

Registeranvändning och primärvård

— Erfarenheter från Dalby

Göran Ejertsson

Ett utvecklingsarbete, som i olika former har pågått sedan 1968, ligger till grund för det minidatorbaserade registreringssystem, som i dag används inom primärvården i Dalby primärvårdsdistrikt. Speciellt har en utveckling av datafångstrutinen skett. En minidator har möjliggjort, att en lång rad kvalitetshöjande rutiner har kunnat införas. Samtidigt är minidatorn arbetsbesparande, genom att den kan fås att skriva återkommande delar av journalen.

Även om registrering i dag är relativt enkel och billig att införa – och till stor del även önskvärd – måste integritetsfrågorna framöver beaktas på ett helt annat sätt, än vad som sker nu.

Göran Ejertsson är forskningsassistent vid Centrum för samhällsmedicin, Lunds universitet, Dalby.

Inom primärvården kan en lång rad register vara användbara för olika syften. Dels finns diverse befintliga register som inte i första hand är tillkomna för primärvårdens syften, dels finns register som både skapas och används inom primärvården – eventuellt tillsammans med annan registerinformation.

Det är framför allt den senare typen av register som här skall beröras. Först skall emellertid understrykas den nytta primärvården kan dra av tex dödsorsaksregister, cancerregister, slutenvårdsregister, befolkningsregister etc. Användbarheten beror främst av dess möjligheter att spåra upp risker för ohälsa, vilket kan möjliggöra för primärvården att arbeta preventivt.

Svårigheten vid lokal bearbetning är naturligtvis att slutsatser måste dras utifrån låga tal. Som exempel kan nämnas den analys av dödsorsaker som gjordes i Dalby primärvårdsdistrikt. I de åldrar där möjligheterna antagligen är störst att sätta in preventiva åtgärder, dvs i vuxen, arbetsför ålder, 15–64 år, förekom under en tioårsperiod i genomsnitt 24 dödsfall per år. Endast betydande risker har härmed möjlighet att ge utslag i dödsorsaks- respektive sjuklighetsstatistiken i så små områden som primärvårdsdistrikt. Därtill kommer problem med osäkerhet angående kvaliteten, vilka har beskrivits i andra sammanhang.

Metoder för sambearbetning och kvalitetsbedömning av dödsorsaks- och sjuklighetsregister på lokal nivå kan bedömas vara ett betydande forskningsfält för framtiden.

Nyutvecklad datafångstrutin

De register som skapas i primärvården innebär huvudsakligen registrering av vårdkonsumtion och sjuklighet – för verksamhetsuppföljning och verksamhetsplanering samt inte minst för epidemiologiska studier. I Dalby har vi nu 15 års erfarenhet av registrering av sjukvårdskontakter, varav 10 med hjälp av dator. Det vanligaste sättet att registrera är annars att använda blanketter, som antingen läses optiskt eller stansas. Tyvärr säger erfarenheten att användning av blanketter ger brister i kvaliteten.

Den nuvarande datafångstrutinen har vuxit fram ur tidigare registreringserfarenheter. Bl a registreras uppgifter om personnummer, handläggare, datum, diagnos, remiss, blodtryck m.m. För två år sedan införde vi en rad nya rutiner i avsikt att aktivt – vid journalskrivningen – utnyttja datorns möjligheter, dels för att underlätta själva skrivningen och dels

för att erhålla en hög kvalitet på det registrerade materialet.

Framför allt har datafångstrutinen utvecklats, medan alla analyser görs på traditionellt sätt vid Lunds universitets datacentral. Det är därför datafångstrutinen som har störst intresse att beskriva här.

Registreringen går till på följande sätt. Efter besöket dikterar läkaren in journalen på ungefär vanligt sätt. Skillnaden är bara den, att vi använder en strukturerad journal, dvs de olika uppgifterna skall helst komma i en viss, förutbestämd ordning. Läkarsekreteraren skriver journalen efter diktamen på samma sätt, som hon skriver en vanlig journal. Skrivmaskinen – ur Facits 81xx KSR-serie – är kopplad till en minidator – en Vax 11/730 – vilken är placerad på vårdcentralen. Samtidigt som en journalutskrift på papper erhålles, lagras på minidatorn den information, som skall sparas.

Den minidator som utnyttjas är onödigt kraftfull enbart för registreringen, vilket motiveras av en rad andra, samtida tillämpningar. Minidatorns kapacitet är tillräcklig för att samtidigt användas av 3–4 vårdcentraler, om den enbart används för datafångst.

Journalinformationen följer vissa regler för att kunna tolkas av datorsystemet. Reglerna är enkla och utformade så, att journalens läsbarhet inte störs av den kompletterande information, som behövs för dataprogrammens tolkning.

Journalerna skrivs löpande, dvs varje ny anteckning börjar där den förra slutade. Härigenom leder dataregistreringen inte till tjockare journaler än vad fallet skulle ha varit utan registrering.

Varje natt görs en back-up på det som registrerats föregående dag. Den sparade informationen överförs en gång per månad till Lunds universitets datacentral, där det ackumulerade materialet sparas och bearbetning sker.

De studier som görs i Dalby är befolkningsrelaterade. För att definiera befolkningen inom primärvårdsdistriktet erhåller vi uppgifter från länsstyrelsens folkbokföringsregister, uppgifter som uppdateras varje vecka. Informationen om besöken respektive om befolkningen ger tillsammans den samlade besöksstatistiken.

De studier som görs i Dalby är befolkningsrelaterade. För att definiera befolkningen inom primärvårdsdistriktet erhåller vi uppgifter från länsstyrelsens folkbokföringsregister.

Kvalitetskontroller

Hur kan då datorn utnyttjas så effektivt som möjligt vid registreringen? För att få en hög kvalitet på materialet har vi lagt in en rad kontroller som helt enkelt skall omöjliggöra felregistrering. Här skall ges några exempel på detta.

Kontroll av personnummer. Vi utför en kontroll på den 10:e siffran. Ett orimligt personnummer går varken att skriva eller lagra, dvs maskinen stannar, och det är omöjligt att komma vidare till nästa rubrik förrän ett rimligt personnummer har skrivits.

För att förhindra felskrivning av besöksdatum, är det inte möjligt att registrera ett besöksdatum som ligger framåt i tiden. Om ett besöksdatum är äldre än två veckor, varnas sekreteraren med en signal. Det är dock fullt möjligt att sedan ändå skriva anteckningen – det kan ju vara en gammal anteckning – men man har i alla fall blivit varnad. För att kunna lagra en "gammal" anteckning krävs ett dubbelkommando, så att det inte skall kunna ges av misstag.

Vid registrering av handläggare (som kan vara tex läkare, sjuksköterska eller distriktssköterska), lasarettsklinik till vilken patienten remitteras, diagnos m m finns speciella bibliotek i datorminnet, vilka innehåller samtliga de kodnummer, som i respektive fall är tillåtna. Det är sedan inte möjligt att registrera någon annan kod. För att förhindra att felskrivna – men tillåtna – koder registreras, ges för vissa rubriker dessutom verbala svar av datorn.

Även uppgifter som innehåller mätvärden av något slag kan kontrolleras. Blodtryck registreras tex som systoliskt/diastoliskt. För var och en av dessa finns rimlighetstester. Läkarsekreteraren blir varnad med en signal om mätvärdet är orimligt högt eller lågt, men hon kan ändå registrera det. Däremot är det omöjligt att tex lagra ett blodtryck, där det

systoliska trycket av misstag skrivs som lägre än det diastoliska.

Det nämnda har endast varit exempel på tester vi använder i Dalby-systemet för att få en hög kvalitet på det vi registrerar. Kontrollerna görs alla i datorn och sker så snabbt, att den som skriver journalen över huvud taget inte märker någon fördröjning. Just den möjlighet som ges av en direkt kommunikation med datorn att få en hög kvalitet på det som registreras är oerhört värdefull. Man kan registrera hur mycket och hur intressanta uppgifter som helst, men om kvaliteten är låg, har vi ingen nytta av det vi registrerar. Här är datorn helt överlägsen de klassiska registreringsmetoderna med hjälp av blanketter, genom att en kontroll kan ske i själva registreringsögonblicket, dvs just då det finns möjlighet att korrigera de fel som uppstår.

Hjälp vid utskriften

Om en dator utnyttjas rätt skall den helst också vara arbetsbesparande. I Dalby-systemet använder vi datorn för att skriva ut de delar som ständigt upprepas. Tex skriver inte läkarsekreterarna själv längre journalrubrikerna. De skriver på sin höjd en eller två signifikanta bokstäver i början. Sedan känner datorn igen rubriken och skriver resten. Motsvarande gäller för innehållet i vissa rubriker. Om tex besökstypen "planerat besök" skall registreras, räcker det att sekreteraren skriver "p", så skrivs resten, dvs "lanerat besök", automatiskt.

Vi har lagt in en lång rad liknande förenklingar. Läkarsekreterarna har också samstämmt deklarerat, att det är betydligt snabbare att skriva journalanteckningar med hjälp av datorstöd än på konventionellt sätt.

Tänk på integriteten

Som avslutning vill jag ge några personliga synpunkter på ämnet "registeranvändning och primär-

.....
Om man bestämmer sig för att ha besöksregistrering på dator finns det klara fördelar att utnyttja minidatortekniken istället för att binda upp sig vid stordatorsystem.
.....

.....
Primärvården får inte bli en kontrollapparat, lika lite som andra sektorer i samhället får bli det.
.....

vård".

Om man anser sig ha intressanta frågeställningar man vill ha besvarade, och om man bestämmer sig för att ha besöksregistrering på dator, finns klara fördelar att utnyttja minidatortekniken i stället för att binda upp sig vid stordatorsystem. För att bringa ner kostnaderna kan några närliggande vårdcentraler tillsammans använda en minidator. Överföringen kan ske via telenätet. Genom små system har vi möjlighet till personlig påverkan; personliga intressen och initiativ får lov att blomstra. Samtidigt undviks en många gånger tung byråkrati som kan göra förändringar ytterligt svåra att genomföra. Genom närheten får också de som arbetar med registrering en annan känsla för systemet, en "vi-känsla", vilket är viktigt inte minst för kvaliteten på det som registreras.

Tekniken har nu kommit så långt, att vi förhållandevis billigt kan registrera massor av uppgifter om alla människor i våra distrikt – åtminstone om alla de som anlitar sjukvården, och det gör de flesta förr eller senare. Besöksregistren kan kopplas samman med andra register. Vi kan under täckmanteln att främja människors hälsa motivera – för oss själva och andra – att vi kartlägger människor, deras vårdutnyttjande, sjukdomar och mycket annat. Men här måste vi vara ytterst försiktiga.

Vi måste tänka på enskilda människors integritet. Det är slående hur lite integritetsfrågorna ventileras bland forskare och tjänstemän som har möjlighet att påverka hur mycket och på vilket sätt registrering och samkörning skall ske i framtiden. Primärvården får inte bli en kontrollapparat, lika lite som andra sektorer i samhället får bli det.

Därför vill jag avslutningsvis ge följande förslag: Ingen registrering eller samkörning i rutindrift inför, förrän det i forskningsprojekt har kunnat påvisas en uppenbar nytta för de enskilda människorna av just den registreringen. Först då har vi satt människan i centrum!