



Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten

Norsk helsetjeneste har høstet erfaringer med innføring av IKT-løsninger i mer enn 50 år. Mange av dagens ideer har vært tenkt før og prøvd ut tidligere, med varierende grad av suksess. Noen ganger skyldtes mangelen på suksess at teknologien ikke var god nok, andre ganger at løsningsvalget ikke var basert på prioritering av riktige behov, eller at ulike interessenter hver for seg hadde forventninger som i sum ikke kunne realiseres.

Legeforeningen har de siste årene samlet mye erfaring om hvilke suksessfaktorer og barrierer som skiller vellykkede e-helseprosjekter fra de mindre gode. Disse erfaringene ønsker Legeforeningen å dele slik at hele helsetjenesten raskere kan innføre digitale løsninger som støtter helsearbeiderens møte med pasienten.

I helsetjenesten ønsker vi å yte bedre og mer kostnadseffektiv helsehjelp. Dersom IKT skal hjelpe oss med det, må vi ha oppmerksomhet på de kliniske målene vi ønsker å oppnå, ikke på teknologien i seg selv. Jo tydeligere fokus vi har på den kliniske nytten, dess lettere blir det å nå disse målene.

1. Vær enige om målet. Dialog før styring
2. Ikke forenkle det som må være komplekst – verktøy må være forskjellige
3. Gevinster kommer bottom-up fra fagmiljøene. Spør klinikerne om hva de trenger
4. Det skal mer til enn IT-endringer for å oppnå gevinster, undervurder ikke hverdagen.
5. Flytt ikke sekretæroppgaver til legene – vær enige om oppgaveoverføring
6. Systemet skal tilpasses hverdagen, ikke omvendt
7. Lytt til kritikk og endringsforslag – ikke alt er endringsmotstand og vrangvilje
8. Berettiget kritikk må tas på alvor
9. Faglig ledelse skjer ikke gjennom et IKT-system
10. Skap entusiasme gjennom effektiv og inspirerende opplæring
11. En bagatell gjort femti ganger blir ingen bagatell for den som skal gjøre det
12. Ingen registrering av data som ikke har en god begrunnelse
13. Ikke bruk tekniske standarder som krever uønsket faglig standardisering
14. De rette legene må delta i alle faser av digitaliseringen – fjern barrierene
15. Bygg en kompetent organisasjon av klinisk informatikere
16. Se, prøv og endre løsningen før innføring
17. Ikke bli lurt av digitalt kvakksalveri; søk råd hos erfarne klinikere med informatikk-kompetanse
18. IKT-forvaltningen må glede seg over forslag til endringer
19. Tenk samarbeid og pass på helheten
20. Det er ingen skam å snu
21. Fleksibilitet og mobilitet i tjenesten må understøttes av fleksibel og mobil-IKT

Her er begrunnelsen for hvert punkt i listen av suksessfaktorer.

Vær enige om målet. Dialog før styring

Vi må digitalisere av de rette årsakene. Strategisk enighet om mål må eksistere før prosjektet starter. Eksplisitt enighet om målene for prosjektet må avklares før start. Det vil være enklest å skaffe enighet om strategien hvis målsettingen er å støtte helsetjenesten primærformål; bedre helse og flere gode leveår.

Ikke forenkla det som må være komplekst – verktøy må være forskjellige

Helsevirkosomheter består av ulike yrkesgrupper, spesialiteter og fag som har både like og ulike behov for IT-løsninger. Selv innen samme spesialitet har ulike klinikere forskjellig erfaring, roller og oppgaver i det daglige. Identifiser like behov, men forstå også at hvis helsetjenesten skal hjelpe pasienter med ulike behov, må spesialiseringen og kompleksiteten gjenfinnes i IT-løsningen. En øyelege trenger andre løsninger enn en psykiater. Prøv ikke å forenkla og lage felles løsninger der hvor det ikke er hensiktsmessig. Respekter kompleksiteten.

Gevinster kommer bottom-up fra fagmiljøene. Spør klinikerne om hva de trenger

De største gevinstene vil komme ved å spørre klinikerne om hva de trenger for å gjøre en bedre jobb. Gevinstrealisering må skje over tid gjennom kontinuerlig fagutvikling og forbedring av systemene. Aktører utenfra kan bare inspirere og drive prosesser som involverer dem som skal møte pasientene. Løsninger får ikke gevinster før de tas i bruk, og det er lokalt i de kliniske fagmiljøene hvor arbeidsmåtene kan endres og samhandling må skje, for å realisere disse gevinstene. Dette er tidkrevende, krever lokale ressurser og må skje gradvis under kontinuerlig evaluering.

Det skal mer til enn IT-endringer for å oppnå gevinster, undervurder ikke hverdagen.

En enhets tilgang til ressurser vil sette føringer for hvordan dagens oppgaver fordeles. Ressursene er stort sett begrensede, og det begrenser muligheter for endring. Slike premisser og barrierer må avklares tidlig og løses før man kan forvente endring i arbeidsprosesser.

Flytt ikke sekretær oppgaver til legene – vær enige om oppgaveoverføring

Oppgaveforskyvning kan lett oppstå ved forsøk på gevinstrealisering. I felles journalsystemer vil det være store muligheter for oppgaveforskyvning som skaper skjevbelastning, frustrasjon og misnøye. Dette må unngås ved tett dialog og forståelse for hverandres utfordringer. Totalbelastningen i en ansatts oppgaver må anerkjennes når eventuelle arbeidsprosesser vurderes justert.

Systemet skal tilpasses hverdagen, ikke omvendt

I utgangspunktet fungerer det meste i helsetjenesten godt, selv om forbedringsområder oftest kan identifiseres. Utgangspunktet for endring må være å forstå dagens arbeidsprosesser og støtte disse på en bedre måte. Journalsystemets begrensninger må ikke være førende for hvordan man driver pasientbehandling.

Lytt til kritikk og endringsforslag – ikke alt er endringsmotstand og vrangvilje

Det er særdeles viktig å bruke tid på å forstå hva som er reelle klager mot et for dårlig fungerende system i motsetning til frustrasjon ved å bruke mer tid på et nytt brukergrensesnitt. Det er ofte lett å tenke at kritikk kun er "endringsmotvilje". I medisinsk språk vil "endringsmotvilje" være en utelukkelsesdiagnose, dvs. den eneste alternative forklaring som gjenstår når alle andre alternativer er bekreftet utelukket.

Berettiget kritikk må tas på alvor

Uønskede effekter må alltid undersøkes og følges opp. Der helsepersonell identifiserer problemer med et system, må dette tas på alvor. Det må finnes et apparat som kan raskt løse kritiske problemer og som følger opp fortløpende. Før man har organisert et slikt apparat, bør ikke løsninger implementeres.

Faglig ledelse skjer ikke gjennom et IKT-system

Selv om systemet kan gi kunnskapsstøtte og beslutningsstøtte er dette ikke en erstatning for god lokal, faglig ledelse. Harde stopp, advarsler og krav til dokumentasjon kan virke mot sin hensikt. Slike funksjoner bør kun forstås som et supplement til en god dokumentasjonskultur hos helsepersonellet. Data som ikke er nødvendig for å gi omsorgsfull helsehjelp til den enkelte pasient skal ikke kreves registrert uten etter enighet med kliniske spesialister.

Skap entusiasme gjennom effektiv og inspirerende opplæring

Det må brukes tid på å finne opplæringsmetoder som fungerer effektivt og godt. Evaluering av opplæringen må skje hele tiden. Fritak fra andre oppgaver under opplæring er helt sentralt. Én-til-én-opplæring i klinikken er ofte en god metode. Oppfølging og støtte etter oppstart av løsning er særdeles viktig for å justere praksis og løse problemer fortløpende. God nok opplæring krever store ressurser og må være forankret i toppledelsen.

En bagatell gjort femti ganger blir ingen bagatell for den som skal gjøre det

Brukerghensnitt skal ha færrest mulige klikk. Enhver ekstra pålogging, hvert ekstra klikk, hvert ekstra sekund ventetid på IKT-systemet vil stjele av legens tid med pasienten. Det finnes ikke mer tid i hverdagen og leger bruker allerede bare ca. 40% av tiden på direkte pasientarbeid. Tiden til pasientarbeid er synkende, og digitalisering er av mange oppfattet som problemet, ikke løsningen.

Ingen registrering av data som ikke har en god begrunnelse

Det er tre hovedregler knyttet til hvorvidt man bør innsamle data i helsetjenesten. Kan man svare nei på ett av disse spørsmålene, bør man avvente innsamling av de aktuelle dataene.

- 1) Er data konsistente slik at man kan stole på dem?
- 2) Er det realistisk at tilstrekkelig mengde data blir registrert av helsepersonellet?
- 3) Har man en konkret plan for bruk av dataene?

Ikke bruk tekniske standarder som krever uønsket faglig standardisering

Teknisk standardisering og tekniske begrensninger kan fort sette premisser for pasientbehandlingen. Forskjell i fagområder, pasientgrunnlag, aktivitetssvingninger og ressurser i virksomheten er variabler som påvirker hvordan pasientbehandling foregår. Det finnes ikke én standard måte å arbeide på. Faglig standardisering er derfor kun mulig inntil en viss grad, og det er ofte ikke ønskelig med sterk standardisering av arbeidsprosesser.

De rette legene må delta i alle faser av digitaliseringen – fjern barrierene!

Det er mange barrierer mot engasjement fra leger i IKT-prosjekter på det praktiske plan. Derfor må prosjekteier sørge for finansiering av vikarer som erstatning for klinikere som jobber med IKT. Det må gis vaktfritak, slik at de som deltar i prosjektarbeid på dagen, kan gjøre det uthvilt og skjerpet. Det må sørges for at leger i spesialisering ikke sakter og taper fremdrift i spesialiseringen. Prosjektaktivitet må merittere for senere karriere.

Bygg en kompetent organisasjon av klinisk informatikere

Medisinsk journaldokumentasjon er utviklet gjennom en lang medisinsk tradisjon og kunnskap av leger, og er derfor godt egnet til formålet. Datasett som egner seg for struktur

skal struktureres, samtidig som narrative notater i fritext er en viktig del av en god pasientsikkerhetskultur i journalarbeidet. Leger som også er eksperter i klinisk informatikk må lede arbeidet med struktur og innhold i digitalisert pasientinformasjon. Derfor må det etableres en gjennomgående organisasjon med klinisk informatikere som kan lede og gjennomføre endringer. Det er behov for lederstillinger i klinisk informatikk både i den enkelte helsevirksomhet og opp til nasjonalt nivå som rapporterer til helseministeren. I den utøvende helsetjeneste er det behov for hel- og deltidsstillinger for leger med mandat til å endre journalsystemene.

Se, prøv og endre løsningen før innføring

Underveis i konfigurering må man prøve ut om løsningen har den kvalitet som oppfyller primærformålet. Hvis ikke må den forkastes eller bygges om. Når løsningen settes i drift, skal det være godkjent av legene i prosjektet for funksjonell egnethet, ytelse og tilstrekkelig feilretting. Husk at også summen av mange små feil og uhensiktsmessigheter gir et uegnet system. Oppsett som gir uønsket og kronglete arbeidsflyt, skal ikke settes i drift.

Ikke bli lurt av digitalt kvakksalveri; søk råd hos erfarne klinikere med informatikk-kompetanse

Det er knapphet på ressurser, slik at IT-investeringer og -innføring må prioriteres opp mot andre tiltak som kan gi bedre pasientbehandling. Det er derfor nødvendig at vi skaffer et evidensgrunnlag for innføring av IT-verktøy på lik linje som for andre medisinske metoder. Det er viktig å designe funksjonell testing og evaluering slik at man har kontroll på andre endringer som skjedde på samme tidspunkt som intervensjonen man studerer.

IKT-forvaltningen må glede seg over forslag til endringer

Medisinsk utvikling og forbedring stopper ikke. IKT-systemene må forvaltes etter de samme prinsippene – ikke styrt ovenfra, men nedenfra opp fra fagfolkene selv. Dette vil koste på forvaltningssiden, men er en forutsetning for videre forbedring og tillit til systemet. Prinsipper for enkel, billig og standardisert IKT-forvaltning vil medføre store ulemper i helsetjenesten. Etabler en forvaltningsmodell som håndterer rask endring og forbedring. Legene må få jobbe i en IKT-forvaltningsmodell der man fortløpende gjør nødvendige forbedringer på systemene.

Tenk samarbeid og pass på helheten

Helsehjelp er i stigende grad et tverrfaglig samarbeid mellom forskjellige organisasjoner og profesjoner. Derfor må man tenke helhetlige pasientforløp og samhandling. Det hjelper ikke om en løsning er god for én helsepersonellgruppe, dersom den er uegnet for andre eller ikke kan snakke med andre løsninger. Helheten i løsningen, og tid som brukes i løsningen, må følges nøye for å unngå overbelastning av helsepersonell. Alle involverte må være klar over at de er ansvarlige for både suksesser og fiaskoer. Man må ha oppmerksomheten rettet mot hvordan en selv kan bidra til å nå målene, ikke hva en mener alle andre bør bidra med.

Det er ingen skam å snu

Alle kan ta feil, særlig i komplekse IKT-prosjekter der beslutninger noen ganger må tas før kunnskapen og kompetansen er god nok. En må ikke stille seg i en slik posisjon at det er umulig å snu selv om alle varsellyper lyser rødt. Det er bedre å utsette innføring av et system enn å kaste helsetjenesten ut i kaos, redusert kapasitet og frustrasjon med fare for pasientsikkerhet, kvalitet og tap av tillit.

Fleksibilitet og mobilitet i tjenesten må understøttes av fleksibel og mobil IKT

Helsetjenesten er en organisasjon der pasientene ofte er ett sted mens legene må være tilgjengelig mange steder, ofte samtidig. Pasientene venter mens legene løper. Noen har roller der de kan være foran en datamaskin hele tiden, men de mest kritiske oppgavene gjøres av de som er på farten mellom sengeposter. Det er sentralt å understøtte denne gruppen med løsninger og mobile arbeidsflater.

Legeforeningen baserer suksessfaktorene på beskrivelser i norske og utenlandske publikasjoner:

Litteratur

- Wachter RM et al. Making IT work: Harnessing the power of health information technology to improve care in England. Report of the National Advisory Group on Health Information Technology in England. London: NHS, 2016.
- Gawande A. Why doctors hate their Computers. *Annals of Medicine, The New Yorker*, 12.11. 2018.
- Halamka JD, Tripathi M. The HITECH era in retrospect. *N Engl J Med* 2017; 377:907-909. doi: 10.1056/NEJMp1709851
- Wachter RM. The digital doctor: hope, hype and harm at the dawn of medicine's computer age. New York, NY: McGraw-Hill Education, 2015.
- Howe JL et al. Electronic health record usability issues and potential contribution to patient harm. *JAMA* 2018;319(12):1276-1278. doi:10.1001/jama.2018.1171
- Backer EC. Bruk av standardløsninger i kliniske virksomheter - En beskrivelse av hovedutfordringer ved implementering av kliniske standardapplikasjoner i spesialisthelsetjenesten og anbefalinger for veien videre. Trondheim: NTNU, 2018. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2504403>

Fra Legeforeningen og Legeforskningsinstituttet:

- Styrings- og finansieringsmodeller for effektiv e-helseutvikling i Norge. Legeforeningens innspill basert på internasjonale erfaringer. Oslo: Legeforeningen, 2019.
- Legeforeningens policynotat nr. 2/2015. Slik må fremtidens pasientjournal skapes.
- Om strukturering av medisinsk informasjon i elektroniske pasientjournaler. Legeforeningens IT-utvalg, februar 2015.
- Fra da til nå - den lange historien om elektronisk pasientjournal i legekantor. Norsk forening for allmenntmedisin, Referansegruppen for EPJ og elektronisk pasientjournal i legekantor, oktober 2015.
- Undersøkelse om elektronisk pasientjournal i sykehus. Oslo: Den norske legeforening, 2014. <https://legeforeningen.no/PageFiles/3/EPJ-undersøkelse-i-sykehus.pdf>
- Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 – 2014. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1355-9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0011