Martin Fahlén

En intervju av Isabelle Dussauge,
Urban Rosenqvist och Hans Peterson
7 november 2007

Intervju 52

Från matematikmaskin till IT

Denna intervju har genomförts inom ramen för projektet Från matematikmaskin till IT som är ett samarbete mellan Avdelningen för teknik- och vetenskapshistoria vid KTH, Dataföreningen i Sverige och Tekniska museet finansierat av Riksbankens Jubileumsfond och Stiftelsen Marcus & Amalia Wallenbergs minnesfond. Originalinspelning och transkript finns tillgängliga på Tekniska museet i Stockholm. Intervjun bör refereras på följande sätt:

Martin Fahlén, intervju från 2007 av Isabelle Dussauge, Avdelningen för teknik- och vetenskapshistoria, KTH, Stockholm, Urban Rosenqvist, och Hans Peterson.

Nyckelord: Datorisering, programmering, patientjournal, diabetesvård, ledarskap, centralisering, medicinsk informatik, medicinhistoria, vårdhistoria, IT-historia.

Abstract

This interview with Martin Fahlén was conducted at Fahlén's house in Kungälv by Isabelle Dussauge, Urban Rosenqvist and Hans Peterson on November 7, 2007. The interview dealt with Fahlén's life as a doctor and programmer at the Kungälv Hospital from the 1980s onwards. Fahlén describes how his programming work at Kungälv Hospital begun with the development of a computerized scheduling system, leading to ever broader integrated applications. Fahlén also describes his work and collaborations in the development of programs for anticoagulant treatments, diabetes care, cardiology and chemotherapy. Fahlén addresses the role of leadership; the different roles that professions (doctors, nurses, programmers) play in the development of computerized tools for health care; the hierarchic tensions between professions; and the position of small companies through eras of centralization of IT-solutions for health care. Fahlén argues that programming must be understood as a "secondary profession", i.e. secondary to the doctors and nurses' "primary profession" of providing health care to patients. Fahlén summarizes his experience as one of a specific style of leadership and cooperation leading to functioning, need-based, local computerized systems in a constant tension with the generic programmes promoted by large firms and health care decision-makers.

Informant: Martin Fahlén
Intervjuare: Isabelle Dussauge, Urban Rosenqvist, Hans Peterson
Tid: 12 november 2007
Plats: Kungälv

Isabelle Dussauge: Hej Martin. I fokus för denna intervju är ditt arbete med datorisering av patientdata, eller skapandet av ett system för registrering av patientdata.

Martin Fahlén: Man kan ju säga att det var ju någon sorts blandning utav övermod och behov. Jag var klinikchef, det var 1983 och schemaläggaren kom in och sade att han skulle säga upp sig om inte han fick hjälp med läkarschemat för det var ganska komplicerat, mycket regler och så. Och jag hade innan övat mig mycket i programmering. Redan vid -64 så gick jag en kurs som hette Algol för kemister. Där hade jag roliga erfarenheter med Urban Rosenqvist bland annat. När jag kom tillbaka från Lund och hade gått den kursen så höll jag ett entusiastiskt föredrag på institutionen – och det var väl för entusiastiskt, i alla fall så sade Urban, har du blivit religiös Martin. Han hade ju mycket rätt i det, trots att det inte fanns något altare att gå till och ingen dator. Det hela var ju ganska fånigt av Karl-Gustav Paul att skicka mig dit eftersom jag inte kunde ha någon nytta av det mer än i mina drömmar.

Sedan när jag höll på med min avhandling på 70-talet jobbade jag med handkalkylatorer och tyckte att det var hur kul som helst att göra statistikprogram. Då behövde man ju programmera! Så fick jag ett visst utlopp för det och programmerade handkalkylatorerna inför min avhandling som jag skrev färdigt -74. Sedan kom klinikchefskapet -83 och den schemaläggare som sade bara att, jag slutar. Nej, nej, det här ska vi ta data till sade jag. Det går aldrig, sade han. Äsch, sade jag, det är klart det går, jag kan programmera, jag har gått kurs. Det är vad jag kallar för övermod – men entusiastiskt övermod är bra att man har.

Jag lärde mig snabbt avancerad BASIC tack vare Anders Odén, den statistiker som jag fortfarande jobbar med och som är professor i statistik nu. Han lärde mig det där, han hade tilltro till att det skulle gå bra. Vi gjorde schemaprogrammet och jag gick till landstinget och sade, jag har bara en sådan här liten datamaskin som har 20 K – det var inte mycket att leka med – och undrade om jag kunde få en större. Då fick jag en StepOne dator, en åtta bitars dator som var fantastiskt roligt att ha. Datachefen på landstinget trodde på mig eftersom jag hade denna glöd.

Jag gjorde schemaprogrammet. Sedan sade landstinget, du kan gå en kurs, vi har ett nytt datasystem som heter Combi-Step som är lätt att använda och som kanske kan användas inom kliniken. Då hade de plötsligt en sorts tilltro till detta. Jag gick kursen och träffade Jan Ramebäck som sedan kom att bli då min nära samarbetspartner och jag trodde ju hela tiden att jag kunde programmera. Det är klart, tror man det så gör man det och så tycker man att det inte är något märkvärdigt alls.

Jag lärde mig det ena språket efter det andra och sedan gjorde jag ett framträdande på Läkarstämman -84 där jag berättade om persondatorn på medicinkliniken och om alla program som jag hade gjort av olika slag. Jag fick applåder – jag vet inte om du Urban var med och lyssnade – för det var så i begynnelsen då man å ena sidan hade minidatorerna som stora kraftresursen och å andra sidan hade man persondatorerna som kom farande. Och då kom det fram folk från Ericsson och sade, du, vet du vad du har gjort, du har gjort revolution. Och det var ju en väldigt underbar stämning. Då frågade de, kan inte du göra ett program för antikoagulantiabehandling, alltså proppskyddsbehandling, det är så svårt och det händer så mycket farliga saker med patienterna. Javisst, sade jag, och hem och skrev bara. Då gjorde jag ett program som idag används – nu är det förfinat naturligtvis – som skulle sköta om styrningen utav behandlingen, alltså utav antikoagulan-

tian. Och så småningom spreds det här programmet, så idag används det på sjuttio eller åttio sjukhus i landet. Det har ju varit en succé kan man säga.

Och det ledde också till internationell framgång därför att vi kunde skriva artiklar och berätta om hur man ska behandla med större försiktighet för att undvika risk för död. Men vad som var viktigt här det var ju att jag var chef och höll på med glöden och programmerade. Det innebar att jag kunde ju tala om för folk att nu gör du det, här har du ett program, sätt dig här och så vidare, och det innebar att jag hade en regissörs arbete samtidigt som jag programmerade och kunde leda andra.

Jag blev nog lite blind inför det därför att jag trodde att alla kunde göra sådant där och att det var ett vanligt sätt att arbeta på. Men jag bedrog mig naturligtvis! Jag cyklade hem med disketter i fickan och programmerade om, och tillbaka till jobbet och så vidare. Det handlade hela tiden om att känna efter, ”passar det här?”, och jag kallade det för programmering på hästryggen. Alltså, hela tiden liksom bara jobba, jobba, känna av, är det här bra.

Det blev naturligtvis en bukett av program och även ett fullständigt journalsystem på medicinkliniken så småningom. Det här var väldigt roligt, och folk trodde att jag var dataknäpp. Men jag sade, jag gör ju det här för att bli en bättre läkare. För mig var det fullständigt självklart. När vi jobbar med datorisering av diabetesvård så handlar det om att få fram patienten. Patienten skulle se skärmen, patienten skulle få ett brev, mötet med patienten skulle bli mycket bättre och så vidare.

Samtidigt så förstod jag också att det här egentligen är två jobb. Det ena är att sköta en patient, det är det viktigaste jobbet av allt. Det andra jobbet det kallar jag för ”secondary profession”. Jag fick alltså två yrken på en gång, pang, så där, och jag försatt mig i den situationen vilket naturligtvis var påfrestande för familjeliv och annat. Å andra sidan fick man be om ursäkt och säga, ja, ja, jag programmerar så lite och så där. Men det gjorde man ju inte. Utan det var naturligtvis ett väldigt tungt arbete.

Men det som var roligt var också samarbetet, för jag insåg att det här klarar inte jag själv, utan jag måste ha en samarbetspartner. Dels var det Anders Odén som statistiker som var väldigt viktig i hur vi skapade alltihopa, och den andra var Jan Ramebäck som var också fyrtiotalist och hade börjat tidigt med datorer, gjort operativsystem och så vidare. Rollfördelningen mellan oss i teamet var så att vi pratade med varandra varenda dag – och det gör vi fortfarande. Alltså ringer och bara pratar och skriver ihop, och programmen skickas via mail fram och tillbaka, fram och tillbaka. Man kan ju fråga sig, men var det här bra, var det här klokt att göra så här. Ja, jag tror det var klokt att inse att en tekniker inte klarar sig själv och en läkare inte klarar sig själv, utan det måste vara ett teamarbete. Och man måste inse att vi gör det här för att stödja arbetet med patienter.

Sedan kom det ju naturligtvis andra som kom ikapp oss, de stora företagen. Siemens kom med jättestora journalsystem som de bara skulle driva igenom. Då ansågs vi vara små. Landstingen satsade jättestora belopp på det här stora systemet medan vi småsnickrare respekterades inte, för vi kom ju inte från något annat land eller vi var inte de här stora företagen. Men vi fick inrikta oss på svåra områden.

Det innebar att vi insåg att vi är världsbäst på antikoagulantia, vi skrev artiklar i British Medical Journal, vi skrev artiklar med andra forskare i världen och så vidare. Då insåg vi att vi tar det svåraste. Det svåraste är cytostatika, för att det är en farlig verksamhet, det är komplexa behandlingsformer, det är riskmoment hela tiden och det gäller att minska riskerna. Alltså datoriserar vi för att göra vården säker. Det var inte för att producera en journal till varje pris för det tyckte vi det var ju så enkelt. Utan det svåra är att göra vården säker – precis som att flyga ett flygplan, det ska ju helst inte störta. Det är ju så med vården, den störtar ju ideligen och vi måste få bort det så mycket vi kan. Våra erfarenheter med antikoagulantia-läkemedlet Waran var att vi fick bort mycket elände av blödningar, och vi hade också kunnat visa hur vi kunde minska risken för död i denna

behandling. Därför blev det logiskt att också gå vidare med cytostatika.

Men jag kan säga att alla de här områdena som vi omfamnade hade med varandra att göra trots att det inte verkar så. Jag utgick rätt mycket från diabetes. Det berodde på att diabetes var en kaskadsjukdom, där det händer många saker och där vi måste hålla reda på information, vi måste följa information, vi måste göra statistik av det, vi måste ge någonting till patienten och så vidare. Det fanns också sådana problem inom hjärtkirurgi, varför det var naturligt för oss att datorisera hjärtvården. Diabetesenhetens infrastruktur med sjuksköterska och patient, hela det här samspelet, det var någonting som vi kunde överföra till antikoagulantia-verksamheten. Så vi förändrade infrastrukturen vilket innebär en introduktion av andra roller och andra arbetssätt när datorn kommer in och gör det möjligt. Det var vårt stora bedrift egentligen att vi inte bara stoppade till en diskett, utan vi utbildade sjuksköterskorna. Vi sade att så här ska ni arbeta, ni ska sitta så och så, ni ska göra det och det, ni ska undervisa så och så, och de gick fempoängskurser på universitet. De blev alltså professionella på ett annat sätt och det jobbet togs då från doktorerna till sjuksköterskorna, man gjorde en specialitet utav det.

Så man tillförde vården ett annat sätt att arbeta. Mycket utav inspirationen kom ifrån diabetesområdet. Urban Rosenqvist och jag höll på med undervisning, det handlade väldigt mycket om infrastruktur, om modeller, om kronisk sjukdom. Det här kan vi tillämpa inom andra områden, det var ju så vi tänkte. Diabetes var en kaskadsjukdom i den betydelsen att det var väldigt mycket saker att hålla reda på, njurar kunde kollapsa, ögon och så vidare, och vi hade ett likartat problem med kardiologin. Inom thoraxkirurgin i samband med hjärtoperation så kunde väldigt mycket hända, vi måste hålla reda på det, vi måste följa informationen igen, vi måste koda väldigt omsorgsfullt. Och det gjorde inte de stora journalsystemen, de brydde sig inte om att liksom följa detaljerna i tiden. Därför gick vi in på de här områdena.

Isabelle Dussauge: Kan du ge en kronologi för detta?

Martin Fahlén: Kronologin är att sedan -83 med introduktionen av persondatorn StepOne har jag programmerat varenda dag. 1984 var föredraget på medicinska riksstämman ”Persondatorn på medicinkliniken”, -85 höll jag ett nytt föredrag när jag hade gjort den första versionen utav antikoagulantiaprogrammet. 1986 spreds första programmet till Helsingborg, och Rolf Billström skrev om det i *Läkartidningen*. I slutet av 80-talet så började jag också med hjärtkirurgi, men 1990 skapade vi företaget Journalia. Jag kunde inte vara ensam med den här verksamheten, utan jag måste ha en firma. Journalia var ett aktiebolag, där det ingick Jan Ramebäck, Anna Ramebäck, hans dotter som programmerar, min son Knut som är ekonom och Anders Odén som är statistiker. Och så sade vi det, vi måste ha statistisk kompetens, medicinsk kompetens, ekonomisk kompetens och programmeringskompetens, och alla dessa kompetenser skulle jobba ihop. Vi skulle söka efter dyrbara farliga områden inom vården, där vi ville göra nytta. Diabetes är ett farligt och dyrt område. Och de andra områdena är också dyra och farliga.

Sedan så från 1990 och framåt så förfinade jag programmen och sedan -95 ungefär började vi datorisera i Lund och sedan även Södra sjukhuset (SÖS) när det gällde cytostatika. Där arbetar läkarna idag direkt mot skärmen när de ordinerar, det kallas för Computerized Physician Order Entry (CPOE). Det var spännande att jobba med doktorer inför datorn därför att jag förstod också att det är en väldigt varierande datakompetens. Jag utbildade tre läkare åt gången och ibland hände det att jag sade tryck Enter, då fick man svar, var är Enter och då tänkte jag, herregud alltså, är det sant tänkte jag. Så var det någon som höll musen upp och ned och sedan sade jag, ja, kanske vore det bättre att hålla den på rätt sätt... Sedan kan man säga att datoriseringen utav doktorernas arbete var väldigt spännande för mig därför att jag vet att doktorer struntar i det mesta man säger till

dem, och så var det också när det gäller data – de struntade i utbildningen, de struntade i allting, man var tvungen att göra programmen väldigt enkla. Man kunde tänka sig att de skulle strunta i om programmet sade ”det här får man inte göra, du måste ta kontakt med apoteket”, de tar inte kontakt med apoteket. Och då datoriserade vi vårdkedjan mellan apoteket som gjorde beredningarna av läkemedel och de som ordinerade det. Då det kunde uppstå fel i den här kommunikationen införde jag någonting nytt, nämligen det dubbla greppet: om de hade gjort fel, låt oss säga att de hade ordinerat någonting och de andra höll på då att göra beredningarna, och så ändrar läkaren sig men kommer inte på att ringa för att tala om att stoppa den där beredningen. Läkarna är inte vana att tänka så riktigt, de säger bara att, syster, pang, du ska göra något annat. Sedan den här lite vårdslösa stilen, alltså struntar de i vad man säger i datorn... Då infördes det dubbla greppet som sedan har blivit en intressant datateknisk hjälp, nämligen att man måste på två ställen i olika program skriva t.ex. avbokad. Alltså, det här är en sak som man gör för att öka säkerheten: två personer måste göra någonting. Och att göra det i datorn var ju ganska spännande område och det fungerar alldeles utmärkt. Så jag blev ju väldigt poppis med det där dubbla greppet, som jag sedan utvidgat till lite andra områden och det var för att verkligen markera betydelsen av att man pratar med varandra.

Det har varit mycket spännande erfarenheter och man kan säga att mycket av det sätt som vi jobbat på med datoriseringen har varit att ge service till användarna. Jag gav mig själv service när jag var klinikchef, jag cyklade med disketter hem, och skrev om, och tillbaka. Och då förstod jag att det här är en stil som det finns ord för, det kallas för “extreme programming” och det är att man hela tiden mycket snabbt underhåller och tillåter att det finns fel men snabbt rättar dem. Det är därför att den här kravspecifikationen som användarna ska ha, de vet ofta inte den, och det går inte att förutsäga vad de vill ha. Då måste man istället säga så här, ta det här, kör igång, pang, pang, pang. Och sedan säger de, jaha, vad var det som var snett här då, vad var det som inte funkade. Okey, vi rättar till det nu, och så där håller man på. Och det kräver dels att man kan programmera dels att man har ett redskap, ett programmeringsbibliotek som tillåter det, som gör det möjligt. Den andra typen av programmering kallas mer för vattenfalls-programmering: hela nya program kommer farande efter ett år, oj då, ett nytt program. Men till exempel i Lund under utvecklingsfasen skickade jag väl kanske sju uppgraderingar i månaden till dem under två, tre år. Nu är det inte så ofta men då var det mera. Och det var ju därför att de önskade hela tiden nya saker, de kom på att vi ska ha det, kan du det här, är det möjligt att göra. Javisst, sade jag, eller så sade jag nej.

Isabelle Dussauge: Om man tänker på 1980-talet, alltså innan du startade ditt företag, då var du både klinikchef och programmerare?

Martin Fahlén: Ja.

Isabelle Dussauge: Kan du berätta lite mer om de program som du utvecklade? Vad gjorde de? Vilka var de problem som de löste?

Martin Fahlén: På Kungälvs medicinklinik började det med schemaläggning. Sedan förstod man att schemaläggningen ska också redovisas. Alltså blev det program för rapportering till huvudmannen. Men det hänger också ihop med tidboken, jaha, då blev det en tidbok. Sedan hänger det ihop med journalen också. Och det innebar att vi gjorde ett fullständigt system i Kungälv när jag var klinikchef. Sedan mot slutet av 1990-talet så kom Olausson som var chef för alla arton sjukhus i hela Västsverige och sade, vi kan inte hålla på så där längre, vi måste införa någonting som heter Melior. Då sade jag, varför det, vad är det för dumheter. Han satt och pratade med mig i fyra timmar och efter ett

tag sade jag, vill du verkligen misslyckas? Jag var ju förbannad, för jag tyckte att här har jag utvecklat ett operativsystem, det här är ett operativsystem för internmedicin, varsågod, jag har jobbat med det här i så många år, ta det. Nej, men vi kan inte ha det så, alla sjukhus måste ha ett och samma system. Ja, men då har ni ju ett här, sade jag. Nej, vi ska ha Siemens, det är bestämt. Ja, javisst, kör in det då. Det här sammanföll med att jag slutade när jag fyllde 60 år och lämnade kliniken. Men då hade jag alltså utvecklat ett system som tjänade en mängd saker, bland annat all tänkbar kardiologi. En undersköterska som arbetade med arbets-EKG satt med mig när jag skrev journalen. Ekokardiografi, det gjorde jag också ett system för. Jag gjorde ett för reumatologi – reumatiska patienter som vi hade haft – och för astma och stroke. Och vi bestämde oss för att vi måste kunna exportera till centrala register med de här programmen också. Det är inte doktorer och sjuksköterskor som ska dubbelarbeta genom att mata in uppgifter på en webbsida för ett centralt register. Det ska journalsystemet, det vill säga arbetsredskapet, göra automatiskt.

Så idén var att hela tiden att vara stenhård med att kunna följa information från källan och inte upprepa den heller, utan de här olika områdena skulle hänga ihop. Så att om man hade sagt någonting om att patienten är gift, röker och så vidare syntes det överallt i hela systemet, det var alltså integrerat. Och det innebar att man återanvände information, så att det inte behövde upprepas om och om igen, vilket det annars är i vården.

Urban Rosenqvist: Vad var det för plattform där?

Martin Fahlén: Ja, när det gäller tekniken så var det ju saker som Jan Ramebäck hade utvecklat i C och i en egen databas. Det var skrivet i C men biblioteken som byggdes upp var det som var det viktiga, inte själva språket. Inte själva databaserna heller, utan det viktiga var dels att systemet var stabilt naturligtvis och dels att det kunde lämna ifrån sig information, internt också. Man kan säga att det finns ett operativsystem, alltså grundläggande funktioner som ger mesta möjliga kraft åter till yrkesutövaren. I det här fallet handlade det ju om att ge god vård, att följa vården, att utvärdera vården och att göra vården säker. Det var ju de som var de stora krafterna.

Och sedan kan man säga, varför skulle jag programmera överhuvudtaget? Men egentligen var det inte så dumt därför att jag hade ju en personlig känsla för vad vi ville åstadkomma. En programmerare får kanske tjugo förslag utav kliniker men det behövs en regi, det behövs en kraft som säger att det här är det allra viktigaste, det här måste vi göra nu. Och det andra kan vi strunta i, nu. Alltså det finns hos en kliniker, han har ju jobbat, gått och kämpat med med de här frågorna i vården, men det har inte en programmerare gjort. De förstod väldigt snabbt att det var så här det skulle vara, nämligen att den primära professionen det är läkarutövandet och sjuksköterskans jobb. Och det som ger stöd åt det, det är de som programmerar. Då kommer vi fram till att vad vi egentligen höll på med var service åt vården. Idag talar man om "system service science", alltså det är en vetenskap att kunna ge service åt vården i form av datorisering. Därför att man behöver inte bara kunna skriva i vissa programmeringsspråk utan man behöver kunna infrastrukturen, man måste kunna hur läkare och sjuksköterskor arbetar, man måste veta vad det handlar om. Och – som Urban och jag höll på med pedagogiken – måste man in med undervisning till patienterna, se till att de blir informerade, att de får ta del utav sin verklighet och delta, och det har ju vården varit dålig på. Nu kan datorerna komma in och hjälpa till med det också.

Urban Rosenqvist: Du gjorde också interaktiva program.

Martin Fahlén: Ja, undervisningsprogram gjorde vi. Datorn fanns i väntrummet. Ibland satt jag i väntrummet och det var roligt att se hur patienterna och anhöriga satt och job-

bade inför frågor. Då var de ju ensamma. Jag frågade dem, är det här bra, och såklart sade de, ja, det är klart att det är bra, det är ju du som har gjort det. Nej, nu vill jag inte höra på det viset sade jag, utan jag vill veta varför det är bra. Man får träffa sig själv, sade dem. Det tycker jag var väldigt fint. Om du som läkare säger, hur mår fru Johansson, då säger hon, jag mår bra. Har du tagit dina mediciner? Ja, det har jag gjort, och så vidare, hon spelar ju en roll inför läkaren, och hon vill ju gärna uppträda så välartad som möjligt. Och då blir det kanske inget verkligt samtal. Men när de sitter med ett sådant här program så träffar de sig själva och får tid med sig själva på ett vis som kräver en viss ensamhet, eller gärna tillsammans med anhöriga för att ofta angår kroniska sjukdomar anhöriga också. Vi gjorde undervisningsprogram för högt blodtryck, diabetes, antikoagulantia och astma. Och de var ju i väntrummet och jag tyckte det var jättekul.

Isabelle Dussauge: När var detta?

Martin Fahlén: Det här är under 90-talet.

Isabelle Dussauge: Vilka förändringar upplevde du som viktigaste i din verksamhet där? Du skiftade från klinik till företag, som du nämnde var en av de stora förändringarna i ditt programmeringsarbete. Fanns det andra ändringar som var viktiga, till exempel hur de områden som du pratar om har förändrats medicinskt över tid?

Martin Fahlén: Vad jag tror att jag bidragit till för samhället så tror jag att antikoagulantiaverksamheten var en stor bedrift. Det var ett farligt område och det har blivit mycket, mycket bättre, alltså det är mycket välskött nu jämfört med tidigare. Och vi har också sett artiklar även idag som säger, Odén och Fahlén har rätt när det gäller att man måste vara försiktigare, alltså man gav för höga doser till patienter som hade klaffproteser. Det kunde vi se att det inte gick, det kan inte vara så att de ska ha så här höga doser.

Och då skrev vi om det i British Medical Journal och det kom stora artiklar också i Dagens Nyheter om det här och så vidare. Det dröjer alltid ett visst antal år innan det kommer andra rapporter och nya studier och då blir man ju glad när man använder våra namn och nämner oss i artikeln och säger att det vi skrev stämmer. Jag nämndes nyligen i en sådan rapport om en studie där man hade låtit över tusen patienter själva mäta Waranintensiteten med hemmätare. Där stod det att om man behandlar dem försiktigare, så som Odén och Fahlén föreslog så gick det bättre. Sådana saker är väldigt svåra att visa men vi hade väldigt stora material. Det var alltså flera miljoner prover och tretusen dödsfall som vi studerade, och vi gjorde en samkörning av socialstyrelsens register mot våra data. Vi kan säga att det är ett ganska vackert exempel på att man följer upp, att man bryr sig om resultatet, att man går tillbaka och återrapporterar data.

Isabelle Dussauge: Jag kommer ofta att komma tillbaka till 80-talet... Kan du berätta lite om hur den medicinska praktiken på din klinik förändrades i samband med att du införde dina program? Dels hur programmen togs emot, vad du gjorde för att få de att fungera i praktiken men också hur den vanliga verksamheten förändrades?

Martin Fahlén: Allting blev mycket roligare tyckte jag – men det tyckte också de sköterskor och sekreterarer som jobbade med mig då. Jag är på sjukhuset ibland och besöker dem och då säger de att det var väldigt kreativt då. Det är klart, vi hade ju fritt, vi kunde ju göra vad vi ville. Men det kunde man inte göra sedan. Sedan stängde IT-avdelningarna dörren och sade, nu är det vi, nu tar vi makten. Så kom ihåg att det var ett andhål, och det var fantastiskt att komma in i det där andhålet. IT-chefen sade, Martin du kommer bara och begär datorer för att du har ett program. –Ja, sade jag, jag har ett program, du

ska väl ta fram en dator. –Men jag tycker inte om att du säger så. –Vadå, du ska väl vara glad, jag har gjort ett program [underförstått, det är inte du som ska göra ett program]. Och så hade vi en sjukhuschef som kom in till mig och sade, Martin du måste sluta programmera. Gissa hur många gånger han kom in till mig och sade det.

Urban Rosenqvist: Ja, det var många gånger.

Martin Fahlén: Sex gånger, jag tyckte det var rätt mycket. Sex gånger alltså sade han, Martin jag måste prata med dig. –Javisst sade jag, prata på. –Du måste sluta programmera. –Ja men jag programmerar inte på jobbet sade jag. Det skulle inte falla mig in att programmera på jobbet, på jobbet sköter jag patienter, det är hemma jag programmerar. –Ja men det är inte du som ska göra programmen. –Nej, men det finns inga program så gör jag ju dem, sade jag. Ungefär så. Jag tyckte att det var märkligt med det här motståndet som fanns dels på chefsnivå, uppifrån. Men sedan kom jag ihåg att det var dubbla budskap. Den ena säger, du måste sluta, och den andra säger, du kan få gå kurs, och sedan var det de som sade, vi tror på dig Martin. Och andra som sade, varför håller du på så där, ska inte du sluta att vara doktor, du ska väl inte vara doktor nu. Så var det.

Samtidigt var det så att sjuksköterskorna, alltså diabetessköterskorna, fick en helt annan profession. De blev professionella därför att de hade skrivit journaler tillsammans med oss som var diabetesdoktorer då. Samma journaler, samma dokumentation, plötsligt så var vi i samma båt. Patienter märkte det och sade åh, vad trevligt det är här, det är ju en helt annan attityd här än vad det är på andra ställen. –Ja men vi har kul här sade jag, det är det som märks. –Ja men ni litar på varandra. –Det är klart vi litar på varandra, ni ser ju vad vi håller på med. Sjuksköterskorna åkte till Sidney tillsammans med mig, de blev som raketer som kom upp och ledde kurser i hur man ska jobba med dator tillsammans med diabetespatienter. Det var upprepade sådana kurser då på 80-talet, framförallt i Stockholm.

Ett tag då hade vi femtio stationer i landet, hälften i primärvården och hälften på sjukhus. Men sedan försvann alla stationerna i primärvården därför att de datoriserade med sitt andra program – och man kan inte ha flera program. I sjukvården idag är det tjugo sjukhus som kör diabetesprogrammet.

På 80-talet var det bara att rusa på och göra saker och sprida dem och ha kul, och på det egna sjukhuset var det väldigt roligt och väldigt trevligt. Men först när jag lämnade kliniken började jag förstå vilken enorm kraft som låg i ledarskapet. Det var kombinationen utav ledarskap och programmering i datainförandet som var det unika, men jag hade blivit hemmablind för det. Jag förstod inte att jag också ledde någonting. Jag tänkte bara att jag kommer med program, det är självklart att de tar emot det, ungefär. Men det var någon sorts ledarskap i detta. Under de sex åren som jag var klinikchef hade jag ett roligt och väldigt givande nära samarbete med sjuksköterskor. Detta hade jag aldrig haft tidigare naturligtvis, utan det var ett resultat av att jag var tvungen att lära upp dem så att de blev professionella, och fick sitta med dem och jobba med dem, även så med kanslisten som jobbade med läkarschema. Och jag programmerade faktiskt på jobbet, jag rättade programmen då och då mellan patienterna. Sedan så hade vi ett belöningssystem där folk kom och sade att, hör du Martin vi har hittat ett fel i programmet. Jaha sade jag, du ska få choklad om du rättar det. Ha, ha. Och så sade de, jättebra, jag älskar choklad – så rättade de mig med en gång, ja det var en rolig tid. Så mycket choklad.

Urban Rosenqvist: Men hur var det med samarbete?

Martin Fahlén: Ja, det var lite grann en missuppfattning från läkemedelsindustrin. De trodde att datoriseringen var en grej som de skulle kunna gå in i, men det var en ovisshet

om vilka som var aktörer egentligen. Man delade alltså upp spelet på något vis men till slut tog IT-avdelningar över rejält – och det gör de idag väldigt starkt. Vi hade kontakt med kliniker i början. Vi kunde sälja program till kliniknivå och vi hade låga priser, men sedan så blev det på sjukhusnivå. Och sedan blev det på landstingsnivå, så nu när vi säljer program ska hela Norrbotten ha programmet. En jätteaffär! Men då blir det en förskjutning utav hur man betraktar datoriseringen. Man glömmer ordet ”personal”. Det heter PC där P står för ”Personal” och C för ”Computer”. Nu kan det bli för mycket ”APC” eller ”Anti-Personal Computer”. Risken är att man utövar en absurd fundamentalism... Det vill säga att det är ett jätteområde som ska ha ett program och det ska styras och regleras. Då blir det en absurd fundamentalism som gör att allting går i stå. Det händer ingenting, det är inte alls lika kreativt som det var på 80- och 90-talet. Jag anser att det var en glansperiod för skapande. Idag tycker jag att det verkar helt dött, ingen vågar beställa någonting, ingen vågar göra någonting och sätter de igång någonting så tar det evigheter innan det blir implementerat. Så vi har hamnat i ett taskigt läge.

Urban Rosenqvist: Beror det på de system som finns? Man skulle kunna tänka sig att du kunde också ympa in dina program på andra system.

Martin Fahlén: Jo, en viktig del av vår syssla nu är att integrera med större system. Vi kan integrera bra på Södersjukhuset i Melior. Men så finns det ingen Meliorprogrammering i Göteborg, alltså blir det ingen integration i Göteborg. Och så där håller det på. Det är förfärligt dålig insikt i hur det här ska skötas.

Isabelle Dussauge: Hur gick det till för de platser eller olika centrum för diabetesvård som du nämnde tidigare? Det var femtio stycken som körde en del av dina program. Hur gick det till att få programmet ut dit och sedan på plats, hur fungerade det?

Martin Fahlén: Då fanns det ju inga program och det här var ju nytt för dem att få ordning på diabetesverksamheten. Sedan kom datoriseringen av journalen efteråt, Profdoc och alla andra sådana system. Och de slog ju bort alla system som fanns vid sidan om därför att man inte kan sitta i sjukvården och hoppa mellan olika program, utan man måste jobba med ett program och då var det väldigt lätt att ta bort alla sådana specialistsystem.

Urban Rosenqvist: Men du gjorde annat generellt system…

Martin Fahlén: Jo, jo, i Kungälv, och vi använde ju det, delar av det även på Sahlgrenska. Man gjorde ju allting, men sedan så använde man ju argumentet vi kan inte ha det här, det måste vara samma överallt, det var ju det.

Hans Peterson: Det är ju också tokigt, för det är ju inte samma överallt.

Martin Fahlén: Nej, nej, visst, de lyckades ju aldrig åstadkomma det. Men det var det som var makttagandet. Jag pratar ju om allt som var roligt, men det finns en tråkig sida av datoriseringen och en förtvivlan på något vis. Det är att man tycker att detta är ett redskap men åren går och det blir inte så bra som man hade trott.

Hans Peterson: Men du, det finns ju en annan tendens i samhället, det är det här med decentralisering och centralisering.

Martin Fahlén: Ja.

Hans Peterson: När jag började på sjukvårdsförvaltningen i Stockholm, då var det centralisering. Det var på slutänden, men fortfarande var det en väldigt stark centralisering i början på 70-talet. Sedan kom början på 80-talet då skulle allting decentraliseras, ingenting skulle skötas centralt utan var och en skulle få göra precis som de ville. Och det är ungefär den bild som du också tecknar i på 80-talet att du släpptes fri, på Sahlgrenska struntade de i vad du gjorde i princip. Men sedan så kom den här vändningen tillbaka igen. Och det blev en stenhård centralisering, allting skulle skötas utav några få allra högst upp i toppen, de skulle bestämma hur det skulle vara. Tror du inte att du var ett offer för den tendensen…?

Martin Fahlén: Jo, jo, självklart…

Hans Peterson: ...att den spelar en viktig roll i det här…

Martin Fahlén: Det spelar ju en enorm roll. Jag hade kunnat tro när jag slutat på Kungälv 2000 att man på landstinget skulle säga att Martin, vi skulle gärna vilja ta vara på dina erfarenheter. Inte. Mitt arbete har givit mig väldigt viktiga erfarenheter, men jag har inte haft någon elev, någon att berätta det för förrän nu. Det är tunga erfarenheter av hur arbetet kan drivas faktiskt. Jag har alltid tyckt att det kan vara helt naturligt att jobba på det vis som jag har gjort, att både vara läkare och programmerare. Man måste förstå att det är två professioner, att man måste ta för sig av båda professionerna och inse att den ena professionen är ”secundary”. Det är programmering som är secundary. Programmerare ska ställa upp och hjälpa till men förstår inte hur de ska hjälpa till om inte den som har den ”primary” professionen tar ett steg in och gör även det jobb som den här ”secundary” professionen gör.

Urban han frågade mig efter vad har jag skrivit. Min CV säger ingenting om det jag har gjort. Mina arbeten kan möjligen det. Jag har skrivit ett trettiotal arbeten, som man kan gå ut på Medline och söka efter. Då kan man se att, jaha, här är några som ser ut att ha att göra med datorisering. Men det jag har skrivit är ju program – och skrivit om och skrivit om. Det folk gör är att de utnyttjar detta. Men man ska komma ihåg att som forskare – som Urban och jag var när vi var på Kemikum – fick vi lära oss att du inte har gjort färdigt jobbet förrän du har skrivit en publikation. Det är en väldigt viktig moral i all forskning. Du kan inte hävda någonting förrän du har skrivit ditt arbete och det har blivit granskat. Men i mitt fall så handlar det om att programmet är klart när folk börjar arbeta med det. Jag ska göra programmet och det ska användas – och så är det slut. Och sedan ska programmet skrivas om, skrivas om, och skrivas om. Så det är mer en typ av karriär, eller alltså ett stort arbete som är mycket, mycket större än det att skriva vetenskap, mycket, mycket större än det att skriva avhandlingar. Jag menar inte att det motsvarar hundra avhandlingar, det kan jag inte tro, jag bara tar i här – men bara för att ni ska förstå att Urban frågar efter lillfingret och det är ju handen det handlar om. Detta är också naturligtvis ett dilemma för oss, därför hur kan vi få andra tokstollar att börja jobba som jag har gjort? Ska vi vänta till nästa istid eller hur ska vi göra? Det finns ingen gödning för detta. Det finns ingen som säger att, vi behöver skapa sådana energiska trevliga små enheter som Journalia är där system utvecklas och underhålls i nära relation till verksamheterna.

Urban Rosenqvist: Har du träffat några där ifrån Uppsala de här Werner Schneider och gruppen runt honom?

Martin Fahlén: Nej…jo, jo, nu när du säger det, nu börjar det klarna. Jo, någon gång var

vi på något möte samtidigt, men jag minns inte riktigt vad som sades.

Isabelle Dussauge: Kan du berätta lite mer om de sammanhang som du var med om, speciellt på 80-talet, som handlade om medicinsk informatik? I din skrift nämner du bland annat ett antal presentationer som du höll…[1]

Martin Fahlén: Jo. Hans Peterson och jag hade kontakt med Spri. Du Hans du arbetade där eller hur?

Hans Peterson: Jag satt med och skrev ihop ett antal rapporter, ja.

Martin Fahlén: Jag hade mycket kontakt med Spri därför att Spri ville driva verksamheter som min framåt. De var väldigt positiva till allt jag gjorde och jag behövde också någon kanal förbi sjukhuschefen som sade att jag skulle sluta programmera. Så kunde jag hitta Spri som sade fortsätt, vi behöver det här. Spri var en väldigt viktig inspirationskälla. Vi hade möten där både kring diabetes och antikoagulantia, det kom ju mängder med folk. Jag höll också upprepade kurser om program för diabetes och antikoagulantia i det som var nästan som ett litet slott i Stockholm (på ett företag, Valhall Data). Det var på den tiden då Jan Ramebäck hade gjort datastystem för banker. Jag använde hans system inom sjukvården. Han såg hur jag gjorde framsteg inom vården. Samtidigt upplevde han svårigheter med bankerna som började datorisera på ett annat sätt, det var DOS och Windows och så vidare. Det hände ju väldigt mycket. Det kom in amerikanska program och det uppfostrades programmerare för det, så att kartan ritades om stup i ett. Det gjorde att Jan Ramebäck insåg att han inte kunde göra ett generellt basprogram, utan det gjorde andra rätt så bra. Skulle han fortsätta måste han klättra upp och arbeta med applikationer istället om han skulle ha inkomst. Då slog vi våra påsar ihop helt enkelt. Vi började jobba mycket intensivt ihop. Vi hade ju arbetat nära varandra men nu drev vi ett företag tillsammans. Man kan säga att det är ett exempel på två Ardennerhästar som går bredvid varandra och bara drar och drar, och det är så kopiöst viktigt att veta att det är ett sådant otroligt nära samarbete hela tiden. Jag har lärt upp honom, han har lärt upp mig. Han tar hand om antikoagulantiasystemet idag och kan allting om antikoagulantia. Jag kan allting om programmering. Jag menar, bytt är bytt, ha, ha.

Urban Rosenqvist: Men ni har inte programmerat för andra, till Profdoc till exempel eller till något annat sådant system?

Martin Fahlén: Nej, utan man arbetar ju med sitt system. Det är som en verktygslåda som man hela tiden förfinar. Till exempel när jag började jobba med cytostatika så sade jag till Jan Ramebäck att vi måste presentera behandlingen grafiskt, vi måste kunna skapa en bild av hur behandlingen ser ut. Då var han tvungen att förfina det grafiska paket som vi hade. Då var han ju längre ned i tekniken, medan jag jobbade högre upp med vad patienten ska ha, vad läkaren ska ha och hur dokumentet ska se ut.

Urban Rosenqvist: Men det har inte funnits någon möjlighet att leverera applikationer som kan pluggas in i Profdoc till exempel…?

Martin Fahlén: Det fanns ett försök. Upprepade gånger har vi varit i kontakt med de stora. Vi har haft möten med Profdoc, vi har haft möten med Siemens, vi har haft möten med Tieto Enator och så vidare, allt för att få igång samarbete. Men det blev ingenting med Profdoc, det blev ingenting med Tieto Enator, det blev ingenting med Siemens. I

[1] ”Skriften” refererar till Martin Fahléns anteckningar, ”Fyrtio år som programmerande läkare” (2004).

Norge hade vi väldigt nära samarbete med Tieto Enator. Men plötsligt, när vi väl hade kommit igång med en fullständig integration med Tieto Enator då så bestämmer sig Helse Vest som är en stor region, Bergen, Stavanger och så vidare, att de inte skulle jobba ihop med Tieto Enator. Jaha, men ska ni jobba ihop med oss då sade vi. Ja, vi ska jobba ihop med er, men inte Tieto Enator. Vem ska vi då samarbeta med? Får man vänta i tio år då eller vad ska hända? Så där håller de på, det är jättejobbigt.

Hans Peterson: Men vad tror du det beror på att de inte ville? Bara för att det här inte är någon modul som de själva har, skulle det vara ett plus för dem att också ha de moduler som du har, ett visst antal av dem i varje fall.

Martin Fahlén: Visst. Men jag tror att när det gäller Siemens kan det har funnits ett affärsintresse, att de såg att de ville utveckla sådana funktioner själva så småningom, eller ha kontrollen på något vis.

Hans Peterson: Ja, men det blir ju aldrig av.

Martin Fahlén: Nej, det blir aldrig av, det blir aldrig av.

Hans Peterson: Jag menar man kan skriva kontrakt som gör att bägge två blir ganska nöjda, sådana kontrakt finns faktiskt.

Martin Fahlén: Precis, men man kan säga det att är så med samarbete. Ibland är det någon som måste ta två huvuden och slå ihop dem, en yttre kraft. En som gjorde det var chefen på SÖS. Han sade, varsågod kom hit Siemens, kom hit Journalia, sitt där, gör det här. Och då gjorde vi det tillsammans. Det vill säga vi gjorde en integration med Melior på SÖS.

Hans Peterson: Vem var sjukhusdirektör då, var det Borgenhammar?

Martin Fahlén: Nej, inte Borgenhammar. Jag har glömt bort hans namn faktiskt. I alla fall så satt det där sex IT-människor och två koordinatorer samt en läkare och så vi. Då förstod vi vilka det var som drev projektet och att läkarnas inflytande var litet. Men för oss var det roligt och SÖS blev jättenöjda. Arbetet innebär att anteckningarna i vår journal går över till Meliorsystemet och att vårt system är kopplat till laboratoriet för automatisk hämtning av labsvar.

Hans Peterson: När var det här?

Martin Fahlén: Jag hade väl vart på SÖS i fem år.

Hans Peterson: Så det var omkring 2000.

Martin Fahlén: Strax före.

Isabelle Dussauge: Fanns det andra aktörer som var viktiga under den där tiden? De första åren om man säger så, från -83 till -93 ungefär? Du nämnde Spri…

Martin Fahlén: Jo, Spri och vi hängde ju på något vis ihop och det fanns en satsning i Europa som hette Diab-Care. Där var jag med på mötena och även exporterade data till Diab-Care som var en europeisk satsning.

Isabelle Dussauge: Vad för slags satsning?

Martin Fahlén: Ja, det var en kvalitetsuppföjning utav diabetesvård i Europa. Genom St Vincent deklarationen 1989 ledd av WHO kom det ett gemensamt krav från europeiska stater att diabetesvårdens resultat skulle följas och redovisas. Då blev det en datasatsning i München som kallas för Diab-Care. Vi samarbetade på det viset att vi kunde lämna över data. Det var en av de första överföranden av data som vi gjorde, där avidentifierade data fördes över, och de kunde analysera det tillsammans med data från andra sjukhus i Europa. Det var spännande. Det har väl avsomnat.

Hans Peterson: Hade inte de någon kortvariant också, att man skulle ha kort, Diab-Card?

Urban Rosenqvist: Ja, just det.

Martin Fahlén: Ja, just det.

Isabelle Dussauge: Men överfördes den typen av data i forskningssyfte eller för klinisk uppföljning? Eller vad var syftet?

Martin Fahlén: Uppföljning. Och att man kan jämföra sig med varandra så att den svagaste ska nästa gång bli starkast och så vidare. Det ska vara ett incitament att förbättra vården.

Urban Rosenqvist: Har du varit i Amerika någonting och tittat på något system där?

Martin Fahlén: Nej. Jag har ju haft kontakt med amerikanska kollegor och visat Diab-Basesystemet och även diskuterat våra uppföljningsresultat vad gäller framförallt insulinpumpbehandling som vi skrev om i Diabetic Medicine. Jag har också skrivit en artikel tillsammans med en amerikan som jag aldrig har träffat och han tycker det är lika roligt som jag. Han är professor i neurologi i Texas och heter Robert Hart. Han är en av de stora gurus inom antikoagulantia, alltså proppskyddsbehandling. När vi hade skrivit vår artikel i British Medical Journal så mejlade Hart till mig och började korrespondera. Han visade resultat, han var så fascinerad över att det vi hade gjort stämde med vad han tyckte, och det visade sig att han hade ägnat hela sitt liv åt detta problem, alltså proppskydd. Jag skrev till honom, why don't we write an article together, och så skrev han tillbaka, but we don't know eatch other. But when we write together we get to know each other, skrev jag tillbaka. Det var en översiktsartikel om proppskydd. Hart fick ta hand om litteratursammanställningen och Anders Odén och jag skulle komma med nya data. Vi skrev om förmaksflimmer och antikoagulantia och den artikeln blev blixtsnabbt publicerad, jag har aldrig varit med om maken. Det kom på nätet redan en månad efter att vi lämnat in den. Det hela visar liksom hur roligt det är med vetenskap när man når den där nivån, att man kan ämnet och når varandra men kan olika delar av det och så slår man ihop påsarna.

Urban Rosenqvist: Du sade till mig att du har någon som skriver nu någon avhandling…

Martin Fahlén: Ja, just det, vi har en doktorand Marcus Lind med handledare Björn Eliasson som har skrivit ett par arbeten inom diabetesområdet. Precis som vi har gjort med antikoagulantia gör vi samkörningar med Socialstyrelsens register, sjukdomsregister

och register över dödsorsaker. Det handlar om tjugotusen patienter för vilka vi har framförallt värden på HbA1c (det är prover som säger hur välbehandlad patienten har varit). Det handlar om kanske trehundratusen sådana prover plus två miljoner andra uppgifter och vi får se vad det blir. Vi blir ofta refuserade vilket beror på en avog inställning till retrospektiva data, det vill säga data som man tittar tillbaka på. Samtidigt innehåller vår mängd data så mycket information och min nära medarbetare Anders Odén tvingas förtydliga betydelsen av matematiken i det statistiska arbetet.

Hans Peterson: Det är en avundsjuka för de kan aldrig samla de stora mängderna material vet du…

Martin Fahlén: …nej, nej, de är inte vana att få den här duschen av data utan då hakar de upp sig…

Hans Peterson: …eftersom de inte kan så kan de inte tillåta någon annan att skriva så alla referenterna tycker att nej, det kan vi inte släppa fram.

Isabelle Dussauge: När du höll på med din avhandling på 70-talet, vad hade du för tankar då? Du använde en del programmering där, hade du några tankar med att det var någonting som du skulle fortsätta använda dig av? Vad såg du för dig på den tiden?

Martin Fahlén: Nej, alltså, persondatorn hade ju inte kommit. Det kom ju som en blixt från himmelen, det tyckte jag var helt otroligt. Min Vic 20, som datorn hette med det här lilla minnet, den köpte jag för mina barn – och skulle också ha kul med att förstöra en sommar med att programmera... Det är en extremt rolig historia därför att de var ju så klena de här små datorerna som kom jämfört med dagens! Att ha varit med om denna historiska utveckling... Ett läkarschemaprogram tog femton minuter för att kläcka ur sig någonting. Man fick sitta där och vänta och vänta och vänta. Och sedan blev det tre minuter, det var ju fort. Och så tre sekunder oj! Och så, blink, nu. Nu är det inte roligt längre, ha, ha. Det är alltså en hisnande utveckling, samtidigt är det roligt att ha varit med om alla de där stegen, att ha sett det på nära håll.

Urban Rosenqvist: Men hur ser du på den här möjligheten att man kan lösa allting med datorn?

Martin Fahlén: Nej, nej, nej, så är det inte – utan det är kombinationen som är viktigt. Alltså att man löser organisatoriska problem ihop med datorer och ledarskap och undervisning. Datorer är bara ett redskap som man ska använda med största möjliga klokhet. Men erfarenheten av hur vi bör göra är det inga som tar vara på – erfarenhet av vad man ska göra, vad man bör göra, vad man kan göra, hur man ska arbeta ihop... Vem ska uppfinna det här igen? De erfarenheter jag har är så positiva på något sätt, men sedan ser jag inte att det sätt som jag jobbar på kan blomstra någon annanstans.

Jag menar, kom ihåg också att skapa ett företag var något fult, något man inte får göra egentligen. Men det var mitt enda sätt. Normalt sett om du ska göra karriär blir du professor, får en institution, får en arbetsplats och så gör du någonting vettigt för vården. Men så var det ju inte. Utan jag var tvungen att skapa ett företag och då blev jag lite ful och det innebär att jag inte fick inte uppträda på möten som kvalitetsregisterdagarna... Jag anmälde mig förra gången och fick inte vara med – och argumentet var, du har företag, du får inte. Men jag har ju en erfarenhet om register, sade jag. Nej, du ska hålla tyst, du kan möjligen ställa ut där borta någonstans men du får inte komma fram, då säljer du, då är du ful.

Sedan skulle diabetologerna ha möte om datorisering av diabetesvård i Västra Götaland och jag tyckte att det var självklart att jag skulle vara med. Men då var det någon som hade sagt så här, Martin Fahlén ska vi inte ha med längre för han har ju företag, han är här och säljer. Då fick jag ett brev – det är helt underbart – alltså så här, det vore bra om du inte kom. Därför att det är så känsligt. Men då blev jag arg och skrev till dem. Då hade de en omröstning med handuppräckning, alla som tycker Fahlén ska vara kvar räcker upp handen, ha, ha. Då enades de om att det inte kunde vara annat än rätt att han fick komma tillbaka men då hade jag tröttnat naturligtvis. Det var en fantastisk upplevelse, alla kollegorna då som säger, aha, han har gått över till industrin, den jäkeln är ute och säljer.

Urban Rosenqvist: Men idag kan man väl säga att man också har sätt att utveckla programvara där alla vill bidra med öppen kod och så här…

Martin Fahlén: …ja, det gör det också… och det kan komma nytt gry. Men jag skulle gärna vilja se att man hade utbildning för det jag kallar för system service i sjukvården. Där skulle man utbilda både läkare, sjuksköterskor och programmerare i hur man på bästa sätt tar vara på den kraft som finns. Och man skulle göra på det sättet att man förstår att det inte är enmans eller enprofessions uppgift att göra det här, det är inte heller bara en kravspecifikation som räcker utan det krävs något helt annat, en djupare feeling och proffsighet i detta. Och språk, som är någonting som vi måste lära oss. Vi pratar med andra människor, andra kulturer. Som det måste finnas folk som kan franska, måste det finnas folk som kan programmera, så enkelt är det.

I mitt fall känns det fantastiskt roligt att jag har gjort det här men jag är lite grann besvärad över att det inte är ett respekterat angreppsätt helt enkelt. Vore det det, skulle man då säga, nu sätter vi igång och undervisar i detta som vi kallar system service och ser till att vården hela tiden får det trädgårdsmästeri som behövs. Därför att det är för flexibelt, vården är så flexibel. Det kommer hela tiden nya läkemedel, nya saker, nya problem, nya tekniker. Allt detta måste följas upp med datorisering på något vis, göras säkrare också. Och då kan man inte bara stå där med gamla program utan de måste förnyas och samtidigt så sker det nyheter inom datoriseringstekniken.

[Paus, Martin Fahlén svarar i telefon.]

Urban Rosenqvist: Vi kanske ska börja avrunda.

Martin Fahlén: Bo Göranzon har skrivit en bok där jag är nämnd, *Det praktiska intellektet,* känner du till den?

Isabelle Dussauge: Jag tror det, är det Bo Göranzon som är professor på KTH?

Martin Fahlén: Ja, just det. Alltså mycket av mina erfarenheter stämmer med hans reflektioner. Vi var väldigt tidiga med att fundera över yrkesroller vid datorisering.

Isabelle Dussauge: Jag vill ställa en mer allmän fråga. Vilken roll eller vilket inflytande hade ditt liv utanför kliniken och utanför företaget på ditt arbete eller din karriär? Om det var relevant.

Martin Fahlén: Vad sade du?

Isabelle Dussauge: Vilken roll spelade ditt liv utanför kliniken och företaget för din

karriär under alla dessa år?

Martin Fahlén: Vilken roll andra saker…

Hans Peterson: …ja, för din karriär som läkare.

Martin Fahlén: Ja, jag uppfattar nog att det fanns en kreativitet i detta som jag behövde utlopp för. Som tonåring var jag väldigt aktiv i konstnärlig verksamhet. Så det låg nära till hands. Det här var ett konstnärligt arbete nästintill, eller likt forskningsarbete också. Man måste vara noggrann, man måste vara petig – så var det också när Urban och jag jobbade på Kemikum i Umeå, disketterna skulle vara rena, provrum skulle vara rena, allting, man får inte göra några fel och så vidare, allt det där var ordning och reda. Så var det också med programmering, det var en tjusning i ordningssamheten. Det är ju så också om du spelar ett instrument, du får inte spela falskt, du måste spela rätt hela tiden. Att det också speglade yrkesutövandet var spännande tycker jag.

Hans Peterson: Men det hade inget att göra med att du blev överläkare på Kungälv att du också kunde programmera, det hade ingen sådan inverkan?

Martin Fahlén: Jo, jag tror att det var väldigt viktigt att jag hade de här två funktionerna därför att jag kunde tillåta mig själv att göra vad som helst plus att jag kunde ändra arbetsformerna. Jag kommer ihåg, när vi jobbade med programmet kring antikoagulantia satt jag i ett år med sköterskan och hjälpte henne med hur man skulle dosera. Det var helt nytt, idag är det självklart att de gör det. Men jag kände att jag måste visa att denna kompetens går att överföra. Det var en överföring av yrkeskunnande. Medan alla andra säger så här, det där kan du aldrig få sjuksköterskor att göra. Det sade de på Sahlgrenska, de sade, du kan aldrig få sjusköterskorna att göra detta. Och när det gäller diabetessjuksköterskorna så kom äldre kollegor och sade jasså, du försöker göra sjuksköterskan till liten doktor. Javisst, det är väl kul sade jag.

Och sjuksköterskan kunde ju ibland också säga att detta är en läkarsak. I Norge sade de ofta så, det er en legesak. Nej, nej, nej, strunt i det sade jag. Ni ska också undersöka fötterna, ni ska använda er utav monofilament och så vidare. ”Det er en legesak”, sade de. Sedan när jag blev bjuden på middag i Stavanger där de använde vårdprogram för diabetes så räknade vi med att sjuksköterskorna skulle komma. Men när jag kom på middagen var det inga sjuksköterskor där. Jag tänkte, nu är de inte kloka, har de inte fattat att man bjuder sjuksköterskor på middag? Men då kan de ju inte få sjuksköterskor heller att göra något vettigt jobb, förstår du, förklarade de. Då tänkte jag att vi hade kommit ifrån det där i Sverige, att det skulle vara bara doktorer. Här hade vi redan byggt upp diabetessköterskekurserna, Urban höll på med det år ut och år in och nog åt man middag tillsammans.

Hans Peterson: Spelade facken någon roll i det här?

Martin Fahlén: Nej, det tror jag inte, det är en intern kontroll av yrkesroller och yrkesutövande.

Hans Peterson: Ja, men det var ju ofta facket som låg bakom att sköterskorna inte skulle göra vissa arbetsuppgifter som de inte fick betalt för.

Martin Fahlén: Det är riktigt men när datorn kom så lyckades vi pressa igenom det tydligen.

Hans Peterson: Vi hade ganska tuffa diskussioner både med läkarsekreterarnas fack kanske framför allt, men också med sjuksköterskornas fack om vad de skulle göra för den lön de fick. Måste de göra det här nya får de bättre betalt.

Martin Fahlén: Jo, det är klart den fanns ju många sådana här knutar som man fick lösa upp. Det handlade till exempel också om det skulle kallas för delegering eller för instruktion och så vidare. Det var många diskussioner om formerna.

Hans Peterson: Det kan ju komma in legala aspekter också i vissa fall.

Martin Fahlén: Visst, men att läkarna inte ville släppa sköterskorna för nära var helt klart. Det fanns sådana tendenser i USA som bygger mycket på ekonomiska krafter, medan i Sverige fanns det en tradition av att man isolerade sig, som i det militära alltså – det fanns matsal för generaler och så vidare.

Hans Peterson: Det fanns det på sjukhuset, det fanns en matsal för läkare och för sköterskor och en för resten av personalen...

Martin Fahlén: Ja, det var en militärisk organisation, och en militärisk organisation är bra på akutintag men fungerar inte i andra områden med kronisk sjukdom.

Urban Rosenqvist: Nu måste vi faktiskt gå.

Isabelle Dussauge: Ja. Tack så mycket Martin.