

Gråbo vårdcentra l – Mitt projekt

- Från planering och bygge till genomförande av nya rutiner.

Det var under min tid som blockchef för allmänläkarblocket i Södra Älvsborg. Konceptet spreds i landstinget. Många nya vårdcentraler byggdes med Gråbo som inspirationskälla.

VÅRDCENTRALEN I GRÅBO 1978 -1989

Den nya vårdcentralen i Gråbo invigdes 1978. Byggnaden var en av de första i ett nytt koncept av utförande som utarbetats i samverkan mellan primärvårdsledningen i Södra Älvsborgs sjukvårdsdistrikt och centralförvaltningens byggnadsavdelning i Vänersborg.

Nya vårdcentralgenerationer

1970- talet innebar en kraftig standardhöjning av lokalerna för primärvården. Den första Vårdcentralgenerationen bestod av enplans byggnader med flyglar utgående från en central korridor. Gråbo vårdcentral är ett exempel på denna generation. Den var en av de första i en rad liknande i landstinget (I mittenälvsborg Vårgårda, Noltopr i Alingsås är exempel på dessa). De behövdes för utbyggnaden av primärvården och samlokaliseringen av primärvårdens verksamheter med apotek och tandvård.

Varje enhet fick en egen flygel, de större som läkarstationen och tandvården. ofta två. Apoteket lades i anslutning till entrén. Gemensamhetsutrymmen fanns i en annan flygel för omklädning, fikarum och arkiv/bibliotek. Ett ambulansintag fanns också. Mottagningslokalerna var ändamålsenliga. Den genomgående korridoren var bred, för bred för funktionen. Handikapptoiletter fanns det många och de samordnades inte med vanliga toaletter. En elak kommentar var att arkitekterna fick betalt efter ritad yta.

Snart (1980-talet) kom en andra generation vårdcentralbyggnader, där man bantade ytorna för att få ner kostnaderna. Man byggde i två våningar. Exempel på denna generation är Vårdcentralerna i Herrljunga, Sollebrunn och Lerum.

Gråbo Vårdcentral utvecklade vårdadministrativa system

Gråbo vårdcentral kom att bli ett centrum för utveckling av informationsbehandlingssystem. Förutom att man tog upp och gjorde reklam för löpande vårdplanering i riket så utformades en variant av den Problemorienterade journalen. Spri och Gert Ljungkvist var medagerande.

Tillsammans med vårdcentralen Kronan i Sundbyberg utvecklades också den första heltäckande datorstödda journalen som fick stor betydelse för den fortsatta utvecklingen av datorstödet i primärvården. Till journalen, som gjordes problemorienterad, kopplades integrerades det löpande vårdplaneringssystemet. En läkemedels/receptmodul kopplades till det lokala apoteket på vårdcentralen. För att kunna använda datorsystemet för verksamhetsredovisning/analys beskrevs tillsammans med Spri och Kronans vårdcentral krav på Basdata i primärvården, Bengt Dahlin och Britt-Gerd Malmberg (Spri rapport 142/1983). Utvecklingsarbetet fortsattes av Rolf Linnarsson och resulterade i en doktorsavhandling vid Linköpings universitet: Methods, design and components for a computer-based patient record to promote quality care in general practice, 1993. Mer om detta i avsnittet – Informationssystem och IT– i vården.

Gråbo vårdcentral före datoriseringen

Gråbo betjäningsområde

Gråbo vårdcentral betjänade 1985 cirka 7000 invånare i Stora Lundby och Östads

församlingar inom Lerums kommun, som då hade 32.000 invånare. Medelåldern var låg, 33 år mot länets 38 år. inflyttningen i området var hög under 1960- och 1970-talen. Gråbo vårdcentralens betjäningsområde hade relativt mer social problematik än kommunen i övrigt. Rehabprojektet (se Rehabilitering – ett samverkansprojekt) visade att långtidssjukskrivningen var högre bland befolkningen i Gråbo jämfört med Lerum och Floda.

Ledningsorganisation

Den administrativa ledningen utövades inom en blockorganisation där primärvården var ett eget block. Blocket var uppdelat i fyra läkardistrikt. Gråbo vårdcentralens ledning fanns dels i Borås – blockledningen, dels i Alingsås – läkardistriktsledningen. Chefer var läkare i egenskap av blockchef och distriktsöverläkare. Lokalt leddes primärvården vid vårdcentralen av en vårdcentralchef och vid dennes sida en avdelningsföreståndare. Ledningen hade begränsade befogenheter. Beslutsnivåerna var många och beslut som krävde resursförbrukning utöver vardaglig drift var förenat med stor vanda och byråkrati. Distriktsvården på vårdcentralen var inte integrerad i läkarstationens administration utan ingick i läkardistriktets omfattande kostnadsställe (i Alingsås). Den fackliga organisationen var på motsvarande sätt starkt centraliserad vad gällde förhandlingsrätt med många informationsnivåer.

Arbetsorganisation

Verksamheten var organiserad i vårdlag. Distriktsläkare, distriktssköterska och undersköterska var vasen för vårdlagen, tre stycken, med ett begränsade geografiska ansvarsområden.

Barnmorska med undersköterska och en av distriktsläkarna utgjorde ett fjärde vårdlag med hela betjäningsområdets fertila kvinnor som ansvarsområde.

Läkarstationen fungerade också som ett övergripande vårdlag med ansvar för akutvården och serviceansvar för de övriga vårdlagen. Funktioner var ledning, vårdplanering, laboratorieservice och sekretariat. Avdelningsföreståndarens hade under betjäningsområdeschefen övergripande ansvar för samtlig primärvårdspersonal.

Arbetsfunktioner

Några av många arbetsfunktioner tas upp här. Själva vården av patienten liksom patient/läkarkontakten avhandlas inte här. Det var dock, som alltid, kärnan i arbetet.

Telefonservice i form av telefonpassning. Samtlig personal deltog utom läkare. De senare fick ringa upp patienter efter önskemål. Målet var att inge skulle behöva vänta för att få svar omgående i telefon.

Patientrådgivning. Tidbokning per telefon som innebar telefonkontakt med vårdsökande. Patientsamtal som utmynnade i ställningstagande till problemet och åtgärd enligt KÅR (kontaktorsaksåtgärdsregistret) R/P-blanketten fylls i. E. Besöksplanering/bokning görs. Uppgifterna utfördes av sjuksköterska, distriktssköterska eller barnmorska och ibland av läkare.

För uppgiften behövdes oftast att patientjournalen togs fram ur journalarkivet, vilket tog tid med väntan i telefon.

Receptionsfunktion. Med uppgift som att förbereda för ett patientbesök d.v.s. ta fram och komplettera journalhandlingar, ta emot patienten, ta upp avgift och ge kvitto.

Kassaredovisning. Kanslisten hade huvudansvaret för de administrativa uppgifterna men patientmottagande kunde också göras av sekreterare, sjuksköterska och undersköterska.

Laboratoriefunktion. Vanliga enkla prover togs på mottagningen (ex. urinprover som sediment, Hb, SR, Blodsocker, Vita blodkroppar, EKG) andra sändes till Centrallaboratoriet i Borås efter förbehandling och packning. Undersköterska och sjukvårdsbiträdet utförde dessa uppgifter.

Remiss och provsvarshantering. Med lasarettet överenskommen remissblankett fylldes i för lab. Eller medicinsk remiss. Provsvarsrutiner fanns.

Dokumentation av patientkontakt. (R/P-blankett, journaldiktering). R/P-blanketten fylldes i under olika delar av kontakten med patienten. Kontakten registrerades/intalades på band för sekreterarna att skriva ut. Ev. labvärden infördes på lablistor i journalen. Samtlig personal med utredande eller vårdande uppgifter gjorde detta. Läkarna lade relativt mycken tid på journaldokumentationen.

Journal skrivning. Läkarsekreterare (ibland kanslist) skrev ut journalen på journalblankett efter diktat av respektive vårdgivare. Remisser, utlåtande och brev skrevs också ut enligt diktat. Någon gång skrev läkarna själv ut remisserna och utlåtanden. Övervägande delen av läkarsekreterarens arbete var arbete vid skrivmaskinen.

Arkivfunktion. Innebar framplockning av journaler vid patientkontakter, insättning av färdigregistrerade journaler, kontroll av arkivet enligt fastställda rutiner. Uppgifterna utfördes huvudsakligen av kanslist och läkarsekreterare. Arkiveringsfunktionen var tidsödande.

Besöksplanering. D.v.s. rutiner vid på förhand planerade kontakter innebar ifyllande av R/P-blankett, insättning av R/P-blanketter i låda eller pärmar för övervakning, kallelserutiner. (Alla besök som överskred ”planeringshorisonten” 6 veckor kallades per brev, vilket sparade en mängd inkommande samtal. Kanslist och sekreterare hade huvudansvaret för att kallelserutinerna fungerade.

Vård- och resursplanering, statistik. Funktionen innebar Schemauppläggning, tidboksplanering och uppläggning, statistikinsamling. Vårdcentralchefen och avdelningsföreståndaren hade huvudansvaret men assisterades vad gällde färdiga rutiner av kanslist och undersköterska. I det manuella systemet tog rutinerna mycket tid.

Service till befolkningen

Ur en befolkningsenkät 1984 till sammanlagt 1229 invånare, 15 år och uppåt, slumpvis utvalda.

Service och bemötande:

”Hur anser Du att servicen vid vårdcentralen är?”

57 % svarade God; 35 % Tillfredsställande och endast 2% Dålig. 6 % angav ingen uppfattning.

”Anser Du att Du blir personligt bemött vid vårdcentralen?”

41 % svarade Ja, mycket; 69 % Tillfredsställande och endast 4 % nej.

”Har personalen ont om tid för Dig. Lyssnar de dåligt på Dina problem?”

60 % svarade Nej, aldrig; 17 % Ibland och endast 5 % Ja, oftast. 18 % hade ingen åsikt i frågan.

Tillgänglighet Vårdcentralen var öppen vardagar mellan kl. 08 och 17. Under den tiden var målsättningen att alla skulle komma till tals med någon vårdgivare för att dryfta upplevda hälsoproblem. Övrig tid hänvisades befolkningen till en för Mellanälvsborg gemensam jourcentral i Alingsås med bemanning av distriktsläkarna i detta område.

Tillgängligheten mättes i nämnda befolkningsenkät:

”Är det svårt att komma fram per telefon till vårdcentralen?”

66 % svarade nej; 24 % Ja, ibland. Endast 2 % ansåg att det var svårt att komma fram per telefon. 7 % hade inte alls ringt till vårdcentralen.

”Anser Du att Du behöver vänta länge för att få en tid till läkare eller distriktssköterska?”

65 % svarade nej; 20 % Ja, ibland; 7 % Ja. Resten hade ingen åsikt i frågan.

Sammanfattningsvis ansåg man att befolkningen upplevde att Gråbo vårdcentral hade stor tillgänglighet.

Kontinuitet. ”Får Du träffa samma läkare vid Dina besök?”

43 % svarade Oftast; 32 % Ibland och 10 % Aldrig.

Man konstaterade att: ”Trots vakansläget och de senaste årens läkaromflyttningar upplevdes kontinuiteten tämligen god vid vårdcentralen”.

Sammanfattningsvis var befolkningen mest nöjd med att:

- Man fick ett trevligt bemötande
- Väntetiden var kort
- Man fick den hjälp man behövde
- Man fick snabb hjälp
- Det gick snabbt att få tid
- Läkaren/personalen hade tid att lyssna och förklara sig
- Man fick en kunnig behandling
- Man fick samma läkare vid varje besök

En tidningsartikel om kulturrevolution

I en artikelserie om vårdkulturen i Sverige i början av 1980 besökte Karin Thunberg Gråbo vårdcentral och intervjuade Bengt Dahlin:

Bengt Dahlin Gråbo vårdcentral:

Kulturrevolution på väg i vården

- Den kulturrevolution som förändrat flera storföretag kan genomföras också inom storsjukvården.
- Bryt ner verksamheten i mindre enheter som får ett ekonomiskt, funktionellt och administrativt ansvar.
- Det är tragiskt att City-akuten skulle behövas, men den tvingar oss att förändra vården.

— Det går att förändra svensk vårdkultur, även inom systemet. Den löpande vårdplanering, som jag varit med om att utarbeta, är nästan löjligt enkel — men den gör arbetet betydligt mer effektivt, till gagn för både personal och patienter.

Det säger Bengt Dahlin, chef för Gråbo vårdcentral och distriktsöverläkare i Lerums kommun. Enligt hans erfarenhet fungerar primärvården mycket bra på många håll i landet...

— ...all skillnad från storsjukhusen, som är de främsta offren för en överskyddskultur. Beslut tas så långt från de berörda enheterna som möjligt försvinner någonstans i hierarkin.

— Men så behöver det inte vara. Varje enhet, även på det stora sjukhuset, skulle kunna vara ekonomiskt, administrativt och funktionellt ansvarig för sin verksamhet. Den "kulturrevolution", som bl.a. genomfärs på SAS, är möjlig att genomföra även inom sjukvården.

Men det förutsätter att läkare på olika chefer inte står över om sina positioner. För i och med att organisationen förändras kommer många chefsbefattningar att försvinna.

Vården ändras

Bengt Dahlin är, trots allt, optimistisk. Mycket håller på att ändra, hävdar han.

— Det är tragiskt att t.ex.

City-akuten skall behövas, men den medverkar till att sjukvården förändras och förbättras. Genom provata lösningar för patienterna också alternativ, vilket är speciellt viktigt på en liten ort, där man kan behöva skydda sin integritet.

Bengt Dahlin ger ett exempel: en man har olika sjukdomssystem, som boister i dolda alkoholiem. Det är förståeligt att han drar sig för att gå till ortens vårdcentral, där han känner många av dem som arbetar.

Den konfrontation som uppstår mellan primärvården och den slutna vården är både olycklig och onödig, menar Bengt Dahlin. För både alternativet behövs — försöken privata praktiker.

— Sjukhusen har specialiteter och bättre teknisk utrustning. Primärvården kan uppfylla människors behov av trygghet, kontinuitet, tillgänglighet — och öka deras möjliga biter till läro kvarnerna.

Fördela tid

— Men all sjukvård måste ske på patienternas villkor. Man måste inte minst ta hänsyn till deras tid, för tid är kvalitet och ett mötningensbestik skall inte behöva ta mer än 45 minuter.

— Irriations service och långa väntetider är främst ett bevis på dålig organisation. Mitt planeringssystem innebär att vi bokar in patienterna efter deras åkommo. Av erfarenhet

vet vi att t.ex. en hälsöass kan liggras på 10 minuter medan förmodat högt blodtryck kräver dubbel så lång väntetid.

— Dessutom är det inte alltid nödvändigt att utgå en läkare, många gånger kan en sjuksköterska ge lika effektiv vård, berättar Bengt Dahlin. Genom att fördela uppgifterna blir genomströmningen av patienter, fler kan få snabb service samtidigt.

För att sjukvården skall fungera krävs i läkare på 2000 patienter, d.v.s. 4 000 distriktsläkare i Sverige. Idag finns bara halv antalet.

— Många vårdcentraler ställs inför oräddliga krav. Fler tjänster kostar pengar, men jag är övertygad om att de på sikt ger en samhällsekonomisk vinst.

Nytt system

Her kom Bengt Dahlin på sin tillämpningsvårdplanering?

— 1970 öppnade vi en vårdcentral i Lerum. Förväntningarna var höga och ganska snabbt hade vi långa köer. Människor skrev arga brev till oss: "Vad hjälper det oss att ha en vårdcentral, när man aldrig kan komma dit?"

— Vi insåg att det krävdes förändrade arbetssätt och sättet att se på vården. Problemen var uppenbara: människor skulle inte behöva vänta i veckor på besöks-tid, telefonerna fick inte vara



— Att våga bryta mot regler är en chefs viktigaste uppgift, säger Bengt Dahlin, chef för Gråbo vårdcentral. Foto: MIC AUGERSON

lockerade, varje läkare måste ha avsatt tid för journaler varje dag o.s.v. Genast snart hade vi kommit fram till ett nytt planeringssystem.

Samt förnuft

Finns det inte risk att göra misstag, när man strikt följer en uppgerd planering? Kan det inte vara svårt att t.ex. avgöra hur snabbt någon måste få gå för läkarbesök bara genom ett telefonamt?

— Personalens yrkeskunskaper och sunda förnuft måste alltid gå före. Dessutom måste vårdprogrammet anpassas till ledningen — inte tvärtom. För att arbetet skall fungera krävs också en ledare, med övergripande ansvar.

Vilken är hans/hennes främsta uppgift?

— Att med fasthet hålla en linje, som han/hon får de övriga personalen att arbeta efter. Men chefen måste också bry sig om sina medarbetare och lyssna på dem — vilket bara är möjligt i en mindre arbetsgrupp.

— Men chefen viktigaste uppgift är att våga bryta mot regler, att låta sina medarbetare gå före den byråkratiska organisationen. Annars är det svårt att få en verksamhet att fungera.

Karin Thunberg

Vårdcentralen i Gråbo efter 1985

Arbetsättet på vårdcentralen förändrades helt efter införandet av datorstöd 1985. Personalen fick ett radikalt förändrat innehåll i sin verktyglåda för informationsbehandling (informationssystemet). Även den verksamhetsmässiga, arbetsorganisatoriska och personella situationen påverkades och blev föremål för förändringar.

Datorstödet omfattade översiktligt följande funktioner

Patientregistrering

Funktion för sökning och uppdatering av lokalt patientregister innehållande demografiska data över samtliga invånare i betjäningsområdet samt tilläggsdata för individer som var patienter vid vårdcentralen.

Vårdplanering

Funktion för underhåll av planeringsschema för vårdenheten, där vårdenhetens resurser i

form av personaltid och utrustning m.m. tidsmässigt avsattes för olika aktiviteter.

Tidbokning

Funktion för inplanering för enskilda patientbesök och åtgärder samt rutinmässiga administrativa stödfunktioner typ lallelser.

Kassa

Funktion för patientavgiftshantering och redovisning.

Journaluppgifter

Funktioner innefattande rutiner för registrering och presentation av journalinformation i form av fullständig datorjournal.

Remiss-, svarshantering

Funktion för registrering av beställda och besvarade prover samt remisser och därtill hörande bevakningsrutiner.

Receptförskrivning

Funktioner innehållande stöd för läkare vid receptutfärdande, utskrift av recept på expedition eller apotek, registrering av läkemedelsinformation i journalen samt ett visst beslutstöd.

Vidmeringsrutiner

Enligt patientjournalagens krav.

Utskrifter

Funktioner för uttag av papperskopior av datalagrad information t. Ex. journalanteckningar och dagschema.

Rapporter, statistik

Funktioner för verksamhetsuppföljning och medicinsk utvärdering i form av rapportgeneratorer.

Brevlåda

Meddelandefunktion för kommunikation mellan vårdgivarna inom enheten.

Systemunderhåll

Funktion för underhåll av datasystemet vad avser bl. . sekretess och behörighetskontroll, underhåll av begreppslexikon, driftsövervakning och säkerhetskopiering (back up) m.m.



Bengt dahlin och Björn Nilsson konfererar kring datorterminal.

Förändrade vårdadministrativa funktioner

En del av förändringarna tas upp här.

Vårdplaneringen

De manuella rutinerna enligt "lerumsmodellen"² med löpande vårdplanering hade överförts till datorstödda rutiner ofta i form av mallar som kunde hämtas fram och användas gång på gång. Grundscheman kunde läggas upp för obegränsat antal vårdgivare. Brådskegraderingar samt obegränsat antal aktiviteter kunde enkelt definieras. Dagschema planerades för varje

vårdgivare med utgångspunkt från grundschema eller genom kopiering av färdiga "principschema" för olika definierade veckotyper.

Telefonservice, rådgivning

Ofta behövs journalen för rådgivning. Den fanns nu tillgänglig i datorterminalen vid sidan om telefonen. Persondata inlagda i datorns minne ökade säkerheten och förkortade telefonsamtalet.

Bokning

Tidigare fanns en gemensam tidbok tillgänglig i receptionen. Datorstödet innebar att alla fick tillgång till tidboken vid sin terminal – alla kunde boka besök eller återbesök när så behövdes. Via "bokningsbild" i terminalen registrerades som på R/P-blanketten bokningsuppgifterna. Om besöket var utanför "planeringshorisonten" d.v.s. att det ej fanns upplagda dagschema sattes patienten på väntelista. Kallelsebrev skrevs ut av datorn enligt olika förvalda brevmallar som också innefattade anvisningar för föregående provtagningsbesök om sådant önskades. De datorstödda rutinerna ökade säkerheten och minskade tidsåtgången för bokning av patientbesök.

Patientbesöket

När patienten kom till mottagningen registrerades detta i kassan genom att hämta uppgifterna från bokningsmodulen. Besöksregistreringen kompletterades med en betalningsregistrering då taxekoder noterades. Kassakvitto skrevs ut automatiskt. Allt detta innebar tidsbesparing och ökad säkerhet.

Journalen fanns tillgänglig för alla behöriga i datorn och vid arbetsplatsernas skrivbord i datorterminalen. Besökslistor fanns på samma sätt i dagschemamodulen för alla vårdgivare. Tillgängligheten till informationen var maximal och tid sparades.

Att läsa datorjournalen

Att patientjournalen fanns i datorn innebar ett ovant sätt att ta del av patientdata. Det var frustrerande för en del vårdgivare. Lämpligt var att ta del av journaldata innan patientsamtalet.

Journalen var problemorienterad. Problemöversikten gav ingången till den.

GRABO VC
448 06 GRABO
0302-41050

DEMO-011 52 AR Man
WYNNING, MILDA
WOSHBÄCKE TORG 4
449 00 SEVATTRUM
Tel: 0309-45678

Utdrag: 900403

Varning Fc-77, se tid sjd.!

850615
Dok dat
DL
Kont ora

860901/ANG
DARLIN, S. ELMOTT, STANFÖR PLANERINGSBAR PERIOD, VGI, 850325, MOTTAGNING
2770, 27K9
Säker för tidigare känd diabetes och hypertoni.

2

DIABETES MELLITUS
Kommer på sedvanligt återbesök. Inga betydningar med
sockerret, när relativt väl. Håller diet men tycker detta
är svårt.

Status AT
Pigg och opåverkad.

OGON
Enstaka mikrosaccymer.

PERIFERA PULS: -
Palp u s.

Beösnng I habituelltillstånd.

Plan åtg Till dietist för förnyad kost

3 ESSENTIELL EYV---

Via den kunde man följa ett problem genom hela journalen. För problemet visades de undersökningar och andra åtgärder som registrerats kopplade till problemet eller kopplade till besöket generellt (problem 0).

Journalen kunde läsas på många andra sätt:

Besöksorienterat. Man kunde välja att läsa ett eller flera besöksdatums löpande journalanteckningar i omvänd kronologisk ordning som om man bläddrade besök för besök bakåt i journalen. Man kunde ange vid vilket besök man ville starta läsningen och hur många besöksanteckningar man ville läsa.

Möjlighet fanns att direkt via huvudmenyn begära senaste besöksanteckning, eventuell aktuell läkemedelslista och laboratorielista. Via en journalbild hade man möjlighet att se det viktigaste innehållet i journalen och via piltangenter och funktionstangenter följa vad som översiktligt fanns registrerat för de olika besöksdatum vad gällde diagnoser, åtgärder och mediciner. Från översikt bilden kunde man sedan läsa journalen både besöks- och problemorienterat med bläddringsmöjlighet.

Om man önskade kunde man söka och presentera enstaka begrepp med numeriska värden (bltr, hb, blodsocker) i tabellform eller som diagram.

Man kunde själv via systemunderhållet skapa sammanställningar av olika slag t.ex. diabeteslista, hypertenilista, Waranlista etc. Dessa faktalistor kunde man behålla för att återanvändas.

Läkemedels- och laboratorielistan var faktalistor som fanns förprogrammerade och kunde sökas via menyerna för att läsa journal.

Sekreteransvar och att skriva datorjournalen

Sekreterarna fick en betydelsefull roll i det datorbaserade vårdinformationssystemet.

Huvuduppgiften var kvar – att dokumentera vårdgivarnas kontakter med patienterna – journalskrivningen. Att skriva in en datorjournal tog inte längre tid än en vanligt dikterad pappersjournal. Men det var viktigt att kunna ”begreppslexikonet” inklusive diagnosermerna. En fördel var att vårdgivaren själv vid sin terminal kunde själv skriva in en anteckning, fast detta användes sällan av läkarna.

Därtill hade kommit nya ansvarsområden. Dataarkivet måste skötas d.v.s. av säkerhetsskäl måste data lagras. Sekreterarna gjorde ”back-up”. Sekreterarna hade också ansvar för datasystemet och för maskinvaran. Sekreterarna fick en nyckelroll och blev helt oundgängliga för att datorstödet skulle fungera. Därmed ökades läkarsekreterarens yrkesstatus rejält.

Delar av journalen hade redan innan patientbesöket och fortlöpande under besöket registrerats av olika befattningshavare – i telefon, i kassan, på laboratoriet och kanske som receptförskrivning. Till sist med journalanteckningen efter läkarkontakten.

På samma sätt registrerades överenskomna Basdata (se detta avsnitt) för utvärdering av patient/vårdgivarkontakten, t.ex. initiativ till kontakten, kontaktsätt, brådskegrad m.m.

Registrering av basdata innebar inte något större merarbete för sekreteraren eftersom de var en naturlig del av journalen och presenterades först i varje journalanteckning.

Sammanfattande erfarenheter av datorjournalförsöket i Gråbo

Patientens upplevelser

- Servicen, kontinuiteten och tillgängligheten var oförändrat god
- Bemötande och omsorg av patienten stördes inte av datorterminalen
- Informationsförståelsen påverkades inte
- Patientens tid med vårdgivaren påverkades inte
- Man var inte rädd för att sekretessen kunde hotas av datorjournalen.
- Man blev mer intresserad av att läsa sin datorjournal än pappersjournalen.
- Man undvek inte att söka vårdcentralen p.g.a. införd datorjournal.
- Man hade inget emot att vissa uppgifter om vården gick till närbeläget lasarett.

Arbetsorganisation och arbetsmiljö

Läkarna

- De läkare som blev mest insatta i datasystemet fick en positivare syn på kvaliteten i informationshanteringen.
- Flertalet läkare upplevde ökad stress som delvis berodde på datasystemet. Man kände

sig styrd av det strukturerade arbetssättet. Stressen ökade då det uppstod fel och oklarheter.

- Att inte ha journalen i handen vid patientkontakten kändes påfrestande för många och innebar ett förändrat arbetssätt.
- Att läsa en pappersjournal upplevdes lättare än en datorjournal.
- Datorn upplevdes av många som "en svart låda" som man hade svårt att få ut de uppgifter man önskade.

Sjuksköterskorna

Sjuksköterskorna använde de flesta funktionerna i datasystemet och blev mest beroende av systemet. Det var det positivt att slippa leta efter journaler. Men de var kritiska i en del avseenden,

- Det var krångligt att växla mellan rutinerna bokning och läsning av journalen i en bokningssituation.
- Överblicken vid läsning av journalen upplevdes minskad
- Att diktera journalanteckning var jobbigt för många sjuksköterskor då de inte hade en utvecklad nomenklatur för journalföring. De var inte vana att föra journal på ett strukturerat sätt.

Undersköterskor

Man behövde endast registrera lab.information och det lärde man sig snabbt. Man var positiv till datoriseringen utom en som inte klarade att ställa om sig till de nya arbetsformerna. Hon fick andra arbetsuppgifter.

Läkarsekreterare

Läkarsekreterarna var den yrkesgrupp som blev mest nöjd med förändringarna.

Arbetsmiljön

Sextio procent av personalen upplevde stress i arbetet under försöksperioden beroende på formell arbetsgång, inga genvägar, styrning genom systemet, information som upplevdes försvinna, små obegripliga fel, bristande överblick, bristande rutin och brister i utbildningen. Därtill kom huvudvärk, ögon- och hudbesvär. Rödögdhet, grus i ögonen och sämre syn var besvär som uppgavs.

Rose-Marie Harrysson, vårdcentralföreståndare anförde:

"Frustration fanns i kassan, bland sjuksköterskor, bland läkare när systemet inte fungerade. Det höll på att ge oss hjärnblödning flera gånger i veckan det första halvåret. Alla driftstörningar. Det var urjobbigt när allting slocknade och vi inte visste vilka patienter som skulle komma. Pappersjournalerna fanns ju fortfarande kvar första året, vilket underlättade vid driftstopp. Men vi lärde oss att trycka ut manuella listor på tidböckerna under en period. Minns inte hur länge. Vi hade dagböcker där vi ofta skrev av oss frustrationerna. En rolig episod var att anpassa sig att kunna skicka meddelande till varann via datorn: Minns att jag skickade ett meddelande till en AT-läkare men han svarade inte så när det gått några dagar så frågade jag honom..."Jamen, jag har ju sprungit in och ut och letat i mina lådor på receptionen man kan ju inte hitta det" blev svaret...fniss...han hade bara sett att det stod på skärmen att han hade ett nytt meddelande och då trodde han att det låg i lådorna för posten i receptionen."

Sammanfattande synpunkter

Om en datorjournal skall accepteras och ha en framtid i vården får den inte störa patient/vårdgivar mötet. Datorn/terminalen/systemet får inte uppfattas som styrande av människans handlande utan måste vara ett stöd och en hjälp i arbetet.

Detta betyder bl.a. att

- Inmatning av information måste kunna ske utan tillkommande stressfaktorer eller försämrad arbetsmiljö. Det nya verktyget måste innebära förbättringar i dessa avseenden.
- Uthämtande av information skall ha samma krav på sig som inmatningsrutinen. Presentation av informationen måste vara överskådlig, pedagogisk och självförklarande så att den skapar trygghet.
- Mötet människa maskin är ett känsligt möte.

Om Gråboförsöket

- Datasystemet och rutinerna fungerat bra sedan ett skede av rutindrift inträtt.
- Det var i slutet av försöksperioden sällan störningar i driften
- Servicen till patienten var oförändrat god.
- Vårdplaneringen underlättades
- Boknings- och kassarutiner underlättades
- Datorjournalen gav
- Vinster i dokumenthanteringen som tillgänglighet, platsbesparande, ekonomiskt effektiv, underlättande vidimeringsrutiner.
- Stor möjlighet att söka information i journaldokumentationen och på olika sätt
- Möjlighet till kvalitetssäkring

Men också

- Svårigheter att anpassa sig till tekniken som bundenhet till terminalarbetsplats, ej blädderbar journal, känsla av "svart låda".
- Frustration när systemet inte fungerade.
- Behov av bättre utbildning och ändrade attityder till journalens informationsvärde.

Ur sjuksköterskornas processdagbok vid Gråbo Vårdcentral 1985 – 1986

Mycket registrerades under Gråboförsöket. Inte minst var det viktigt att ta fram svårigheterna under projektarbetets gång, och det gjorde man i en dagbok med motto:

*Tänk i varje nöd och fara varje motgång och besvär
Att det ändå kunde vara vida värre än det är.*

Lenah 850913:

"Som vikarie upplevde jag det som mycket jobbigt att vara på Gråbo VC i början av dataprojektets införande. Trots att jag arbetat här en hel del tidigare kände jag mig helt utanför. Jag kände ingen som helst motivation till att sätta mig in i överhuvudtaget något som rörde datan. Ett år senare (fortfarande vikarie och mitt uppe i datorprojektet) känner jag mig accepterad. Jag förstår att det var en jobbig tid för den ordinarie personalen men jag är övertygad om att det hela hade gått lättare för alla parter om man pratat igenom vikarieproblemet innan man startade projektet."

Rose-Marie 850920 "Som vikarie i Gråbo upplever jag i mångt och mycket det som mina kollegor redan noterat. När datan utvecklas blir man mer och mer engagerad. Underbart är alla dessa "datamänniskor", tålmodiga, glada, snälla, uppmuntrande, vänliga och gulliga."

Rose-Marie 851216 "Hopplös måndag. Ingenting med datan fungerar.

Buggcheck i ett. Ständiga samtal till Rolf Nikkula i Stockholm."

Rose-Marie 198-v.3. 8:e veckan med tidboken. "Fortfarande mycket stul med bokning och vårdplanering. Känns tungt och meningslöst ibland men hoppas på en ljusnande vår."

Rose-Marie 19860707

"På nytt datakrångel. Nu slänger jag snart ut den!"

Sammanfattande:

Personalen upplevde under försöket ofta att: Datorer är skit! Inte minst är förändringsarbete tungt och svårt. Det sliter ofta hårt på relationer och lojaliteter i laget. Speciellt upplevde vikarierna att de var utanför gemenskapen.