

Brukerinvolvering i utvikling og
implementering av
Elektronisk Pasient Journal
- erfaringer fra Rikshospitalet
1996-2004

EPJ på Rikshospitalet: historien

- 1995: ulike lokale initiativer og systemer, press ovenfra om systemer for å håndtere pasient informasjon og administrative systemer. Men fire og siden fem regionsykehus innså at de hadde felles interesser og ble enige om å samarbeide om ett felles elektronisk journal system basert på et av de daværende systemene

MEDAKIS

- 1996: Siemens ble valgt som leverandør og videreutvikler, deadline ble satt til 1999
- RH: valgte å begynne med noen enkelte avdelinger, dypimplementering der
- Mangel på ressurser, personell og finansiering
- Medakis og DocuLive ble slått sammen med Melior i Sverige
- Siemens ville satse på "globalt produkt": fra Medakis/Melior til Common EPR
- DocuLive ble implementert, siden også solgt som ferdig pakke til mindre regionale sykehus – men ble "parkert" /ikke prioritert fra Siemens' side? Venter ennå på leveranser, skulle fått versjon 5 for lenge siden

Fra Medakis til.....:

- 1997-2001: DocuLive implementert på 6 kliniske avdelinger
- Ekstremt langsom "opptaksrate": slutten av 2001: 400 brukere
- Ennå ikke avsluttet/levert
- 2002: ny nasjonal helsepolitikk og IT-politikk → ledelsen interessert, finansielle og strukturelle ressurser, helseadmin. avdeling også på banen, ny strategi

Ny strategi 2002

- Big Bang-teori/strategi
- Rulle ut DocuLive, selve dokumenteringsdelen, infrastruktur for brukerstøtte, få opp/nå kritisk nivå av brukere, tynt lag av funksjonalitet, få begynt, utsette integrasjon av systemer og avdelingsvise tilpasninger og omorganisering
- 1700 brukere i løpet av 6 mnd
- 3400 brukere i 2003 (ca 3500 potensielle brukere av 4000 ansatte)

Fra Medakis (IS) til CSAM (II)

- Common EPR også parkert
- Siemens' nye satsning: Soarian
- Men leverandøren har mistet mye tillit?
- RH: fått stor og ekspansiv IT-avd: utvikle sin egen portal-løsning for å integrere lokale eksisterende kliniske systemer: CSAM?
- Fra komplett system som kan ruller ut til inkrementell, evolusjonær, emergent komponentbasert løsning... Som skal være på plass 2007?

Brukerinvolvering i ulike faser – fase 1:

- Medakis-prosjektet: Begynte med veldig tidlig brukerrepresentasjon – tillitsvalgte for de ansatte, faggrupper, i forhold til innføring av IT
- Arbeidsgrupper
- Referansegrupper
- Participatory design-filosofi

Erfaringer, fase 1:

- Ekstremt vanskelig å få ut ressurser i sykehuset til brukermedvirkning
- Vanskelig om ikke umulig å erstatte mye fagpersonale dersom de tas ut til IT-prosjekter
- Vanskelig å få god brukermedvirkning: "tenk på et system"? Veldig begrenset praktisk in-put men forankring viktig
- Vanskelig å planlegge og "time" arbeid med involvering av brukere – dermed også vanskelig å motivere
- Krevende; krever innsats og kompetanse-oppbygging
- Problem: ikke faglig meritterende
- Heterogeniteten i praksiser og i kravbildet stor – 20 forskjellige sykehus?

Brukerinvolvering, fase 2:

- Utover i Medakis-prosjektet: innsnevring og tilspissing av brukerinvolveringen
- Fram mot 1999 og Common EPR: færre og færre brukerrepresentanter involvert – testversjon: 2 superbrukere evaluerte
- Også den strategien som følges i Soarian: mandatfestet innsnevret brukerrepresentasjon. På RH: skal evalueres av to superbrukere og testes i lab kun – skal ikke rulles ut som helhet, bare evt. komponenter
- DocuLive: et forsømt stebarn? Mellomstadium? Ikke god nok funksjonalitet, ligger etter

Erfaringer, fase 2:

- For lite brukermedvirkning?
- For isolert fra kliniske miljøer?
- Forsømt brukerne?
- Forsømt dialogen?
- Ingen som tar ansvar og føler seg forpliktet i de kliniske miljøene?

Brukerinvolvering, fase 3:

- Omorganisering av IT-avdelingen, oppretting av ”markedsenheter”, deriblant ”klinisk markedsenhet”
- skal arbeide mot de kliniske miljøene og bygge opp struktur og faste former for bestillinger fra de kliniske miljøene til IT-avdelingen – dvs med mottak og innhenting av informasjon om hvordan systemene virker, ønsker og behov, og formidle disse videre til utviklingsenheten

Forts. brukerinvolvering fase 3:

- Brukerkontrakter/service-erklæringer
- Månedlige service-møter
- Bygge kontaktflater – mot avdelings- avdelingsledernivå, men også sykepleiere, brukerrepresentanter osv.
- Etablerte fora/arenaer (som journalkomiteer) og ad-hoc
- Formelle og uformelle kanaler: uformelle kanaler får inn ting som ikke kommer opp i formelle sammenhenger – og som forsvinner når man følger linjene oppover i systemet...
- Nettverk av kontaktpersoner, brukerrepresentanter, på ulike prosjekter

Fase 3: Lage mange kanaler...

- Avdelingsmøter, brukermøter, informasjonsmøter
- Referansegrupper (heterogene): for spesifikke prosjekter/aktiviteter, arbeider for eksempel med kravspesifikasjoner
- Fagråd (homogene): sykepleiere, leger? For prosessen
- Hyre inn folk, kjøpe fri, deltidsstillinger, periodisk
- Journalutviklings-mail: samler innspill som meldes inn hos sytemforvalter
- Undervisningstralle, opplegg tilpasses behov
- Studiegrupper
- Workshops (avdelingsvise, for prof.grupper, ...)
- Superbrukere/nøkkelpersoner
- Hospitering (hele uker i klinikken)
- Befaring (Previsitt, fagmøter)
- Brukerstøtte – telefon...

Erfaringer, fase 3:

- Klinikkene presset, underbemannet, underskudd og krav om økt produksjon: ikke ressurser å prioritere til IT
- Samle alle på forhånd og bli enige om hva man skal lage er ikke realistisk – må være reelt, noe å reagere på
- Brukerinvolvering er krevende, krever ”utdanning” for å kunne bidra
- Men da kommer det ”i bøtter og spann” – innspill og bestillinger til videreutvikling av DL osv.
- Avdelingene trenger hjelp til organisasjonsutviklings/ endringsbiten: til arbeidsprosess og informasjonsflyt-analyser, til å se hvordan det kan gjøres annerledes
- Endringsmettet? For mange endringer på en gang?
- Da blir heller ikke IT prioritert – for mange hensyn og prioriteter på en gang? Oppfølging?
- Fordeling IT versus organisasjon? IT-avd. versus helsefaglig støtte?
- Mangel på forutsigbarhet og planleggbarhet, stadige endringer og nye beslutninger langt utenfor deres kontroll og innflytelse

Elementer til en metode – kritiske punkter:

- Forankring – ledelse og brukermiljøer
- Kontaktflater
- Dialog
- Ressurser
- Planleggbarhet, forutsigbarhet over tid
- Evolusjonær/emergent approach: utstrakthet og oppfølging over tid
- System/struktur for oppsamling og innsamling av innspill fra bruk
- Mange kanaler og metoder – formelle og uformelle
- Oppfølging, over tid, reforhandling og revidering