

Pasientjournal, administrasjon, pasientmålinger og medikasjon - forvaltning og forbedring

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Mandat
Sist endret: 06.05.2022

1 BAKGRUNN

Team EPJ jobber med forbedring av arbeidsprosesser med bruk av:

- pasientjournal og administrasjon
- medikasjon og pasientmålinger

Klinikere i SiV benytter mange ulike kliniske systemer i hverdagen. Team EPJ skal se brukerens helhetlig behov uavhengig av system og jobbe med forbedring av arbeidsprosesser knyttet til bruk av systemene.

2. MANDAT

2.1 Teamets ansvar

- Være lydhøre og etterspørre tilbakemeldinger fra andre, som klinikere og andre samarbeidspartnere.
- Gå i dialog med brukere for å forstå behovet/utfordringen bedre. Benytte forverktøy for problemløsningsverktøy (A3) for å forstå problemet.
- Utføre verdistrømsanalyser (VSA) når behov for å skaffe oversikt over prosessen og få frem utfordringene
- Prioritere behov/forbedringer for å unngå for mange oppgaver under arbeid
Forslag til forbedringsarbeid prioriteres i forhold til om det gir høy effekt og mulighet til å gjennomføre. Fokus på færre prosesser samtidig for å få raskere leveranser.
- Jobbe i korte sykluser med løpende vurdering for raskt å kunne tilpasse seg/endre
- Se sammenhengen mellom arbeidsprosesser og teknologi
- Bidra til forbedrede arbeidsprosesser på tvers av system både internt i seksjonen og ut mot brukerne
- Legge til rette for og hjelpe brukere til å benytte PAS/EPJ og kurve- og pasientmålinger riktig og helhetlig
- Finne nye måter å bruke de kliniske systemene sammen

Prosess for kontinuerlig forbedring benyttes som arbeidsmetode (Se rammeverk for arbeid i produktteam). Elektroniske tavler benyttes som verktøy. Saksbehandlingssystem benyttes for håndtering av spørsmål om bruk av systemet og feil.

Forbedringstavle/oppgavetavle benyttes for å håndtere større utfordringer/behov

2.2 Deltakernes ansvar

Alle teammedlemmer skal:

- Møte forberedt til møter og være til stede/bruke kamera ved oppstart og avslutning av videomøtet
- Delta aktivt i de ukentlige møtene med fokus på hva som er hensikten med møtet

- Være åpne i dialogen og bruke retroperspektiv refleksjon aktivt dersom det er noe som ikke fungerer
- Bytte på å lede møtene når man forstår møtestrukturen
- Utføre og oppdatere oppgaver man har fått ansvar for
- Hjelp andre i teamet med oppgaver
- Legge inn nye forslag i tavlen basert på behov
- Delta i prioritering av oppgaver i henhold til prioriteringsmatrise
- Plukke ny(e) oppgave(r) fra «to do» i forhold til kompetanse og når man har kapasitet til det å ta ansvar for gjennomføring
- Bidra til kunnskapsdeling og kompetanseheving i teamet.
- Klinikkrepresentant har et overordnet ansvar for sin klinikk

3. SAMMENSETNING

Gruppen defineres av ledelse i IKT og E-helse og består av et kjerneteam og ressurser som bistår ved behov.

Seksjonsleder i IKT og E-helse er teameier og deltar ved behov for å holde seg orientert. Det settes en teamkoordinator som har ansvar for å koordinere teamet og oppgaver. Kjerneteamet deltar på ukentlig møtestruktur, andre ressurser deltar ved behov.

Dette kan for eksempel være andre ressurser i IKT og E-helse og teamkoordinatorer for andre team og brukere.

Personvernombud, Informasjonssikkerhetsleder og virksomhetsarkitekt involveres ved innføring av nye systemer og/eller nye konsepter eller dersom det vurderes å ta i bruk løsningene på en ny måte.

4. STRUKTUR

- Kanal i Teams benyttes som samhandlingsrom.
- Saksbehandling foregår i eget system. All epost fra brukere overføres til saksbehandlingssystem. Her håndteres spørsmål om bruk av systemet og feilhåndtering. Enkle behov kan også håndteres herfra. Dersom større behov/utfordring vurderes det å legge over i forbedringstavle.
- Fokusområder/forbedringsområder som er meldt fra brukere eller som kommer frem fra brukere via VSA/A3 legges inn i elektronisk forbedringstavle for prioritering og ressursstyring, kun en eier av hvert fokusområde med definerte ressurser
- Behovene/utfordringene prioriteres ut i fra hva som gir høyest verdi og vår mulighet til å gjennomføre. Sørge for at vi alltid prioriterer noen saker som gir bra verdig og som går raskt å gjennomføre for å gi kontinuerlig verdi.
- Møtestruktur:
 - Ukentlig planleggingsmøte for kjerneteam
 - Saksbehandling
 - fordeling av oppgaver i saksbehandlingssystem som ingen har tatt
 - Gjennomgang av saker under arbeid for deling av kompetanse og ev. få flere syn på saken og se hva som skal til for at oppgaven løses. Sett ev. opp arbeidsmøter for å få oppgaven ferdig
 - Vurdere om det er større forbedringsaker som bør overføres til forbedringstavle
 - Forbedring - prioritering
 - Gå igjennom oppgaver under arbeid og se hva som gjenstår og hva som skal til for å bli ferdig. Sett ev. opp møter som skal til for å få oppgaven ferdig
 - Gå igjennom oppgaver under planlagt

- Gå igjennom oppgaver under Backlog for å vurdere om det er oppgaver her som gir høy verdig og hvordan vår muligeht til å gjennomføre er. Vurder også om det er plass til mer under «oppgaver som pågår».
- Vurder om noen av behovene er i tråd med dit vi skal og derfor overføres til Backlog
- Ukentlig Standup på 15 minutter
 - Er det utfordringer med noen oppgaver, ev. hvilke og planlegg raskt hvem som ev. deltar i et annet møte for å se på det. Alle sier noe.
- Retrospektiv refleksjon i Teams benyttes hver mnd. i forbindelse med et vanlig planleggingsmøte for gjennomgang av:
 - Hva har gått bra?
 - Hva kan forbedres?
 - Hva har vi lært?
- Det benyttes egne arbeidsmøter for analyse av utfordringer
- Ved behov benyttes andre ressurser enn teamets medlemmer for å få utført oppgaver som er nødvendig for tjenesten
 - Forvaltningsforum benyttes for å innhente behov/kunnskap om fagsystemer og diskutere større saker som ev. meldes klinisk IKT
 - Bruker Klinisk IKT råd for å innhente og diskutere behov/kunnskap
 - Bruker faste møtearenaer med klinikere for å få større forståelse for behovet.

5. RAPPORTERING

Det skrives ikke referat fra ukentlig tavlemøte, men oppgaver legges inn og oppdateres i tavleløsning for prioritering og ressursstyring.

I møter for avansert brukerstøtte oppdateres sakene i eget saksbehandlingssystem.

Det opprettes nøkkelmål for fokusområdene i forbedringsarbeidet som kan måles for å indikere retning.

Deler av arbeidet kan synliggjøres via intranett for å gjøre det transparent for resten av SiV.

6. INTERNE REFERANSER

- [SiV-metoden for forbedringsarbeid](#)
- Styringssystem for informasjonssikkerhet
- «Risikovurderinger ved nye og endrede IKT-behov og databehandlinger»
- Teknologstrategi
- OBD
- Utviklingsplan
- Rammeverk for produktteam i IKT og E-helse

7. EKSTERNE REFERANSER

8. VEDLEGG

