

Med klinikerne i førersædet – nye perspektiver på e-sundhedsudvikling i Region Hovedstaden

E-sundhedsobservatoriet 9. oktober 2019

Steen Werner Hansen, vicedirektør og fungerende direktør på Herlev og Gentofte Hospital

Pia Kopke, vicedirektør i Center for It, Medico og Telefoni

Agenda

1. Baggrund for indsats med lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Udfordringerne i et klinisk perspektiv
- ii. Udfordringerne i et it-perspektiv

2. Lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Hvad er det nye?
- ii. Hvordan, herunder mobilisering af klinikere

3. Resultater

- i. Resultater fra et klinisk perspektiv
- ii. Resultater fra et it-perspektiv

4. Hvilke erfaringer tages med i det videre arbejde med lokal optimering?

Brugertilfredsheden med Sundhedsplatformen skal øges!

- Brugerundersøgelser viser lav brugertilfredshed med Sundhedsplatformen (SP)
- Stort set kun utilfredse klinikerstemmer i pressen
- Stort ønske om indflydelse på prioriteringer af SP-byg fra klinikerne
- Ekspertråds-anbefalinger peger på behov for:
 - At hospitalerne sidder for bordenden ift. at træffe beslutninger og prioritere samt implementere forbedringer
 - Prioritering af de aktiviteter som løfter brugertilfredsheden mest (fx medicinering)
 - Allokering af relevante ressourcer – både fra hospitalerne, it-organisationen og leverandøren af systemet
 - Normal driftssituation med hurtig løsning af sager og løbende forbedringer af Sundhedsplatformen



Tunge processer og manglende synlighed

- Implementering af SP til 40.000 slutbrugere på 1½ år – ingen tid til optimering
- Opgradering til Landspatientregister 3 (LPR 3) og en ny version af Sundhedsplatformen i 2018 samt etablering af en ny SP driftsorganisation – ingen tid til optimering
- Mange forslag til forbedringsinitiativer men ofte en tung prioriteringsproces og vi havde svært ved at få overblik over kompetence og kapacitet.
- Klinikerne opdager og/eller oplever ikke altid de gennemførte forbedringer.
- IT-medarbejdere og klinikere er for langt fra hinanden ift. at få løst de vigtigste sager.
- Manglende mulighed for klinisk sparring om design af SP optimeringer

Agenda

1. Baggrund for indsats med lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Udfordringerne i et klinisk perspektiv
- ii. Udfordringerne i et it-perspektiv

2. Lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Hvad er det nye?
- ii. Hvordan, herunder mobilisering af klinikere

3. Resultater

- i. Resultater fra et klinisk perspektiv
- ii. Resultater fra et it-perspektiv

4. Hvilke erfaringer tages med i det videre arbejde med lokal optimering?

Lokal optimering skal sikre, at Sundhedsplatformen fungerer bedre i hverdagen



- **Fjerne fejl og uhensigtsmæssigheder i systemet** ud fra hospitalets/afdelingernes prioritering



- **Optimere** de eksisterende værktøjer lokalt, specialespecifikt og generisk



- Styrke hospitalets/afdelingernes indflydelse af de **løbende forbedringer** af Sundhedsplatformen



- **Aktivere hospitalets/afdelingernes egne SP-ressourcer** (kliniske byggere, brugertilpasningsansvarlige og rapportbyggere samt hospitalets kvalitetsafdelinger) og herigennem styrke den lokale forankring af Sundhedsplatformen

Udgangspunkt i klinikernes behov

Afdelingsledelser og klinikere
identificerer og prioriterer

AC'er (SP-byggere) sidder lokalt
→ tæt dialog med brugere

Tværfagligt samarbejde

Kort vej fra problemidentificering til
løsningsforslag

Lokale ressourcer bringes i spil

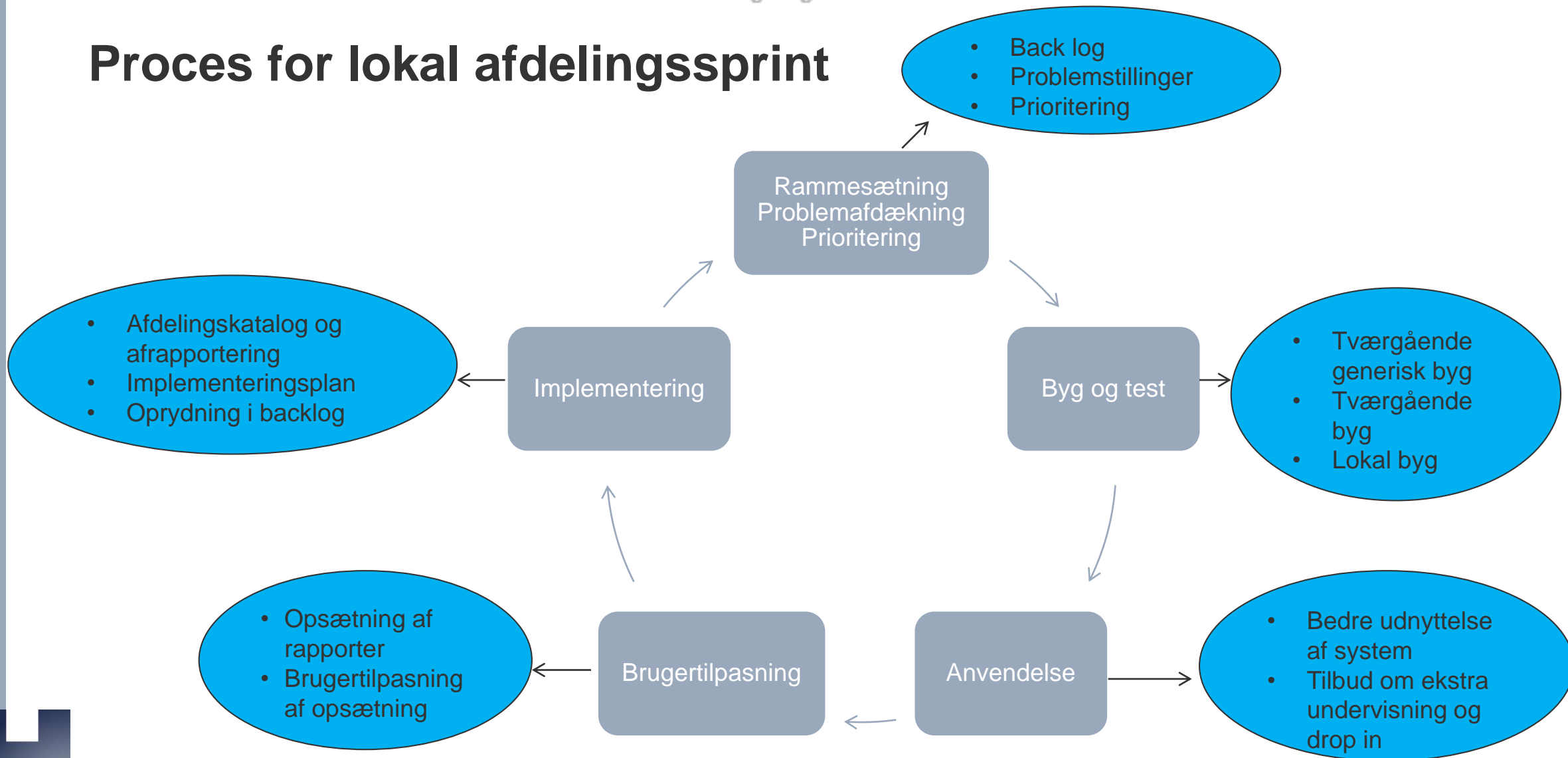
Afdelingsleder
SP-nøgleperson
Klinikere



Klinisk bygger
Rapport-bygger

SP-bygger og/eller EPIC
Klinisk IT-konsulent (KIK)

Proces for lokal afdelingssprint



Agenda

1. Baggrund for indsats med lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Udfordringerne i et klinisk perspektiv
- ii. Udfordringerne i et it-perspektiv

2. Lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Hvad er det nye?
- ii. Hvordan, herunder mobilisering af klinikere

3. Resultater

- i. Resultater fra et klinisk perspektiv
- ii. Resultater fra et it-perspektiv

4. Hvilke erfaringer tages med i det videre arbejde med lokal optimering?

Hvad forventede hospitalet?

- At klinikerne blev involveret
- At beslutningskompetencen blev givet til hospitalet
- At SP havde afsat ressourcer til at løse problemstillingerne
- At der var mulighed for at få løftet tværgående problemstillinger



Tilpasning af forventningerne i opstarten af projektet

- At der ikke på forhånd var begrænsninger på hvad man kunne ønske sig
- At de byggetimer som afdelingerne fik stillet til rådighed blev udnyttet
- At der var afsat ressourcer til fejlrettelser
- Problemløsning ikke mulig indenfor
 - LPR3
 - Medicinering
 - Integrationer (fx røntgensystemet og laboratoriesystemet)

Klinikernes indflydelse på processen

- "Magten" til at prioritere blev givet til lederne i de enkelte kliniske afdelinger
- Åben dialog med CIMT
- Direkte adgang til SP's byggere som fysisk har været på Herlev Hospital
- Åbne møder for ledelser og SP-nøglepersoner med input til proces
- Åbent i hospitalets kommandocenter – fysisk eller elektronisk – mail/telefon
- Løbende status i ugentlige SP uge mails



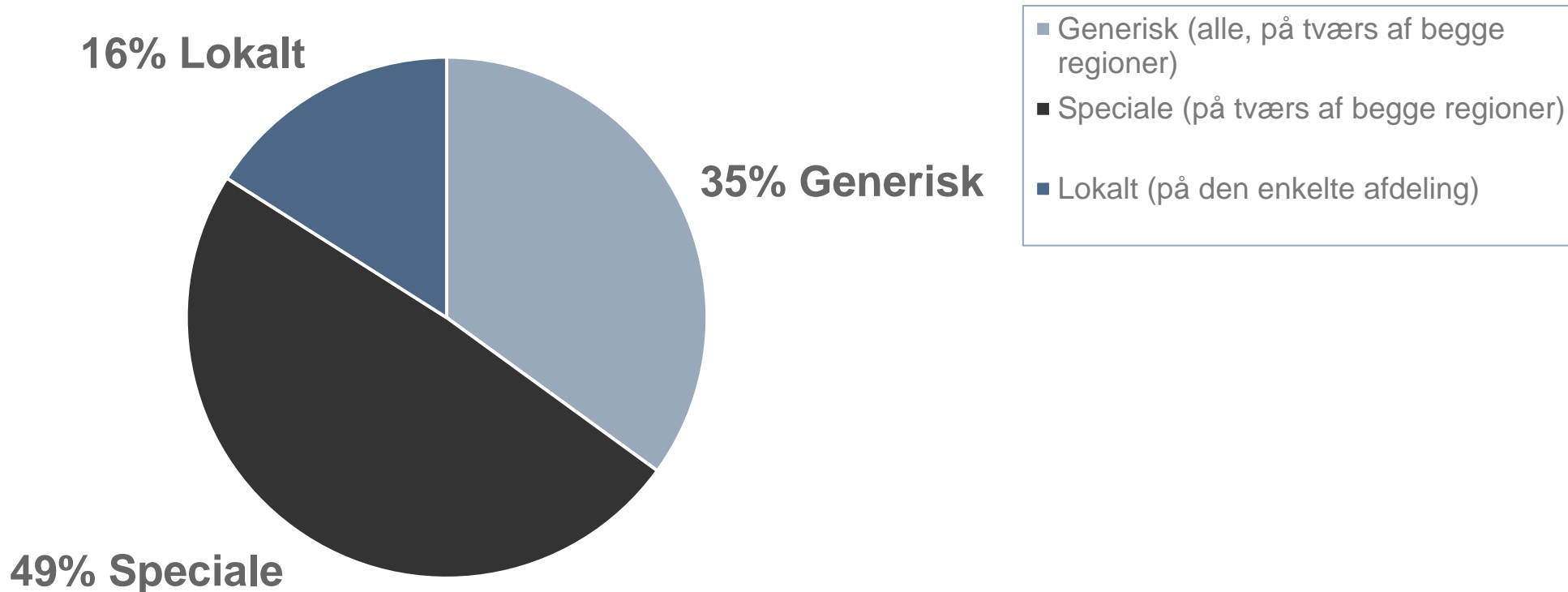
Resultater - Klinikkenes tilbagemelding

- En rigtig god proces – en fælles opgave
- God kommunikation og godt med personligt møde mellem kliniker og SP-bygger
- Store forventninger til resultaterne i de tværgående arbejdsgrupper, mangler viden om fremdrift
- Ønske om større klarhed i det til de kliniske afdelinger overleverede implementeringsværktøj – hvad udestår og hvorfor
- De fleste melder om god balance mellem indsats og resultater
- Vigtigt med fejlretning efterfølgende, så forbedringer faktisk virker

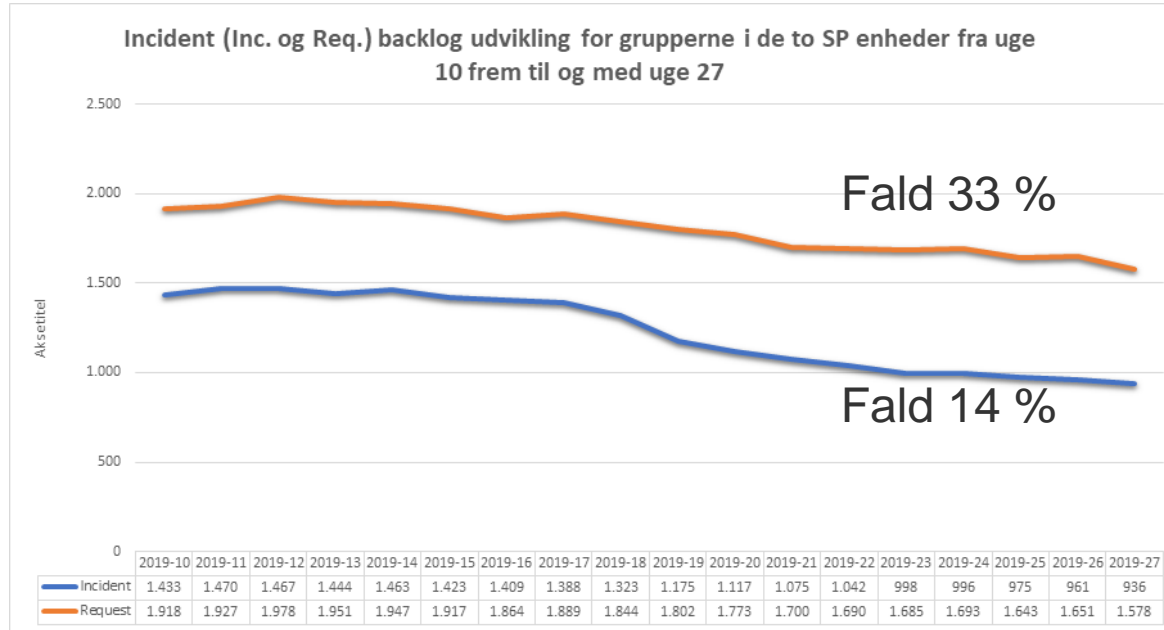
Resultater – fra et it-perspektiv

- ✓ Efter et lokalt optimeringsforløb har afdelingerne fået bygget mindre ændringsønsker og rettet fejl.
- ✓ It-ressourcer anvendes mere effektivt, idet det er afdelingernes prioriterede problemområder, der løses først.
- ✓ Afdelingerne og CIMT har fået et fælles overblik over behov – og mere konkret en opdateret, retvisende og prioriteret sags-backlog
- ✓ Der er opnået større gensidig forståelse mellem afdelingerne og CIMT. Klinikerne oplever sig hørt og forstået.
- ✓ Vi fik de kliniske ledelser for bordenden og de tog ansvar for at prioritere indenfor den afsatte ramme (24 application coordinators)
- ✓ Vi fik kort vej fra afdækning af behov til løsning, byg og implementering
- ✓ Vi kan konstatere at mange ændringsønsker ikke er lokale, men derimod går på tværs af de enkelte specialer og i nogle tilfælde på tværs af hospitaler og sygehuse i de to regioner.

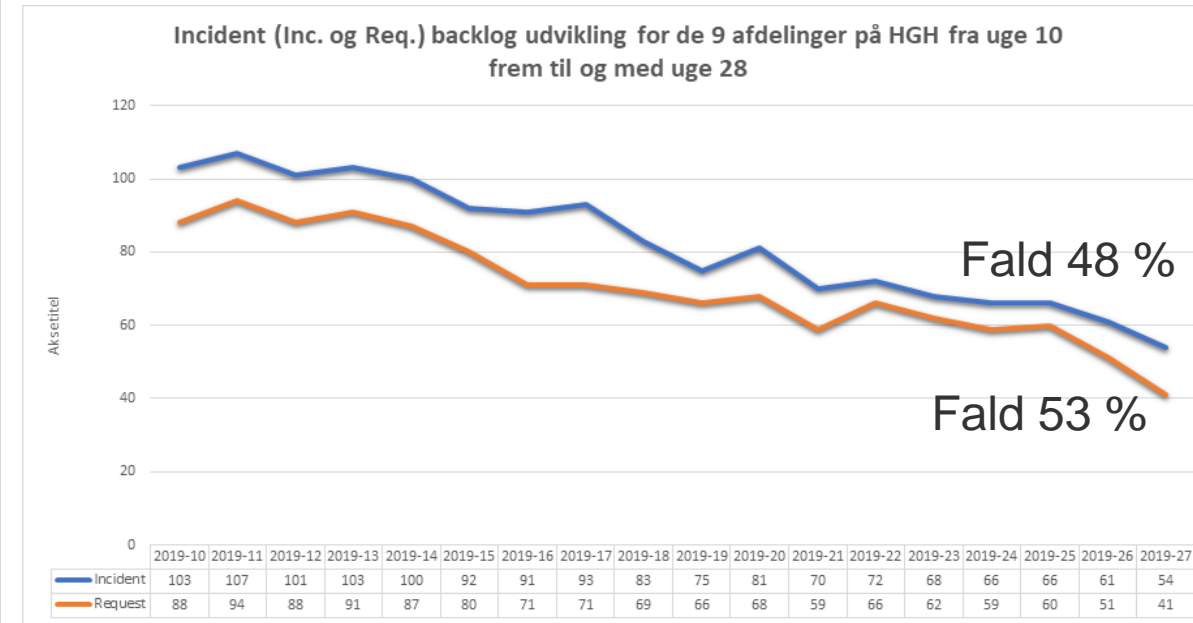
Konkret bygge-output på Herlev og Gentofte hospitaler



Back log alle hospitaler



Back log bølge 1 på HGH



- En del forskydninger mellem "fejl" og "bestillinger" på Herlev Hospital ifm. oprydning → flyttet fra den ene gruppe til anden.
- Herlev Hospital har oprettet en hel del "ændringsønsker" ifm sprint. De tæller op.
- Grovkornet konklusion: Herlev Hospitals backlog er reduceret med ca. 30-40% inkl. nye ændringsønsker.

Fra uge 10 til uge 28

Agenda

1. Baggrund for indsats med lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Udfordringerne i et klinisk perspektiv
- ii. Udfordringerne i et it-perspektiv

2. Lokal optimering af Sundhedsplatformen

- i. Hvad er det nye?
- ii. Hvordan, herunder mobilisering af klinikere

3. Resultater

- i. Resultater fra et klinisk perspektiv
- ii. Resultater fra et it-perspektiv

4. Hvilke erfaringer tages med i det videre arbejde med lokal optimering?

Hvad ønsker hospitalet i fremtiden?

- Møde mellem klinikere og CIMT's byggere minimum engang om året
- Mere åben dialog om prioritering af sager
- Rammesætning fra start - hvad kan løses og hvad kan ikke.
- Allerede fungerende fora såsom SFR mv. skal indtænkes i processen.
- Løsninger af de tværgående problemstillinger

Endnu mere "vi" og mindre "dem og os"



Erfaringer der tages med videre

- At **forankre forbedringsarbejdet** med Sundhedsplatformen dér, hv Sundhedsplatformen anvendes – **på hospitalerne**.
- **Enkel governance og hurtige beslutninger**, men selv mindre optimeringer går på tværs af hospitalerne – der skal være **tillid** til at et hospital kan træffe beslutning på vegne af fællesskabet (40.000 slutbrugere)
- Den **ledelsesmæssige dialog** skal styrkes
- **Hospitalsledelsernes mandat og ansvar** for implementering og vidensdeling på tværs af hospitalerne skal tydeliggøres.
- **Tættere samarbejde mellem it-organisationen og klinikerne** om både behovsafdækning, løsningsdesign, test og implementeringer
- Den **agile arbejdsmetode** skal videreføres



