

## PERSONDATORN PÅ MEDICINKLINIKEN

Av Martin Fahlén 1986

Ur ”Ekonomiska aspekter på införande av ADB”

Uppsatser skrivna på uppdrag av 10-gruppen.

Sammanställda av arbetsgruppen för effektstudier

Kommundata

Samverkansgruppen/Landstingsdivisionen

Det kom ett kungligt brev till rikets universitet den 14 januari 1752 som enligt Fåhrens ”förständigade de medicine studerande att inhämta åtminstone så mycket kunskap i kirurgien att de själva kunde lägga handen vid mindre operationer”. Man kunde inte längre nöja sig med att kalla på en fältskär.

På samma vis kan dagens läkare, särskilt klinikchefer tänka om i sitt rollspel, bli kvitt sin datorrädsla och överta arbete från programmerare. En sådan förändring kommer inte att gå av sig självt. Vi behöver kanske ett nytt kungligt brev för att förmås lägga handen på datorn.

Brevet om kirurgin hade motiveringen att man inte kunde invänta fältskären då det blev ”... den lidande till dubbel omkostnad.” Programmering handlar också om kostnader liksom om vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett program kan bli lika nödvändigt som en operation eller ett läkemedel.

För att få lönsamhet i sjukvården ska läkaren sträva efter att klara vården på enklaste vis. Denna tanke är naturlig att följa på obekvämt arbetstid. Alla specialister kan inte ligga jour samtidigt. Inte heller kan de i framtiden ta hand om banaliteter som de har en tendens att göra idag. För att hålla nere kostnaderna måste man lära sig vissa saker och till det hör programmering.

En del av vår sjukvårdskris kan lösas med mer utbildning. Då kan ”pseudosjukvården” identifieras i det som kallas sjukvård. Det krångliga och onödiga i arbetet kan tas bort. Personalens kompetens ska höjas så att läkarna kan delegera. Nyttan med kurser, möten, ronder, rutiner av olika slag måste ifrågasättas, för att få en bättre vård.

I en period med knappa ekonomiska resurser innebär rationalisering att man tar bort något för att föra in något annat som uppfattas som viktigare. Det gäller att ha känsla för helheten i denna omfördelningsprocess. De som drabbas av förändringar ska helst själva skapa dessa. Då kommer varje förändring a priori bli en effektivisering. Frågan som ställs lyder: ”Vad ska jag inte göra av allt som verkar så bra”. Det är bra med en dator säger många, men poängen är att bruket av den tydliggör hur vården inte ska utföras och hur datorn inte ska användas. Eftersom kraven på dataprogram kommer att vara helt beroende av det innehåll som ska påverkas av program, måste läkaren ha kunskaper inom såväl datalära som medicin.

När program görs skärskådas verksamheten som berörs av programmet. Att vara läkare och programmera är nämligen ett sätt att betrakta det kliniska problemet och se över sin kompetens som läkare. För att kunna programmera måste man lära sig att se. Vårdprogram och dataprogram med produktionskontroll kommer att sammanföras liksom verksamhet och administration. Kontoret ingår i kliniken.

Avståndet mellan den som granskar och kan den kliniska bilden och det instrument, den behandling, de ord, de dataprogram som påverkar denna bild måste vara så kort som möjligt. Kirurgen vill själv hålla peängen i sin hand och medicinaren vill själv lyssna med sitt stetoskop efter att ha gett någon medicin. Ett dataprogram skiljer

sig inte från en peang eller ett stetoskop. De ar alla redskap for analys och åtgård.

Samarbete med de som är professionella programmerare kommer att vara stimulerande under förutsättning att läkaren programmerar själv. Det är nog så besvärligt för en programmerare att sätta sig in i det kliniska problemet. Bättre att läkaren sätter sig in i programmerandets konst. Man lär sig engelska för att slippa ha en tolk. Det finns också andra skäl.

Program måste underhållas, kanske ändras akut. Då är läkaren till hands. En del av läkarens fritid kommer att gå åt att skriva program. Somliga satsar mer och andra mindre, precis som det är idag med de självständiga studierna. Att läsa, skriva och göra program är sak samma. En intellektuell miljö kan skapas. Man delar erfarenheter och programdelar. Utvecklingen kan stimuleras så att program verkligen synliggörs, används, förändras, underhålls, säljs, köps och läggs ner. Om läkarna håller sig utanför kommer kommersialiseringen att bli plågsam.

Jaha, detta var moraliska och filosofiska principer om hur vi kan använda vårt mänskliga kapital. Verkligheten är naturligtvis en annan. Den är full av slarv, krångel, dunkelhet och revirtänkande. Läkarna och administratörerna har sina vanor, sitt slöseri, sina intressen och sin utbildning. Allt verkar för att bevara status quo. Samtidigt tycks alla vänta på den stora datasatsningen.

Min erfarenhet av datorn är begränsad och de program jag skrivit i Basic, Royal Base eller C är inte särskilt märkvardiga. När någon frågar mig om datorer och ekonomi känner jag mig lika dum som om någon skulle fråga mig om kikarens eller spadens ekonomi. Vad jag förstår beror det på vart man vänder kikaren och vad man lär sig av det sedda eller hur man gräver med sin spade och vad det i sin tur leder till för grönsaker.

Andra faktorer är således med i spelet. ADB kan inte betraktas som något isolerat. Det som roar mig är att göra mitt läkararbete mer effektivt och att avskaffa så många administrativa plågor som möjligt. Då måste man delegera i samma veva som man gör program. Diabetessköterskan får mer att säga till om som följd av diabetesprogrammet. En sköterska lär sig antikoagulationsverksamheten och börjar ordinera. En kontorist lägger läkarschema.

Som klinikchef har jag ansvar för att apparater används och att arbetet med dessa tjänar något syfte. Vi har problem som vi vill lösa och inte kunnat lösa tidigare. För att personatorerna då ska komma till användning skriver jag program. Jag har också ansvar för att lyfta upp personalen. Att delegera är ett sätt att göra arbetet roligare för andra.

För mig existerar ADB först när jag märker att det angår patienten. Då kan man få tackbrev från patienter. Ett som handlar om antikoagulationskontroller börjar med följande text: "Beträffande AVK-brevet som jag fått mig tilldelat så är det till en stor lättnad för mig. Jag slipper undan alla besvär med köerna vid kassorna och telefonköerna som kunde bli nästan halvtimmar." Att programmera är att införa lättnader.

För att arbeta med sekundär prevention utnyttjar jag datorns möjligheter att ge ett populationsinriktat synsätt. Vi behöver det för att bättre veta hur vi ska fördjupa vårt individinriktade synsätt och jobba mest med de som verkligen behöver oss.

Varje programrad är förhoppningsvis något som berör patienten. Kanske en rationalisering, eller en bra investering, eller en ökad säkerhet, eller en bättre behandling, eller ett tydligare budskap, eller ett insparat läkarbesök, eller en bättre kontinuitet, eller en möjlighet till delegering, eller en metod att fånga in de verkligt vårdbehövande, eller bättre omsorg och uppmärksamhet, eller en garanti för sekretess. Jag har inte satt pris på programraderna men det finns ekonomi i raderna om man betraktar de med en erfaren klinikers ögon. Det ska kännas rätt i ett helhetsperspektiv på medicinen.

En sport hos de fiesta som gör program är att krympa programmen till ett minimum. Det som kan skrivas på tre rader kan skrivas på en. Skrivandet blir en träning i ett ekonomisk tänkande. Om något kan skrivas enkelt kan också något som programmet berör göras enklare. Vården kan förenklas.

Mitt intresse för ADB började inte med en ekonomisk kalkyl utan med en presentation av ett lidande. Schemaläggaren bland läkarna på kliniken sa att han skulle sjukskriva sig eller sluta om han inte fick hjälp med läkarschemat. Vem styrde och kontrollerade denna inledande ADB-användning. Var det landstingets politiska och administrativa ledning? Nej, de brydde sig inte om detaljer. De nöjde sig med att förse mig med 4 persondatorer och for på studieresa till USA. Klokt tror jag, ty världen består av detaljer.

Följande program (små blandade med stora) finns på kliniken; schemaprogram för läkare, jourredovisningsprogram, schemaprogram för annan personal, brevprogram, telefonlista, klinikrelaterad läkemedelslista, register över veckans klinikfärdiga patienter med brevrutin för rapport till primärvården, register över journaler i källaren, matrikel och statistik över beläggning, diabetesprogram för diabetes-sköterskan, pacemakerprogram, program för de antikoagulationsbehandlade patienterna (AVK-brevet), spirometriprogram, program för arbetsprov och ekokardiografi, kallelserutin, uppföljning av hjärtopererade, öppenvårdsregister, databassökning, ord- och textbehandling, reseräkningsprogram, statistikprogram och lite till.

Kliniken är en familj som kan bli lycklig. Hur hade det gått utan kontoristen som tog över läkarschemat (den schemaläggande läkaren avlastades med 5 timmar i veckan) och vägledde mig vid programmering av jourredovisningen. Efter viss möda lyckades vi räkna ut läkarmanmånader och vi fick ett budget instrument. Vi kunde om vi så ville simulera med datorn och undvika överskridanden i läkarmanmånadstalet. Dataprogrammet REDO blev som ett litet ”barn” fött på kliniken. Programmering ökar kontakterna mellan den som programmerar och den som kör programmet. En del stimulerande kontakter med ADB-avdelningen uppstod också, men vi önskade att planeringsavdelningen och ADB-avdelningen kunde slås ihop, så att ADB-intresset genomsyrade landstinget. För att hålla de informerade översände vi vara manualer.

Annars var det svårt att få kontakt med mindre ADB-kunniga administratörer och kollegor. De uppfattade var verksamhet som lite suspekt. Vi tog ju bland annat för oss av kontorets traditionella skyldigheter. Så småningom fick vi ett medgivande att jourredovisningsprogrammet avlastade lönekontoret. Ingen verkade för att sprida vara program till andra kliniker. Man väntade sig inte ett skapande och ett sparande inom systemet och sa upprepade gånger: ”Läkare ska inte programmera!”



*I framtidens samhälle arbetar majoriteten av alla sysselsatta med att insamla, bearbeta eller sprida information. Många av dessa jobb kommer att kunna skötas hemifrån. Teckning av Martin Fahlén*