



Klinikkene tar tak:

Helsefaglige IT-grupper og profesjonsorienterte superbrukere ved Rikshospitalet

*Hallvard Lærum
leder, seksjon kliniske tjenester
IT-avdelingen*

De undervurderte sider av IT-innføringer

Organisatoriske sider av IT-prosjekter blir lett oversett

- Velkjente metoder, men vanskeligere å skalere og planlegge enn de tekniske
- Lett å overse det som ikke umiddelbart lar seg måle og telle?
- Folk er forskjellige, ulike profesjoner og spesialisters behov varierer og arbeidsformer endrer seg

Innføring av IT-systemer er utfordrende

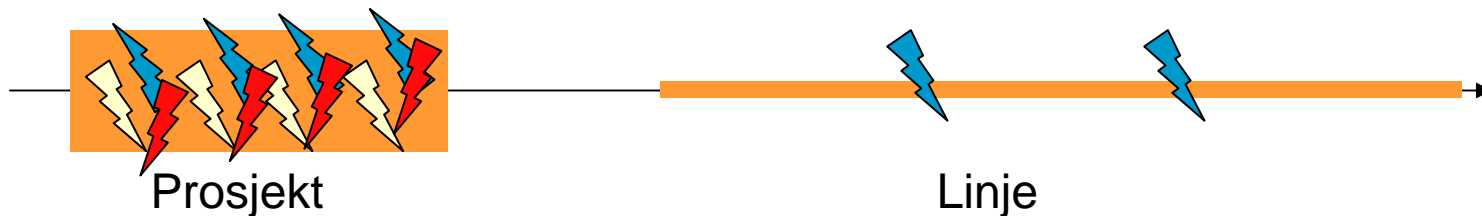
- Mange IT-prosjekter medfører ingen endring i arbeidsform hos brukerne
- Hvis brukerne gjør nøyaktig som før, er det ikke gevinst for noen.
- IT-systemer som ikke brukes er *mislykkede*, uansett hvor velfungerende de er ellers.

Det skal mer til for at brukerne faktisk utnytter IT-systemene i sitt daglige virke

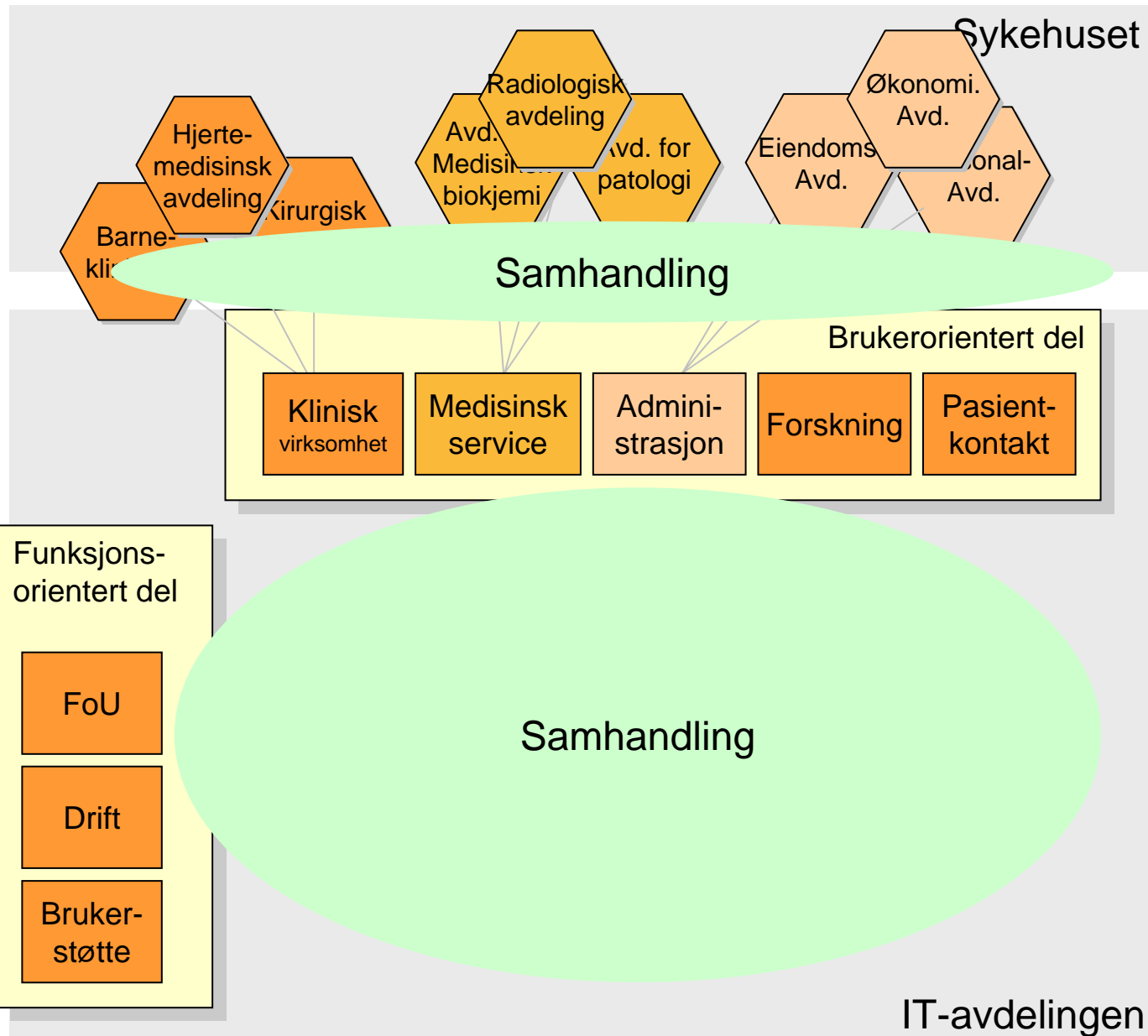


Klassikeren prosjekt til linje

- Alle middels til store IT-innføringer skjer i form av tidsbegrensede prosjekter med ekstra ressurser
- Etter innføringen overtar linjeorganisasjonen, med færre ressurser men bedre tid
- Subtile men betydelige svakheter i løsningen oppdages først når løsningen har vært i bruk en stund



IT-avdelingens omorganisering 2003



Digitalt (og omskiftelig) sykehus 2003-2008

Svært mange prosjekter i rask rekkefølge

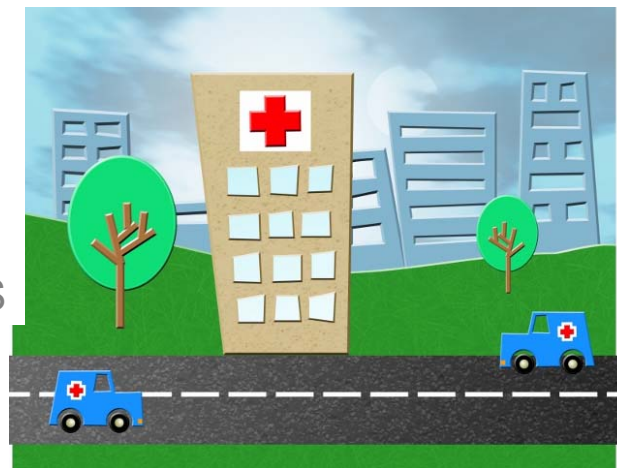
- Interne henvisninger i DocuLive
- Elektronisk oppfølging av prøvesvar i Klinisk portal
- Opphør av papirbasert pasientjournal
- Skanning av journaldokumenter til DocuLive
- Innføring av DocuLive og Klinisk portal på Radiumhospitalet
- Erstatning av dikteringssystemet DICOM med Speechmax
- Innføring av elektronisk kurve (MetaVision)
- Nye administrative systemer (turnus, personal, innkjøp ved avdelingene, saksbehandlingssystem for klagesaker m.m.)
- Inntil 80-100 pågående prosjekter med stort og smått

Fusjoner, sammenslåinger og funksjonsfordelinger

Rikshospitalet og Radiumhospitalet 2004-2006

Hjertesenteret i Oslo, Berg gård, SSR, SSE, m.fl.

Bytte av ØNH/Øye med UUS, Hud/Olafiaklinikken fra UUS



Status per 2006

Så mett har jeg ikke vært på lenge, gitt...



Ressurser

- Mange IT-systemer og strukturer på plass
- Godt grunnlag fra prosjektene, gjennomtenkt IT-strategi

Utfordringer

- Endringstrette brukere – for mange prosjekter
- Mange utestående problemstillinger fra prosjektene
- Svak utnyttelse av IT-systemene
- RH større og mer kompleks enn noensinne, krevende kontaktflate
 - Over 40 avdelinger, 11 lokasjoner
 - 1000 leger, 4000 sykepleiere - 5 overveldede helseinformatikere



Viktige organisatoriske grep i 2006



Rikshospitalet-Radiumhospitalet

- Alle organisasjonsenheter – stort og smått – ble samlet i klinikker
- Mer enn 24 kliniske avdelinger ble til åtte klinikker.

IT-avdelingen

- Økt satsning på brukerorienterte seksjoner i ITA
- Seksjon kliniske tjenester: Innføring av klinikkvise kontakter med tverrfaglig fokus

Konsekvens:

- Mer oversiktlig organisasjon
- Lettere å utvikle kontaktflaten mellom IT-avdelingen og resten av sykehuset



Vi grep sjansen!



ITA inngikk kontrakt med hver klinikk om:

- Helsefaglige IT- grupper
- Profesjonsorienterte superbrukere
- Hver klinikk sin strategiske kontakt ved seksjon kliniske tjenester (ITA), med vekt på klinikkens arbeidsflyt, behov for funksjonalitet og lokal IT-strategi
 - Ikke brukersupport, det håndterte kundesenteret ved ITA
 - Ikke kursing, det håndterte undervisningsgruppa ved ITA

Kontrakten var koblet til avtale om innføring av resterende IT-prosjekter



Hva er en helsefaglig IT-gruppe (HFIG)?



Sammensetning og aktivitet

- Minst en gruppe per klinikk
- Er tverrfaglig sammensatt av helsepersonell, 6-8 representanter fra hele organisasjonen
- Har månedlige møter
- Har egen kontaktperson ved IT-avdelingen (ved seksjon kliniske tjenester) som deltar på møtene og gir bidrag til møteprogrammet.

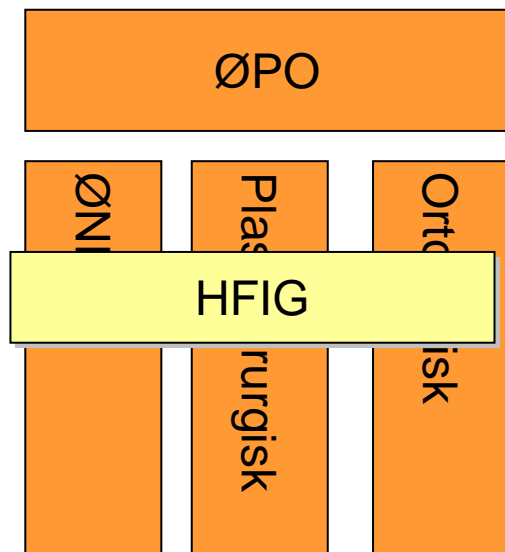
Hensikt

- Bestemmer hvordan IT-systemene skal brukes ved klinikken/avdelingen (Nivå 2-prosedyrer)
- Er et knutepunkt for innføringsprosjekter, spesielt for å igangsette kartlegginger og bestemme oppstart med rutineendringer.
- Varsler om behov for endringer i IT-systemer, i prosedyrer som gjelder hele sykehuset, og behov for nye systemer.
- Evaluerer og påvirker planlagte endringer i IT-systemer og prosedyrer
- Gir tilbakemeldinger om hvordan nåværende IT-systemer fungerer
- Sørger for kompetanseoverføring til superbrukere om lokale prosedyrer for bruk av IT-systemer

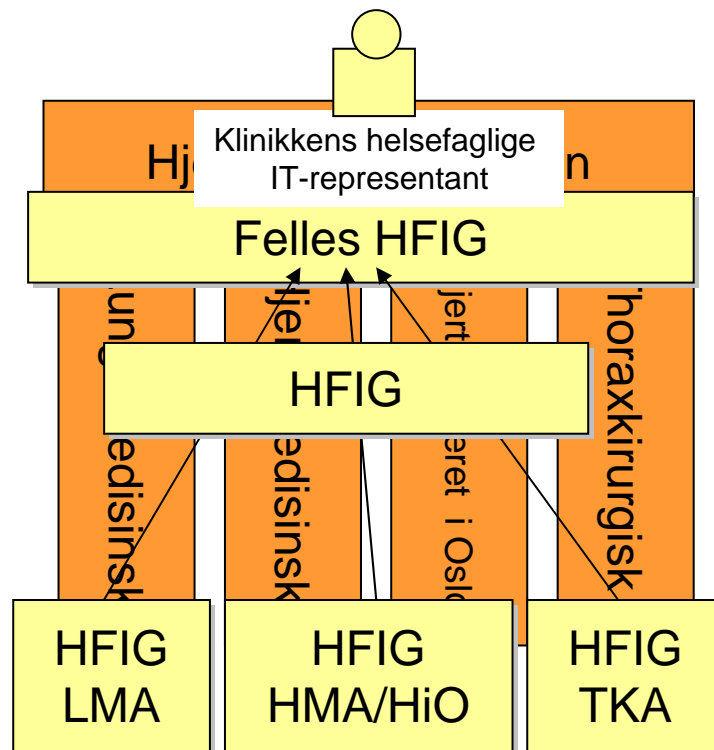


Helsefaglige IT-grupper i sammensatte klinikker

En gruppe per klinikk, eller en per avdeling?



Større utfordringer med samordning og forankring i de kliniske miljøene
Likevel: Jevnlige møter, gode resultater



Kortere vei til de kliniske miljøene
Samordning i felles HFIG
Ingen møter

Noen erfaringer så langt

- Barneklubben:* Første ute. Selvgående, gode resultater
- Nevroklubben:* Høy aktivitet, gode resultater. Sammenslåing av HFIG etter IT-prosjekt ved SSE.
- Kvinneklubben:* Høy aktivitet, gode resultater, men en lokasjon dominerer gruppen.
- ØPO-klubben:* Utfordringer med svært heterogene avdelinger, men gode resultater
- Medisinsk klinikk:* Preget av heterogene avdelinger, men har samlet seg og har nå høy aktivitet. Har egen helsefaglig IT-representant.
- Kreftklubben:* God start, liten aktivitet pga uklarhet om myndighet
- Kirurgisk klinikk:* God start, senere begrenset aktivitet.
- Hjerte-lungeklubben:* HFIG ble splittet opp, og fikk deretter ikke kommet i gang. Har helsefaglig IT-representant.



Resultat 1: Papirkutt MBK hele huset

Høsten 2007 kuttet syv av åtte klinikker ut papirrapporter fra avd. for medisinsk biokjemi

- tilsvarer ca.160.000 rekvisisjoner årlig
- prøvesvarene hadde vært tilgjengelig elektronisk siden 2004, men mekanismene for svaroppfølging har vært forbedret underveis, og papiret ble beholdt i en overgangsperiode
- sykehusets ledelse bestemte at papirkutt skulle avtales med hver klinikk



De helsefaglige gruppene som var opprettet og aktive spilte en viktig rolle for å gi råd til klinikkssjef om papirkutt eller ikke.

- Gruppene fungerte som utrednings- og forankringsorgan.

Resultat 2: Papirkutt patologi Kvinneklivnikken

Våren 2008 tok Kvinneklivnikken i bruk en ny løsning for elektronisk oppfølging av patologi, og var de første til å kutte denne type svarrapporter

- Stempling av legens HPR-nummer på patologirekvisisjonen medførte at svaret kom elektronisk i personlig meldingsboks i DocuLive.

Sentrale medlemmer i Helsefaglig IT-gruppe avgjørende for å følge opp at kolleger stemplet rekvisisjoner og kvitterte prøvesvar elektronisk

- IT-avdelingen fulgte opp med manuell kontroll- og oppryddingsaksjon på 1200 elektroniske patologisvar som var fulgt opp med papirrutiner, men ikke var kvittert elektronisk.
- Klinikkontakt sørget for jevnlig kvitteringsstatistikker til HFIG
- Kvitteringsfrekvensen steg fra 30 % til 99 % på tre måneder.



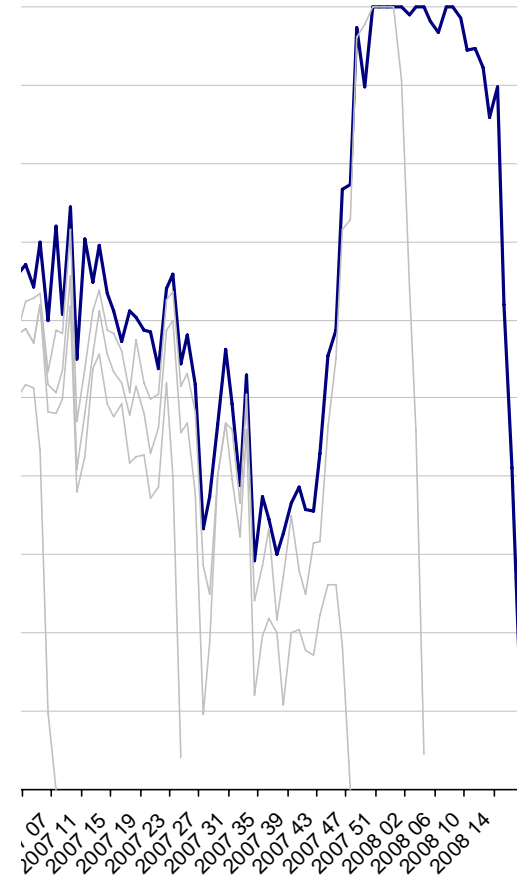
Resultat 3: Svaroppfølging ved Lipidklinikken

Papirkuttet for medisinsk biokjemi ved Medisinsk klinikk gjorde screening for panikkverdier på blodprøvene vanskelig

- Oppgaven med screening ble tilbakeført fra sekretærer til leger.
- Funksjonalitet for slik screening var tungvinn. Legene opplevde arbeidet som unødvendig belastende, og de krevde å få papiret tilbake.

Samarbeid mellom ITA og lokal HFIG ga innspill til konfigurasjon av annen funksjonalitet i Klinisk portal ("arbeidsliste lab"), som dekket screeningen mye bedre.

- Kvitteringsfrekvensen steg fra 40% til 100% etter papirkutt og påfølgende samarbeid med ITA om lokale prosedyrer.
- Tilbakemelding fra lokal HFIG og endringen i Klinisk portal var avgjørende for å beholde den nye rutinen.



Resultat 4: Samordning av innføringsprosjekter

Barneklubnikken har alltid vært først ute med IT-innføring, og hadde i perioder tre-fem pågående prosjekter men liten samordning mellom dem.

- Den høye prosjektaktiviteten og forskyvninger i innføringstakt medførte at prosjektgrupper arbeidet uavhengig av hverandre på det samme stedet.
- Dette ga opphav til frustrasjon, hinder i daglig arbeid og forsinket fremdrift av prosjektene.

Etter opprettelse av Helsefaglig IT-gruppe er kontrollen i større grad lagt til klubnikken og samarbeidet mellom barneklubnikken og IT-avdelingen er mer fruktbart enn noen gang.

Følgende prosjekter er nå i gang med et koordinert løp:

- Implementasjon av tynne klienter på vaktrom
- Vekstjournal
- Elektronisk bestilling av prøvesvar
- Elektronisk kurve



Resultat 5: Etablering av et klinisk fagmiljø med fokus på anvendt helseinformatikk

Siden oppstart Høsten 2007 er det avholdt ca.25 møter i åtte helsefaglige IT-grupper

Resultater

- Bedret kontakt mellom ITA og de kliniske miljøene
- Forankring, engasjement og deltakelse i IT-prosessene
- Kompetansespredning og informasjonskanal
- Utveksling av kunnskap om ulike yrkesgruppers arbeidsformer lokalt i klinikken, og inn i IT-avdelingen
- Lokal tilpasning av IT-systemene
- Forum for utredning og styring av klinikkens beslutninger med konsekvens for brukerne.
- Forum for tilbakemelding og evaluering til IT-avdelingen

Videre utvikling

Styrking av HFIG's lokale kontaktflate og "selvtillit" innenfor egen klinikk

Nye prosjekter, større lokale ambisjoner

Det skal fortsatt være spennende å gå på HFIG-møter!



Profesjonsorienterte superbrukere

Hvorfor?

- Tidligere system- og prosjektorientert, nå kontinuerlig og profesjonsorientert (leger, sykepleiere, kontoransatte)
- Alle yrkesgrupper forholder seg til flere systemer.



Hvordan?

- Kontinuerlig rolle, avtalefestet med klinikkene
- Egne kurssamlinger, eLearning
- Sentralt vedlikehold av navnelister, personlig innkalling

Hva forventes av en superbruker?

At vedkommende får anledning til å gå på superbruker-kursene

At vedkommende har inngående kjennskap til IT-systemene som yrkesgruppen benytter, og prosedyrene som beskriver bruken ved aktuelle klinikk

Oppgaver

- Gi råd til kolleger
- Holde innlegg i internmøter for kolleger
- Holde seg oppdatert på IT-systemene
- Lære opp nyansatte kolleger, eller sørge for at de kommer seg på kurs



Resultater superbrukere så langt:

Høy aktivitet, men lav deltakelse

- 150 superbrukere utnevnt ved alle klinikker
- To (tre) sesjoner x fire halve kursdager avholdt, hver kursdag gjentatt en gang
- Men: lavt oppmøte på superbrukersamlinger, fortsatt variabel IT-kompetanse

Mulige årsaker

- Presset på å bli værende på avdelingen for stort
- Superbrukerrollen ikke godt nok forankret på seksjonsledernivået, og ikke tydelig nok kommunisert ved rekruttering
- Undervisningsmateriale ikke nok tilpasset den enkelte bruker?
- Ikke tydelig nok markedsføring av eLearning og superbrukersamlinger?

Foreslåtte tiltak

- Styrking av eLearning
- Klinikkvis undervisning

Gode resultater: Vandrende undervisere i klinikkene



Budskapet på tampen...

Arbeidsprosesser kan endres med prosjekter, men denne tilnærmingen er sårbar for etterslep

- Sørg for langsiktighet i oppfølgingen

Endringer krever medbestemmelse hos dem det gjelder

- Lokal forankring har størst påvirkning
- Den kjenner best hvor skoen trykker...
- Kolleger hører på kolleger

Bygg systematisk opp et miljø og en kontakflate

- Endringene vil pågå i mange år