärvårdens patientadministrativa system – en förstudie, 1981 se nedan; VAS-vårdadministrativ systemutveckling med Handlingsplan och Förslag till försöksverksamhet vid

två basenheter, 1983 samt Utvärderingsrapport med förslag till val av standardsystem för försöksverksamhet vid två basenheter, januari 1984).

För det andra hade man för försöket valt en internationellt beprövad programvara (Co*Star, ett system som utvecklats för datorjournal redan i början av 1970-talet i USA).

För det tredje var försöksenheten en liten och välorganiserad vårdcentral. Därtill kom att personalen vid vårdcentralen hade lång erfarenhet av deltagande i framgångsrika utvecklingsprojekt. Sammantagen bedömdes projektet därigenom ha goda möjligheter att snabbt nå resultat.

Som kontaktman i Gråboförsöket utsågs Anders Wiberg, Arbetstagarkonsult.

En dator köps till en vårdcentral

Ett projektarbete 1984 Ett projektarbete som Bengt Dahlin och Ulla Carlsson gjorde i en fem- poängskurs vid Institutionen för informationsbehandling, Göteborgs universitet. I rapporten beskrivs hur ett enskilt datorprojekt (Gråboprojektet) handläggs i ett landsting från start till beslut. Beträffande beslutsprocessen så konstaterades att den var mycket resurskrävande. Många utredningar föregick beslut. Många nivåer måste delta i beslutsprocessen. Vårdcentralens befattningshavare i allmänhet var mycket litet inblandade i processen. Först när beslut tagits av de centrala beslutsfattarna efter MBL-förhandlingar i olika skeden kunde utbildning och påverkan komma igång på basenhetsnivå.

En projektorganisation skapades med ledningsgrupper på alla nivåer. Den lokala gruppen på vårdcentralen hade representation från de olika yrkesgrupperna samt en mindre lokal ledningsgrupp med Leif Bäckman (Centralförvaltningen) Bengt Dahlin (vårdcentralen), Alf Glerup (psykolog) och Anders Wiberg (Utvecklingsprogrammet och Arbetstagarkonsult - facket). Denna grupp kom också att utvärdera projektet och dokumentera det i fyra delrapporter.

Genomförande

Genomförandet av projektet följde följande 14 steg:

De första sju stegen syftade till att ge underlag för datorstödet.

1. Problemen i verksamheten identifierades och idéer till lösningar noterades
2. Idéer till olika projekt jämfördes och man bestämde vad man skulle satsa på
Efter detta steg beslutades hur arbetet skulle gå vidare
3. Verksamhetens arbets sätt kartlades speciellt dess problem. Prognos gjordes om framtiden.
4. Man ställde upp mål för det kommande systemet. Grova lösningar utvecklades och effekterna bedömdes.
Efter detta steg beslutades om preciserade direktiv.
5. Nya arbetsrutiner utformades. Utdata bestämdes. Användarna godkände föreslagna rutiner.
6. man jämförde vad olika system kunde erbjuda (och de var få) utifrån de krav på utdata man ställt.
7. Effekter av systemen bedömdes. Kalkyler gjordes. Olika alternativ jämfördes.
De fortsatta stegen gällde uppbyggnaden av systemkonceptet.
8. Den tekniska systemlösningen bestämdes.
Besluts punkt – vilken teknisk lösning skall man välja.
9. Nya arbetsrutiner utformades i detalj. Installation, utbildning och omläggning av rutiner planerades.
10. Systemet som valts (Swede*Star) anpassades tekniskt till kravspecifikationerna. In- och utdata bestämdes definitivt.
11. Programmet testades
12. Systemet testades för att bedöma om det fungerade tillsammans med de nya rutinerna.
Besluts punkt _ Beslut att systemet skulle införas och de förändringar av systemet som måste göras.
13. Swede*Star infördes
14. Systemet utvärderades och hela projektet bedöms
Dokumentation sammanställdes och publicerades.

I projektarbetet redovisades alla krav som ställdes inför införande av datorstöd på vårdcentralen. Kraven var välgrundade sett mot framtidens datasystem men det fanns inga system tillgängliga i början på 1980-talet som kunde uppfylla kraven. Det system som då kom närmast önskemålen var ett sedan 1970-talet utvecklat i USA för öppen vård – Co*Star. Det hade vidareutvecklats i Finland för öppenvården. Det där utvecklade systemet kallade man Fin*Star. Dessa system kom att ligga till grund för vår vidareutveckling mot de krav vi ställt. Systemet kom att kallas Swede*Star. Det utvecklades parallellt vid Gråbo och Kronans vårdcentral i Sundbyberg av en svensk firma. Personalrepresentanter vid vårdcentralerna gjorde studieresor till Finland och till USA för att sätta sig in i systemfunktionen, dess möjligheter och begränsningar. Det visade sig att begränsningarna sällan låg i utvecklingsmöjligheterna utan i brist på resurser till vidareutvecklingen enligt de önskemål användarna hade.

Swede*Star, Fin*Star, Co*Star och MUMPS

Swede*Star har sina rötter i USA (COSTAR) men vidareutvecklades av svenskt Medinfo Center AB (SMC). SMC togs över av Kommundata AB och senare av TietoEnator. I Norden fanns systemet som Fin*Star (Finland), Nor*Star (Norge) och Med*Star (Danmark).

Det amerikanska systemet COSTAR (COmputer Stored Ambulatory Record) var ett journalbaserat modulärt uppbyggt datasystem för medicinsk informationsbehandling, som fick stor spridning inom sjukvården i USA. Det fanns i mitten av 1980-talet mer än 100 installationer.

Systemet baserades på MUMPS (Massachusetts general hospital Utility Multi-Programming System) – ett programspråk särskilt konstruerat för administrativa tillämpningar inom medicinsk informationsbehandling. Förutom att det var ett generellt och standardiserat programspråk var det ett operativsystem med inbyggda databasfunktioner. Databasen byggdes upp på termer som sedan var möjliga att sammanställa genom en inbyggd generator. För utvecklingen av datorjournal var det perfekt och det fanns dessutom vid försökstiden inget bättre alternativ i världen. Utvecklingen av Gråbos datorsystem gick relativt snabbt och enkelt i MUMPS-miljö. Swede*Star var moduluppdelat och omfattade de flesta administrativa funktionerna vid en vårdcentral. De ursprungliga modulerna anpassades av SMC helt till våra svenska informationsrutiner.

Problemet blev att det efter utvecklingsarbetet inte ansågs användbart i landstingets fortsatta datorstödda informationsutveckling. Man valde ett enklare uppbyggt system (dokumentbaserat), som inte var uppbyggt på termer och begrepp och därför t.ex. inte gick att använda för utvärdering av verksamheten.

Krav på datorsystem och teknik

Ett övergripande viktigt krav var att program(verktyg) skulle utformas så att det blev ett stöd för vårdpersonalens arbete och att dialogen med systemet kunde påverkas av användarnas olika behov. Enkelhet i dialogen mellan personal och datorsystem vid registrering och sökning av data var viktig.

God systemergonomi måste eftersträvas både fysisk och psykisk.

Ett annat framsynt krav var att systemet borde vara modulärt uppbyggt (byggklossprincip). Systemet borde inte heller vara fast knutet till leverantör av maskinutrustning.

Ett flertal krav ställdes dessutom, som sedermera kom att ingå i Spri.s än mer omfattande kravspecifikationer på datorsystem (se referenser). Ett som skulle visa sig inte kunna uppfyllas var kommunikationskrav mellan olika datorsystem. Det problemet kvarstod långt in på 2000-talet.

Bilden illustrerar frustrationen i förändringsarbetet.



Övergripande användarkrav

En grundbult i projektet var att användarnas krav skulle styra systemutvecklingen. Detta visade sig, som sagt, ge en hel del problem då kraven på systemet inte alltid kunde uppfyllas ibland p.g.a. teknikens brister oftast för att "det kostade för mycket".

En funktionsanpassad utbildning var viktig. Erfarenheterna blev att utbildning i ADB var mindre viktig. Att lära sig hur man arbetar i projekt och hur datorsystemet fungerade vid arbetsstationerna i vardagen var viktigast.

Arbetsmiljön, både fysisk och psykisk, var viktiga delar i projektet. Inte minst rekommendationer för terminalarbetsplatserna. Alf Gleerup och Anders Wiberg var nyckelfigurer i dessa diskussioner.

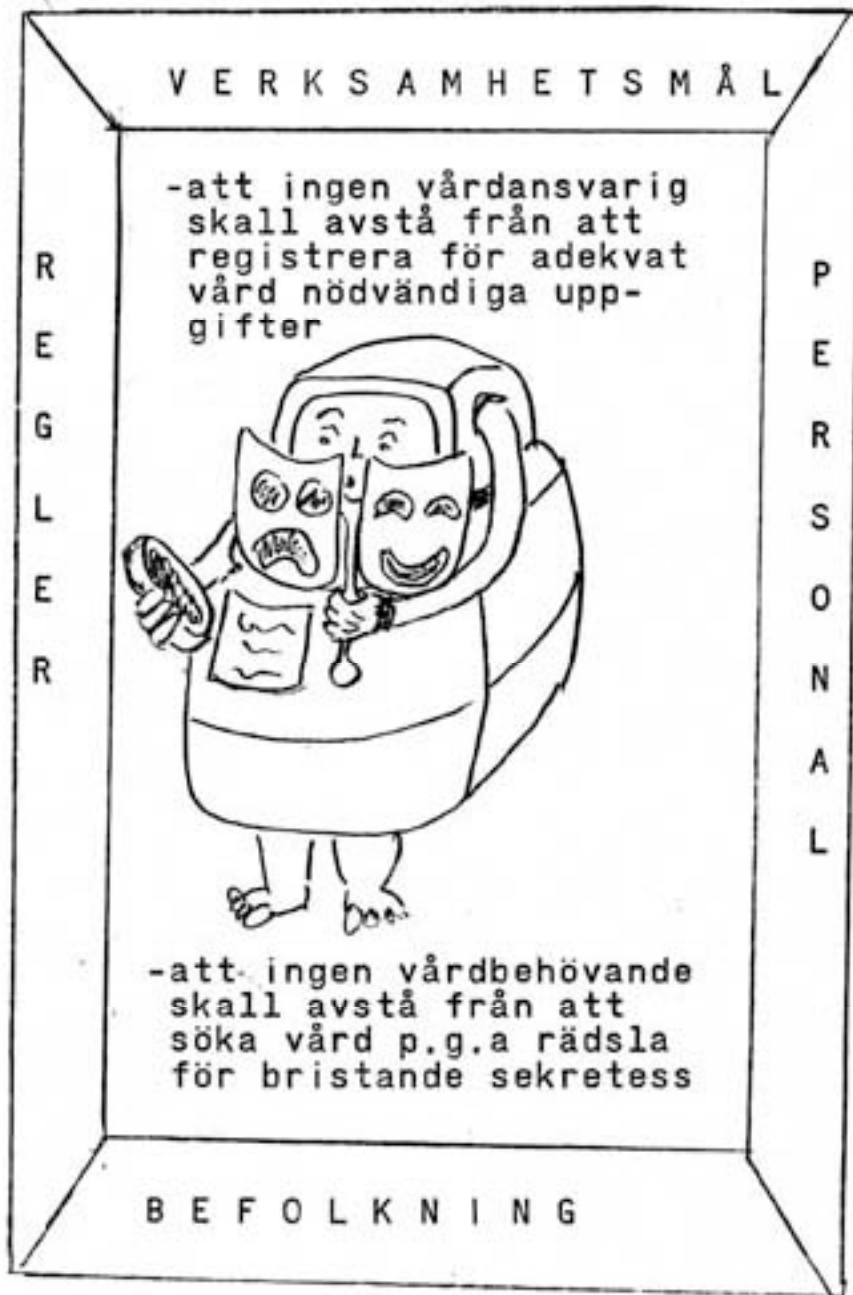
Bevarande av yrkeskunskaper och därmed också av manuella reservrutiner visade sig vara viktiga element. Inte minst då tekniken gick i kvav. Flera diskkraschar upplevde vi under resans gång med förlust av data och återgång för en tid till manuella rutiner. R/P-blanketten, som fanns i bakgrunden, var då bra att luta sig mot.

Personlig integritet var viktig. Var systemet ett verktyg för arbetsövervakning?

Information var en förstahandsuppgift både inom projektet, i primärvårdsområdet och i primärvårdsblocket men allra viktigast ut mot befolkningen.

Sekretessproblematiken var uppenbar och diskuterades under resans gång. Tillgängligheten till patientdata ansåg politikerna skulle begränsas och delas upp på de olika personalkategorierna. Så gjordes i viss utsträckning men teamarbetet fordrade att de flesta uppgifterna var tillgängliga för alla som var involverade i patientbesöket. Men vi var överens

om att journaldata måste registreras enligt patientjournalagen och att sekretessen utåt var viktigare än inåt teamet. Följande bild ger en översikt över problematiken.



Effektgranskning, dokumentation

Utvärderingen av försöksverksamheten gjordes fortlöpande under hela projektiden och omfattade effektgranskningsarbeten både av utvecklingsarbetet och av slutresultatet.

Genom en bred utvärdering ville man granska, analysera och beskriva möjligheterna att göra ett bra manuellt vårdadministrativt system än mer effektivt med datorstöd. Effektgranskningen skulle försöka klargöra sambanden mellan valt system/teknik, hur förändringarna införs i verksamheten, utveckling av kunnandet hos personalen och de effekter som man ville få ut d.v.s. journalen som styrinstrument för verksamheten.

Projektets genomförande och resultat finns beskrivna i ett flertal rapporter och artiklar som återfinns i referenslistan. Erfarenheterna kan kort sammanfattas i att

- Datorinförande måste ske stegvis för att så småningom inlemmas i och förstärka det kontinuerliga förändringsarbete som ständigt skall pågå i en verksamhet.
- Målet för den administrativa utvecklingen med hjälp av ADB måste vara
 - Ökad medicinsk kvalitet
 - Bättre service till patienten
 - Effektiv resursanvändning
 - Bättre förebyggande vård
- Basenhetens behov skall vara utgångspunkt för informationsstödet.
- Informationsstöd (kunskapsstöd) skall byggas så att det kontinuerligt främjar personalens kompetens
- Journalinformationen utgör den viktigaste informationskällan därför att det är en dokumentation av vårdens kärnverksamhet.
- Verksamhetsutveckling åstadkommes genom effektivt utnyttjande av information för
 - Uppföljning
 - Kvalitetssäkring
 - Forskning och utveckling
 - Förebyggande vård
- Ledningen måste vara medveten om vårdinformationens och informationssystemets betydelse för verksamheten dels för det direkta vardagliga vårdarbetet, dels för planering, utvärdering och utveckling av vårda arbetet.
- Det måste finnas ett positivt utvecklingsklimat i hela organisationen vilket innebär
 - Stöd och förankring i organisationens ledning
 - Gemensam grundläggande målsättning, policy och strategi
 - Reglerad ansvars- och befogenhetsfördelning avseende resurspåverkande beslut.
- En stabil stödorganisation måste finnas för bl.a. systemutveckling, upphandling, projektledning, metodutveckling, systemförvaltning, utbildning, service m.m.
- Landstinget måste tillhandahålla ett genomtänkt koncept vad gäller systemstruktur, datorkommunikation, maskin- och programvaror.

Delrapporteringen

Här följer en kort resumé av en del av de rapporter som skrevs,

Delrapport 1; Gråbo vårdcentral – status 1985

Rapporten beskriver verksamheten vid Gråbo vårdcentral före den omfattande datoriseringen. Bl. a. ger den arbetsbeskrivningar per yrkesgrupp som gjordes genom mätningar och gruppdiskussioner. Arbetsflöden beskrivs. Enkäter till befolkning och patienter liksom till intressenter (politiker, tjänstemän, fack) redovisas. Kartläggningen skulle ligga till grund för utvärderingen av effekterna av datorstödet.

Delrapport 2; Administrativ utveckling – en processbeskrivning 1987

Processen i utvecklingsarbetet gav en del mycket värdefull erfarenhet bl. a. :

1. Använd negativa erfarenheter konstruktivt. T. ex. tidigare centralstyrda försök tilldatorisering i landstinget (PABAS). Resultat av detta försök var att man inte litade på datorsystemet utan parallellt förde manuella rytiner.
2. Nätverk ger kunskap och legitimitet. Kontakter med omvärlden är viktig. Studiebesök skapade kontakter och gav impulser till utveckling av det egna arbetet.
3. Eget utredningsarbete ger beställarkompetens. Beställarkompetens är nödvändigt för att lyckas med utvecklingsarbete.
4. Byråkratisk olydnad behövs (ibland).
5. Eldsjälar skapar utvecklingsmöjligheter och är en viktig drivkraft.
6. Gör verksamhetens mål aktiva.
7. Verksamhetsutveckling en del i vardagsarbetet. Användarnas kunskaper måste respekteras.

8. Organisationsförändringar i vården är svårt. Individuella mål, verksamhetsmål och arbetsmiljöfrågor strävar ofta åt olika håll.
9. Låt facket var med.
10. Förändringsprocesser måste få ta tid.
11. Viktigt med flexibla system och en fungerande stödorganisation. Ett verktyg som datorjournalen, som griper djupt in i verksamheten, måste ha möjlighet att förändras tillsammans med verksamheten. Det är nödvändigt att ha ett flexibelt datorsystem.

Ett av målen var en kunskapsutvecklande organisation. Det vårdadministrativa systemet med den problemorienterade journaldatabasen var grunden för ett ständigt utvecklingsarbete. Personalen skulle fortsättningsvis med enkla medel kunna skaffa sig kunskap om det interna arbetet och upptagningsområdets hälsotillstånd genom att göra statistiska sammanställningar. Vi hade ett styrinstrument för verksamheten. Att genomföra detta visade sig ej möjligt (av flera skäl vid Gråbo vårdcentral. Däremot gjordes stora insatser på området på Kronans vårdcentral i Sundbyberg. Bl. a resulterade studierna av vårddata vid vårdcentralen i en doktorsavhandling (Rolf Linnarsson, se referenser).

Delrapport 3; Effektgranskning 1988

I rapporten beskrivs effekterna av det ADB-baserade informationssystemet ur patientens, personalens och verksamhetens perspektiv.

Patienten upplevelser var positiva. Bl.a. kände man sig inte hotad integritets eller sekretessmässigt.

Personalens upplevelser var blandade. Vårdplaneringen underlättades. Det var tidsvinster i att slippa leta efter en pappersjournal. Den fanns alltid på arbetsplatsen. Datorsystemet innehöll många funktioner som ofta behövdes samtidigt t. ex. vid telefonkontakt. Det kändes tidsödande att vandra runt i de olika delrutinerna i systemet. En av biträdena kunde inte klara de nya rutinerna och fick förflyttning till annan vårdcentral.

Läkarsekreterarna var odelat mest positiva över datorsystemet och datorjournalen. Det ökade ansvaret för informationssystemet ökade arbetsvärdet och status bland övrig personal. Man kände sig plötsligt vara en av de viktigaste personalkategorierna på vårdcentralen.

Om datorjournalen var åsikterna delade. Man saknade blädderbarheten i pappersjournalen. Journalinformationen ansågs av många som oöverskådlig, svårsökt – som i en ”svart låda”. Det var svårt att lära sig alla de sökmöjligheter av information som dock fanns. Läkarna fick lägga om sin användning av journalen vid patientbesöket. Journalen borde läsas in strax före konsultationen. En del läkare ansåg att detta innebar en kvalitetshöjning då bläddrandet i en journal vid patientsamtalet är kontaktbrytande.

Sammanfattningsvis:

Personalens arbetsrutiner och arbetsinnehåll förändrades i omfattande utsträckning. De flesta upplevde datoriseringen som en kompetenshöjning och att den gav status i arbetet. De patientadministrativa funktionerna gav sammantaget bättre service. Informationsstödet bidrog inte till högre vårdkvalitet. Datorjournalen upplevdes ge sämre helhetsbild av patienten än den tidigare pappersbaserade problemorienterade journalen. ”Blädderbarheten” saknade många läkare.

För verksamheten innebär datoriseringen inga ekonomiska eller personella vinster. Datorjournalen innebar en rationellare journalhantering. Den löpande vårdplaneringen underlättades av datoriseringen. Arbetsmiljöproblem uppstod men kunde lösas.

Rapportens slutord:

”Gråbos vårdinformationssystem har lagt grunden för en mycket intressant vidareutveckling. Den korta tid systemet var i drift före utvärderingen gav en insikt om datorjournalens och datorstödet framtida möjligheter”.

Delrapport 4; ADB i primärvården – rekommendationer 1989.

I rapporten analyseras och sammanfattas erfarenheterna från försöksverksamheten vad gällde administrativ utveckling med hjälp av ADB, journalens funktioner och datorn, datorer – en primär eller sekundär fråga för primärvården,

Man pekar på ekonomiska och kvalitetsmässiga skäl för en datorisering av patientjournalen som

- En väl utvecklad datorjournal ger ekonomiska vinster (tillgänglighet och läs-, skrivbarhet).
- Läkemedelsförskrivningar underlättas och kvaliteten höjs.
- Kvaliteten i vården kan höjas genom varnings- och beslutsstödfunktioner i datorjournalen. Rolf Linnarssons arbeten.
- Kvalitetssäkringsarbete för verksamheten kan göras. Medicinsk datainsamling kan göras vid källan och inte i parallella system.
- Man kan sätta pris på vad man gör i sjukvården (DRG och AVG). Krister Edeland vid Lerums utvecklingsenhet sysslade med sådan utveckling.

Man sammanfattade med att datorjournalen rönt svalt intresse i vården p.g.a. datortekniken i Sverige inte utvecklats för vårdarbete. Man har mest tagit hänsyn till teknik- och kontorsmiljöer. 1988 fanns ingen datorjournal som uppfyllde de krav man kunde ställa på en optimalt fungerande sådan.

Datagrundjournal. Spri rapport 282, 1990

Detta är en sammanfattande rapport av Gråboförsöket. Rapporten beskriver 1970- och 80-talens administrativa utvecklingsarbete i landet, Gråboprojektets filosofi och de olika faserna i en datorisering av basenhetens informationssystem. Konsekvenserna för verksamheten av datorstöd belyses. Rapporten avslutas med att beskriva tendenser i utvecklingen och en framtidsvision.

Hur gick det sedan med IT-satsningen?

Det viktigaste resultatet av projektet var den kunskap det gav landstinget och möjligheten att använda kunskaperna vid en fortsatt datorisering förutsatt att kunskapen tillvaratogs på rätt sätt. Gjorde man det? D.v.s. Hur gick det sedan.

Gråboförsöket – Operationen lyckades men patienten dog

Resultatet från försöksverksamheten i Gråbo var ur projektets perspektiv mycket lovande men tyvärr blev erfarenheterna av hur de omgivande centrala instanserna och leverantörerna tillvaratog och förvaltrade erfarenheterna mindre goda. Se delrapport 4 av Datorstödd vårdinformation vid Gråbo vårdcentral: ADB i primärvården – rekommendationer 1989.

Helt klart var det inte realistiskt för en basenhet att ensamt driva en utvecklingsprocess av Gråbos karaktär eller att långsiktigt upprätthålla och vidareutveckla ett system med önskad ambitionsnivå utan fortsatt stöd från landstingsledningen. Swede*Star i Gråbo utvecklades samtidigt som landstinget i Älvsborg beslutade att satsa på ett då mycket enklare system – ProfDoc. Tyvärr visade det sig att det inte gick att konvertera Gråbos databas till det nya systemet, som inte var uppbyggt på begrepp och termer. Den enkla databasen var i det skedet ett "Ord- och textbehandlingssystem" tillbyggt med en laboriemodul. Gråbo blev i princip av med journalinformation för 5 års drift, vilket var olyckligt och sannolikt inte ens lagligt.

När ProfDoc infördes i Älvsborg i början på 1990-talet var målet som redan satts 1884 att. "Det man dokumenterar skall bara behövas skrivas ner en gång och kunna läsas var som helst där det behövs för patientens bästa". Och det inom två år. När Lerum fick ProfDoc i mitten av 1990-talet var målet inte nått. År 2006 har man samma mål på riksplanet, som man vill utreda igen. Man vill samordna alla de system som fanns på marknaden.

Fritt ur en artikel i Dagens medicin/Computer Sweden i mars 2006.

"E-journaler klarar inte ställda krav. 15 e-journalssystem slåss om andelarna på den svenska marknaden. De stora aktörerna är Cambio Cosmic, Siemens Melior, Siemens Soarian och Profdoc Journal III. Vilket system som blir framtidens vinnare på e-journalområdet är oklart, men det kommer att bli de som bäst klarar de krav som växer fram för den antionella samordningen. Cambio Cosmic ansågs vara ett modernt, heltäckande journalsystem, som valts av ett flertal landsting. Siemens Melior utvecklades i Göteborg var ett tag det vanligaste systemet på svenska sjukhus. Siemens satsar på sin internationella plattform Sorian, som framtidens vårdssystem. Profdoc Journal II fanns i 21 län på omkring 1300 mottagningar. Det ansågs förlegat."

Några andra journalsystem av de femton: Medidoc, som i dec 2005 gick samman med Profdoc, används i primärvården på 670 mottagningar. Tietoenator Swedestar, en utveckling av ”gråbosystemet”, var relativt vanligt på mindre sjukhus och vårdcentraler. VAs ett heltäckande journalsystem används på bred front i Norrbotten.

Rolf Nikula (som var med och utvecklade Swede*Star) i samma tidskriftsartikel 2006.
” Processtöd en nyckel – och en utmaning — Framtidens e-journalsystem och kravspecifikation präglas av kommunikation, öppenhet och modularitet, även om några bestämda standarder ännu inte finns att följa. En andra viktig förestående förändring rör processtöd.”

Remiss och svar – ett IT-projekt vid Lerums vårdcentral – Projekt ROS

Utvecklingsprojektet, som genomfördes 1996 - 1998 i samverkan mellan vårdcentralen i Lerum och röntgenkliniken i Alingsås, gick ut på att elektroniskt kunna sända remiss och svar mellan enheterna. Projektet nådde sitt mål att elektroniskt sända röntgenremissen och röntgenutlåtandet mellan primärvårdens journaldatorprogram Profdoc Journal II och Alingsås röntgenklinikens program Adapt-Röntgen. Man vann med detta

Snabbare omhändertagande av patienter vid akuta besök på röntgenkliniken

Minimering av överföringsfel

Kontrollsystem att remiss och utlåtande nått adressaten

Kompetenshöjning av personal

Gunni Andersson, IT handledare om ProfDoc

I Vårdsidor nr 5, 2001 klipper vi, Ulla Wessman var reporter:

Gunni trivs bra trots stressig arbetsmiljö

Den fysiska arbetsmiljön kan jag inte klaga på, men jag skulle önska att det ibland var lite mindre stressigt. Jag ångrar inte att jag accepterade erbjudandet att bli IT-handledare, säger Gunni Andersson.

Sedan 1992 har primärvården i före detta landsinget i Älvsborg datoriserat den medicinska dokumentationen. Datasystemet de etades om var ProfDoc och dataprogrammet har successivt förbättrats genom åren.

1997 överfördes resurser till varje primärvårdsområde och Gunni Andersson fick erbjudandet att arbeta som IT-handledare i Mittin-Älvsborg. Primärvårdschefen är hennes närmaste chef.

Behövs IT-handledare i primärvården?

– Absolut, svarar Gunni snabbt. Först

och främst är vi första linjesupport till vårdcentralerna när det gäller ProfDoc. När det kör ihop sig, är det ju positivt att alltid kunna nå mig direkt.

– Jag planerar och genomför utbildningar vid uppgraderingar av programmet. Just nu är jag inne i slutfasen med utbildning och uppgradering till en ny version, som innebär en helt ny lab-modul. Det dyker ständigt upp önskemål om förbättringar som genererar nya arbetsuppgifter för mig.

Trivs med sitt självständiga arbete med många bollar i luften

– Den ena dagen är inte den andra lika. Man vet inte vad som väntar när man läker till jobbet på morgonen. Om det händer något som måste åtgärdas akut, får planeringen som var avsedd för just den dagen läggas åt sidan.

– Jag har ett mycket stimulerande arbete och har många kontakter ute i verksamheterna. Jag arbetar ensam i Mittin-Älvsborg, men jag träffar kollegor i övriga primärvårdsområden

regelbundet och vi ventilerar och diskuterar med varandra. Vid kniviga situationer har vi stort stöd av teknikererna på IT-service i Ilorås.

Den framtida datautvecklingen

– Datautvecklingen går väldigt fort framåt. Det finns mycket på önskelistan idag, tex elektronisk överföring av recept, sörtingen och remisser.

– Hemarbetsplatser kommer säkert, då många vill ha möjlighet att jobba hemifrån någon dag i veckan. I Utricehamn testas program för digital diktering och då kan läkarna släpa sina dikteringsband, berättar Gunni.

Arbetsmiljön blivit successivt bättre

– Det fanns ingen plats på kansliet, när jag fick tjänsten, så jag fick arbeta hemifrån, berättar Gunni. Under en period fick jag tilldelat ett rum högst upp i huset längst bort i en korridor ovanför kansliet i Ålångåls.

– Det kändes inte bra att vara avskuren från arbetskamrater!

När jag besöker henne, har hon flyttat in bland övrig personal på kansliet och hon är mycket nöjd med detta.

– Här är jättefin gemenskap, säger hon. Den fysiska arbetsmiljön kan jag inte klaga på, men jag skulle önska att det ibland var lite mindre stressigt. Hon delar också många önskan inför framtida omorganisation i primärvården!

Drömmar om förbättringar

– Det som står högst på min önskelista är en egen utbildningslokal för primärvården i Mittin-Älvsborg. Nu får vi hyra lasarettets utbildningslokal som ofta är uppbokad.

– Vi har därför inte möjlighet att arrangera utbildningar som vi skulle önska, tex att vidga kunskaperna av internetns möjligheter eller utbildning för hemläsar.

– Regionens hus i Borås har en egen lokal, men med tanke på miljön, så blir det ju långa resor för många, avslutar Gunni. Ulla Wessman



Läkarsekreteraren på 1990-talet

Ur Vårdsidorna (nr 3, 1999) klipper vi också en beskrivning av läkarsekreterarrollen på 90-talet. Vi har tidigare konstaterat att efter datoriseringen av Gråbo vårdcentral i mitten av 1980-talet så blev läkarsekreterare en mycket viktig personalkategori och dess status höjdes betydligt.

Ewalena Sternfeldt, ordförande i Sveriges Läkarsekreterarförbund, intervjuades om yrkesrollen i Vårdsidor nr 3, 1999 av Ulla Wessman, Lerum.

”Det är brist på läkarsekreterare. Datorns intåg ersatte dem inte. Men arbetsuppgifterna och arbetsmiljön har under hela 90-talet förändrats.

Införandet av datorjournaler i sjukvården skulle medförda effektivisering inom sjukvården och läkarsekreterarna skulle man nog kunna ta bort. Den prognosen har visat sig vara helt felaktig.

Grundutbildningar lades ned på löpande band över landet och endast ett tiotal blev kvar. Nu poppar de upp på nytt med olika kvalitet som följd.

Datorjournalen har krävt ännu större insatser av läkarsekreterarna, som oftast blivit administratörer av datasystemen.

En stor del av arbetsuppgifterna innebär uppdatering och arbete med systemet kontinuerligt.

Insatser behövs dagligen av systemadministratörer för att personalen hela tiden har problem med sina datorer eller skrivare.

Läkarsekreterare vidareutbildar sig

Ewalena Sternfeldt, som är förbundsordförande i Sveriges Läkarsekreterarförbund och expeditjonsföreståndare på Fristad vårdcentral, tycker att det enda rätta för läkarsekreterare är att vidareutbilda sig.

- Läs medicinsk informatik, kalkylprogram, datasäkerhet, utrednings metodik, projektplanering, systemutveckling och medicinsk statistik, uppmanar hon.

Visa alltid upp kursintyg och andra bevis för chefen, personalchefen och facket.

- Vi ska lyfta fram den långa yrkes erfarenhet som läkarsekreterare har (40- och 50-talister), varje dag är ett lärande i sig. Vi är de enda som ser precis hur varje läkare arbetar, in- hämtandet av anamnes, undersökning, bedömning och vilka åtgärder den leder till.

- Varje journal är ett lärande, ja, ingen bok i världen kan ersätta detta, säger Ewalena.

Läkarsekreterarna måste marknadsföra sig mycket bättre

I dessa besparingstider, när all personal går på knäna, är det svårt att peka ut någon speciell yrkesgrupp som ska få mer uppskattning än någon annan.

Men Ewalenas önskan är att med arbetare och fackförbund ska få upp ögonen för den nya läkarsekreteraren.

- Vi är inte längre någon grå massa som ska ha samma lön, vi är individer som utvecklas olika och det måste chefer och facket se. Vi måste bli mycket bättre på att tala om vad vi är bra på och vad vi har för inriktning för vårt framtida arbete.

Några av arbetsuppgifterna

Här är några exempel på arbetsuppgifter som läkarsekreteraren är expert på:

- Att vara specialist på dokumentationen och att utveckla dokumentationsdelen i datorn
- Att ha kunskaper i statistik och kunna ta fram uppgifter ur datorjournalen som underlag för beslut
- Att undervisa övrig personal i skrivteknik och regler kring vad som är offentligt och inte, hur fax och e-post skall behandlas.
- Att bevara svenska språket som håller på att fullständigt rasa samman i e-posthanteringen. Tyvärr visar det sig också att våra arbetskamrater som skriver i datorjournalerna, inte alltid har intresse för språkets riktighet, vilket blir en tråkig dokumentation över tidens okunskap.
- Ta initiativ till modern skötsel av pappersarkivet, mikrofilmning m. m.

Ny titel på 2000-talet?

- Om jag ser en bit in i 2000-talet, kan jag inte tänka mig att någon kan kalla sig läkarsekreterare med den teknik som vi har och kommer att få, säger Ewalena när hon funderar på yrkes rollen i framtiden.

- Vi är definitivt inte läkarens sekreterare, utan har självständiga arbetsuppgifter som vi ansvarar för.

- Vi går inte i ledband och gör vad någon annan säger till oss, utan utvecklar egna arbetsuppgifter utifrån kunskaper och erfarenheter. Det leder till utbrytning från en homogen grupp till individer som behöver en annan yrkestitel, beroende på vad man gör.

- Själv har jag i många år föreslagit informatikadministratör. Namnet stupar på att det är för långt. Annars är det precis vad vi kommer att göra nämligen att administrera informatiken - som är insamlandet av information som finns överallt i vårt dagliga arbete inom sjukvården.”

Ett datapolitiskt handlingsprogram för Sveriges läkarförbund. 1986 – 1991.

Med anledning av informationssystemens utveckling i Lerum/Gråbo och fackligt engagemang kom Bengt Dahlin att ingå i en ArbetsGrupp för Data politiska frågor (AGDA) inom Sveriges Läkarförbund. Sveriges läkarförbund var positivt inställd till användningen av ADB-teknik inom hälso- och sjukvården i den mån den har gynnsamma effekter för vårdarbetet. För läkaren är relationen till patienten det centrala. Därför beskrev programmet de för läkarförbundet viktigaste aspekterna; etik-, Integritets- och sekretessfrågorna. Läkarförbundet avvisade centrala datorsystem och förordade, mot bakgrund av sin grundinställning, användning av basenhetsbaserade datorer.

Angående datorns roll för utvärdering noterades att hela vårdsektorn behöver tillgång till data av hög kvalitet för planering. För att statistiken skall bli användbar måste den byggas upp från grunden så att vårdcentralen och kliniken först får sina behov av uppföljning tillgodosedda. En sådan detaljerad insamling kan aldrig läggas utanför det dagliga hanterandet av information i vården. Det är här som datorn och på sikt datorjournalen kommer in. Utan dessa redskap kan vi inte få den noggranna och effektiva redovisning av problem, beslut och åtgärder som krävs.

”Allt vanligare blir en integrering av datafångsten i samband med journalinskriften. Det är viktigt att läkaren ställer höga krav på datorsystemets databas. Datorinformationen skall vara organiserad på ett ordnat sätt så att man lätt kan komma åt önskad del av informationen. Databasen måste uppfylla de krav som ställs för kvalitetshöjande och ekonomistyrande arbete inom hälso- och sjukvården. En effektiv medicinsk registrering bör liksom datorjournalen bygga på begrepp/sökord enligt erkända klassifikationer för att kunna användas för medicinsk utvärdering av verksamheten. Samtidigt måste en datorjournalens databas effektivt kunna lagra den i sammanhanget sekundära journaltexten så att även den är lätt och snabbt sökbar. Datorjournalens innehåll skall också kunna presenteras och vara sökbar på många olika sätt – källorienterad, problemorienterad, i form av flödesschemata etc.”

Användningen av datorstöd får inte innebära att läkaren tvingas till en tidsödande dialog med datorn för att erhålla den önskade informationen. Arbetsplatsens utformning får inte heller medföra störningar i patient-läkarrelationen.

1990-talet – ett genomförande decennium

I början av 1990-talet spreds ett flertal olika vårdinformativa system i riket. De flesta var uppbyggda kring befintliga ord- och textbehandlingssystem och administrativa system som användes i vården. I Älvsborg valde man ett av dessa ”ProfDoc” som snabbt implementerades vid praktiskt taget samtliga vårdcentraler i landstinget. Liknande utbyggnad men med många andra system gjordes i riket. I mitten av 1990-talet var mer än hälften av rikets vårdcentraler ”datoriserade”. Problem som snart visade sig var att systemen sällan var anpassade för utvärdering av verksamheten, Kvalitetssäkring. För sådan fick man göra särskilda registreringar bl.a. för rapportering till centrala register. Ett annat stort problem blev att datorsystemen inte kunde kommunicera med varann. Patientdata kunde inte överföras mellan enheter.

Sjukhusen låg efter när det gällde datorjournaler. I slutet av 1990-talet var endast 25 % av sjukhusens kliniker i landet datorstödda patientjournalssystem. I Älvsborg testade man ”Melior” som utvecklats i Göteborg tillsammans med Siemens. I Göteborg spreds det till 40 slutenvårdsenheter. Det vidareutvecklades fortlöpande. Det infördes vid en klinik i Borås och en i Skene 1998. Vid tillfället fanns i Skenes kirurgmottagning sex datorer med sex olika Meliorversioner, vilket visar problemen i sammanhanget. Sjukhusdatoriseringen skulle visa sig bli en utdragen process, många läkare var avvaktande, politikerna började vackla när det kom till finansieringen. Man prioriterade utrustning framför datoriseringsprocessen på de lokala enheterna.

IT- inför 2000-talet

Ett par rapporter visade mot framtiden dels IT-kommissionens 5/97 ”Sverige inför epokskifte”, dels Landstingsförbundets IT-råd samma år ”IT-samverkan för bättre sjukvård”.

Den förstnämnda rapportens slutsatser: på tröskeln till nästa århundrade står Sverige inför nya utmaningar innefattade bl.a. .

- att göra övergången till kunskapssamhället till en nationell angelägenhet och göra alla delaktiga i epokskiftet
- att med hjälp av informationssteknik – IT – öka alla medborgares möjligheter till meningsfullt arbete och bättre liv
- att förändra och effektivisera den gemensamma sektorn med hjälp av IT så att resurser kan frigöras för att förbättra den mänskliga omvårdnaden och omsorgen
- att verka för att alla aktörer på marknaden, oavsett storlek och verksamhet, snabbt tar till sig den teknik som ger förutsättning för ökande konkurrenskraft
- att stödja den framväxande IT-branschen med anknytning till Internet, som skapar jobb och ny tillväxtsektor.

I Landstingsförbundets rapport påvisas att

IT gör det möjligt att övervinna geografiska avstånd, d.v.s. minskar behovet av fysiska förflyttningar för patienter och vårdgivare.

Patienter slipper att upprepa sin sjukhistoria och ta om prover som redan tagits av annan vårdgivare

Sjukvårdspersonalen och dess ledning kan planera och följa upp verksamheten på ett betydligt bättre sätt.

Man konstaterar dock att Hälso- och sjukvården har förhållit sig relativt passiv på IT-området och att i hög grad låtit leverantörerna svara för utvecklingen av IT-lösningar. Detta har gett en IT-marknad i obalans, som kräver samverkan och samfällt agerande. Man ser fram mot en gemensam infrastruktur för IT-stödet dels tekniskt och dels för den information, som registreras, används och kommuniceras.

Bild som på ett sätt kan sammanfatta framtida krav (ur Landstingsförbundets skrift "IT-samverkan för bättre sjukvård")

