



Hvordan komme over "bøygen"?

Fra pilotprosjekt til rutinedrift

Margunn Aanestad, Institutt for informatikk, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET
I OSLO

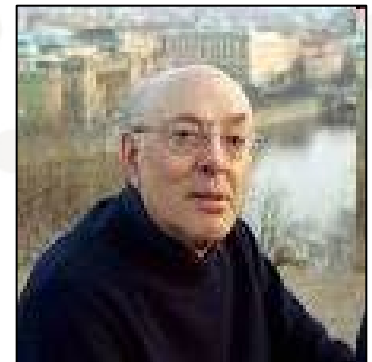
”Hvorfor får vi det ikke til?”

- Glouberman og Mintzberg (2001):
 - *”Why are the systems of health care so notoriously difficult to manage?”*
 - *”The obvious explanation is that this is one of the most complex systems known to contemporary society. Hospitals in particular are considered to be extra-ordinarily complex organizations.”*

Glouberman, S. og Mintzberg, H.:
“Managing the care of health and the cure of disease
-part I: Differentiation”
-*Health Care Management Review*, Winter 2001; 26, s.1



Sholom Glouberman



Henry Mintzberg

Utfordringen er å håndtere kompleksitet

- Sykehus er komplekse, IKT er komplekst, innføring av IKT i sykehus er komplekst, og:
- Helsesektoren består av mange sykehus og mange andre aktører
- Nettverksbaserte kommunikasjonsteknologier (informasjonsinfrastrukturer) har spesielle karakteristika, bl.a.:
 - Økende bruksverdi med økende antall brukere
- Dette skaper følgende dilemma:

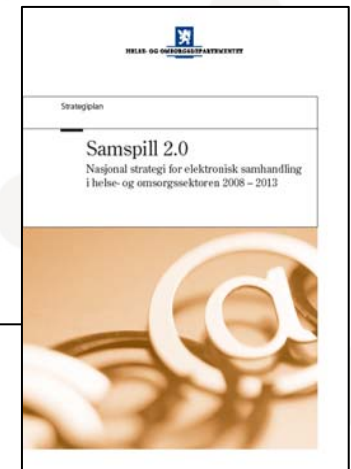
Dilemma:

- Gevinstene ved å ta noe i bruk avhenger av at alle tar det i bruk og at alle forutsetningene kommer på plass.
 - "Før alle andre har tatt det i bruk vil ikke jeg få noen gevinster, så jeg venter litt"
 - "Vi får vente litt med å gå tungt inn til det er flere som har begynt å bruke det"
- Når alle handler slik får vi en ond sirkel av passivitet, og etter hvert krav om at "de ansvarlige" handler

Om krafttak, løft og innsats:

Sterkere retorikk de siste årene omkring behovet for ”å få det til” – dette kobles med krav/ønske om økt nasjonal samordning og styring

- ”Jobb nummer én [er] å realisere disse målene” [fra foregående strategier], dvs. ”realisering og konsolidering fremfor helt nye visjonære mål”
 - ”Samspill 2.0”
- ”Undersøkelsen viser at virkemidlene [...] har vært for svake. [...] Det er bred enighet blant aktørene om behovet for sterkere og mer tydelig nasjonal styring dersom målene for elektronisk samhandling skal nås”
 - Riksrevisjonens rapport om IKT



Sagt v/lansering av **Samspill 2.0**

- Sylvia Brustad:
 - ”Jeg vil nå ha sterkere styring for å få nasjonale ikt-løsninger på plass og samle Norge til ett ikt-rike”
- Olav Ullern (dir. KS):
 - ”Det vil være nødvendig å ta grep for å få til universelle løsninger”
- Bjørn Guldvog (ass.dir. Hdir):
 - ”Helsedirektoratet vil ta en mye mer proaktiv rolle enn tidligere”
- Jan Bøhler (AP):
 - ”Man må gå fra «bør» til «skal»“
- Paul Chaffey (Abelia):
 - ”Det er bra med signaler om strammere statlig styring og forpliktende samarbeid”

men...

- Slike strategier er ikke nok alene for å håndtere komplekse systemer
- Vi trenger en kombinasjon av "top-down" (makt, krav, føringer) og "bottom-up" (læring, bygging, selv-organisert vekst)
- Det er da også en viss erkjennelse av dette:
 - Paul Chaffey: " Det er i stor grad et spørsmål om å få på plass de rette styrings- og incentivmekanismene for å øke bruken av infrastrukturen i helsenettet og it-løsningene som er tilgjengelige i markedet"
 - Bjarne Håkon Hanssen: "Vi må få et økonomisk system som stimulerer til samarbeid mellom kommunene og sykehusene, istedenfor slik det er i dag, der vi har system og økonomi som stimulerer til det motsatte"
 - Riksrevisjonens rapport foreslår ulike tiltak

Et viktig spørsmål blir da:

- Hvordan få det til på grasrota?
 - Hvordan få i gang forandringsprosesser?
 - Hvordan få utnyttet lokale initiativ, ildsjeler og pilotprosjekter best mulig?
 - Sikre at de 'overlever' prosjektslutt
 - Sikre at kunnskapen tas vare på og spres
 - Sikre at initiativene er koordinert med andre relevante prosesser
- 'Kultivering' heller enn 'konstruksjon'

Hvordan få det til?

- Vi må tenke systematisk omkring læringsbehov og prosjektstrategier
- Hvem skal lære: designere/ledere/brukere?
- Hva/Hvorfor skal de lære?
 - For å forbedre produktet (teknisk) og/eller forbedre prosedyren (faglig, administrativt)?
 - For å få erfaringer med uventede problemer?
 - For å innføre dette i lokal arbeidspraksis?
 - For å være et modellcase (hvor løsningen senere kopieres av andre)?
 - For å være en pilot (første punkt i å bygge ut et nettverk)?

Hvordan få det til?

- Vi må tenke systematisk omkring læringsbehov og prosjektstrategier
- Hvem skal lære: designere/ledere/brukere?
- Hva/Hvorfor skal de lære?
 - For å forbedre produktet (teknisk) og/eller forbedre prosedyren (faglig, administrativt)?
 - For å få erfaringer med uventede problemer?
 - For å innføre dette i lokal arbeidspraksis?
 - For å være et modellcase (hvor løsningen senere kopieres av andre)?
 - For å være en pilot (første punkt i å bygge ut et nettverk)?

Rotfesting – case 1

Spredning – case 2

Case 1: Telemedisin ved Sunnaas

- Pågående prosjekt: innføre telemedisin (videokonferanse-møter) som rutinetjeneste i pasientarbeidet ved alle avdelinger
 - Sunnaas Sykehus HF
 - Nasjonalt Senter for Telemedisin (prosjektledelse)



Gode forutsetninger:

- Telemedisin-aktiviteter siden 90-tallet
- Forprosjekt (2005-2006, finansiert av Helse Sør-Øst) førte til:
 - Noen avdelinger hadde fått erfaring med teknologi og bruk
 - Telemedisinsk satsing kjent i organisasjonen
 - Mye infrastruktur på plass (studioer, linjer)
 - Velvilje fra ledelsen
- Eksterne, samtidige prosesser:
 - Revisjon av ISF-ordningen (polikliniske takster)
 - Utrulling av videokonferanseutstyr også i NAV-regi

En eller flere løsninger?

- Store ulikheter mht:
 - Pasientkategorier og problematikk
 - Hjerneskade, ryggmargskade, multitraumer, nevrologi, muskel/skjelett, CP, medfødte syndromer m.m.
 - Behandling, opptrening, vurdering m.m.
 - Gjennomstrømningshastighet
 - fra polikliniske vurderinger, 3 dagers/5 dagers/14 dagers opphold til 3-6 måneders opphold + livslang kontakt
 - Kontaktpunkt "utenfor"
 - For noen kun fastlege, for andre fullt tverrfaglig team i kommunal pleie og omsorg
 - Behovet for kommunikasjon
 - formidle fakta/vurderinger, demonstrere øvelser eller forhandle fram gode løsninger
 - Pasientens bidrag

Læring for "rotfesting"

- Hjemmelekse 1:
 - Kartlegge faktisk bruk av VK (admin + pas.relatert)
 - Foreslå aktuelle bruksområder
- Hjemmelekse 2:
 - Revidere relevante prosedyrer (for møter m/eksterne)
 - Basert på maler/eksempler fra for-prosjekt (dvs. prosedyrer som inkluderte telemedisinske møter)
 - Eventuelt ikke for alle pas, kun noen (for eksempel de som har krav på Individuell Plan)
 - Mindre endring: Inkludere punkt om å vurdere bruk av videokonferanse + henviser til spesialprosedyrer

Læring for "rotfesting"

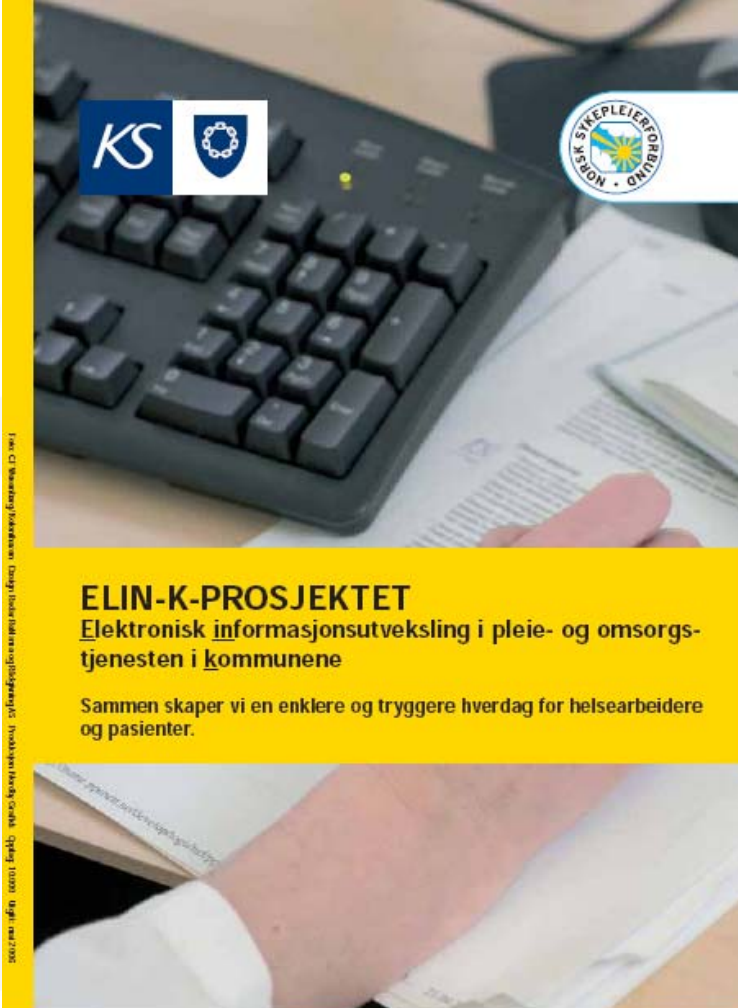
- Utfordring:
- Hvor mye skal avdelingene presses – hvor mye skal de få bestemme fremdriften selv?
 - Press gjennom leveringsfrister og "offentlige" runder på møtene
 - Publisitet gjennom nyhetssaker på intranett når en ny avdeling går "på lufta"
 - Legitimering: økt kvalitet på pasientoppfølging. Gir muligheter for å oppfylle den lovbestemte veiledningsplikten.
- Sortere ut hva som skal håndteres hvor:
 - Lokalt: velge ut pasientkategori/bruksområde
 - Sentralt: infrastruktur, prinsipielle ting, fremdrift

Læring for "rotfesting"

- Sentrale oppgaver/ressurser
 - Teknisk supportpersonell ("bare ring!")
 - Sykehusovergripende prosedyrer/verktøy
 - Bestille en videokonferanse
 - Hjelp til videoproduksjon
 - Avklare sikkerhets- og personvernspørsmål
 - Avklare takstproblematikk
 - Brosjyrer og veiledninger til pasient og ekstern kontaktperson:
 - Standard versjon (papir + digitale)
 - Versjoner som avdelingene kan endre

Case 2: ELIN-k-prosjektet

- Norsk Sykepleierforbund + Kommunenes Sentral-forbund
- Meldingsutveksling mellom kommunal pleie- og omsorg og andre aktører
 - Fastleger
 - Sykehus
 - (legevakt)
 - (apotek)



ELIN-K-PROSJEKTET
Elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgs-
tjenesten i kommunene

Sammen skaper vi en enklere og tryggere hverdag for helsearbeidere og pasienter.

Foto: O. Skarveng/Skredder, Design: Ingrid Rindar og Silje Rindar, Produsent: Kilde, Spring 1000, Digi, mai 2005

Læring for ”spredning”

- Seleksjon av kommuner som deltar
 - Mange forutsetninger må være på plass
 - Hindrer urealistiske prosjekt (for store endringer)
- Starter med noen få meldingstyper
- Prosjektet delt opp i faser
 - overføring av erfaringer mellom fase 1 og 2

Læring for ”spredning”

- Fokus på å skape felles ressurser, bl.a.:
 - Meldingsstandardene
 - Retningslinjer for bruk av de ulike meldingstypene:
 - Hvem sender?
 - Hvem mottar/leser/videresender?
 - I hvilke situasjoner er de tenkt brukt?
 - Krav til innhold, svarfrist etc.
 - Maler for prosjektdokumenter

Læring for "spredning"

- Fokus på å koordinere og spre læring:
 - I forprosjektet kan de nye Samspill-kommunene kan spørre "erfarne" kommuner (felles mailadr.)
 - Koble sammen nærliggende kommuner
 - Koble sammen kommuner med samme leverandør
 - Nettverksamlinger + distribusjon av kontaktinfo for alle deltakere

Utfordring: Koordinere fremdrift

- Fremdrift må sikres på mange fronter
 - Kommunene/leverandørene/i prosjektet som helhet
 - Tett oppfølging: Regelmessige telefonmøter (15-20 min), fast format (rapportering av status og evt. problemer) + ad hoc kontakt ved behov
- Håndtere avhengigheter til eksterne faktorer:
 - Norsk Helsenett, adresseregisteret, m.m.
- Koordinere med andre prosjekter
 - Relevant: eResept, SUMO, meldingsløftet, FUNKE m.m.

”Kultivering” vs. ”konstruksjon”

- Mindre ”makt-orientert” metafor, fremhever heller det pågående arbeidet
- Kultivering består av kontinuerlige observasjoner og intervensjoner (både ”vanning” og ”luking”), valg og sorteringer
- Viktig med god ”design” av organisering, relasjoner, prosesser
 - Organisere og koordinere aktørene
 - Balanse mellom krav ”utenfra” og interne prosesser som må få gå sin gang/ta den tiden det tar
 - Sortering av sentralt/lokalt
 - Konkrete strukturer
- Vi trenger mer kunnskap om gode kultiveringsstrategier, prosesser og verktøy

Takk til:

- Bodil Bach (NST)



- Sveinung Tornås og andre ansatte ved Sunnaas sykehus



- Sissel Skarsgaard (NSF)



- Og takk for oppmerksomheten!