

En karruseltur rundt om patienten

Tværasektoriel kommunikation



En etnografisk undersøgelse af den tværasektorielle kommunikation imellem hospital, kommune, praktiserende læge og borger/patient.

Caretech Innovation
Louise Mejnertz

Februar 2012

Forord

Nuværende undersøgelse er blevet til i et tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde mellem Caretech innovation, Horsens Kommune, Odder Kommune, Hospitalsenheden Horsens, MTIC og Cetrea A/S.

På Caretech innovations vegne vil vi derfor rette en stor tak til borgere, patienter og pårørende, der i interviews på hospitalet eller i eget hjem har delt deres forløbshistorier med os. Tak til personalet på Hospitalsenheden og i Odder og Horsens Kommune for deres deltagelse i undersøgelsen og for at dele deres hverdag og erfaringer med os. Tak til de fire praktiserende læger, der har ladet sig interviewe til undersøgelsen og tak til alle de, der deltog i den afsluttende visionsworkshop.

Tak til vores engagerede samarbejdspartnere fra Hospitalsenheden Horsens, Odder Kommune, Horsens Kommune, Cetrea A/S og MTIC. En særlig tak til afdelingssygeplejerske Anne-Marie Bentzen og ledende overlæge Thomas Hahn fra Medicinsk Afdeling; oversygeplejerske Inge Henriksen, afdelingssygeplejerske Susanne Buch Vinther og ledende overlæge Ove Gaardboe fra Akutafdelingen; Innovationskonsulent Susanne Daugaard Kristensen og studentermedhjælper Stine Rønsholdt Hansen fra Innovationsenheden på Hospitalsenheden Horsens; IT-proceskonsulent Birgitte Madsen, IT-proceskonsulent Betina Krog Bille og visitationschef Anne Stenbæk fra Odder Kommune; centerchef Inge Buhl Foged, Ældre- og Sundhedschef Tage Carlsen og områdeleder Elin Kappelgaard fra Horsens Kommune, produktdirektør Thomas Risgaard Hansen, praktikant Christopher Krogsdal og studentermedhjælper Jeppe Bøttger fra Cetrea A/S; og projektleder Gitte Kjeldsen fra MTIC for deres engagement og deltagelse, hjælp med at sikre adgang til data og kontakter samt for input, dialog og sparring undervejs.

Tak til Erik Grönvall, Stefan Kalmar, Stine Rønsholdt Hansen og Sarah-Maria Rasch for deres bidrag til denne afrapportering.

Projektet er finansieret af Region Midtjylland og EU via Caretech Innovation.

På vegne af projektgruppen,

Louise Mejnertz
Etnograf
Caretech Innovation

Johanne Korsdal Sørensen
Projektleder og etnograf
Caretech Innovation

INDHOLD

FORORD	1
RESUMÉ	4
1. INTRODUKTION	5
1.1. PROJEKTET TVÆRSEKTORIEL KOMMUNIKATION	5
1.2. OM DENNE AFRAPPORTERING	6
2. TO TVÆRSEKTORIELLE BORGER-PATIENTFORLØB	6
2.1. ET GERIATRISK FORLØB	7
2.1.1. BENTS SYGDOMS- OG BEHANDLINGSFORLØB	8
2.1.2. OPLEVELSER FRA BENTS FORLØB	9
2.2. ET SENHJERNESKADEFORLØB	10
2.2.1. EGONS SYGDOMS – OG GENOPTRÆNINGSFORLØB	10
2.2.2. OPLEVELSER FRA EGONS FORLØB	11
2.3. OPSAMLING	12
3. PRAKSIS OMKRING TVÆRSEKTORIELLE FORLØB	12
3.1. ET TVÆRSEKTORIELT FORLØB	13
FIGUR 1: HORSENS FORLØB	16
FIGUR 2: ODDER FORLØB	16
3.2. OPSAMLING	17
4. TVÆRSEKTORIELLE UDFORDRINGER	17
4.1. IT-ØER OG FLASKEHALSE I KOMMUNIKATIONEN	17
CASE: FEJL I HJEMSENDT MEDICINLISTE	18
CASE: PAPIR OG FAX I HJEMMESYGEPLEJEN	18
CASE: PDA'EN SOM LIVLINE	19
CASE: UDE MED HJEMMESYGEPLEJERSKEN	20
4.1.1. MEDICIN	20
CASE: EN HJEMMESYGEPLEJERSKES MEDICIN ANSVAR	21
4.1.2. GENOPTRÆNING	22
4.1.3. BESKRIVELSE AF FUNKTIONSNIVEAU	23
4.1.4. HJÆLPEMIDLER	23
4.2. EN KARRUSELTUR RUNDT OM BORGER-PATIENTEN	24
4.2.1. MANGE AKTØRER OG MANGLENDE HELHEDSTÆNKNING	24
CASE: MANGE AKTØRER	25
4.2.2. ANSVAR OG DETEKTIVARBEJDE	25
CASE: HVEM HAR EGENTLIG ANSVARET?	25
4.2.3. PLANLÆGNING OG OVERBLIK	26
CASE: MAYLAND KALENDER PÅ PLEJEHJEM	26
CASE: WHITEBOARD OVERBLIK	26
CASE: HELLERE MANDAG END FREDAG	27
4.3. OPSAMLING	27
5. INDLÆGGELSER OG UDSKRIVELSER	28
5.1. UDFORDRINGER I FORBINDELSE MED INDLÆGGELSER	28
CASE: BAGGRUNDSINFORMATIONER OM BORGER-PATIENTEN ER VIGTIGE....	29
CASE: KOMMUNIKATIONSBREV SOM INFORMATIONSBÆRER	29

5.1.1. BEHOV I FORBINDELSE MED INDLÆGGELSE	30
CASE: TELEFONOPKALD FRA HOSPITAL TIL VISITATION I KOMMUNEN	30
5.2. UDFORDRINGER I FORBINDELSE MED UDSKRIVELSER	31
CASE: UDSKRIVNINGSKOORDINATOR PÅ HOSPITALET	31
CASE: UDSKRIVELSE VED ÅBEN INDLÆGGELSE	32
5.2.1. BEHOV I FORBINDELSE MED UDSKRIVELSER	33
5.3. OPSAMLING	34
6. KONKLUSION	34
6.1. KOMPLEKSE FORLØB	34
6.2. KOMPLEKS PRAKSIS	35
6.3. KOMPLEKSE UDFORDRINGER	35
6.3.1. IT-ØER	35
6.3.2. NUVÆRENDE KOMMUNIKATION OG INFORMATIONSDDELING	36
6.3.3. MEDICIN	36
6.3.4. GENOPTRÆNING	36
6.3.5. FUNKTIONSNIVEAU	37
6.3.6. HJÆLPEMIDLER	37
6.3.7. EN KARRUSELTUR RUNDT OM BORGER-PATIENTEN	37
6.3.8. PLANLÆGNING OG OVERBLIK	38
6.3.9. BRUG AF EKSISTERENDE TEKNOLOGI	38
6.4. KOMPLEKSE BEHOV?	39
7. PERSPEKTIVERING OG ANBEFALINGER	39
7.1. TVÆRSEKTORIELLE KOLLEGERES VISIONER FOR FREMTIDEN	39
7.2. ANBEFALINGER	40
ELEKTRONISK ADGANG TIL INFORMATION	40
BRUG AF NUVÆRENDE IT-SYSTEMER OG TEKNOLOGI	41
FÆLLES UDGANGSPUNKT	41
BORGER-PATIENTENS PRÆMISSER	42
8. METODE	42
APPENDIKS	45
APPENDIKS 1: SUNDHEDS-IT-SYSTEMER OG INTEGRATIONSPOTENTIALER	45
APPENDIKS 2: KVANTITATIVE DATA	54
APPENDIKS 3: RELATEREDE PROJEKTER OG UNDERSØGELSER	58
APPENDIKS 4: WORKSHOP OPSAMLING	66
BILAG	70
BILAG 1: TVÆRSEKTORIELLE AKTØRER OG DERES ROLLER	70
BILAG 2: INFORMATIONSSYSTEMER OG KOMMUNIKATIONSREDSKABER	72

Resumé

De tværsektorielle borger-patient forløb udfordres blandt andet af, at de ofte er komplekse forløb med mange aktører ind over, mange overgange og mange informationer, der skal deles på tværs. Det kan være svært for både personale på tværs, borger-patienter og pårørende at bevare overblik og sammenhæng. Det skyldes blandt andet at:

- **Informationsveje og informationsflow er besværlige og ressourcekrævende**, og der er risiko for, at vigtige informationer ikke når frem blandt andet i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser. Systemerne taler ikke sammen, og der er kun i begrænset omfang mulighed for at dele informationer elektronisk med hinanden på tværs af aktørerne i de to sektorer. Brugen af *gammeldags* kommunikationsredskaber som telefon, papir og fax er derfor fortsat de mest anvendte. Det gør, at relevante, opdaterede informationer ikke er umiddelbart tilgængelige for personale (og borger-patienter og pårørende), når de har brug for dem. Dette resulterer blandt andet i mindre smidige arbejdsgange og forløb samt en del dobbeltregistrering og dobbeltarbejde. Informationsdeling er tids- og ressourcekrævende, og det forlænger nogle gange forløbene unødigt og forårsager unødige genindlæggelser. Der er endvidere risiko for forglemmelser, misforståelser og fejl.
- **Koordination og kontinuitet besværliggøres** af ovenstående begrænsninger og af de organisatoriske og økonomiske rammer. Der er mange flaskehalse, når aktører skal indhente oplysninger om borger-patienter. I de komplekse forløb, mister personale, borger-patient og pårørende overblikket over forløbet og har svært ved at se den røde tråd og sammenhængen i forløbet. Dette skaber utryghed og for nogle også manglende tillid til forløbet. Personale på tværs af sektorerne, borger-patienter og pårørende oplever, at de tværsektorielle forløb foregår på systemets præmisser og ikke borger-patientens – det er en "karruseltur rundt om patienten".
- Borger-patienter møder mange forskellige undervejs og bevæger sig meget rundt for eksempel i forbindelse med større udredninger eller genoptræningsforløb – men **hvem har ansvaret for at samle op og kigge på helhedsbilledet?** Specielt i de komplekse geriatriske forløb er det langt fra alle borger-patienter og pårørende, der mestrer systemets forventning om egenmestring, og forløbene afhænger i nogen udstrækning af borger-patient og pårørendes ressourcer.

1. Introduktion

Samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger er reguleret gennem en række sundhedsaftaler¹, der specificerer, hvilke samarbejdsprocesser, der er mellem parterne, og hvilke typer data, der udveksles på forskellige tidspunkter i forløbet. Horsens Kommune, Odder Kommune, Hospitalsenheden Horsens og områdets praktiserende læger kommunikerer løbende vedrørende borger-patienter², der bevæger sig mellem primær og sekundær sektor i de tilfælde, hvor borger-patienten har brug for opfølgende foranstaltninger. Der anvendes i dag forskellige redskaber til at understøtte denne kommunikation. Værktøjerne, der anvendes er typisk telefon, breve, fax og udveksling af enkelte data mellem systemer baseret på MedCom standarder. Hospitalsafdelinger, kommuner, praktiserende læger, borger-patienter og pårørende oplever, at overleveringen af relevante informationer ikke altid foregår optimalt. Dette udfordrer de tværsektorielle borger-patientforløb og samarbejdet omkring dem.

1.1. Projektet Tværsektoriel Kommunikation

Projektet Tværsektoriel Kommunikation er støttet af Region Midt og EU via Caretech Innovation. I tråd med Region Midts fokus på sektorovergange og det sammenhængende patientforløb arbejder projektet på at identificere muligheder for at optimere kommunikation og informationsflow mellem sektorerne og udnytte det datamateriale, der allerede forefindes i begge sektorer til fordel for personale og for borger-patienter og pårørende. Som led i projektet Tværsektoriel Kommunikation, er der over en fire måneders periode gennemført en etnografisk undersøgelse. Hensigten med den etnografiske undersøgelse har været:

- At afdække og beskrive arbejds – og sagsgange i begge sektorer med fokus på de tværsektorielle borger-patientforløb.
- At undersøge informationsoverførslen mellem aktørerne i primær- og sekundærsektor i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.
- At undersøge kommunikationen mellem hospitalspersonale, personale i kommunerne, praktiserende læger, borger-patienter og pårørende i forbindelse med tværsektorielle borger-patientforløb.
- At identificere behov og muligheder for integration imellem eksisterende systemer ud fra ovenstående.

Undersøgelsen er gennemført med udgangspunkt i observationsstudier på forskellige lokaliteter i Odder og Horsens Kommune og i Akutafdelingen, Medicinsk Afdeling og Geriatrisk Team på Hospitalsenheden Horsens. Desuden er der gennemført en række interviews med personale i kommuner og på

¹ Sundhedsfaglig Sundhedsaftale. Region Midtjylland 2011 – 2014.

² Begrebet borger-patienter er forfatterens og bruges som en fælles betegnelse for de mennesker, kommunen omtaler som "borgere", og som hospitalet og de praktiserende læger omtaler som "patienter", og som i denne sammenhæng oplever forløb, der går på tværs af kommune, praktiserende læge og hospitalet.

hospitalet, med praktiserende læger og med borger-patienter og pårørende. Fjorten medarbejdere i de to kommuner har ført en brugerdagbog over en 14 dages periode, og der er gennemført en workshop med kontaktpersoner fra projektpartnerne samt en afsluttende workshop med sundhedsfagligt personale fra de to sektorer. For yderligere information omkring metode henvises til kapitel 8.

1.2. Om denne afrapportering

Følgende afrapportering præsenterer den viden, undersøgelsen og den efterfølgende analyse har genereret. Samarbejdet omkring mange af de tværsektorielle borger-patientforløb fungerer godt, men som denne afrapportering viser, eksisterer der en række udfordringer, der besværliggør nogle forløb for både borger-patienter, pårørende og personale. Disse udfordringer udspringer til dels af de nuværende organisatoriske og it-mæssige rammer, der ikke fuldt ud understøtter samarbejde, kommunikation og informationsdeling på tværs. Denne afrapportering fokuserer primært på personale, borger-patienter og pårørendes oplevede udfordringer i de tværsektorielle forløb, idet forhåbningen er, at en bevidsthed omkring disse, beriger os med indsigter og vigtig læring. Indsigter og læring der kan hjælpe det tværsektorielle felt på vej mod at identificere hvor og hvordan, man skal sætte ind for at forbedre disse forløb. Det er dog vigtigt at understrege, at trods disse udfordringer, arbejder alle involverede dagligt på at skabe de bedst mulige tværsektorielle forløb. At det ikke altid lykkes skyldes ikke personalets indsats, men de rammer og det handlerum, de har til rådighed i skrivende stund.

Borger-patienten er eneste aktør, der oplever hele det tværsektorielle forløb. Derfor præsenteres læseren i kapitel 2 for to tværsektorielle borger-patientforløb. I kapitel 3 præsenteres læseren for den komplekse og forskelligartede praksis, og de mange aktører, systemer og kommunikationsformer, der i dag eksisterer omkring de tværsektorielle forløb. Kapitel 4 uddrager de centrale vilkår og udfordringer, undersøgelsen har identificeret under to hovedtemaer henholdsvis it-systemer og organisation. Kapitel 5 peger på konkrete problemstillinger og behov i forhold til kommunikation og informationsdeling i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser til og fra hospitalet. Undervejs inddrages relevante cases, feltnoter og citater fra feltstudiet. Afslutningsvis konkluderes i kapitel 6, og kapitel 7 knytter en række perspektiverende, fremadrettede ord og billeder til fremtidens tværsektorielle borger-patientforløb og fremsætter en række anbefalinger. Metoden præsenteres kort i kapitel 8. Til afrapporteringen er vedhæftet en række appendiks med resultater fra supplerende tiltag i forbindelse med projektet: Sundheds-it-systemer og integrationspotentialer; Kvantitative data; Relaterede projekter og undersøgelser og Workshop opsamling.

2. To tværsektorielle borger-patientforløb

Personale i kommuner, på hospitaler og praktiserende læger er enige om, at udgangspunktet for ethvert tværsektorielt forløb bør være den person, det drejer sig om, nemlig borger-patienten. At dette ikke altid lykkes i praksis, er de

fleste også enige om. Dette afsnit tager udgangspunkt i to tværsektorielle borgerpatient forløb – et geriatrisk forløb og et senhjerneskadeforløb. Formålet er at lade to konkrete forløb tale for sig selv ved at fortælle de to historier og lade centrale personer, der har været involveret undervejs udtrykke deres oplevelser af forløbene.

2.1. Et geriatrisk forløb

Bent er 79 år og lever et aktivt liv med billardspil, køreture i det grønne og jagt. Hen imod sin 80 års fødselsdag i sommeren 2011 oplever han og hans omgivelser, at han bliver svagere. Praktiserende læge sætter diverse undersøgelser i gang og konstaterer blandt andet, at blodtrykket er for højt, og at nyrerne måske er svækkede. Bent henvises til et nyreambulatorium i Syddanmark. Han bliver tiltagende dårligere og mere og mere deprimeret. Praktiserende læge udskriver lykkepiller og henviser til en almen medicinsk udredning på et andet sygehus i Syddanmark. Udredningen viser ikke noget, men Bents medicin justeres. Han flytter med sin ægtefælle til en ældrevenlig bolig, men falder kort efter og indlægges akut på Horsens Sygehus, hvor han kommer direkte op på Ortopædkirurgisk Afdeling. Her gentager de en del af de undersøgelser, han har fået foretaget i Syddanmark, tilsyneladende fordi de ikke har adgang til resultater herfra. Geriatrisk team tilknyttes. Inden han udskrives, får han lagt et midlertidigt kateter. Han får nu hjælp fra kommunen til personlig hygiejne og medicin. Der går ikke mange dage, før Bent bliver meget dårlig og hans kone tilkalder datteren, som via praktiserende læge får Bent akut indlagt med en infektion. Denne gang indlægges han det første døgn i akutmodtagelsen, hvorefter han kommer op i Medicinsk Afdeling, hvor han er indlagt i 10 dage. Et halvt år efter sin 80 års fødselsdag er Bent nu hjemme. Hans infektionstal er fortsat en smule forhøjet, og han går nu også i sårambulatorium i Horsens pga. sår på hælen. Han er i bedring og kan nu gå fra soveværelse til badeværelse uden støtte. Han skal nu også genoptage sine ambulatoriebesøg i nyreambulatoriet. Praktiserende læge har efter et større detektivarbejde fundet ud af hos hvem, hvor og hvornår, Bent skal til kontrol med det midlertidige kateter, han fik lagt under sin første indlæggelse....Bents forløb er illustreret i afsnit 2.1.1.

2.1.1. Bents sygdoms- og behandlingsforløb



2.1.2. Oplevelser fra Bents forløb

Sammenhæng

"Det er forvirrende alle dem, der er inde over, og egentlig ændrer på medicinen uden at skele lidt til sammenhængen" (Bents datter)

"De bliver sendt derned [nyreambulatoriet på sygehus A], fordi han har noget med nyrerne. Og så er de jo ligeglade med, om det egentlig er nyrerne, der er vigtigst for fars liv lige nu, og så kører de bare vildt ud af deres eget løb" (Bents datter)

"Jeg kan snart ikke finde ud af det mere, for så er der det ene, og så er der det andet" (Bent)

"Altså jeg har stadig ikke fattet, hvad det er jeg fejler" (Bent)

Medicin

Bents egen læge fortæller, at han selv har fjernet noget medicin, på Hospital B fjernede de noget, da de opdagede, han var dehydreret og i Horsens havde de også fjernet noget. "Jeg forsøger altid at holde min medicinliste ajourført ud fra den, patienten får med hjem fra sygehuset, men også her er rettidighed og præcision fra sygehusets side afgørende. Det er en stor opgave at skulle holde styr på som praksislæge" (Interview med Bents praktiserende læge)

Pårørende

"Jeg er så bange for, at min kone skulle blive overbelastet" (Bent)

"Jeg ringede næsten hver morgen, og hvis de ikke lige kunne tage telefonen, så ringede de tilbage til mig. Og så tit, specielt da han skulle udskrives, da aftalte vi, at så snakker vi sammen, inden jeg går hjem fra dagvagt. Og det var meget vigtigt...at selvom vi har haft det geriatriske team, så har det været vigtigt med de kontaktsygeplejersker, vi har haft på sygehuset" (Bents datter)

Koordination

Bent blev udskrevet en fredag eftermiddag, og det er ikke optimalt. Han får første gang hjemmehjælp om lørdagen. Det eneste hun har fået at vide i Bents tilfælde er hans navn, adresse, og at han er udskrevet fra Horsens Sygehus. Hun ved ikke, hvilken hjælp og pleje, han har behov for. Bent og hans hustru kan heldigvis svare for sig og fortælle, at han har brug for hjælp til kateteret, men der er ikke lavet en bestilling, og hun er derfor nødt til at køre hen på depotet og låne derfra. Tilbage på kontoret laver hun en bestilling (Interview med Bents kommunale sosu-assistent)

Tovholder

"Det gode i det her [Bents forløb], og jeg har ikke prøvet det før, det er jeg ikke i tvivl om: Det har simpelthen været geriatrisk team. Det er det gode ved det her" (Bents datter)

"Da han [Bent] så skal hjem, tager jeg over igen, som den ambulante funktion, hvor jeg egentlig lige skal høre: Kommer det til at gå, når han kommer hjem? Kommer han til alle de her ambulante opfølgninger, han skal rundt omkring, og hjælpen er den blevet etableret hos hjemmehjælpen? (...) Det er en koordinerende rolle" (Bents sygeplejerske fra geriatrisk team)

Det har været et "detektiv arbejde" at finde ud af, hvem der var ansvarlig for Bents kateter og for at fjerne det igen. I udskrivelsesbrevet stod der bare, at han var henvist til det, men ikke hvornår og hvordan – og de havde også glemt at sende Bent en tid. Det har Bents praktiserende læge nu fået styr på, og Bent skal ind og have fulgt op på det i januar (Interview med Bents praktiserende læge)

Styre – og styrke til – eget liv

"Far har været selvstændig malermester, og han har styret sit liv og økonomi (...) Det har han styret selv, og samtidig med det, så begynder han at have et liv, hvor han ikke kan styre tingene selv. Han kan ikke bare stå op og gå til billard eller gå til korsang, eller gå sine ture, og han bliver træt, og så kommer depressionen, tror jeg, rullende indover. Og det sætter bare gang i det hele" (Bents datter)

Utryghed

"Det var dernede i den her modtagelse, hvor man kommer ind i de her båse, og da var Erik rigtig syg den aften, og der lå du så et par timer, nej hele natten. Vores datter var der det meste af tiden, og der var vores anden datter hjemme i nogle dage også. Det var slemt, syntes jeg (...) det var også fordi, at der var meget uro. Der var en, der var så højrystet, og når man så har det skidt og er bange. Bent var virkelig bange" (Bents hustru).

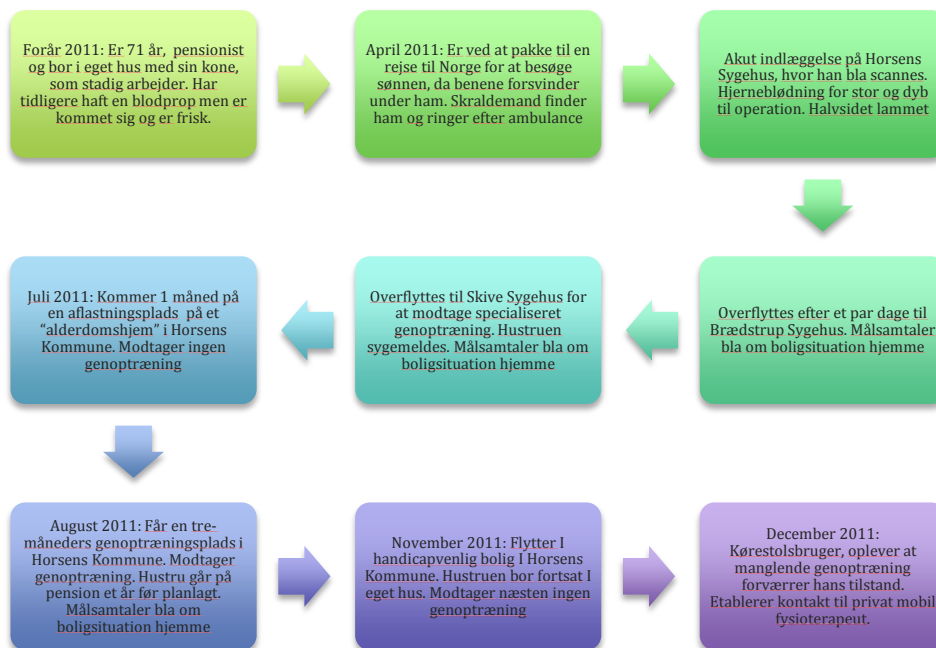
Komplekst forløb

Det har været et nogenlunde almindeligt forløb. Der har dog været en del ventetider, idet hans forløb er lidt problematisk, fordi han har så mange forskellige symptomer – hvad er årsagen? Man har søgt forskellige steder for at finde årsagen, og det har givet Bent et ret langt forløb, fordi han er blevet henvist til et sted, hvor man har kigget og så et andet sted – det har været træls for Bent, fordi der er gået så længe. Og han er stadig ikke 100% udredt – han fejler formentlig forskellige ting (Bents praktiserende læge).

2.2. Et senhjerneskadeforløb

Egon er en aktiv mand på 71 år, som bor hjemme i eget hus med sin kone. En dag bliver han pludselig svimmel og mister kontrollen over sine ben. Han falder pludselig om – skraldemanden finder ham og ringer efter en ambulance. Han bliver indlagt akut på Horsens Sygehus. Han har fået en hjerneblødning, men lægen vurderer, at han ikke kan opereres på grund af blødningens placering og størrelse. Han kan ikke huske ret meget, kan ikke styre sine ben og er lammet i den ene arm. Han bliver flyttet til Brædstrup og derfra til Skive til genoptræning, hvor han langsomt får lidt af sin førtilhede tilbage. Det bliver besluttet, at han skal i et genoptræningsforløb i kommunen, men da de ikke har plads, kommer han på en aflastningsplads på et "alderdomshjem" i kommunen. Her er han i en måned og modtager ingen genoptræning i den periode. Da der bliver plads, får han en tre måneders rehabiliteringsplads i kommunen. Hans hustru kan ikke se, at han kan komme hjem i eget hjem, og derfor flytter han til sit nye hjem i en handicapvenlig bolig på et plejecenter, hvor han kan få hjælp, når han har behov for det. Han modtager dog næsten ingen træning. Hans kone går på pension for at kunne komme igennem forløbet. Hun bor fortsat i deres hus, som de forsøger at sælge, da hun ønsker at flytte tættere på sin ældste søn forhåbentlig sammen med Egon... Egons forløb er illustreret nedenfor i afsnit 2.2.1.

2.2.1. Egons sygdoms - og genoptræningsforløb



2.2.2. Oplevelser fra Egons forløb

To verdener

"Jeg har aldrig været ansat på et sygehus. Jeg tror måske, der kunne være nogle ting, som jeg ville vide i højere grad, hvad jeg kunne gøre, eller hvad der ville være en god idé. Jeg har altid set det her fra kommunens synspunkt. Der kunne det måske være fint nok, hvis man havde lidt mere indsigt i, hvad foregår der egentlig på sygehusene (...) Det er en verden, der er meget langt fra min" (Egons kommunale fysioterapeut)

"Så skal han så overflyttes...for han er jo stadig lige så handikappet, som han hele tiden har været, selvom han også kommer op i en let kørestol og ikke længere brugte lift til at blive flyttet med. Men huset er jo stadig lige upraktisk, og han kan jo stadig ikke komme på badeværelset...Jamen så bliver det, at han kommer på aflastning - han får en aflastningsplads [i Horsens kommune]. Men der ved de ikke noget om den person, der kommer" (Egons hustru)

Tungt system

"Det er ikke som sådan personalet...det er systemet der er noget galt med" (Egon)

"Den kasse [systemet], den er sådan her. Den er firkantet. Og der er ikke noget med at skære hjørnerne af ligesom, når man kører bil og skal dreje til venstre" (Egon)

"Jeg ved ikke, om de glemte ham lidt i systemet?" (Egons hustru)

Systemets præmisser

"Det er jo det der med cigarkasser. Det var jo hårdt ved cigarkassen herinde [Horsens kommunes økonomi], at jeg lå deroppe [Skive]. Det var jo til lidt andre priser. Det var jo et regionshospital, så...Så måtte jeg jo til Horsens. Men det kunne de ikke få til at passe med, at der var plads på [genoptræningscentret], så jeg måtte jo mellemlande en måned ude på et alderdomshjem. På en aflastningsplads" (Egon)

Mange aktører

"Jeg tænker, at der i hvert fald nemmere kan ske nogle ting med, at papirerne er blevet givet til nogle andre i første omgang, og så er det måske havnet i en eller anden journal et eller andet sted, som så gør, at vi ikke lige får papirerne i hænderne, når Egon så kommer her. Altså det kan nemmere ske, jo længere tid der er gået og jo flere mennesker, der har været involveret" (Egons kommunale fysioterapeut)

At styre eget liv

"Jeg er jo nødt til at skal have den frihed til selv at kunne, for ellers kan jeg jo ikke holde mig i gang. Så det har været lidt et problem. Men det er det ikke længere. Det grinte de også lidt af. For de sender nogle nye folk ind til mig. "I kan rolig gå ind til ham. Han skal nok fortælle hvordan og hvorledes, I skal agere. I skal bare høre efter."" (Egon)

"Og så sagde han [koordinator i kommunen] på et tidspunkt: "Vi vil følge jer". Da løb det mig koldt ned ad ryggen. For lige pludselig er jeg også blevet et tilfælde. Og er der noget, jeg har kæmpet mod hele mit liv, så er det at blive sygeliggjort (...) Vi står i det til halsen, men min frie ret, den vil jeg kæmpe for" (Egons hustru)

"Jeg sagde, "jeg er ikke et stykke inventar. Jeg er også et frit menneske."" (Egons hustru)

Overblik og indblik

"Jeg har kopi af alt muligt. Det har vi simpelthen krævet. Jeg har kopier af det, der er gået fra de forskellige steder til kommunen. Og også af, hvad kommunen har sendt ud. Det skal de nemlig. Så jeg har været orienteret hele tiden. Eller rettere sagt, min kone har" (Egon)

Genoptræning

"Jeg har ikke endnu, mens jeg har været her [3 uger], set en fysioterapeut. Og heller ikke set en ergoterapeut. Jeg mener ellers, at de skulle være ansat her for at gøre noget for mig (...) for det er vigtigt...mit ben bliver ringere for hver uge, der går, og min arm gør også" (Egon)

"Da han [Egon] så skulle videre derfra, da de så ikke syntes, de kunne tilbyde ham mere, så skulle han jo tilbage til Horsens kommune, men han kunne ikke komme hjem på grund af hans handicap, og han havde faktisk brug for træning fortsat, men da der så ikke er plads her hos os lige med det samme, så ryger han ind på en aflastningsplads...Jeg synes, det virker lidt uheldigt, men der har han faktisk ikke modtaget træning i al den tid [1 måned], han har været på den aflastningsplads, hvor man kan sige, at så kan det hurtigt gå tabt, det der er vundet ved genoptræning" (Egon kommunale fysioterapeut)

Pårørende

"Hun [hustru] gik på pension. Det er jo så altså min skyld. På grund af mig. Hun gik på pension her til august. Hun ville ellers gerne være blevet ved til næste år. Hun har sagt lige så længe jeg har kendt hende "Jeg bliver ved til jeg er 70". Og det bliver hun næste år i august måned. Så det var tæt på, hun nåede det" (Egon)

2.3. Opsamling

Bent og Egons tværsektorielle forløb viser en række af de udfordringer, der også kommer til syne i flere af de gennemførte interviews med i alt 7 borger-patienter og 3 pårørende. Flere borger-patienter som Bent og Egon og deres pårørende oplever med ét, at deres verden vælter, og at den styrke de tidligere har haft til at leve og styre eget liv svinder. Helt afgørende for borger-patienter og pårørende i disse komplekse forløb er derfor, at de oplever, at der er én person, der hjælper dem med at bevare overblikket. I Bents forløb fremhæves Geriatrisk team som et led, der i den grad har betydning. Bents datter udtrykker det meget klart: "Jeg tror far [Bent] var død simpelthen, hvis ikke nogen [Geriatrisk team] havde taget hånd om helheden af ham". I andre forløb som i Egons, hvor der ikke har været én person inden for systemet, der på samme måde har haft en koordinerende rolle, og hvor ægtefællen er frisk, påtager ægtefællen sig den rolle. Én borger-patient udtrykte det sådan: "Det er ham [ægtemanden], der har været toastmaster i det hele". I Egons forløb har hustruens overblik været afgørende for Egons følelse af tryghed i et forløb, hvor han flere gange har følt sig klemt i et system bygget op af det, han betegner som "cigarkasser". Fire ud af syv af de interviewede borger-patienter har en ægtefælle, og i alle fire forløb, påtager ægtefællen sig et stort ansvar. Nogle som f.eks. Egons hustru oplever også, at de pådattes et stort ansvar, og at presset på dem er enormt stort. I Egons tilfælde, går hustruen på pension for at kunne udfylde rollen som overbliksperson, og hun føler flere gange undervejs i forløbet, at hendes "frie ret" udfordres.

Forløb som Bents og Egons er komplekse³, og mange aktører, specialer og lokaliteter er inde over diagnosticering, behandling og pleje, medicin og genoptræning. Sammenhængen i forløbet er ind imellem svær at gennemskue for borger-patienterne og deres pårørende, og man kan stille spørgsmålet, om forløbene er sammensat på patientens eller på systemets præmisser?

3. Praksis omkring tværsektorielle forløb

Den praksis der eksisterer omkring de tværsektorielle borger-patientforløb er kompleks og varieret både for borger-patienter som Bent og Egon og for personale i kommuner, på hospitaler og hos praktiserende læger. Mens det foregående afsnit har en borger-patient vinkel, har dette afsnit i højere grad en system- og personalevinkel.

Forskellige sygehusafdelinger, forskellige kommuner og forskellige praktiserende læger gør tingene forskelligt. Samtidig er kommunikationsveje, kommunikationsformer og tilgængelige it-systemer mangfoldige, og it-systemerne "taler" kun i mindre omfang sammen. Dette gør brugen af informationsdeling og informationsoverførsel via "gammeldags" kanaler som telefon, fax og papir de mest brugte. Den forskelligartede praksis illustreres i dette kapitel med udgangspunkt i henholdsvis et eksempel på en Odder borger-patient tværsektorielle forløb og en Horsens borger-patient tværsektorielle forløb. De to forløb, der skitseres, er forenkledede eksempler på, hvordan forløb

³ Forløb med mange aktører inde over, mange overgange og mange informationer, det skal deles på tværs.

kan se ud. Da der er forskel på borger-patienter og forskel på personale, varierer forløbene også. Fællestræk er de mange systemer, aktører og informationer, der danner spindelvævet omkring det tværsektorielle borger-patientforløb (se evt. bilag 1 og 2). Nedenstående beskrivelse samt de to figurer har primært til formål at illustrere netop denne kompleksitet.

3.1. Et tværsektorielt forløb

Ensartet praksis

Borgeren konstaterer at vedkommende er syg – eller også gør praktiserende læge, en hjemmesygeplejerske, en hjemmeplejer, en pårørende eller en nabo. I de fleste tilfælde kontaktes praktiserende læge, som telefonisk kontakter visitator i Akutmodtagelsen for at indlægge patienten. Efterfølgende sender praktiserende læge en elektronisk eller faxet henvisning til akutmodtagelsen. Visitator udfylder triage papir skemaet og opretter borger-patienten på overbliksskærmen. I meget akutte tilfælde kontaktes 112 direkte. Har borgeren en aftalebog og en medicinliste hjemme, medbringes disse nogle gange til hospitalet.

Som regel indlægges borger-patienten via Akutmodtagelsen, hvor vedkommende kan ligge i op til 48 timer. Når borger-patienten er modtaget i akutmodtagelsen, giver visitator papirskemaet til sekretæren, som nu opretter borger-patient i det patientadministrative system GS⁴. Der sendes automatisk en edifact til kommunen med besked om, at borgeren er indlagt. Samtidig ændrer visitator borger-patientens status på overbliksskærmen fra ”på vej”, til hvilken stue eller venteværelse vedkommende er i. Under indlæggelsen foregår dokumentation i den elektroniske patientjournal EPJ.

Er der akut behov for det, indhenter sygeplejersken i Akutafdelingens observationsafsnit relevante informationer fra kommunen eller fra pårørende f.eks. vedrørende medicin, normalt funktionsniveau mm. I de mere komplekse tilfælde, hvor borger-patienten er over 65 år og har flere diagnoser bag sig, kommer Geriatrisk team ind over, og så varetager de en grundig anamnese optagelse. I tilfælde hvor borger-patienten ikke følges af Geriatrisk team, og hvor vedkommende fortsætter op på Medicinsk Afdeling eller en anden stamafdeling, foregår indhentning af relevante oplysninger ofte ved en eller flere sygeplejersker deroppe. Idet borger-patienten overflyttes til en anden afdeling, registrerer sekretæren i Akutafdelingen, at borger-patienten er udskrevet, og der sendes automatisk besked herom til kommunen. Koordinator i Akutafdelingen sletter borger-patienten fra overbliksskærmen. I modtagende afdeling registrerer man på ny borger-patienten i GS, og der sendes automatisk en MedCom edifact til kommune om, at patienten er indlagt i afdelingen. Koordinator i modtagende afdeling opretter patienten på overbliksskærmen.

⁴ I løbet af foråret bliver det patientadministrative system til en del af den nye elektroniske patientjournal ”mit EPJ”, og dette ændrer muligvis denne praksis.

Forskellig praksis

Ligesom forskellige hospitaler har forskellig praksis, har de forskellige kommuner også forskellig praksis. For sygehuspersonalet betyder det, at skal de indhente eller afgive oplysninger omkring en borger-patient, skal det gøres forskelligt afhængig af, om borger-patienten for eksempel er fra Horsens eller Odder Kommune.

En Horsens borger

Drejer forløbet sig om en borger-patient fra Horsens Kommune, skal den ansvarlige sygeplejerske tale med kommunens udskrivningskoordinator. Det gør hun ved at udfylde et papirskema, som lægges udskrivningskoordinatorens bakke. Hver formiddag kommer Horsens Kommunes udskrivningskoordinator op i afdelingen og konstaterer, om der ligger papirskemaer til hende i hendes brevbakke. Sygeplejerskerne i afdelingen har ikke altid nået at udfylde et skema, men tager fat i udskrivningskoordinatoren, når hun er der. Den første samtale om borger-patienten foregår oftest umiddelbart efter indlæggelsen og handler om, at afdelingens sygeplejersker indhenter relevante oplysninger om borgerens medicin, hjælpesituation, funktionsniveau, kontaktpersoner mm. Dette noterer sygeplejersken ofte ned på en seddel, hvorefter hun skriver det ind i patientens EPJ journal. Samtidig skriver udskrivningskoordinatoren relevante informationer fra hospitalsindlæggelsen ind i sin omsorgsjournal.

Planlægning af udskrivelse igangsættes ofte umiddelbart efter indlæggelsen, og skal der igangsættes nye tiltag i kommunen, foregår dette via udskrivningskoordinatoren, som også hjælper med relevante telefonnumre på hjemmesygeplejerske, ansvarlig for hjælpemidler osv. Igen noterer udskrivningskoordinatoren relevante informationer i omsorgsjournalen og sender en intern avis til relevante parter i kommunen herom f.eks. til hjemmeplejen, hjemmesygeplejen m.fl.

En Odder borger

Har sygeplejersken behov for at indhente oplysninger om patienten eller drøfte borger-patientens situation med kommunen, ringer hun til visitator i Odder Kommune. Skal der drøftes hjælpemidler eller igangsættes tiltag i forhold til hjælpemidler, skal hjælpemiddelvisitator også kontaktes. Den eller de første telefonsamtaler om borger-patienten foregår oftest umiddelbart efter indlæggelsen og handler om, at afdelingens sygeplejersker indhenter relevante oplysninger om borger-patientens medicin, hjælpesituation, funktionsniveau, kontaktpersoner mm. Dette noterer sygeplejersken ofte ned på en seddel, hvorefter hun skriver det ind i patientens EPJ-journal. Samtidig noterer visitator relevante informationer eller aftaler fra samtalen ind i sin omsorgsjournal.

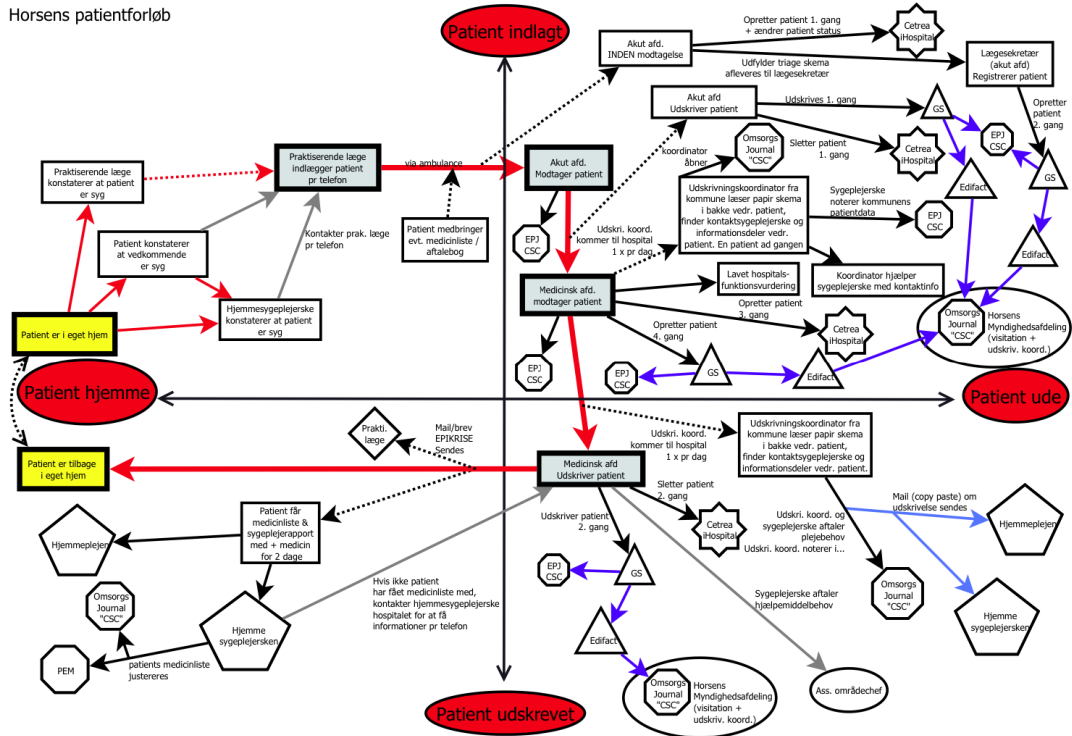
Planlægning af udskrivelse igangsættes ofte umiddelbart efter indlæggelsen, og skal der igangsættes nye tiltag i kommunen, kontaktes visitator(er) igen. I Odder Kommune foregår visitation af sygeplejeydelser ligeledes via plejevisitator.

Ensartet praksis

Når patienten udskrives, slettes patienten manuelt fra overbliksskærmen og udskrivelse registreres i GS, som automatisk sender MedCom edifact herom til kommunen. Ved udskrivelse får patienten en udskrift af sygeplejerapport og en medicinliste samt - hvis aktuelt - en genoptræningsplan med hjem samt evt. medicin til det første døgn. Er der hjemmesygeplejerske ind over ved hjemkomst, læser hun sygeplejerapporten og skriver relevante informationer herfra ind i omsorgsjournalen. Desuden tager hun medicinlisten med sig for at tilrette egen medicinliste. I nogle tilfælde tager hun kontakt til praktiserende læge for at sikre, at dennes medicinliste ajourføres, da epikrisen til praktiserende læge nogle gange kommer sent, og passer praktiserende læges medicinliste ikke, kan der ikke bestilles medicin elektronisk. En hospitalslæge sender epikrise til praktiserende læge. Horsens forløbet er illustreret i figur 1, og Odder forløbet i figur 2. Figurerne er udarbejdet af Stefan Kalmar.

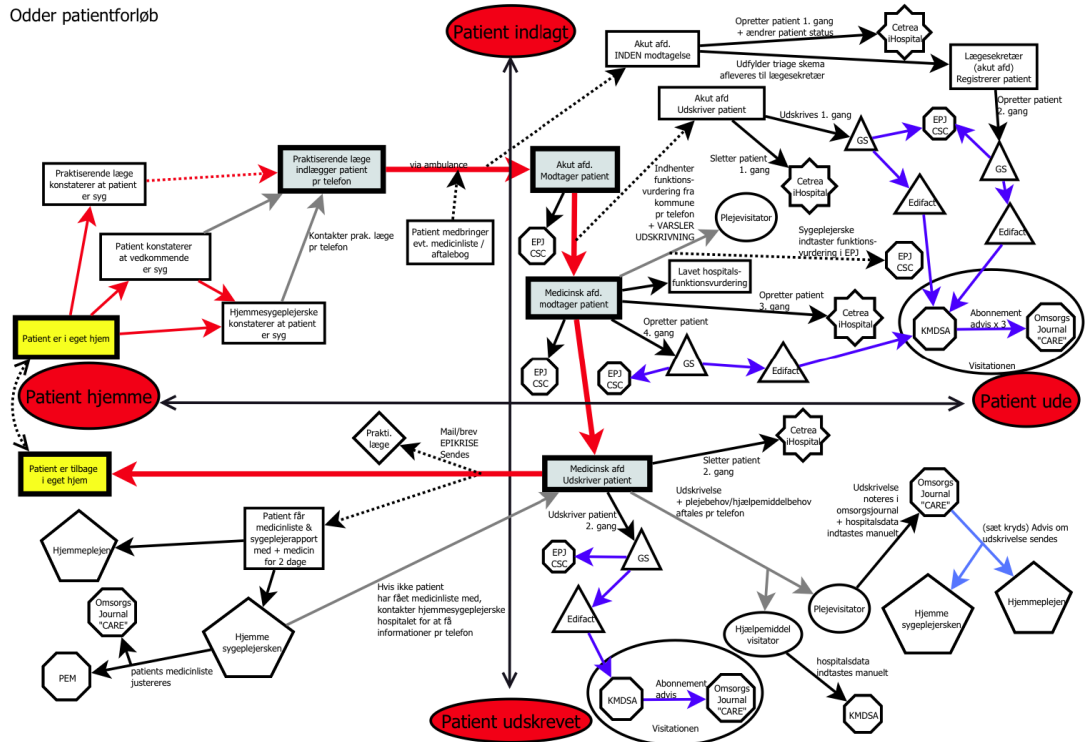
Figur 1: Horsens forløb

Horsens patientforløb



Figur 2: Odder forløb

Odder patientforløb



3.2. Opsamling

De to figurer er trods deres umiddelbare kompleksitet forenklinger af den praksis og kommunikation, der foregår i forbindelse med tværsektorielle borger-patientforløb. Beskrivelsen af tværsektorielle forløb samt de to figurer illustrerer, at forløbene er komplekse, og at mange aktører, systemer og kommunikationsformer er i spil. De tværsektorielle borger-patientforløb udfordres blandt andet af, at relevante informationer ikke umiddelbart er tilgængelige for de personer, der har brug for dem, når de har brug for dem på tværs af aktører i de to sektorer. Det betyder blandt andet, at det sammenhængende tværsektorielle borger-patientforløb kan være svært at opnå i praksis, at personale alle steder bruger tid og ressourcer på at indhente og dele informationer med hinanden manuelt, at forløbene nogle gange forlænges unødigt, at der er risiko for, at borger-patienten ikke får den mest optimale behandling på hospitalet, i kommunen og hos praktiserende læge, og at der opstår risiko for forglemmelser, misforståelser og fejl. Disse og flere tværsektorielle udfordringer uddybes i kapitel 4.

4. Tværsektorielle udfordringer

Det foregående kapitel viser kompleksiteten i de tværsektorielle borger-patientforløb. Dette kapitel zoomer ind på en række af de centrale udfordringer, som feltarbejdet og den efterfølgende analyse har synliggjort i forbindelse med disse tværgående forløb. Udfordringer, der er italesat af personale, borger-patienter og pårørende, og som har betydning for de aktører, der er involveret i forløbene og for deres handlerum.

4.1. It-øer og flaskehalse i kommunikationen

Der er som vist mange it-systemer og teknologier i spil i den tværsektorielle kontekst, og interaktionen imellem dem er begrænset. I afdelingerne på hospitalet er de centrale it-systemer den elektroniske patientjournal EPJ, det patientadministrative system GS og overblikssystemet i afdelingerne. I kommunerne er omsorgsjournalen, KMD og apotekernes personlige elektroniske medicinprofil PEM centrale systemer, og hos de praktiserende læger er deres praksislægesystem centralt. Informationer *tilhører* den enkelte tværsektorielle enhed og følger kun i begrænset omfang borger-patienten på tværs af de organisatoriske grænser. Det at relevante informationer ikke er umiddelbart tilgængelige og at man ikke umiddelbart deler informationer om aktuelle borger-patienter på tværs af aktørerne gør, at personalet bruger tid og ressourcer på at få fat i hinanden for at indhente eller afgive vigtige informationer til hinanden. Til dette anvendes primært telefon, men også papir, fax og personlige møder. Imellem praksislæge og kommune og nogle praksislæger og hospital anvendes også elektronisk kommunikation og edifacts på baggrund af MedCom standarder.

Internt i de enkelte organisationer taler systemerne heller ikke altid sammen, hvilket resulterer i en del dobbeltregistrering og en del copy-paste også imellem interne systemer som for eksempel omsorgsjournalsystemet og KMD i

kommunerne og det patientadministrative system og overbliksskærmene på hospitalet⁵. Risiko for, at information går tabt, eksisterer både i de interne processer og i samarbejdsprocesserne, og det kræver overblik at finde frem til de informationer, man skal bruge i en given sammenhæng, som casen nedenfor er et eksempel på.

Case: Fejl i hjemsendt medicinliste

Et plejehjem ringer til afdelingen. En sygeplejerske tager imod opkaldet og siger, at den sygeplejerske, der kender patienten vil ringe tilbage. Sygeplejersken får beskeden og ringer op til plejehjemmet, da hun er færdig med stuegang. Plejehjemmet har fået en borger hjem igår, men borgeren har tilsyneladende ikke fået sit maravan-skema med hjem, og de undrer sig over nogle medicinordinationer. Sygeplejersken går ind i EPJ og fortæller nu, at borgeren skal have taget ny INR [blodprøve] idag. Hun læser højt fra maravan-skemaet i journalen for de sidste tre dage på hospitalet. Hun går nu ind i medicinkortet og kigger og går så tilbage i lægens notater for at dobbelttjekke. Hun finder flere fejl og fortæller derfor vedkommende i den anden ende, hvilken medicin borgeren skal have, hvor meget, og hvornår det er ordineret fra. Da samtalen er afsluttet, siger sygeplejersken, at hun skal have fat i ordinerende læge for at få vedkommende til at rette fejlene.

Den manglende umiddelbart tilgængelige elektroniske informationsdeling omkring borger-patienter gør *gammeldags* kommunikation nødvendig, og telefoner og papir fylder fortsat rigtig meget i den tværsektorielle kommunikation.

Case: Papir og fax i hjemmesygeplejen

Klokken 11.40 er vi tilbage, og hjemmesygeplejersken skal nu dokumentere. På sin køreliste har hun undervejs i hånden noteret ændringer i medicin eller andet ned, som hun skal huske at dokumentere, eller hvis hun skal huske at ringe til nogen. Hun tager kørelisten frem og dokumenterer i omsorgssystemet. Hun skal sende en fax og finder fax skabelonen frem på skærmen, som hun udfylder. Det er en medicin bestilling, der skal sendes til egen læge. Hun printer ud og sender fax. (feltnote, hjemmesygeplejen)

Personalet oplever manglende fleksibilitet og mange flaskehalse, når de har behov for at indhente eller afgive oplysninger om borger-patienten – det være sig:

- **Uklarhed om hvem man skal kommunikere med**, hvilket kræver tid og ressourcer for at finde ud af, hvem det er, man skal have fat i, og hvordan og hvornår man træffer vedkommende.

⁵ Leverandørerne Cetrea A/S og Systematic arbejder dog i øjeblikket på at integrere dele af informationer, så de ikke skal indtastes flere steder.

- **Forskellig praksis** fra kommune til kommune og fra hospital til hospital – dvs. at der ikke er én standardmåde at gribe den tværsektorielle kommunikation an på, men at man skal kunne navigere imellem mange forskellige organiseringer og måder at håndtere samarbejdet på
- **Telefontider**, som betyder, at man f.eks. først kan ringe til sin tværsektorielle kollega mellem kl. 12-13, selvom man står klokken 10 og skal bruge oplysningerne for at kunne komme videre i forløbet og yde borger-patienten den bedste kvalitet.
- **Telefonkøer**, der betyder, at f.eks. hjemmesygeplejersken skal sidde i den praktiserende læges telefonkø sammen med de patienter, der ringer ind for også at tale med lægen i telefontiden mellem kl. 8-9
- **Manglende kendskab** til borger-patienten, som der ringes om enten fra indringer eller modtagers side, hvilket gør det svært at få de præcise oplysninger, man som tværsektoriel kollega har brug for, og måske kræver det et opkald igen senere.
- **Risiko for at information bortkommer** enten fordi borger-patienten mister papiret med sygeplejerrapporten og medicinlisten, de har fået med sig ved udskrivelse, eller fordi man ikke får noteret korrekte oplysninger ned i forbindelse med en telefonsamtale eller bliver forstyrret så man ikke får det dokumenteret i EPJ eller omsorgsjournalen.

En sygeplejerske illustrerer, hvorledes hun i sin hverdag oplever kommunikationsmulighederne som en hindring for et smidigt samarbejde:

“I dag er det jo kun notaterne, man kan sende elektronisk. Men her er jeg nødt til at lave et print og så faxe det, og det er et problem. For eksempel Odder Kommune, de har afskaffet faxen, så dem kan vi ikke kommunikere på skrift med mere, og det vil vi jo gerne - have skriftlige ordinationer også nogle gange og aftaler (...). Vi sender det på papir med post (...), og hvis vi ikke sætter et A-stempel på, så kan der gå tre dage, før de har den (...) Vi skal jo sende medicinkortet eller nogle andre sygeplejeordinationer eller andre aftaler eller blodtryksmålinger, og de er også irriterede over det, fordi for dem ville det jo også være nemt, hvis de kunne putte det i en fax og svare på det eller nogle resultater, men nu skal de ringe ind og fortælle det, men de har jo så valgt at sige, vi vil ikke have fax, vi er ikke gammeldags.” (Geriatrisk hospitalssygeplejerske)

Den teknologi og de systemer, der allerede eksisterer på hospitalet og i kommunerne fungerer ikke altid optimalt. Internt på hospitalet er der fortsat en del dobbeltregistrering imellem overblikssystem, EPJ og GS, og også i forbindelse med interne overflytninger fra en afdeling til en anden. I kommunerne synes den teknologi, der skulle bidrage til smidigere arbejdsgange heller ikke altid at gøre netop det. Dette er de to cases nedenfor eksempler på.

Case: PDA'en som livline

“PDA'en er vores livline”, udbryder en assisterende områdeleder. Vi beder dem vise os, hvordan den virker og hvordan de bruger den, men ingen af dem kan få deres PDA til at virke. Den er langsom til at opstarte, fortæller den ene. Vi spørger på hvilken måde den fungerer som deres livline. De fortæller, at de primært bruger de indkodede telefonnumre og kørelisten. Når den virker! Den

skal nulstilles en gang imellem, når den ikke virker, fortæller de. De har altid pda med ud, og så kan den assisterende områdeleder få fat i dem telefonisk. Hun kunne også sende SMS, men det kan misforstås, så hun vil hellere ringe (feltnote, kommunen).

Case: Ude med hjemmesygeplejersken

Hjemmesygeplejersken udskriver adviser vedrørende udskrivelser og medicin, fordi disse data kun kan tjekkes om morgenen på kontoret og ikke via PDA, som sygeplejerskerne har med rundt. Det vil sige, at det kun er om morgenen, at sygeplejerskerne får helt opdaterede lister med adviser. Nogle er forbi kontoret i forbindelse med frokost og kan i den forbindelse opdatere, hvis de har tid, men ellers sker dette primært om morgenen. Det bevirker, at trods elektroniske adviser, så skal hjemmesygeplejerskerne have telefonisk besked vedr. alle udskrivelser. Dette for at sikre, at udskrivningsadviser, der indløber i løbet af dagen ikke overses (feltnote, hjemmesygeplejen).

Den manglende interaktion imellem informationssystemerne, brugen af eksisterende teknologi og de eksisterende muligheder for informationsdeling på tværs, får en række konsekvenser for det tværsektorielle borger-patientforløb og udfordrer en række arbejdsgange. Nedenfor skitseres de centrale temaer, feltarbejdet har identificeret.

4.1.1. Medicin

Medicin fylder i de tværsektorielle forløb og i kommunikation og informationsdeling i den forbindelse. Alle aktører hæfter sig ved, hvor vigtigt det er at have adgang til korrekt og opdateret information om borger-patientens medicin. Det gælder ikke kun, hvad der er ordineret, men også, hvad er det ordineret for, hvorfor andet medicin er seponeret, og hvad tager borger-patienten reelt? Denne adgang til præcis information findes ikke i dag⁶. Mange aktører er inde over en borger-patientens medicin, og i den nuværende praksis oplever både personale, borger-patienter og pårørende medicin som en udfordring, der både skaber utryghed og er en patientsikkerhedsrisiko. En geriatrisk hospitalssygeplejerske udtrykker sin bekymring i nedenstående citat:

"Der [medicinen] går det galt! Praktiserende læger ordinerer noget, som måske kommer ud til hjemmesygeplejersken, og som måske bliver doseret af hjemmesygeplejersken, og måske får patienten det, og det samme sker ved et hvilket som helst ambulatorium og en hospitalsindlæggelse, men fordi de ordinerer medicinen, er det ikke det samme som, at det står på et skema, bliver hældt op og givet korrekt (...). Vi ser nemlig nogle gange den der medicinseddel, der så kommer med ude fra hjemmeplejen, og den er altså ikke lig med det, der er ordineret (...) og så er det heller ikke altid, du har naturmedicinen med på, og det betyder også meget med naturmedicinen sammen med det almindelige medicin, for det påvirker jo også" (geriatrisk hospitalssygeplejerske).

⁶ I skrivende stund er det fælles medicinkort FMK ved at blive implementeret og vil givetvis løse nogle af problemstillingerne, men da problemerne endnu ikke er løst, nævnes de her.

Personale på tværs af sektorerne oplever en række uhensigtsmæssige arbejdsgange i den nuværende praksis omkring medicin:

- Hospitalslægen modtager en medicinliste fra henvisende læge. Lægen skriver dette ind i EPJ (risiko for fejl)
- Under indlæggelsen justeres medicinen – noget seponeres og noget nyt ordineres – ved udskrivelse er det hospitalslægens ansvar at ajourføre medicinlisten i EPJ (risiko for fejl)
- Og sende denne til praktiserende læge sammen med epikrisen (risiko for forsinkelse)
- Hospitalssygeplejersken går ind i lægens ordinationer for at finde oplysninger til den medicinliste, hun udskriver til borger-patient (risiko for fejl)
- Hjemmesygeplejersken tager medicinlisten, som er fulgt med borger-patienten hjem og ajourfører tilbage på kontoret manuelt sin medicinliste i borgerens journal i omsorgssystemet (risiko for fejl).
- Hos egen læge modtager man (på et tidspunkt) medicinlisten – nogle læger forsøger at ajourføre patientens medicinliste i eget system, men ved komplekse forløb med mange indlæggelser og ambulante kontroller er dette så tids- og ressourcekrævende, at det ikke altid bliver gjort, da medicinen ændrer sig ofte (risiko for fejl).

Flere problematiserer det faktum, at en borger-patient, der er i forløb på tværs af sektorerne, ikke har ét fælles medicinkort, som alle kan tilgå (dette kommer måske med FMK), men at hver aktør, der er involveret i forløbet har sin version af medicinlisten i sit system eller på et stykke papir. En praktiserende læge udtrykker, hvorledes han ser dette problem nedenfor:

”Det er et helt separat meget stort problem det her med, at vi egentlig i princippet har 3 forskellige medicinkort på samme patient (...) Så vi har jo i princippet både hos nogle af de her patienter, der kører mange forløb, der har de et medicinkort på sygehuset, som bliver printet ud, og så har hjemmeplejen en kopi, et medicinkort og jeg har et medicinkort (...) Det er ikke en helt sjælden problemstilling, at patienternes viden om egen medicin er, at jeg får 4 gule og 3 blå. Hvorfor man får det, og hvorfor der er ændringer, og er det nu det blodtryksmedicin du får, og er det oveni du skulle have de blå eller...?” (praktiserende læge).

Når borgeren er hjemme, er det hjemmesygeplejerskens ansvar at have overblik over borgerens medicin – også ved ændringer fra egen læge, og sørge for at bestille medicin hos egen læge. Dette er ikke altid en nem opgave, når borgeren har flere forskellige medicinlister.

Case: En hjemmesygeplejerskes medicin ansvar

Jeg følger en hjemmesygeplejerske rundt. Vi er tilbage på kontoret. Hun fortæller mig, at hvis borgeren har givet samtykke til det, er det hendes opgave at gå ind i systemet PEM og tjekke op på borgerens medicin. Hver gang der ordineres en recept, kommer der en notits ind i borgerens PEM indbakke. Det gælder alle ordinationer – både fornyelser og nye ordinationer. Det betyder, at

hjemmesygeplejersken skal nærlæse notitsen og sammenligne med borgerens medicinliste. Er præparatet nyt eller erstatter det et andet, er det hendes opgave at flytte notits fra indbakke til medicinskema. Hver gang en borger henter eller får leveret medicin, kommer der også notits herom i indbakken og hjemmesygeplejersken skal se på, om det er nyt eller samme, om medicinliste skal opdateres eller ej. Nogle gange er ændringen blot resultat af, at et andet mærke på markedet er blevet billigere (feltnote, hjemmesygeplejen, Horsens kommune).

Desuden er mange opmærksomme på, at fordi noget er ordineret, er det ikke ensbetydende med, at borger-patient rent faktisk tager medicinen. Nedenstående uddrag fra en hjemmesygeplejerskes brugerdagbog viser, hvad forvirringen omkring medicin – og manglende overblik over patientens forløb – kan betyde i tid for hendes arbejdsdag:

Jeg er ude ved en borger, der blev udskrevet fra Horsens Sygehus i går for at dosere medicin. På medicinskemaet fra sygehuset mangler der en tablet, som borgeren er vant til at få hjemme. På medicinskemaet fra sygehuset står der medicinsk afdeling. Borgeren kan ikke huske, hvilken afdeling han lå på. Ringer derfor til omstillingen på sygehuset og beder om P7. Kommer hurtig til at tale med sekretær, der fortæller, at han lå på afd. M2. Får fat i sekretær og forklarer problemet, hun kan ikke hjælpe mig, men får fat i sygeplejerske. Jeg forklarer sygeplejersken samme problematik, men hun kan ikke hjælpe mig lige nu. Hun vil tale med en læge og ringe tilbage til mig. Der går ca. 15 minutter, så ringer hun tilbage og fortæller, at borgeren ikke skal have pillen mere, da den skulle have været seponeret for ca. 3 mdr. siden. Varer ca. 45 minutter. (Hjemmesygeplejerske, brugerdagbog)

4.1.2. Genoptræning

For nogle borger-patienter – for eksempel de geriatriske – er medicin et stort tema. For andre – for eksempel de senhjerneskedede – er genoptræning et stort tema. I dag er ansvaret for genoptræning fordelt på både hospitaler og kommuner, og ofte er mange lokaliteter og aktører involveret, som Egons forløb er et eksempel på. Det betyder, at ansvaret for genoptræningsforløbet ikke er placeret ét sted, at information om borger-patient og forløb skal deles imellem mange aktører undervejs, og at information dermed kan gå tabt undervejs, og ikke mindst at der er risiko for, at sammenhængen og helhedstænkningen forsvinder på bekostning af borger-patienten. For mange genoptræningsforløb er kontinuitet afgørende for borger-patient og pårørendes tryghed i forløbet men i høj grad også for borger-patientens fysiske bedring. Mangel på koordineret indsats får dermed ikke blot betydning for borger-patient og pårørendes oplevelse af forløbet, men også for selve behandlings- og genoptræningsforløbet. Egons fysioterapeut udtrykker sin bekymring i nedenstående citat:

"Jeg synes simpelthen, det har været for ringe, at han har haft den der periode, hvor der intet er sket. Det synes jeg virkelig er dårligt. Og specielt når vi snakker... ja det er jo næsten lige meget hvad...men altså når det er de komplekse senhjerneskedede, så er det rigtig ærgerligt, at de sidder stille. Og han fik så mange smerter i sin arm og skulder, inden han kom her. Det synes jeg er synd. For selv om man måske ikke kan tage smerterne fra ham lige meget hvad, så har han også selv oplevet det som et svigt, og det kan jeg godt forstå. Og det giver også den der mistillid på en eller anden måde. Som aldrig er god, når

man snakker om rehabilitering. Der skulle gerne være en eller anden grundlæggende tillid” (Egons kommunale fysioterapeut).

4.1.3. Beskrivelse af funktionsniveau

Ved indlæggelse har sygehuset ofte behov for viden om borger-patientens almindelige funktionsniveau fra kommunen, og ved udskrivelse har kommunen behov for borger-patientens aktuelle funktionsniveau fra hospitalet. Sidstnævnte skal gerne vise, om borgeren er blevet bedre eller dårligere siden kommunen havde kontakt med borgeren. Man oplever dog, at den ikke altid siger ret meget om netop dette, og i kommunen er man bevidst om, at det måske også kan skyldes, at den funktionsbeskrivelse, de sender med borgeren (hvis den er sendt med), eller den de giver telefonisk ikke er opdateret, og at det dermed er svært for hospitalspersonalet at vurdere om borger-patientens funktionsniveau er blevet bedre eller dårligere. Et andet element er, at hospitalet tror, at problemet er kendt, men at det ikke er tilfældet. Samtidig er det ikke de samme ting, man kigger på – man tager ikke udgangspunkt i en fælles skabelon med f.eks. en række temaer, man skal have forholdt sig til, så man kan sammenligne med den foregående beskrivelse. At udgangspunktet ikke er det samme, kræver en fortolkning eller oversættelse, og i det er der en risiko for, at præcision og detaljer går tabt. Nedenstående citat illustrer en generel bekymring:

”Vi mangler en slags linje, hvor man kan se hele patientforløbet, og så tænker jeg at vi kan få et bedre overblik, når vi kan se, hvor de er i tidsforløbet. Det kan være enormt svært at vurdere, hvad det normale funktionsniveau er for patienten, for det ved vi jo ikke, når de kommer til os” (Sygeplejerske, Medicinsk Afdeling).

En god genoptræningsplan afhænger også af adgang til information om borger-patientens tidligere funktionsniveau, så også terapeuter på både hospitaler og i kommuner udfordres i deres arbejde af, at den adgang ikke eksisterer.

To fysioterapeuter fortæller, at de har en del kontakt med kommunen primært i forhold til hjælpemidler, men også i forhold til at afklare spørgsmål vedrørende genoptræningsplaner. De fortæller, at det tit er et problem, at de ikke rigtig kan læse nogen steder om patientens tidligere funktionsniveau, og de oplysninger er vigtige for dem, når de skal lave en god genoptræningsplan (feltnote, Medicinsk Afdeling).

4.1.4. Hjælpemidler

Kommunikationen omkring hjælpemidler fremhæves også både af terapeuter på hospitalet og af hjælpemiddelansvarlige i kommunerne som et område, hvor kommunikationen ikke altid understøtter en god proces. Det kan være svært at finde ud af, hvem det er, man skal have fat i, når det drejer sig om hjælpemidler. Det kan også være svært at have en ordentlig dialog omkring hjælpemidler, hvis for eksempel indringer er en sygeplejerske fra hospitalet, der ikke ved, hvilke informationer, kommunen har brug for for at bestille korrekte hjælpemidler hjem.

Hjælpemiddelvisitatoren fortæller, hun har brug for at vide, hvilke hjælpemidler borgeren har brug for, og hun har brug for at vide for eksempel mål til kørestolen eller højde på rollator, hun har brug for at vide, om hjælpemidlet skal bruges indenfor eller udenfor, om

det overhovedet er muligt at færdes i hjemmet med rollator, er der dørtrin? Hvor brede er dørene? Hvad er borgerens funktionsevne? Hun modtager et opkald, om en borger, der skal have en plejeseng. Men plejeseng gives kun, hvis der virkelig er behov for pleje i sengen, og hun spørger derfor indtil, om vedkommende skal bades i sengen, om vedkommende kan komme ud af sengen og så videre. Det er ikke altid, at vedkommende, der ringer kan svare på de spørgsmål, og så må de ringe tilbage igen med de oplysninger, hun har brug for. (feltnote, hjælpemiddelvisitationen).

4.2. En karruseltur rundt om borger-patienten

Specielt de komplekse forløb – som for eksempel de geriatiske forløb og senhjerneskadeforløb – som de to tidligere cases er eksempler på, udfordres af specialiserings – og sektoropdelingen. Der er mange fysiske overflytninger og ofte både ambulante forløb og akutte indlæggelser. Det betyder, som en leder i kommunen udtrykker det, at *”det er derfor vi er så smaddereffektive, men der går noget helhed tabt”*. Flere personaler, borger-patienter og pårørende stiller også spørgsmålet, foregår forløbet på borger-patientens eller på systemets præmisser?

4.2.1. Mange aktører og manglende helhedstænkning

Der kan være rigtig mange aktører inde over et borger-patientforløb, hvilket også betyder, at information nemmere går tabt eller forsvinder i mængden. En praktiserende læge problematiserer den manglende helhedstænkning således:

”Der er nogen af de der KOL-folk, som også har diabetes for eksempel, og som måske også har en hjertesygdom, og det er faktisk ikke så ualmindeligt, og som også har forhøjet kolesterol - så kan de gå i et ambulatorium, hvor de har fået at vide af den her speciallæge eller sygeplejerske, hvor vigtigt det er, at de spiser sådan og sådan for at få deres kolesterol ned. Så kan de komme over til KOL-sygeplejersken og få at vide, at det er meget vigtigt, at du ikke taber dig, så du må meget gerne få piskefløde i sovsen og spise flødeskum på kagerne og sådan noget, og det, hvis man ikke er forvirret i forvejen, så bliver man det da” (praktiserende læge).

En anden praktiserende læge kommer med et andet konkret eksempel på en situation, hvor et vigtigt undersøgelsesvar aldrig bliver set:

”Det viser sig faktisk, at der var en CT-scanning tilbage i [x] måned i år, hvor der allerede på daværende tidspunkt var mistanke om, at hun kunne have en metastase, altså en spredning af kræft til ryggen. (...). Den var ikke blevet sendt til mig, og den var selvfølgelig blevet beskrevet af røntgenlægen, men i og med, at det er en serviceafdeling for den [C] afdeling, så får jeg så ikke det CT-scanning svar. Så det var noget værre skidt, og det er jo det, der sker, når der er mange kokke ikke? Fordi det var jo en patient, der havde været på [A] afdeling, [B] afdeling og [C] afdeling og ved mig, ikke? Og så har [C] afdeling brugt en CT scanning som serviceafdeling og ikke fået set den” (praktiserende læge).

Eksemplerne omkring blandt andet medicin og genoptræning viser, at manglen på helhedstænkning kan få konsekvenser for selve behandlingen, og Bent og Egons forløb viser samtidig, hvor stor betydning netop følelsen af sammenhæng har for oplevelsen af tryghed og tillid til system og forløb.

Case: Mange aktører

En praktiserende læge fortæller om et patientforløb, hvor der var tre afdelinger involveret, og nu havde hun pludselig fået noget nyt. Hun var blevet opereret i lungen. De havde først troet, at det var en brystkræft, der var kommet igen eller også var det måske lungekræft, og nu tog man den beslutning at operere hende, så hun gik til kontrol på kirurgisk og havde også haft lidt med brystlægerne at gøre, og så havde hun også et forløb hos lungemedicinerne. Nu så brystet betændt og træls ud, og den praktiserende læge ville ringe til hospitalet – men til hvem? Han starter med at ringe til lungemedicinerne, fordi de kender hende så godt, men det var ikke en lungemediciner, der havde vagt, og han mente ikke, at det var noget, de kunne hjælpe med. Så ringer den praktiserende læge det næste sted hen, og så siger de så også "lidt sludder for en sladder". "Man bliver lidt tabt. Der er ingen, der sådan siger, at vi tager os af det". Omsider får han overtalt kirurgisk afdeling til at kigge på det. "Så det kan lade sig gøre, men nogle gange kan det være lidt bøvet, også fordi det heller ikke er alle hospitaler, der har alle specialer i vagt".

4.2.2. Ansvar og detektivarbejde

I disse komplekse, tværgående forløb, kan det også være svært for både borgerpatienter, pårørende og personale at gennemskue, hvem der har ansvaret for at sikre netop helhed og sammenhæng i forløbet. Nedenstående case illustrerer denne udfordring.

Case: Hvem har egentlig ansvaret?

"Jeg havde faktisk en pårørende som havde en gammel mor, der var indlagt, og hun var sådan rimelig rask, men så havde hun brækket hoften, og så skulle hun udskrives, og hun var meget også angst og nervøs for at komme hjem og sådan nogle ting, og så var der jo selvfølgelig et medicinkort, der skulle opdateres, og der var jo noget genoptræning, der skulle sættes i værk, og der var en lægelig kontrol faktisk med en blodprocent, der skulle iværksættes, og så er der jo det der med, at sygehuset sender patienten hjem og tager en telefonisk kontakt til hjemmeplejen og sender mig en epikrise, og så sidder nu hedder hun ikke det, men lad os sige, at hun hedder Fru Jensen, derhjemme lige pludselig, og det var lidt frustrerende for de pårørende, for de havde en fornemmelse af, at systemet ikke rigtig spillede sammen, og at hun lige var røget hjem over hals og hoved fra sygehuset ikke, og det kan meget vel være rigtigt, når man kender hverdagen på sygehuset, og hun havde også en fornemmelse af, at hjemmeplejen ikke sådan...det var skiftende folk, og de kendte ikke rigtig til deres mor og sådan nogle ting. Og så stiller de mig det spørgsmål, hvor jeg blev sådan en lille smule tavs i telefonen: "Hvem har egentlig ansvar for det her? (...) Og det var jo et rigtig, rigtig godt spørgsmål, ikke? Det formelle svar er jo selvfølgelig, at hjemmeplejen har ansvar for plejedelen, og jeg har ansvar for medicin og lægelig opfølgning, når jeg bliver kontaktet om det, og sygehuset har ansvar for, at når de krydser en sektorgrænse, at der så også er styr på, at kontakterne er relevante, ikke? Men hvem har egentlig det overordnede ansvar for deres mor? Og det er jo, syntes jeg, et rigtig godt spørgsmål, når de skal krydse sektorgrænser" (praktiserende læge).

Nogle borger-patienter og/eller pårørende mestrer at have overblik over forløbet, men selv de mest ressourcestærke personer kan blive tabt undervejs, og det faglige overblik kan kun fagligt personale mestre. Men *hvem* har ansvaret? Og hvordan sikrer man, at den eller de, der har ansvaret er godt nok klædt på med relevante informationer til at varetage opgaven?

4.2.3. Planlægning og overblik

Al planlægning og alle aftaler imellem hospital og kommune foregår via en dialog med udskrivningskoordinatoren, når det omhandler en Horsens borger-patient. Udskrivningskoordinatoren sørger for at formidle kontakt til andre relevante aktører, der skal kontaktes i kommunen og sender adviser ud til relevante parter f.eks. hjemmeplejen. Drejer det sig om en Odder borger-patient foregår al planlægning og indgåelser af aftaler via telefonsamtaler mellem hospitalssygeplejersker og/eller hospitalsterapeuter og visitatorer i kommunen. Desuden sendes de automatiske korte edifacts ud ved indlæggelse og udskrivelse. På hospitalet har mange afdelinger efterhånden elektroniske overbliksskærme, hvor det meste af planlægningen omkring borger-patientens forløb *internt* på hospitalet foregår. I kommunerne findes ikke samme digitale løsninger, hvilket betyder, at man rundt omkring i kommunerne finder egne overbliksløsninger. Ligesom man gør det i de hospitalsafdelinger, hvor man fortsat ikke har digitale overbliksløsninger.

Case: Mayland kalender på plejehjem

Borger-patienterne har ofte et papir med hjem fra hospitalet blandt andet med en oversigt over deres sygehusaftaler f.eks. ambulante kontroller, røntgenundersøgelser og så videre. Personalet på plejehjemmet skriver disse aftaler ind i en Mayland kalender, der ligger i en skuffe på kontoret. Afdelingsassistenten kører det også ind i sin egen kalender – for en sikkerheds skyld (feltnote, plejehjem i kommunen).

Case: Whiteboard overblik

Den assisterende områdeleder fortæller, at man arbejder efter kontaktpersonprincippet. Det betyder blandt andet, at hjemmehjælperne selv skriver sin borger på whiteboard-tavlen, hvis borgeren indlægges. Det kræver, at man selv er opsøgende og på forkant, så man ikke kører ud til borgeren forgæves. Hjemmehjælperen skriver også den varslede udskrivelsesdato på tavlen (feltnote hjemmeplejen).

Den tværsektorielle planlægning, mener flere af de interviewede, foregår ikke altid til patientens fordel. Ingen er for eksempel i tvivl om, at det er bedre at blive indlagt en mandag og udskrevet om formiddagen i begyndelsen af ugen, fordi så er alle aktører, der er eller skal involveres til at træffe.

Case: Hellere mandag end fredag

Bents social- og sundhedsassistent fra kommunen fortæller, at det er bedre for borgeren at komme hjem på en mandag blandt andet, fordi hun som sosu-assistent har mulighed for bedre planlægning også i forhold til hjælpemidler. Hjælpemidler kan ikke skaffes i weekenden hverken fra kommunen eller fra hospitalet. Hun kommer med et eksempel på en borger, der kommer hjem til *vanlig hjælp*. Da hun kommer lørdag morgen, kan borgeren ikke bevæge sig, og hun har kun en rollator i boligen. Sosu-assistenten bruger timer på at finde ud af noget. Kommunen er lukket, og hospitalet mener ikke, at det er deres opgave at sørge for hjælpemidler. Det betyder, at borgeren må blive liggende i sin seng weekenden over (fra interview med Bents sosu-assistent).

Selvom nogle hospitalsafdelinger har digitale overbliksløsninger, eksisterer der pt ingen tværgående, fælles overbliksløsninger, hvor alle både på hospital, i kommune og hos praktiserende læge har adgang til et overblik over borger-patientens forløb. Dette efterspørges af flere personaler både i kommunen og på hospitalet.

4.3. Opsamling

”To verdner” er der flere, der kalder de to sektorer. De nuværende tværsektorielle borger-patientforløb udfordres af en række omstændigheder, der karakteriserer netop skellet mellem disse to verdner. Nuværende informationsveje og informationsflow er besværlige og ressourcekrævende, og der er risiko for, at vigtige informationer ikke når frem. Systemerne taler ikke sammen, og der er kun i begrænset omfang mulighed for at dele informationer elektronisk med hinanden på tværs af aktørerne i de to sektorer. Brugen af *gammeldags* kommunikationsredskaber som telefon, papir og fax er derfor fortsat de mest anvendte, hvilket blandt andet resulterer i mindre smidige arbejdsgange og forløb samt en del dobbeltregistrering og dobbeltarbejde.

Koordination og kontinuitet i forløbene udfordres ligeledes af disse begrænsninger og af den organisering, der er omkring forløbene ofte med mange aktører og mange organisatoriske enheder inde over. Der er mange flaskehalse, når aktører skal indhente oplysninger om borger-patienter, og i de komplekse forløb mister borger-patienten og den pårørende overblikket over forløbet og har svært ved at se den røde tråd og sammenhængen i forløbet. Dette skaber utryghed og for nogle også manglende tillid til forløbet. Et resultat af den manglende sammenhæng er de fejl, der for eksempel sker i forhold til medicin. Flere oplever – både personale på tværs af sektorerne og borger-patienter og pårørende – at de tværsektorielle forløb foregår på systemets præmisser og ikke borger-patientens. En gruppe af sundhedsfaglige kalder under den afsluttende workshop det tværsektorielle forløb for en ”karruseltur rundt om patienten”. Borger-patienten møder mange forskellige undervejs og bevæger sig meget rundt for eksempel i forbindelse med større udredninger eller genoptræningsforløb – men hvem har ansvaret for at samle op og kigge på helhedsbilledet? Specielt i de komplekse geriatriske forløb er det langt fra alle borger-patienter og pårørende, der mestrer systemets forventning om egenmestring, og forløbene afhænger i nogen udstrækning af borger-patient og

pårørendes ressourcer. Geriatrik team fremhæves af både personaler på tværs og ikke mindst af borger-patienter og pårørende som en afgørende ressource, der tager ansvar og skaber tryghed under disse forløb.

Dette kapitel har præsenteret læseren for en række tværsektorielle vilkår og udfordringer. Kapitel 5 samler op på de udfordringer og behov, der konkret knytter sig til indlæggelser og udskrivelser.

5. Indlæggelser og udskrivelser

Sundhedsaftalerne imellem primær og sekundær sektor er med til at strukturere samarbejdet omkring de borger-patientforløb, der går på tværs af sektorerne, og skaber et fælles udgangspunkt for, hvordan man griber samarbejdet an, og hvilke aftaler, der ligger til grund for den kommunikation, man skal have med sin tværsektorielle kollega. Men Sundhedsaftalerne løser som vist i ovenstående kapitel ikke alle de tværsektorielle udfordringer. Når borger-patienter bevæger sig imellem primær og sekundær sektor, bevæger de sig imellem det mange både personaler og borger-patienter og pårørende betegner som "to verdner". To verdner der har forskellig organisering og ikke mindst i denne sammenhæng forskellige informationssystemer, som kun i begrænset omfang taler sammen. Denne mangel på informationsdeling og sammenhæng udfordrer det tværsektorielle borger-patientforløb på flere områder særlig i forbindelse med forløb, der indeholder indlæggelser og udskrivelser til og fra hospitalet og særligt i forbindelse med komplekse forløb som Bents geriatrike forløb og Egons senhjerneskadeforløb. I dette kapitel uddybes de overordnede kommunikationsproblematikker og informationsbehov, undersøgelsen peger på i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.

5.1. Udfordringer i forbindelse med indlæggelser

Udfordringen på sygehuset er nu blandt andet at skaffe relevant information om borger-patienten. Når borger-patienten indlægges, følger der nogle gange - men ikke altid en aftalebog med papir-dokumenter eller et kommunikationsbrev med patienten sammen med en medicinliste, evt. en døgnrapport og evt. en oversigt over kommunale ydelser. Denne opleves dog af sygehuspersonalet som ofte værende forældet, og i mange tilfælde følger der ikke noget med. Kan borger-patient eller pårørende ikke svare for sig, medfører manglen på oplysninger om borger-patienten i nogle tilfælde en forsinket eller mindre helhedsorienteret behandling for borger-patienten. For personalet betyder resultateret det i tidsspilde i form af forsøg på at indhente oplysningerne per telefon, som eksemplet nedenfor illustrerer:

"Det er rigtig meget en jungle. For nylig havde jeg en, hvor jeg måtte google det sted, hvor personen boede og finde ud af, hvor det lå og så finde et hovednummer. Og så måtte jeg jo så ringe på det, og så var der 6-7 valgmuligheder til forskellige huse. Og jeg viste jo ikke, hvor patienten boede. Så måtte jeg jo så ringe til en, og hun stillede mig så videre til en anden, som så sagde; jamen du skal ind og have fat i... Og så blev jeg stillet rundt... Så der brugte jeg rigtig meget tid." (akutsygeplejerske).

Ofte indhentes kommunens informationer om borgeren først, når eller hvis patienten indlægges på en stamafdeling på hospitalet. Når det drejer sig om geriatriske patienter – patienter over 65 år med minimum tre diagnoser – overtager geriatrisk team i Akutafdelingen indhentning af relevante informationer om patienten, der skal være med til at danne et helhedsbillede af borger-patienten.

Indlægges borger-patienten i Medicinsk afdeling, bruger sygeplejersken ofte tid på at indhente oplysninger på de borgere, som geriatrisk team ikke har været ind over. Er borger-patienten fra Odder Kommune, ringer hospitalssygeplejersken til visitationen og får ikke altid en, der kender borgeren i tale, men en der læser op fra borgerens omsorgsjournal. Ind imellem ringer hun ud til hjemmesygeplejersken, som kommer i borgerens hjem, for at få en dialog om borger-patientens situation op til indlæggelsen. Er borger-patienten fra Horsens Kommune tager hospitalssygeplejersken fat i kommunens udskrivningskoordinator, når hun kommer i afdelingen om formiddagen. Udskrivningskoordinatoren slår op i kommunens omsorgsjournal for at finde relevante oplysninger om borgeren. Hun kender også kun sjældent borgeren i forvejen. Alt hvad sygeplejersken indhenter af informationer og aftaler hun indgår, skal hun efterfølgende dokumentere i EPJ.

Case: Baggrundsinformationer om borger-patienten er vigtige....

Anamnesen er vigtig for sygehuspersonalet. En patient på 91 år kommer ind med delir. Sygeplejersken fortæller, at han jo også er gammel, men finder ud af, at manden for bare en uge siden sad ved sin computer – derfor er delir'et tegn på, at der er noget akut galt, og der skal handles akut. En anden mandlig patient indlægges akut. Han kan ikke rigtig svare for sig og virker fjern. Terapeuten finder hans høreapparat, og med et bliver manden meget mere relevant og svarer for sig (feltnote Akutafdelingen).

Case: Kommunikationsbrev som informationsbærer

Ved ankomst til akutafdelingen har en mandlig patient en henvisning fra egen læge samt et kommunikationsbrev med fra kommunen. Begge er papirudskrifter. I kommunikationsbrevet står der blandt andet, hvad manden er udredt for, hvilken pleje han får, og hvilke sygeplejefaglige opgaver der er. Der står også listet "aktuel problemstilling", der går en uge tilbage. Små tekststykker hver dag udfyldt af plejepersonale, som har været hos ham. Den geriatriske sygeplejerske vil gerne ringe til hjemmesygeplejersken for at høre lidt mere, men i brevet står der hverken et navn eller telefonnummer på hjemmesygeplejersken eller andre. Hans børn bor i udlandet, så anamnesen skal findes et andet sted. Vi går ind til patienten for at få samtykke til at kontakte hjemmesygeplejersken og går derefter op på kontoret for at finde et telefonnummer til kommunen og ringe ud. Sygeplejersken fortæller, at hun nu må ringe til et centralt nummer, og ofte vil hun få at vide, at hjemmesygeplejersken er ude og køre, og at hun må ringe i telefontiden, men så er det for sent – hun har brug for oplysningerne nu. Hun har brug for den mundtlige dialog - ellers skal kommunikationsbrevet indeholde mange flere oplysninger blandt andet om den sidste tid, og hvad de, der kender

ham tænker om det. Der mangler også oplysninger om hjælpemidler. Det lykkes hende denne gang at komme til at tale med en hjemmesygeplejerske og efter samtalen, opdager den geriatriske sygeplejerske, at det der står i brevet omkring dosis laktose (2), og det hun fik at vide af hjemmesygeplejersken (12) ikke stemmer overens (feltnote, geriatrisk team, Akutafdelingen).

Den praktiserende læge har den udfordring, at det kan være svært at komme til at tale med en speciallæge, hvis man står med en patient, hvor man har behov for rådgivning eller en "second opinion" på grund af et akut problem. Det betyder indimellem, at praktiserende læge føler sig nødsaget til at indlægge patienten, fordi som en læge fortæller, "*vi har jo behov for at komme videre, fordi vi har et patientflow, der kommer hele tiden en ny patient*".

5.1.1. Behov i forbindelse med indlæggelse

Når patienten indlægges har hospitalspersonalet behov for:

- **At have adgang til opdateret og tidstro information om borgeren:**
 - at kunne tilgå en opdateret **medicinliste** ikke blot med ordinationer men med en oversigt over, hvad patienten rent faktisk tager/får af medicin og for hvad
 - at kunne tilgå en ajourført **funktionsbeskrivelse**, som beskriver borgerens ressourcer – fysiske, mentale og kognitive ressourcer samt relevante praktiske oplysninger om, hvad borgeren kan selv, og hvad borgeren evt. får hjælp til og af hvem (hjemmesygeplejerske, hjemmepleje, ægtefælle...)
 - at have adgang til oversigt over, hvilke **hjælpemidler** borgeren har
 - at kunne læse en ajourført **døgnrytmerapport** med korte notater om før borgeren blev dårlig og dagene op til indlæggelse
 - at have adgang til **relevante telefonnumre** på pårørende og hjemmepleje, hjemmesygeplejerske, egen læge osv., som kender borgeren, og som gerne kommer i borgerens hjem.
- **At have mulighed for kommunikation med relevante parter:**
 - at have muligheden for at ringe op og gå i **dialog** med relevant personale. For sygeplejersken er det væsentligt at kunne tale direkte med en sygeplejerske eller en hjemmeplejer, der kender borgeren, for terapeuten er det vigtigt at tale med en terapeut osv. Behovet er klart, at denne dialog ikke kan gå via en visitator, der ikke kender patienten. Dette behov gælder også den indlæggende praktiserende læge, der kan have behov for at tale med en speciallæge.

Case: Telefonopkald fra hospital til visitation i kommunen

Jeg sidder sammen med en plejevisitator i telefontiden, da der kommer et opkald fra en hospitalsafdeling. Det drejer sig om en borger, som er blevet indlagt. Visitator finder borgeren i omsorgssystem. Det drejer sig om samme borger, som hjælpemiddelvisitatoren modtog et opkald om i går. I går handlede samtalen primært om borgerens hjælpemiddelsituation, og hun bad dem ringe igen, hvis de ville vide mere om plejhjælp. Sygeplejersken i den anden ende spørger ind til omfanget af hjælp til borgeren. Visitator finder informationen i

omsorgsjournalen: Hun får hjælp om morgenen, morgenmad, hjælp til at huske medicin og hjælp til personlig hygiejne, og der er to til det, da hun har gulvlift. Visitator giver detaljer om al den hjælp, hun får og til hvad. Visitator fortæller, at sygehusene tit ringer to gange. Taler med hjælpemiddelvisitator en gang og plejevisitator en anden gang. Hvis ikke de stilles over under samme opkald. Nogle gange ringer de også med oplysninger, som kommunen ikke kan bruge. De ringer indimellem og fortæller, at en borger er blevet indlagt og måske får brug for hjælpemidler, når vedkommende kommer hjem, men de kan ikke give detaljer, om behovet for eksempel er en kørestol eller en rollator. Nogle gange er oplevelsen at en, der ikke kender borger "bare er blevet sat til at ringe" (feltnote, Visitationen Odder).

5.2. Udfordringer i forbindelse med udskrivelser

For sygehuspersonalet er udfordringen blandt andet at få planlagt og varslet udskrivelsen – indimellem for borger-patienter, de ikke tidligere har haft noget med at gøre. I tilfældet af Odder Kommune, er sygehuspersonalet afhængige af at komme igennem til visitationen i telefontiden. I forhold til Horsens borger-patienter er de afhængige af at udfylde en blanket til udskrivningskoordinatoren og være til stede, når hun kommer i afdelingen, så udskrivelsen kan planlægges, og de kan få relevante telefonnumre på blandt andet hjemmesygeplejerske, assisterende områdeledere med mere, som også skal varsles i forbindelse med udskrivelse. Desuden skal sygeplejerskerne have lavet en sygeplejereport og en medicinliste, som patienten får med hjem i en kuvert. Lægen skal ligeledes have lavet medicinliste og epikrise, som skal sendes til egen læge.

Case: Udskrivningskoordinator på hospitalet

Klokken er 10, og udskrivningskoordinatoren tjekker bakken til sedler. Der er kun en enkelt gul seddel med besked om at kontakte sygeplejersken Ida. Hun finder Ida. De sætter sig ind på kontoret og Ida åbner den elektroniske patientjournal. Udskrivningskoordinatoren forsøger at logge på sin bærbare. Det tager tid. Ida gennemgår patienten. Det er egentlig aftalt, at patienten skal hjem i dag, men det vil hun ikke, så nu regner de med, at hun skal hjem i morgen. I EPJ står der, at hun får hjælp morgen, middag og aften, men det siger hun, at hun ikke gør, og det bekræfter udskrivningskoordinatoren, som gennemgår den hjælp, hun får fra kommunen. Hun får hjælp en gang dagligt, hun får leveret mad, og hjemmesygeplejersken står for hendes medicin – "så det må du selv lige ringe og snakke med hjemmesygeplejersken om", siger hun til Ida.

Udskrivningskoordinatoren spørger, om patienten skal hjem til vanlig hjælp. Det ved Ida ikke. Udskrivningskoordinatoren har et notat om, at sønnen har været inde over og fortæller, at hun er blevet lovet besøg eftermiddag og sen aften, men at ingen kommer. Ida vil få fat på sønnen. De aftaler, at hun skal hjem til vanlig hjælp, og at hun får frokost med i morgen, inden hun sendes hjem.

Udskrivningskoordinatoren vil sætte et tryghedsbesøg på, selvom det ikke er noget, hun plejer at gøre. Hun beder Ida ringe til hjemmesygeplejersken, giver hende telefonnumre og fortæller, at Ida kan ringe i telefontiden mellem 12-13. Ida siger, at hun ikke er her på det tidspunkt, så hun må sætte en anden til at ringe. Begge noterer undervejs ned på sedler (feltnote, Hospitalsenheden).

For kommunen er udfordringen at få en korrekt beskrivelse af funktionsniveau, en korrekt medicinliste og en varsling omkring udskrivelsen. Man oplever ofte, at sygehuset enten beskriver dem for gode, så de kommer hjem til for lidt hjælp eller for dårlige, så man har igangsat for meget hjælp – oftest lyder udskrivningsvarslingen på "hjem til vanlig hjælp". I kommunen mistænker man, at dette skyldes, at varslingen så ikke skal foregå i så god tid, som hvis der skal ændringer til. Det er ikke altid, at den person – ofte en sygeplejerske – der ringer og varsler og aftaler udskrivelse, kender patienten. Det er utilfredsstillende, da man oplever, at de ofte ikke kan svare på spørgsmål, der er afgørende for f.eks., hvilke hjælpemidler en borger skal have eller hvor megen hjælp. Terapeuten i kommunen foretrækker at blive ringet op af terapeuten fra hospitalet, men det er ikke altid tilfældet. Der findes ikke en fælles standard funktionsbeskrivelse. Hjemmesygeplejersken oplever ofte fejl i medicinlisten, og må ringe ind til afdelingen for at få korrekt information. Desuden skal hun manuelt opdatere sin egen medicinliste ud fra den, patienten har med hjem fra sygehuset. Og nogle gange bliver kuverten fra sygehuset væk. Desuden seponeres medicin f.eks. demens medicin ofte ved en akut indlæggelse, og det hænder, at det ikke kommer på igen ved udskrivelse – dette skal "nogen" opdage, f.eks. borgerpatienten selv, hjemmesygeplejersken, praktiserende læge eller en pårørende. Ved åbne indlæggelse for terminale borgere, eksisterer der en helt separat problemstilling, fordi udskrivelser i forbindelse med åbne indlæggelser ikke kræver varsling.

Case: Udskrivelse ved åben indlæggelse

En assisterende områdeleder med ansvar for udekørende hjemmepleje fortæller om et eksempel på en træls udskrivelse. De har en terminal borger, som kræver hjælp tre gange dagligt af to personer. Borgeren havde været indlagt halvanden uge, hvor de intet har hørt. Fredag klokken 13 får hun et opkald fra hospitalet om, at borgeren kommer hjem om eftermiddag. Det har hun ikke kunnet kalkulere med i sin vagtplanlægning, og hun er derfor nødt til at kalde vikar ind hele weekend. De modtager ikke advis fra hospitalet ved terminale borgere, der har åbne indlæggelser, men det ville have været rart at kunne planlægge bedre. Det er en stor udfordring, fortæller hun, fordi hjemmeplejen hele tiden skal være fleksibel, men får kun penge for den tid, de er ude ved borgerne, så når 10 borgere pludselig er indlagt, skal personalet gerne afspadsere. Det er konsekvensen af, at man har hver sin pengekasse (feltnote, Horsens Kommune).

For praktiserende læge er udfordringen at modtage en tidstro epikrise og medicinliste. Borger-patienten kommer ofte til praktiserende læge efter en indlæggelse eller kontrol på hospitalet, og for at lægen kan hjælpe, er lægen nødt til at være orienteret om indlæggelsen, undersøgelser, behandling og konklusion. Epikriserne er af varierende kvalitet og nogle gange modtager praktiserende læge dem først en måned efter indlæggelsen/kontrollen. I forbindelse med ambulante besøg på hospitalet er oplevelsen af forsinkede eller manglende hospitalsnotater endnu mere udtalt. Medicinlisten er generelt ofte sat uoverskueligt op med en liste over ordinationer.

5.2.1. Behov i forbindelse med udskrivelser

Behovet på hospitalet er:

- At lette arbejdsgangen i forbindelse med udskrivelse:
 - at have let adgang til en korrekt og overskuelig **medicinliste**, som ikke skal skrives af, men som kan sendes direkte ud til relevante parter og printes ud til borger-patient/pårørende. Allerhelst en fælles digital medicinliste, som alle aktører har adgang til.
 - at have **tiden** til at skrive en god sygeplejerapport
 - at have **let adgang** til relevante personer i kommunen, der kender borgeren
 - Samtidig understreger sygeplejerskerne, at de er utrolig glade for udskrivningskoordinatoren, som kommer i afdelingen hver dag. Den **personlige kontakt** er vigtig, fordi personalet kan rette spontane henvendelser til udskrivningskoordinatoren, når hun er der, og det betyder, at mange mindre ting afklares løbende under hospitalsindlæggelsen.

Behovet i **kommunen** er:

- At have adgang til korrekt og tidstro information om borger-patienten:
 - at kunne tilgå en korrekt **medicinliste** ikke blot med ordinationer men med en oversigt over, hvad patienten får og for hvad, og begrundelse for, hvorfor evt. medicin er seponeret, så man kan være sikker på, at det ikke er en forglemmelse.
 - at kunne tilgå en ajourført **funktionsbeskrivelse**, som beskriver patientens ressourcer, hvis disse er ændret siden sygdommen indtræf, og borgeren blev indlagt
 - at have en dialog om, hvilke nye **kommunale serviceydelser og hjælpemidler**, borgeren får brug for (hvis der er ændring)
 - at have adgang til **relevante telefonnumre** på sygeplejerske(r), terapeut og læge, som har plejet og behandlet borgeren under indlæggelsen
 - **Forløbsbeskrivelse**, hvor alle involverede skriver hovedkonklusioner fra den del af forløbet, de har været involveret i, og som følger borger-patienten gerne i elektronisk form.

“Det kunne være rart, hvis der var sådan en eller anden oversigt, som måske blev startet det første sted, og så blev der skrevet videre på den. Altså hvor der stod, bare sådan helt klart, med hvad dato og hvornår vedkommende kom fra det ene til det andet sted. Og så også sådan hovedkonklusionerne i de steder, de har været. For det er sådan lidt; Så har man nogle papirer derfra, og så har man nogle papirer derfra. Det kunne være rigtig rart, hvis det var lidt mere samlet, for det ville give os et bedre overblik.” (Egons kommunale fysioterapeut).

Behovet hos **praktiserende læge** er hurtigt efter indlæggelse/kontrol at modtage en god epikrise med konklusion og evt. plan, og hvor lægen kan se, at hans/hendes henvisning er blevet læst. Det er vigtigt at vide: *“hvad fejlede han, behandling, planlagte kontroller, hvem er ansvarlig, medicin, er der aftalt noget omkring hjemmepleje og hjemmesygepleje”* (praktiserende læge). Desuden har den praktiserende læge også brug for en opdateret og velbeskrevet medicinliste, som kan tilgås digitalt og integreres i eget system. Den praktiserende læge har

brug for at vide, hvad får patienten for hvad og hvorfor, og har hospitalet seponeret noget medicin, er det vigtigt, at dette er anført og årsag hertil.

5.3. Opsamling

Undersøgelsen viser entydigt et stort behov og ønske om i højere grad elektronisk at kunne tilgå hinandens informationer – og hinanden - om borger-patienter, der har tværsektorielle forløb. At optimere informations- og vidensdeling på tværs vil styrke samarbejdet, styrke sammenhængen i forløbene, spare tid og nedsætte risikoen for misforståelser, der får konsekvenser for borger-patienten. Ind imellem – specielt i forbindelse med komplekse forløb, som ofte er forløb, hvor borger-patienten er så præget af sin sygdom, at vedkommende ikke selv kan bidrage med informationer og oplysninger, og hvor evt. pårørende kan have svært ved at bevare et overblik, er der fortsat behov for dialog. Fokus bør altid være mennesket:

"Det er vigtigt, at der stadig er et menneske bag! Det er ikke altid ren ekspedition – der følger også ofte en vurdering med" (visitator).

Mange personaler drømmer om, at man har ét fælles system eller, at de eksisterende systemer kan "tale sammen", så de informationer, der findes, bidrager til sammenhængende forløb. Samtidig understreger mange, specielt de, der kender borger-patienten f.eks. hospitalssygeplejersken, hjemmesygeplejersken, sosu-assistenten og ikke mindst de pårørende, at dialogen mellem de, der kender borger-patienten stadig kan være vigtig og nyttig, da samtalen ofte bidrager med små ekstra detaljer, som ikke kommer frem i det skrevne. Det kan for eksempel være information om, at ægteskabet er skrøbeligt og præger situationen i hjemmet, eller at døren ind til badeværelset i hjemmet er så smal, at en rollator ikke kan passere.

6. Konklusion

Fokus i denne afrapportering er de vilkår og de udfordringer, personale, borger-patienter og pårørende står overfor i de tværsektorielle borger-patientforløb. Det betyder ikke, at der ikke er mange gode samarbejder og mange vellykkede tværsektorielle borger-patientforløb til trods for disse udfordringer. Projektets formål har været at identificere netop udfordringer med henblik på at inspirere til konkrete tiltag og løsninger.

6.1. Komplekse forløb

De to borger-patientforløb rapporten indledningsvis præsenterede læseren for, er karakteriseret ved at være det forfatteren har betegnet som to komplekse forløb, idet de begge involverer mange overgange, mange aktører og mange informationer, der skal deles på tværs. Det ene er Bents geriatriske forløb med mange diffuse symptomer, flere ambulante undersøgelser, flere akutte indlæggelser og ingen klar diagnose. Det andet er Egons senhjerneskadeforløb med en konkret diagnose, men mange overflytninger og et usammenhængende genoptræningsforløb. Komplekse forløb som disse udfordres i høj grad af den nuværende organisatoriske praksis og vilkår omkring kommunikation og

informationsdeling, idet det er svært for både borger-patienten, pårørende og personale at finde sammenhæng og bevare overblikket. Er der ikke en central person – enten en pårørende, en geriatrisk sygeplejerske eller en praktiserende læge, der påtager sig en koordinerende rolle, kommer utryghed og også nogle gange som i Egons tilfælde mistillid til systemet til at fylde. Men det kan være svært at udfylde den koordinerende rolle, hvis ikke relevante informationer er tilgængelige.

6.2. Kompleks praksis

De tværsektorielle borger-patient forløb involverer ofte flere aktører på tværs af sektorer, organisationer, specialer og faggrupper. De forløber endvidere på flere fysiske lokaliteter og favner store mængder af information om borger-patienten. Forskellige sygehuse, kommuner og praktiserende læger gør tingene forskelligt og har forskellige dokumentations- og informationssystemer, som kun i begrænset omfang *taler sammen*. Gammeldags kommunikationsredskaber som telefon, fax og papir er derfor fortsat primære kanaler til informationsdeling på tværs. Det betyder, at informationer ikke altid er tilgængelige for de personer, der har brug for dem, når de har brug for dem. Dette udfordrer ambitionen om det sammenhængende patientforløb, forlænger nogle gange unødigt borger-patientens forløb og medfører risiko for eksempelvis medicineringsfejl.

6.3. Komplekse udfordringer

Det faktum, at der eksisterer to sektorer eller to verdner, at der er forskellige tilgange og forskellige informationssystemer, at der er mange aktører, og at der er overgange, udfordrer borger-patientens forløb. Der er risiko for flaskehalse, når aktører har brug for informationer – hvad enten det er en funktionsbeskrivelse, en opdateret medicinliste eller en epikrise. Det kan være svært at bevare overblikket over forløbet og se en rød tråd i udrednings-, behandlings- og genoptræningsforløb. En "karruseltur rundt om patienten" kaldte en gruppe sundhedsfaglige det tværsektorielle forløb. Men hvem har ansvaret for at se på helheden og sikre sammenhængen? Og hvordan sikres, at relevant information er tilgængelig hvor og hvornår, man har brug for den?

Den etnografiske undersøgelse har identificeret en række temaer, der udfordrer og har konsekvenser for de tværsektorielle forløb. Disse er opsummeret nedenfor.

6.3.1. It-øer

Problemstillinger:

- Mange it-systemer og teknologier i spil
- Begrænset interaktion
- Informationer "tilhører" den enkelte organisatoriske enhed og følger kun i begrænset omfang borgeren rundt på tværs af tværsektorielle grænser
- Internt taler systemerne heller ikke altid sammen
- Brug af papir, fax, telefon

Konsekvenser:

- Personale bruger meget tid og mange ressourcer på at indhente og dele information
- Dobbeltregistrering, copy-paste og dobbeltarbejde
- Risiko for tab af information, misforståelse, fejl

6.3.2. Nuværende kommunikation og informationsdeling

Problemstillinger:

- Brug af gammeldags kommunikationsredskaber som telefon, fax, papir
- Uklarhed om hvem man skal kommunikere med
- Forskellig praksis forskellige steder
- Telefontider
- Telefonkøer
- Manglende kendskab til borger-patient, der kommunikeres om

Konsekvenser:

- Manglende fleksibilitet
- Flaskehalse
- Risiko for at information bortkommer
- Tids- og ressourcekrævende

6.3.3. Medicin

Problemstillinger:

- Ikke adgang til korrekt og opdateret medicinliste
- Ikke én medicinliste men adskillige – en på hospitalet, en hos praktiserende læge og en hos hjemmesygeplejersken
- Det der er ordineret, er ikke nødvendigvis det, der tages/hældes op – manglende viden om, hvad borger-patient reelt tager
- Det der seponeres - er det fejl eller bevidst?
- Forsinkelse f.eks. ved udskrivelse så praktiserende læge/hjemmesygeplejerske ikke har nyeste liste
- Copy-paste fra system til system
- Manglende overblik

Konsekvenser:

- Utryghed og usikkerhed for borger-patient og pårørende
- Patientsikkerhedsrisiko
- Mange aktører/led inde over øger risiko for fejl
- Tids- og ressourcekrævende

6.3.4. Genoptræning

Problemstillinger:

- Ansvar fordelt på både hospitaler og kommuner, ikke altid enighed
- Mange aktører og mange lokaliteter inde over genoptræningsforløb
- Mange overgange

- Manglende tidslinje i forløbet, hvor man kan se udvikling under forløbet på tværs af sektorer og aktører

Konsekvenser:

- Information om og til borger-patient og forløb skal deles imellem mange undervejs, og information går let tabt
- Risiko for at sammenhæng og helhed går tabt
- Kontinuitet afgørende men risiko for "pauser" undervejs
- Mangel på koordineret indsats

6.3.5. Funktionsniveau

Problemstillinger:

- Behov for viden om funktionsniveau både ved indlæggelse og ved udskrivelse, men pt. er der ikke direkte adgang til den information
- Manglende opdateret funktionsbeskrivelse fra kommunen
- Hospitalet antager, at et givent problem er kendt, men det er det ikke altid
- Kommunen og hospitalet kigger ikke på de samme ting og har ikke en fælles skabelon
- Manglende tidslinje i forløbet, hvor man kan se udvikling under forløbet på tværs af sektorer og aktører

Konsekvenser:

- Ved manglende opdateret funktionsbeskrivelse fra kommunen kan hospitalet ikke lave en funktionsbeskrivelse, der sammenligner før og efter
- Hospitalet varsler hjem til vanlig hjælp, men borger er måske væsentlig dårligere end før
- Manglende gensidig forståelse for indholdet, gør oversættelse, fortolkning og gæt nødvendig med risiko for, at præcision og detaljer går tabt
- God genoptræningsplan afhænger af relevant opdateret information fra både hospital og kommune.

6.3.6. Hjælpemidler

Problemstillinger:

- Kommunikation understøtter ikke en god proces
- Svært at finde ud af, hvem man skal tale med
- Manglende kendskab og fagekspertise gør dialogen dårlig

Konsekvenser:

- Modtager i kommunen får ikke de detaljer, vedkommende har brug for for at bestille korrekte hjælpemidler
- Risiko for forsinkelse

6.3.7. En karruseltur rundt om borger-patienten

Problemstillinger:

- Mange fysiske overflytninger
- Ofte både indlæggelser og ambulante forløb

- Specialist tankegang – man fokuserer på det, man er specialist i
- Manglende skelen til helhedsbilledet
- Foregår planlægning på borger-patientens præmisser eller på systemets?
- Hvem har ansvar for at bevare overblik og samle op?
- Ikke alle mestrer selv at tage ansvaret
- Den pårørende pådattes/får en stor rolle

Konsekvenser:

- Manglende skelen til helheden medfører risiko for et ikke helhedsorienteret behandlingsforløb
- Modstridende råd om f.eks. levevis og kost
- Risiko for, at vigtige undersøgelses- og prøvesvar ikke bliver set, når borger-patienten er videre
- Borger-patient og pårørende mister overblik, tryghed og tillid til systemet
- Stort pres på pårørende
- Risiko for genindlæggelser

6.3.8. Planlægning og overblik

Problemstillinger:

- Afhænger af led i kæden, som formidler videre til interne samarbejdspartnere
- Ikke fælles oversigt over forløb
- Mange individuelle oversigtsløsninger
- Fordel at blive indlagt og udskrevet i begyndelsen af ugen, hvor alt er åbent og relevante aktører er til at få fat i, frem for fredag, hvor det er svært at få fat i folk

Konsekvenser:

- Risiko for, at led i kæden ikke er blevet informeret om borgers indlæggelse/udskrivelse
- Risiko for dårlige borger-patientforløb ved indlæggelse eller udskrivelse fredag
- Risiko for genindlæggelser

6.3.9. Brug af eksisterende teknologi

Problemstillinger:

- Fungerer ikke altid efter hensigten f.eks. PDA
- Dobbeltregistreringer også imellem interne systemer
- Understøtter ikke altid arbejds- og samarbejdsprocesser
- Manglende fleksibilitet

Konsekvenser:

- Tids- og ressourcekrævende
- Risiko for fejl
- Risiko for forlængelse af/forsinkelser i forløb

6.4. Komplekse behov?

I forbindelse med indlæggelser og udskrivelser foregår der megen tværsektoriel kommunikation. Sundhedsaftalerne regulerer samarbejdet imellem hospital, kommuner og praktiserende læger, men løser i sig selv ikke alle udfordringer og imødekommer ikke i sig selv alle kommunikations- og informationsbehov. Tydeligt under hele feltarbejdet har været de tværsektorielle aktørers behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde ved at forbedre mulighederne for smidigere informationsdeling og tværsektoriel kommunikation. Man har behov for at kunne dele eller tilgå relevante informationer elektronisk, så man har adgang til disse informationer når og hvor, man har brug for dem uden at være afhængig af for eksempel tilgængelighed af bestemte personer eller telefontider. Det er dog vigtigt for aktørerne, at der fortsat er mulighed for dialog med tværsektorielle kolleger, når man vurderer, at der er behov for det. Det er vigtigt, er den generelle holdning, at holde sig for øje, at det handler om mennesker:

"Man kan ikke digitalisere et menneske totalt. Det kan man ikke, der er stadig nogle ting, som du ikke kan putte ind i et skema" (praktiserende læge).

Det synspunkt citatet udtrykker, illustrerer et synspunkt, der er gennemgående på tværs af aktørerne i det tværsektorielle felt. Man vil gerne mere digital understøttelse af samarbejds- og kommunikationsprocesserne, men uanset de teknologiske muligheder, er det vigtigt for aktørerne, at mennesket er i centrum.

7. Perspektivering og anbefalinger

Projektet Tværsektoriel Kommunikation står ikke alene i spektret af undersøgelser inden for det tværsektorielle område (se appendiks 3), men skiller sig ud ved sit fokus på generelle vilkår og udfordringer i tværsektoriel kommunikation og tværsektoriel informationsdeling. Projektet har i denne fase ikke fokus på løsninger, og det er hverken en evaluering af igangsatte initiativer eller en undersøgelse af udvalgte gruppers roller og oplevelser i det tværsektorielle felt. Det projektet har stræbt imod er at belyse nuværende arbejdsgange og informationsstrømme og at identificere overordnede udfordringer og problemstillinger i de tværsektorielle forløb ud fra både personale, borger-patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med henblik på at inspirere til nye initiativer på området. Håbet er, at denne afrapportering i sig selv vil inspirere til nye tanker og initiativer i forhold til fremtidens tværsektorielle borger-patientforløb og i forhold til at løse de konkrete udfordringer, der eksisterer i forhold til tværsektoriel kommunikation og informationsdeling.

Dette afsluttende kapitel præsenterer først 19 sundhedsfaglige og tværsektorielle kollegers bud på visioner for fremtidens tværsektorielle borger-patientforløb. Dernæst afrundes rapporten med en række anbefalinger.

7.1. Tværsektorielle kollegers visioner for fremtiden

At borger-patienten skal være i centrum er også en vision for de tværsektorielle kolleger, der deltog i projektets afsluttende workshop. Nedenstående video

præsenterer de 19 sundhedsfaglige deltageres bidrag til at identificere tværsektorielle udfordringer og komme med deres bud på visioner for fremtidens tværsektorielle borger-patientforløb. Appendiks 4 indeholder en kort, skriftlig opsamling på workshoppen.

Video (7 min):



Videoen er produceret af Stefan Kalmar fra Caretech Innovation. Videoen kan ses på YouTube⁷ og kan også downloades fra Caretech Innovations hjemmeside⁸.

7.2. anbefalinger

Den etnografiske undersøgelse har identificeret en række udfordringer i den tværsektorielle kommunikation og affødt heraf: Behov for smidigere og mere fleksibel informationsdeling på tværs af aktørerne i det tværsektorielle felt. På baggrund af undersøgelsen fremsætter projektet en række anbefalinger til det videre arbejde i det tværsektorielle felt:

Elektronisk adgang til information

Adgang til sorterede realtidsdata: Alle aktører – hospitalspersonale, personale i kommunerne, praktiserende læger, borger-patienter og evt. pårørende – skal på tværs af sektorer og organisatoriske enheder have adgang til relevante informationer vedrørende borger-patienten *når og hvor, de har behov for det*. Dette omfatter at:

- Aktører skal have *umiddelbar, elektronisk adgang* til opdaterede og ajourførte informationer vedrørende medicin, funktionsniveau, plejebehov, hjælpemidler, udvikling, faglige konklusioner og fremtidige aftaler og planer
- Informationerne skal være *målrettede specifikke målgrupper* og/eller skal være nemme at søge frem afhængig af behov, således at adgangen letter (sam)arbejdet frem for at overloade alle med unødige informationer.

⁷ <http://youtu.be/iLeF4li3AFE>

⁸ <http://www.caretechinnovation.dk/projekter/tk/TvaersektorielKommunikationRapport.mov>

- Informationer skal kunne tilgås via *forskellige digitale platforme* afhængig af arbejdsfunktion f.eks. har hjemmesygeplejersken behov for mobil adgang til informationer, så hun kan tilgå og tilføje informationer ude i borgerens hjem.
- *Understøtte planlægning og overblik* over det tværsektorielle forløb digitalt, så forløbsoversigt med f.eks. hovedkonklusioner og tiltag fra forskellige dele af forløbet er tilgængelige for alle led i kæden af tværsektorielle kolleger samt borger-patienten selv.

Lad information tilhøre borger-patienten: Informationer omkring borger-patient og forløb tilhører borger-patienten og bør følge borger-patienten på tværs af overgange og sektorer, så relevante informationer altid er tilgængelige, hvor borgeren er uanset it-systemer.

Adgang til aktuelle kontaktoplysninger: Der skal være nem adgang til kontaktoplysninger herunder direkte telefonnumre til personer, der har indsigt i forløbet, og som ligger inde med relevante informationer og evt. vurderinger, hvis de informationer, der er tilgængelige elektronisk ikke er tilstrækkelige, eller hvis/når der skal indgås aftaler på tværs. Dette omfatter:

- Det skal tydeliggøres, *hvem har viden om hvad*, og hvem kan/skal man kontakte
- Mulighed for at kunne se, hvilke personer, der aktuelt er på arbejde i hvilke funktioner. Dette for at optimere kommunikationen ved at undgå omstillinger på kryds og tværs og samtidig skabe *nemmere adgang til dialog* imellem relevante aktører, når der er behov for dette.

Organisatorisk nytænkning af den tværsektorielle praksis som den er i dag og ikke mindst i relation til eventuelt øget interaktion mellem nuværende it-systemer og eventuelt nye it-kommunikationsmuligheder.

Brug af nuværende it-systemer og teknologi

Øge interaktion imellem nuværende systemer: Interaktion imellem eksisterende system både internt og eksternt bør øges for at mindske dobbeltregistrering og copy-paste imellem systemer.

Se på brug af eksisterende teknologi: Lever brugen af eksisterende teknologi op til hensigten? PDA'er der er indkøbt til hjemmepleje og hjemmesygepleje bruges for eksempel primært som telefon men imødekommer ikke behovet for at tilgå informationer ude hos borgeren.

Fælles udgangspunkt

Én medicinliste: Der skal være én medicinliste, som alle aktører, der er involveret i medicinordination og medicingivning har adgang til, og hvor der ikke blot er oplysninger om, hvad der er ordineret, men også, hvad er det ordineret

for, hvornår skal det indtages, hvorfor er evt. medicin seponeret, og hvad tager borger-patienten reelt?

Fælles tværsektorielle skabeloner for funktionsniveaubeskrivelse og bestilling af hjælpemidler – hvilke informationer/detaljer har aktørerne brug for, for at kunne bestille hjælpemidler, lave genoptræningsplan, planlægge hjemkomst osv.

Borger-patientens præmisser

Én nøgleperson/team: En del af de tværsektorielle forløb involverer mange aktører, og der er i nogle forløb behov for, at en person eller et team har blik for helheden og tager hånd om det hele menneske. Det kunne være geriatrisk team, der er specialister i netop at vurdere det samlede sygdomsbillede, og som både har en intern og udadgående funktion, og som dækker både sygeplejefaglige, lægefaglige og terapeutiske kompetencer. Dette vil blandt andet også aflaste den pårørende, som typisk også er ramt af store forandringer.

Styrk sammenhængene udrednings-, behandlings- og genoptræningsforløb ved at tage udgangspunkt i borger-patientens behov for sammenhæng og kontinuitet på tværs af sektorer. Det anbefales også, at der kigges nærmere på tilgængeligheden fredage og i weekender.

8. Metode

For at opnå indblik og indsigt i tværsektorielle borger-patientforløb og den kommunikation og det samarbejde, der foregår omkring disse forløb, er der gennemført feltstudier i primær og sekundær sektor over en fire måneders periode i efteråret 2011. Feltstudiet har primært bestået i (deltager)observationer blandt relevante aktører i Odder og Horsens kommune og i Akutafdelingen og Medicinsk Afdeling på Hospitalsenheden i Horsens, samtaleinterviews i denne forbindelse, semistrukturerede interviews med borger-patienter, pårørende, personaler og praktiserende læger samt brugerdagbøger og workshops.

Bidrag til dataindsamling

Undersøgelsen er blevet til i et tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde. I det følgende skitseres rollefordeling og bidrag. Planlægning, indledende møder og indledende feltstudier blev gennemført af etnograf Louise Mejnertz og etnograf Johanne Korsdal Sørensen. Semistrukturerede interviews er gennemført af etnograf Louise Mejnertz. Etnografistuderende Sarah-Maria Rash har hjulpet med brugerdagbøger og transkription af interviews. Desuden har stud.med. Stefan Kalmar og post doc Erik Grönvall samt repræsentanter fra Cetrea A/S bidraget med mere specifik dataindsamling omkring nuværende it-systemer. Cetrea A/S planlagde og gennemførte første workshop, og Caretech Innovation planlagde og gennemførte den afsluttende visionsworkshop. Desuden har kontaktpersoner fra projektets øvrige partnere skabt adgang til felten og til centrale informanter.

Deltagerobservation

Under feltstudiet har etnograferne primært fulgt sygeplejersker og terapeuter på Hospitalet samt visitatorer, udskrivningskoordinatorer og hjemmesygeplejersker i de to kommuner i deres arbejde. Hensigten med deltagerobservation har været at opnå indsigt i de tværsektorielle arbejdsgange, informationsstrømme og informationsplatforme samt i kommunikation og samarbejde omkring de tværsektorielle borger-patientforløb.

Samtaleinterviews med personale

Sideløbende med observationerne, har etnograferne foretaget en række samtaleinterviews med personalet. Samtaleinterviewet giver mulighed for, at man kan stille spørgsmål, når hændelser og situationer foregår, og man har dermed i højere grad mulighed for at få reaktioner på konkrete situationer. Relevansen har været at supplere den viden, observationerne har genereret om de tværsektorielle borger- patientforløb, og få belyst, hvordan personalet oplever denne praksis og konkrete situationer i deres arbejdsdag. Disse interviews er foregået ind imellem personalets opgaver, i medicinrummet, i bilen og på kontoret og har tilpasset sig dagens tempo og aktivitetsniveau.

Semistrukturerede interviews

Da ansatte i både kommuner, på hospitalet og praktiserende læger har en travlt hverdag, hvor det kan være svært at finde tid til at reflektere over praksis, gennemførte vi en række semistrukturerede interviews med tværsektorielt personale: 4 med praktiserende læger, 4 med hospitalssygeplejersker, 3 med kommunalt ansatte i Odder, 4 med kommunalt ansatte i Horsens og 1 med en kommunalt ansat fra en anden kommune. Disse interviews varer fra 30-60 minutter. For i højere grad at få borger-patienten og den pårørende erfaringer med og oplevelser af at være i et tværsektorielt forløb, gennemførtes 7 semistrukturerede interviews med borger-patienter samt 3 med pårørende. To af disse borger-patient interviews supplerede etnografen med interviews med centrale personer fra deres tværsektorielle borger-patientforløb jf. Bent og Egons forløb. Disse interviews varierer fra 45 til 120 minutter. Alle interviews er transskriberede.

Brugerdagbøger

Da mange aktører i den kommunale kontekst, der befinder sig på forskellige lokaliteter – visitatorer, udskrivningskoordinatorer, hjemmesygeplejersker, hjemmeplejere, terapeuter og så videre - er involveret i de tværsektorielle forløb, suppleredes observationer og interviews med brugerdagbøger. Der blev udleveret i alt 16 dagbøger, hvoraf 14 kom retur efter 2-3 uger.

Workshops

Der blev gennemført to workshops. I den første workshop deltog kontaktpersoner fra projektets partnere, og fokus var på tværsektorielle problemstillinger og løsninger på disse. Den etnografiske undersøgelse mandede ud i en afsluttende workshop med deltagelse af 19 sundhedsfaglige deltagere fra de to kommuner, akutafdelingen, medicinsk afdeling, geriatrik team og terapiafdelingen fra hospitalet og en praktiserende læge. Desuden deltog repræsentanter fra Innovationsenheden på Hospitalsenheden Horsens, fra

partnervirksomheden Cetrea A/S og fra Caretech Innovation. Deltagerne var primært udvalgt på baggrund af de foregående feltstudier. Formålet med workshoppen var, at sundhedsfaglige på tværs af sektorer diskuterede og udforskede de udfordringer, som tværsektoriel kommunikation byder i hverdagen, og at få deres bud på fremtidsvisioner for tværsektorielle borger-patientforløb.

Anonymitet og etiske overvejelser

Under feltstudiet har dataindsamlerne hovedsageligt fået adgang til informanter via en kontaktperson hvert sted. Alle informanter er anonymiserede i de gengivne citater og cases i denne rapport. Da flere af borger-patienterne fortsat er i behandling på hospitalet og/eller følges i kommunalt regi, er fotos af borger-patienter og pårørende udeladt.

Analyse og validitet

Undersøgelsen er kvalitativ og dermed ikke kvantitativ repræsentativ. Den giver et billede af den praksis, der eksisterer omkring de tværsektorielle borger-patientforløb og bidrager desuden med en række tematiske betragtninger, der relaterer sig til udfordringer omkring den tværsektorielle kommunikation, som den ser ud i dag.

Samtykke

Projektet er godkendt af Datatilsynet, og persondata bliver behandlet i overensstemmelse med persondataloven, se evt. datatilsynets hjemmeside. Undersøgelsen følger Region Midts generelle retningslinjer for omgang med personoplysninger og tavshedspligt. Der er hængt skriftlig information omkring undersøgelsen op i personalestuer, og personale, borger-patienter og pårørende, der har deltaget som informanter har desuden modtaget mundtlig og skriftlig information om undersøgelsen og projektet og har til enhver tid haft mulighed for at trække sig. Alle borger-patienter har underskrevet en samtykkeerklæring, og hvor der er taget billeder og optaget video, har deltagerne givet mundtlig eller skriftlig samtykke til, at disse må anvendes i formidlingsøjemed.

Appendiks

Appendiks 1: Sundheds-IT-systemer og integrationspotentialer

Af: Stefan Kalmar, stud.med., Caretech Innovation

I det følgende vil sundheds-IT-systemer indenfor EPJ, EOJ og LPS systemer kort blive skitseret med henblik på at give læseren et indblik i systemernes umiddelbare tværsektorielle kommunikationsmuligheder, og integrationsmuligheder og udfordringer. Dernæst diskuteres fremtidige integrationsmuligheder.

Elektroniske patientjournalssystemer (EPJ)

De 3 store spillere på EPJ-markedet er CSC Scandihealth (CSC Clinical Suite + OPUS + GS!Åben), Systematic (Columna) og Logica (det svenske produkt "Cosmic").

De forskellige EPJ-systemer på markedet er opbygget af forskellige moduler, og rundt om i landet har de individuelle hospitaler implementeret moduler fra forskellige leverandører, afhængig af behovet og økonomien.

Af hensyn til integrationsmulighederne har man i RSI, Regionernes Sundheds-IT Organisation (etableret feb. 2010), lagt sig fast på en ensartet EPJ-modulstruktur, med PAS, Notat, Medicin, Booking og Rekvisition/svar moduler (som nedenstående)

Modul	Beskrivelse
PAS	Patientadministrativt system. Understøtter det kliniske arbejde med status for patientens aktuelle tilknytning til sygehuset og information om tidligere indlæggelser mv.
Notat	Benyttes i den kliniske proces til fx beskrivelse af lægens undersøgelse af patienten, hvad lægen overvejer og bestemmer mv. samt plejeoplysninger.
Medicin	Anvendes til ordination, klargøring og til dokumentation for, at patienten tager medicinen.
Booking	Anvendes til planlægning af patientens tilstedeværelse af hensyn til den fysiske kapacitet.
Rekvisition/svar	Understøtter bestilling af undersøgelser mv. og formidling af resultater fra undersøgelser.

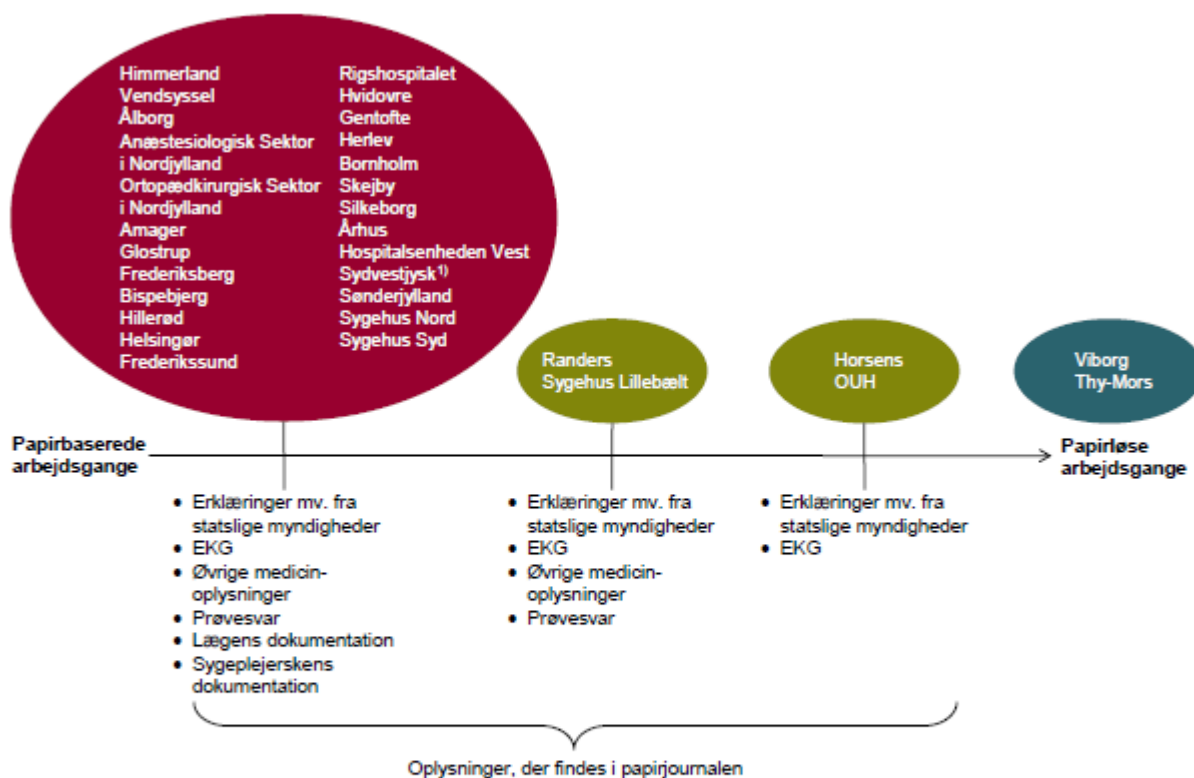
Figur 1: De 5 moduler som typisk er indeholdt i et EPJ system

(kilde: <http://www.rigsrevisionen.dk/media%281768,1030%29/04-2010.pdf>)

Dog følger ikke alle EPJ-leverandører ovenstående EPJ opbygning 100% slavisk.

Papirløse arbejdsgange

Papirløse arbejdsgange er et af skridtene mod en bedre integration og informationsdeling IT-sundhedssystemet imellem. Nedenstående figur viser status, pr. feb. 2011, for de danske sygehuses indførelse af papirløse arbejdsgange. Det er ikke givet at alle sygehuse har erklærede mål om 100% papirløse arbejdsgange, da der kan være gode grunde til at beholde visse dokumenter/arbejdsgange på papir. Alle hospitaler har valgt deres egen skæringsdato for hvor langt tilbage i tid papir-patientjournaler skal indscannes.



¹⁾ Sydvestjysk Sygehus har ikke sygeplejerskernes dokumentation i papirform.

Note: I det omfang det er relevant for den aktuelle behandling, vil journaloplysninger fra tidligere indlæggelser indgå i patientforløbet. Disse patientoplysninger foreligger typisk i papirform og fremgår ikke af figuren.

Enkelte statslige myndigheder kan i dag ikke sende prøvesvar digitalt.

Figur 2: Rigsrevisionens status fra februar 2011 over danske sygehuses indførelse af papirløse arbejdsgange

(kilde: <http://www.rigsrevisionen.dk/media%281768,1030%29/04-2010.pdf>)

Et fælles EPJ system?

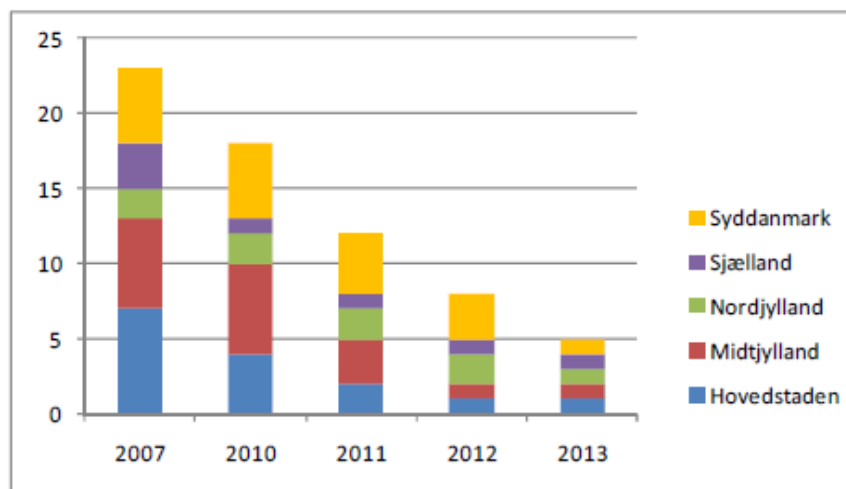
Det har i Danmark aldrig været et mål at have ét fælles EPJ-system for alle hospitaler. De 5 danske regioner har dog stræbt efter at have ét fælles EPJ system pr region i år 2013. I visse regioner er det dog ikke helt sådan. For eksempel har alle hospitaler i Region Syddanmark valgt COSMIC til de fleste EPJ opgaver, med undtagelse af Sygehus Lillebælt, som benytter IPJ (fra IBM) til Notat + Medicin modul. Derudover ses det også af 2013 EPJ-målene, at flere regioner bruger moduler fra forskellige leverandører, fx Region Midtjylland, som har 4 moduler fra Systematic, og 1 modul fra CapGemini. I tilfældene med flere leverandører er modulerne dog integreret med hinanden, så den enkelte regions EPJ virker som en helhed. Denne "bolschepose" sammensætning af EPJ-moduler kan lade sig gøre, fordi de forskellige EPJ-leverandører baserer deres systemer på fælles standarder, og det er derfor ikke nødvendigt at samle alle 5 EPJ moduler hos 1 leverandør. Blandt de få fordele ved at vælge alle moduler fra én EPJ leverandør er samlet drift + support.

	PAS					Notat				Medicin				Booking			Rekvistion/svar					
	OPUS Arbejdsplads (CSC)	OPUS Patient (CSC)	COSMIC PAS (Logica)	Columna (Systematic)	Clinical Suite (CSC)	OPUS Notat (CSC)	COSMIC (Logica)	Columna (Systematic)	Clinical Suite (CSC)	EPM version 3 (IBM)	OPUS Medicin (CSC)	COSMIC (Logica)	Columna (Systematic)	Theriak (islandsk firma)	Nyt booking system (?)	OPUS Patientforløb (CSC)	Bookplan (CapGemini)	OPUS Arbejdsplads/Paraklinisk svarmodul (CSC)	Nyt samlet rekvistionsmodul i tilknytning til nyt booking system	COSMIC (Logica)	Columna (Systematic)	Clinical Suite (CSC)
Region Hovedstaden	x					x				x					x			x				
Region Sjælland		x				x				x					x	x			x			
Region Syddanmark			x				x				x				x					x		
Region Midtjylland				x				x				x				x					x	
Region Nordjylland					x				x				x	x								x

De danske regioners
EPJ mål 2013

kilde: "Udviklingen i EPJ landskaber 2007-2010"

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Temaer/~media/Filer/IT%20og%20Kvalitet/Udviklingen%20i%20Regionale%20epj%20landskaber%202007%202010.ashx>



Figur 3: Viser antallet af EPJ systemer pr år fordelt på regioner. Foretaget i 2010.

De enkelte moduler som findes til EPJ systemerne, udnyttes også forskelligt hospitalerne imellem. For eksempel bruges notatmodulet nogle steder af både sygeplejersker og læger (på 3 sygehuse i Region Syddanmark), mens det de fleste steder kun er implementeret til lægebrug.

På Sjælland har man i Region Sjælland og Region Hovedstaden valgt et EPJ system fra samme leverandør (CSC), da patientdata i nemmere grad kan deles mellem de to regioners hospitaler.

Tværasektoriel kommunikation og integrationsmuligheder for EPJ

Når det gælder om at leve op til MedCom's standarder for dataudveksling lever Systematic's "Columna" op til næsten alle af MedComs standarder. CSC derimod er sværere at afkode. Det skyldes at CSC, i modsætning til Logica og Systematic, har en masse forskelligt EPJ software på salgshylderne. Visse af CSC's systemer fremstår derfor godt underbygget med MedCom standarder, mens andre CSC systemer som værende ikke særlig underbyggede. Logicas "Cosmic" er den af 3 store EPJ systemer, som ikke ser ud til at leve op til særlig mange MedCom dataudvekslingsstandarder.

CSC er den eneste leverandør i dette dokument, som leverer både EPJ, LPS og EOJ systemer. Dette gør dog ikke nødvendigvis CSC mere kompetent til at levere tværasektoriel kommunikation. Der er ingen hemmelige indgange mellem CSC's EPJ, LPS og EOJ software. CSC baserer sin softwarekommunikation på standardprotokoller som HL7, MedCom og XDS, hvilket gør det ligeså oplagt/nemt at integrere CSC's EPJ, LPS og EOJ systemer med hinanden som at integrere CSC's systemer med andre leverandørers. Afhængig af hvilket CSC system man vælger, findes der forskellige moduler. Efter CSC's egne ord kan der på hvert modul nemt tilkobles en integrationskomponent, som kan kommunikere med andre systemer betinget af at, de andre systemer baserer sig på HL7, XDS eller MedCom standarder.

Cosmic er svensklavet, og det vides ikke hvorvidt Sverige opererer med en primær/sekundær sundhedssektoropbygning som i Danmark. Cosmic's IT-system er omfattende og rummer en masse ekstra moduler, som kan tilkøbes, men det er svært at vurdere i hvilket omfang disse ekstramoduler kan tilfredsstille et tværasektorielt kommunikationsbehov.

Omsorgsjournaler (EOJ)

Elektroniske omsorgsjournaler er den primære sektors patientjournalværktøj. Alle danske kommuner benytter sig i skrivende stund af EOJ i et eller andet omfang. De to mest brugte EOJ systemer i Danmark i dag er CSC's Vitae og KMD Cares Omsorgsjournal.

Tværasektoriel kommunikation og integrationsmuligheder

CSC Vitae baserer sig på standardprotokoller (HL7, XDS, MedCom), og kan derfor integreres med andet standardprotokolbaseret software. CSC har ingen hemmelige eller særlige integrationsmuligheder mellem sine EOJ og EPJ systemer.

KMD tilbyder andre "søstre IT-systemer" i familie med KMD Care. Blandt andet har de deres "KMD Online Omsorg", som er det nyeste telemedicinske skud på KMD-stammen. "KMD Online Omsorg" kan bruges i primærsektorens plejeområde, hvor den fungerer som telemedicinsk platform mellem personale og borger. Denne har features som videokamera, sårkamera, dørovervågning, inddatering af medicinsk data og en social dimension, hvor borgeren kan videokommunikere med andre borgere, som har "KMD Online Omsorg".

CSC Vitae og KMD Care lever op til flere af MedCom's dataudvekslingsstandarder.

PDA'er i kommunerne (relevans ift. Tværsektoriel Kommunikation)

PDA'er i Odder kommune menes at være købt af enten det daværende Rambøll eller af CareConsult (forhandler af Rambøll Care). Nogle af PDA'erne er købt af TDC Erhvervscenter i Viby. I år 2012 bliver alle hjemmesygeplejerskernes PDA'er udskiftet med iPads. iPads, som alle kører på KMD Care. Hjemmeplejen vil fortsat benytte sig af PDA'er. (kilde: Henrik Ernsten, systemadministrator – Odder Kommune).

PDA'er i Horsens kommune er købt igennem den lokale TDC Erhvervsafdeling. Deres PDA'er har alle "CSC Håndholdt" installeret, og dette er lagt på af device-management leverandøren Mobility Architects. Horsens kommune har ingen planer om at afskaffe PDA'er til fordel for iPads, da CSC p.t. ikke understøtter iPads / tablets. (kilde: Dorte Medum, IT-fagkonsulent – Horsens Kommune). CSC har dog en Android platform, og forventer også at få en iPad platform på et tidspunkt.

Lægepraksissystemer (LPS)

Lægepraksissystemer er systemer som almen lægepraksisser og speciallægepraksisser benytter sig af for at håndtere administrative/økonomiske opgaver samt inddatering af patientjournaler. Udviklingen af de første IT-lægepraksissystemer begyndte tilbage i starten af 1980'erne, hvor PLO (Praktiserende Lægers Organisation) forsøgte at definere et fælles dansk system. Dette lykkedes ikke. Hensigten med IT-lægepraksissystemer var hovedsageligt at have et IT-system, som kunne håndtere de mere administrative/økonomiske aspekter af lægepraksissen. Opgaver såsom fakturering af patienter til offentlige instanser. Men sidenhen er IT-lægesystemerne blevet udviklet til også at kunne bruges i behandlingsøjemed, og til inddatering af patientdata.

I dag findes der flere forskellige udbydere af IT-lægepraksissystemer, hvoraf de fleste opfylder MedCom's standarder for deling af patientjournaler. I alt 11-13 lægepraksissystemer (afhængig af hvordan man tæller dem) opfylder MedCom's (MEDBIN) PLO format krav. PLO formatet er den form, som patientjournaler skal sendes i lægepraksisser i mellem, når patienter skifter lægepraksis.

Læge-systemer	
MedWin	650
Æskulap	647
Novax	441
PLC	213
Darwin	211
Emar	211
Ganglion	157
PC Praxis	156
MediCare	108
Docbase	105
MultiMed	100
Andre	58
	3057

Hos MedCom har man videreudviklet PLO formatet til et XML format. Dette format kaldes (MEDBIN) PLO XML formatet, eller FNUX formatet (Fælles Nordisk Udvekslingsformat i XML). Udvikling af dette blev påbegyndt i 2009, og skal være fuldt implementeret i almen lægepraksis-/speciallægepraksis-/tandlægepraksis systemer ultimo 2011. Det nye XML format er mere struktureret end det gamle, og åbner op for, at patienter kan få elektronisk indsigt i egen lægepraksisjournal. Det gavner også tandlægepraksisser, som førhen har indrapporteret tandlægejournaler i papirformat til embedslægen. P.t. er 9 IT-lægepraksissystemleverandører med på at tilpasse sig denne standard.

Figur 10: LPS systemer i Danmark september 2007 (kilde: www.medcom.dk/dwn1586)

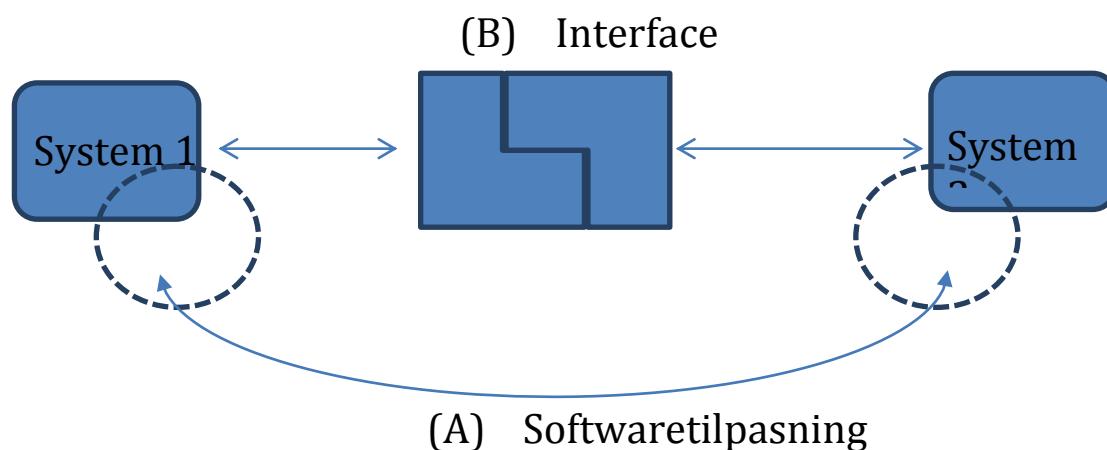
Det har ikke været muligt at finde opdaterede opgørelser over markedsandele for de 11-13 PLO format godkendte lægepraksissystemer i Danmark. Det vides derfor ikke præcist, hvilke systemer der i dag er de 2-3 mest udbredte. De 13 systemer er: NOVAX, WinPLC, PC-Praxis (+ PC-Praxis Web), MedWin, MultiMed (+ MultiMed Web), Emar, Docbase, Ganglion, CGM Darwin + CGM XMO (det tidligere "Æskulap"), MyClinic. CGM (Æskulap) og MedWin vurderes flere steder i løse vendinger til p.t. at være blandt de største spillere på markedet.

Diskussion om integration af IT systemer i det danske sundhedsvæsen

Projektets kortlægning af IT-systemer indenfor det danske sundhedsvæsen viser flere muligheder for integration mellem forskellige sundheds-IT-systemer.

De fleste sundheds-IT-systemer bygger på anerkendte kommunikationsstandarder, som gør dem, med begrænset tilpasning, i stand til at dele informationer med andre sundheds-IT-systemer. Blandt disse kommunikationsstandarder skal nævnes forskellige typer af HL7, MedCom og IHE's XDS.

Kommunikation mellem forskellige sundheds-IT-systemer kan etableres på forskellig vis. Enten (A) vil en kommunikationsflade mellem to systemer kunne etableres med et interface, som ikke involverer ændringer af de to systemer, udover tilpasninger af brugergrænseflade. Denne form for kommunikation vil kunne etableres af en 3. part softwareudvikler. Eller også (B) vil en kommunikationsflade kræve interne softwaretilpasninger af de to systemer.



Det er vigtigt at slå fast, at selvom forskellige kommunikationsflader kan etableres på kryds og tværs af sundheds-IT-systemer, med evt. tidsbesparelser og anden effektivisering til følge, skal den bygge på et reelt behov fra de sundhedsfaglige brugere, og skabe merværdi i forbindelse med det tværsektorielle patientforløb.

Projektet har vist, at det sundhedsfaglige personale har brug for relevant information med korrekt indhold, form og i korrekt tid. Derfor skal overvejelser om integration af forskellige sundheds-IT-systemer altid bygge på mere end blot tekniske muligheder og tidsbesparelser, men bl.a. også overvejelser om kliniske arbejdsprocesser og patientværdi. Forskellige parametre kunne afdækkes i en

evt. MTV-rapport af en given kommunikationsflade, eller i et efterfølgende udviklingsprojektforløb.

I projektet Tværsektoriel Kommunikation er der afdækket mange interessante behov for integration af sundheds-IT-systemer, med store effektiviseringer potentialer til følge. Flere steder, i de kliniske arbejdsprocesser, foregår der fx dobbelt dokumentation, som kunne afhjælpes med den rette integration. Derudover er der, grundet det danske sundhedsvæsens kompleksitet, også et behov blandt klinikere, for nemmere at finde frem til relevante oplysninger. Det være sig enten patientoplysninger, logistiske oplysninger, oplysninger om medicin og laboratorieprøver, og oplysninger der relaterer sig til patientens fremtid for eksempel kommende udskrivelse, genoptræningsforløb og pleje + hjælpemiddelsituation m.v.

Et konkret eksempel på et uudnyttet potentiale med integration af sundheds-IT-systemer er i informationsdelingen omkring indlæggelse og udskrivning af ældre patienter. (pt arbejder MedCom på fire standarder i dette regi). Nedenfor diskuteres forskellige integrationsmuligheder ud fra behovet for at dele blandt andet funktionsvurdering.

Situation: Ældre patient indlægges og udskrives

Når en ældre patient bliver indlagt på hospitalet, har sygeplejersker og terapeuter ikke adgang til funktionsvurderingen af patienten foretaget i primærsektoren, som findes i kommunens EOJ-system. Hvis patienten ikke selv kan bidrage med informationer, har hospitalet derfor intet kendskab til patientens funktionsniveau, habituelle tilstand og andre nyttige praktiske informationer omkring patienten. Disse informationer må hospitalet enten undvære, eller forsøge at indhente ved hjælp af en nogle gange langsommelig detektivlignende jagt på informationer, hvor der tages kontakt til personer i primærsektoren, som de vurderer, ligger inde med viden. Disse personer i primærsektoren er ikke altid til at få fat på; måske er de ikke de relevante personer, som hospitalet troede de var; måske kræves der informationer fra flere forskellige personer i primærsektoren (terapeut, visitator, hjemmehjælper, hjemmesygeplejerske, praktiserende læge, m.v.) eller måske har hospitalet brug for information, som end ikke figurerer i kommunens EOJ system.

Når patienten skal udskrives, skal hospitalet melde udskrivelsen til kommunen indenfor de aftalte varslingsfrister. Disse udskrivelsesmeldinger bliver i mange tilfælde (Horsens Kommune undtaget) administreret via telefon, hvor, typisk, en sygeplejerske ringer til kommunen og melder, at den givne patient vil blive udskrevet på et givent tidspunkt. Denne forvarsel kunne i mange tilfælde godt foregå elektronisk. Enten som en stand-alone løsning, eller som en integreret del af både EPJ og EOJ systemerne.

Hvis hospitalet har valgt ikke at indhente en funktionsvurdering på den givne ældre patient eller ikke har fået en fyldestgørende beskrivelse, kan patienten risikere at blive sendt hjem til "vanlig pleje". Men da hospitalet, i den givne situation, ikke er klar over hvad "vanlig pleje" indebærer, og ikke har kendt til forskellen på patientens funktionsniveau før indlæggelse, og efter indlæggelse, vil patientens hjem ikke være tilpasset patientens evt. nye funktionsniveau, og

kommunen vil ikke have tilpasset plejeniveauet. En situation som denne kunne undgås, hvis kommune og hospital havde delt informationer omkring funktionsvurdering af patient før indlæggelse og funktionsniveau af patient ved udskrivelse. Denne type af elektronisk informationsdeling burde være opnåelig.

Webbaseret løsning

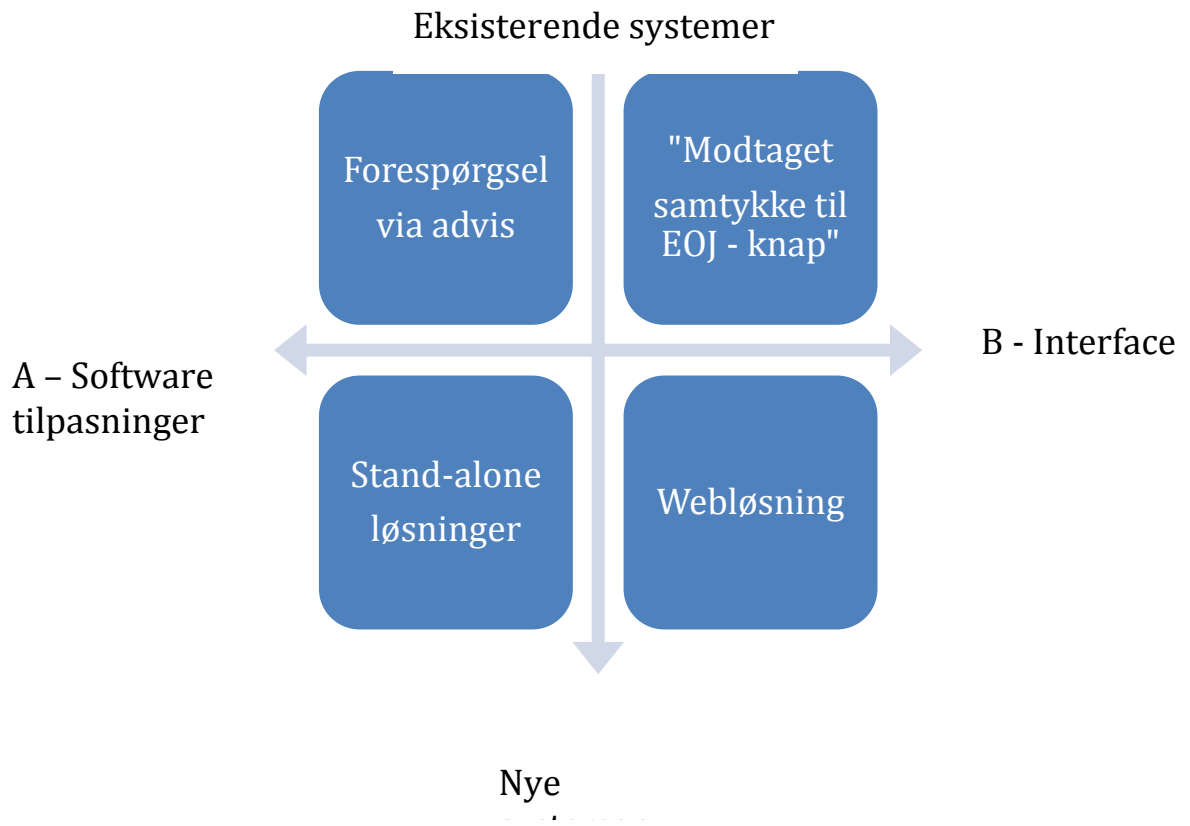
Når patienten giver sit samtykke til, at relevante sundhedsfaglige personer må kigge i patientens personfølsomme data, gives samtykket mundtligt, og er ikke målrettet personfølsomme data fra en bestemt data kilde. Dvs. samtykket gives ikke eksklusivt til fx kommunens EOJ-system. Dette betyder, at der juridisk (formentlig) ikke vil være problemer med at give en kontaktsygeplejerske eller anden relevant sundhedsfaglig person fra hospitalet, adgang til en patients oplysninger i EOJ systemet. Hvis der alligevel skulle være sektorbarrierer eller andet juridisk, som forhindrer en sådan praksis, kunne patientens samtykke, givet på hospitalet, udbygges til også at rumme patientfølsomme oplysninger i EOJ. Nu kan en informationsdeling opnås fx ved en sundhedsfaglig pendant til et "konto-kik". Her, et "patient-kik", i patientens EOJ journal – og ligeså med sundhedsfaglige fra kommunen til hospitalets EPJ. Et sådan "patient-kik" kunne fx etableres som en webbaseret løsning ("B" interface)

Forespørgsel via advis

P.t. kommunikerer hospitalets EPJ-systemer sammen med kommunale administrationssystemer bl.a. via MedCom baserede edifacts. Her sendes bl.a. notifikation fra hospital til kommune vedr. indlæggelse og overflyttelse af patient fra afdeling til afdeling. Man kunne forestille sig, at denne kommunikation blev udbygget, således at en edifact til kommunen om patientindlæggelse, blev udbygget til at indeholde en "forespørgsel om ret til at se funktionsvurdering i EOJ". Derefter ville forespørgslen ende på fx visitator eller hjemmesygeplejerskes bord (i kommunen), som så kunne svare forespørgslen med "ACCEPTER" eller "AFVIS". Ved "ACCEPTER" ville hospitalet modtage den isolerede del af patientens EOJ data, som indeholdt funktionsvurderingen. Denne form for kommunikation vil kræve en software tilpasning på begge sider af kommunikationsfladen ("A" Softwaretilpasning) – samt en overvejelse af evt. tilpasning af samtykkeerklæring på hospitalet.

"Modtaget samtykke – knap"

Hvis den ældre patient giver et udvidet samtykke, til sygeplejersken om at kigge i personfølsomme oplysninger både i EPJ og EOJ, kunne der i sygeplejerskens EPJ system være en "modtaget samtykke til EOJ oplysninger – knap", som trak udvalgte oplysninger (såsom funktionsvurdering, habituel tilstand og andre nyttige patientoplysninger) fra EOJ over i EPJ, fx i et format således, at EPJ ikke gemte EOJ oplysningerne permanent. Denne form for kommunikation vil primært kræve udviklingen af et særligt interface ("B" interface).



Appendiks 2: Kvantitative data

Af Stine Rønsholdt Hansen, stud.med., Hospitalsenheden Horsens

Som supplement til de etnografiske feltstudier i projektet "Tværsektoriel kommunikation" har vi (Hospitalsenheden Horsens) mulighed for at understøtte med kvantitativt data, som er trukket fra centrale systemer fra sygehuset. Disse data kan være relevante at trække før og efter et eventuelt It-mæssigt og organisatorisk tiltag.

Tilgængelige data

Vi har tal på følgende:

- Antal Epikriser

Epikriser første ½ år 2011	Akut		P7	
	antal	Procent af samlet	antal	Procent af samlet
Samlet antal	1315	8%	1948	10%
Odder Kommune	109	8%	194	10%
Horsens Kommune	767	58%	1040	53%

- Antal medarbejdere i hhv. Akut og P7
pr. 1. dec. 2011

P7: 46,1 fuldtidsstillinger og antal ansatte 51.

AKUT: 55 fuldtidsstillinger, og 65 ansigter.

- Gennemsnitlig indlæggelsestid (jan-nov. 2011)

Gennemsnitlig indlæg. Tid (antal dage)	Akut	P7
Odder Kommune	1,1	5,4
Horsens Kommune	1,1	5,2

Vi har kunnet finde landsgennemsnit fra 2010.

Gennemsnitlige liggetid v. antal patienter (2010)
6,39

(kilde: DST – Danmarks Statestik)

- Antal indlæggelses dage på P7 efter færdigbehandling
for første halvår 2011

Færdigbehandlede patienter 1.halvår 2011 – Medicinsk afdeling Horsens

Kommune	<i>Sengedage efter færdigbehandling</i>	<i>udgift bopælskommune</i>
Odense	1	kr 9.170
Horsens	6	kr 11.004
Odder	4	kr 31.178
Skanderborg	2	kr 12.838
Ikast-Brande	1	kr 12.838
Hedensted	7	kr 58.688
Total	21	kr 135.716

Endvidere har vi i forbindelse med før-måling på et projekt på medicinsk senge afsnit P7 foretaget en spørgeskemaundersøgelse, hvorfra relevante informationer ift. "tværsektorielt kommunikation" er blevet trukket ud.

Telefon aktiviteter

30 plejepersonaler fra P7 har besvaret følgende ift. telefonaktiviteter:

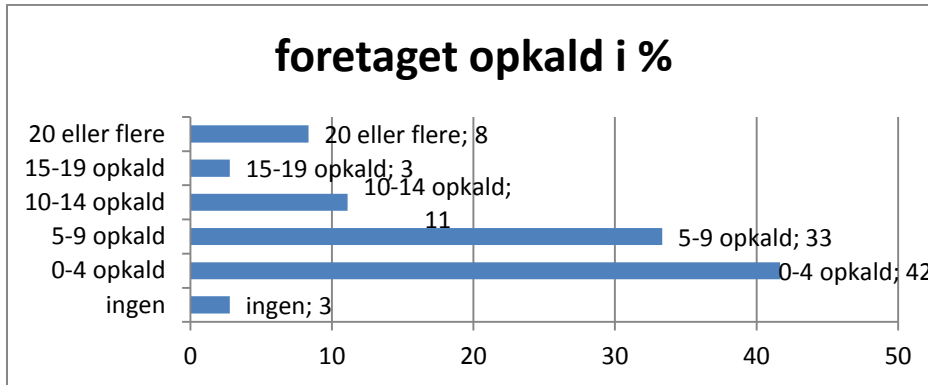
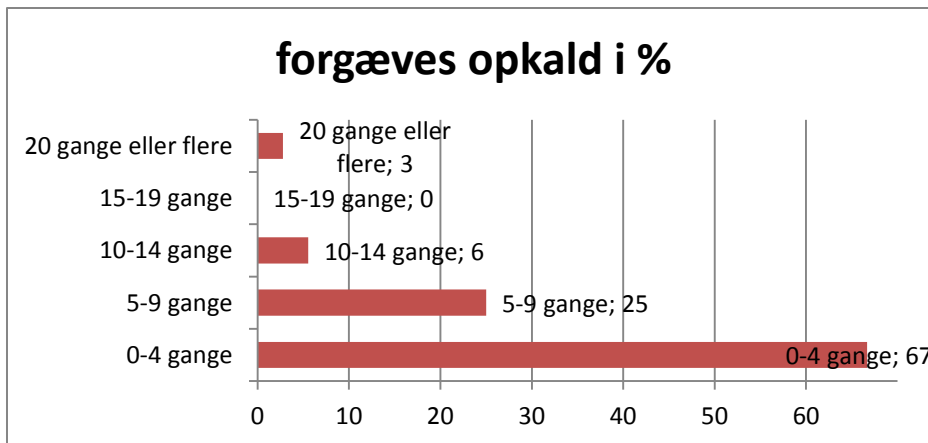
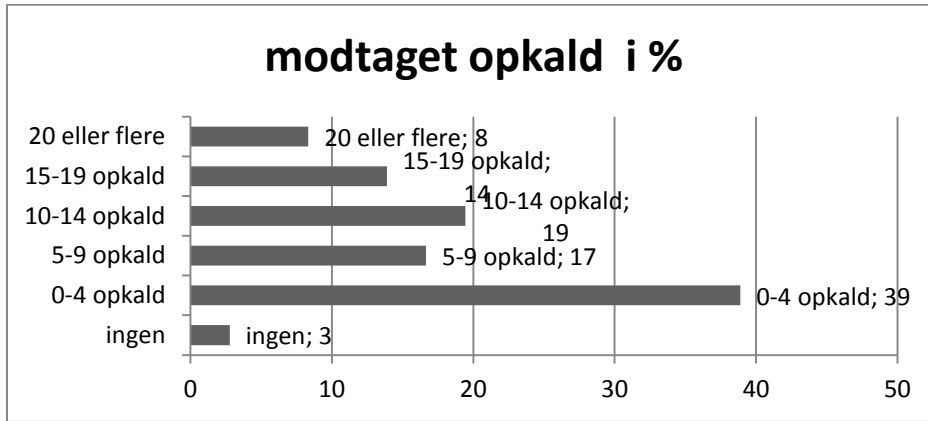
- Hvor mange telefonopkald modtager du i løbet af dagen (dagvagt)?
- Hvor mange telefonopkald foretager du i løbet af dagen?
- Hvor mange gange ringer du forgæves i løbet af dagen?
- Hvem foretager du opkald til i løbet af dagen?

Spørgsmålene skulle hjælpe med at belyse hvor ofte der kommunikeres telefonisk og hvem der typisk foretages opkald til. Grupperne var delt ind:

- Andre afd.
- Læge (internt)
- Visitator/hjemmeplejen
- Pårørende
- Privat praktiserende læge
- Andre
-

Visitator/hjemmeplejen er den gruppe, der opleves, at der oftest foretages opkald til.

De 3 følgende figurer illustrerer fordelingen af besvarelserne.



Koordinering med eksterne instanser

Plejepersonalet på P7 er blevet adspurgt om, hvor meget tid de dagligt bruger på at koordinere med andre faggrupper. I forbindelse med koordinering med eksterne instanser oplever 27 adspurgte medarbejdere at bruge tiden som følgende:

- 26% bruger mindre end 15 min. dagligt på koordinering med eksterne instanser.
- 33% bruger 15-29 min.
- 18% bruger 30-44 min.
- 3% bruger 45 min. eller mere.
- 18% har ingen daglig koordination med eksterne instanser.

Appendiks 3: Relaterede projekter og undersøgelser

Af Sarah-Maria Rasch, stud.med., Caretech Innovation

Der findes mange projekter, der beskæftiger sig med overgangen mellem primær og sekundær sektor. Nedenstående oversigt er en foreløbig oversigt over nogle af disse projekter. Oversigten er ikke udtømmende.

Projekter

Hvad: POPS: Patienters oplevelser i overgange mellem Primær- og Sekundærsektor

Hvem: Region Hovedstaden, 2006

Baggrund for projektet er den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, der viser, at patienter der har været indlagt på landets sygehuse oplever manglende kontinuitet i patientforløbet, utilstrækkelig informationsudveksling og manglende samarbejde mellem sektorerne.

Hvordan: Dialogmetoden og POPS-projektet

Udgivelser:

Krag A M, Gut R, Freil M. (2007) Patienters oplevelser i overgange mellem Primær og Sekundær sektor i "Enheden for Brugerundersøgelser" Region Hovedstaden

http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/POPS_rapport.pdf

Gut R, Freil M. (2008) "Patientperspektivet som grundlag for forbedring af det tværsektorielle samarbejde", i: *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, januar 86. årgang. http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Div_PDF/MPL_86.pdf

Hvad adskiller sig fra TK: Fokus er på metode og kvalitetssikring og ikke på udvikling af teknologi

Ligheder med TK: Brugerundersøgelser af patienters oplevelser af overgange mellem sektorer, har fokus på før, under og efter forløbet men kun fra patienters perspektiv, ikke fagpersonale.

Hvad er vinklen: Artiklen af Krag m.fl. er forskning, hvorimod Gut & Freil mere har karakter af rapport over forløbet og har intet teknologisk perspektiv.

Hvad: Rationel anvendelse af patientrapporterede data i sundhedsvæsenet

Hvem: DANPROM

Baggrund for projektet: Kontrolkonsultationer er nogle gange unødvendige, hvis patienten har det godt og ikke oplever komplikationer. Når de alligevel rutinemæssigt gennemføres, skyldes det bl.a. behovet for at opspore de få patienter med komplikationer.

Hvordan: Hvis oplysninger fra patienterne selv bruges systematisk, kan overflødige kontrolkonsultationer i mange tilfælde undgås, uden at der bliver gået på kompromis med patientsikkerhed, klinisk kvalitet eller patienttilfredshed. Validerede spørgeskemaer (PROM'er) udfyldes af patienten online på ambulatoriet inden operationen, og herefter hos borgeren selv (på papir eller online) efter 2 og 11 måneder. Computersystemet indkalder automatisk patienten til kontrol, hvis data indikerer, at der er behov for det. Det

sparer tid for personalet, og patienten undgår unødvendige ture på hospitalet.
Varighed 20 måneder, opstart 1. januar 2011

Yderligere oplysninger om projektet:

Søren Paaske Johnsen Forskningsoverlæge Århus Universitetshospital T:
8942 4803 E: spj@dce.au.dk

<http://www.abtfonden.dk/Projekter/Sundhed/Patienter%20indberetter%20data%20og%20sparer%20kontrolkonsultationer.aspx>

Hvad adskiller sig fra TK: Udvikling af et system, der selv indkalder patienter til kontrol efter operation.

Ligheder med TK: Behovet for samling af patientdata i ét system. Patienten indtaster selv data, der herefter anvendes systematisk i systemet.

Hvad er vinklen: Udvikling af teknologi

Hvad: Genanvendelse af administrative patientdata til kvalitetsmåling af de sundhedsfaglige ydelser

Hvem: Region Hovedstaden, Enhed for Klinisk Kvalitet, varetager det overordnede projektledelsesansvar. Det Nationale Indikator Projekt (NIP) i styregruppen. NIP laver analyser af data og samarbejder med Sundhedsstyrelsen om sammenhængen med LandsPatientRegisteret (LPR). Den private samarbejdspart SAS Institute bidrager med teknisk konsulentbistand i forbindelse med implementeringen.

Baggrund for projektet: Genbrug af data reducerer tiden, som det sundhedsfaglige personale skal bruge på registrering, og skal bruges til kvalitetsmåling af de sundhedsfaglige ydelser.

Hvordan: Projektet giver en reduktion i tiden brugt på registrering for det sundhedsfaglige personale ved genbrug af data fra forskellige eksisterende, centrale registre og it-systemer. Herved undgås dobbeltregistrering, og der opnås bedre datakvalitet. Arbejdet reorganiseres, så det primære arbejde med at registrere flyttes fra det kliniske personale til lægesekretærer.

Yderligere oplysninger om projektet

Lasse Nørgaard, Chefkonsulent, Region Hovedstaden, T: 27 63 67 77, E:
ln25@bbh.regionh.dk

<http://www.abtfonden.dk/Projekter/Sundhed/Genbrug%20af%20data%20letter%20arbejdet%20for%20læger%20og%20sygeplejersker.aspx>

http://www.v-chi.dk/udgivelser/tech%20reports/11_5_gaps.pdf

Hvad adskiller sig fra TK: Arbejdet flyttes til sekretærer og sygeplejersker, udelukkende kvantitativ tilgang, videooptagelse af indtastning af data og opfølgende indtastning til personalet, ingen brugerinddragelse

Ligheder med TK: Genbrug af eksisterende data i systemet, sparer personale for registrering af samme oplysninger, sikring af journaler, så de ikke bliver væk eller skal rekvireres fra patienten

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning

Hvad: National udbredelse af telemedicinsk sårvurdering.

Hvem: Sammenhængende digital sundhed i Danmark (SDSD) i samarbejde med MedCom

Baggrund for projektet: Kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren i forbindelse om behandlingsplanen for sårvurdering og sårbehandling er i dag ikke tilstrækkelig. Som konsekvens heraf står hjemmesygeplejen ofte meget alene med vanskelige sår uden en ekspert at rådføre sig med.

Hvordan: Projektet 'Telemedicinsk sårvurdering' afprøver derfor en ny telemedicinsk løsning, der på sigt måske skal udbredes over hele landet. Løsningen indebærer, at hjemmesygeplejersker via videotelefoner koblet op til en sikker linje kan kommunikere med klinisk personale udveksle af digitale billeder og en webbaseret sårjournal. Det telemedicinske behandlingsforløb giver således mulighed for hurtig kommunikation mellem hjemmeplejen og eksperter. Dermed får hjemmesygeplejersker mulighed for at få stillet en diagnose og igangsætte behandlingen hurtigere samt indkalde patienten her og nu med henblik på f.eks. yderligere diagnostik. Desuden kan patienten få adgang til egen journal.

Yderligere oplysninger om projektet

Jane Clemensen, Medcom, T: 65432030, E: jcl@medcom.dk

<http://www.abtfonden.dk/Projekter/Sundhed/Ekspertbistand%20til%20sårpatienter%20via%20mobiltelefonen.aspx>

<http://www.abtfonden.dk/sitecore/content/abtfonden/Home/Projekter/Forebyggelse%20og%20genoptræning/Fælles%20online%20journal%20giver%20bedre%20behandling%20af%20sår.aspx>

Hvad adskiller sig fra TK: Brug af PDA telefoner som formidlingsform

Ligheder med TK: Brug af digitale billeder og webbaseret journal som patienten selv har adgang til, frigive tid blandt andre ansættelsesgrupper, tidsspilde da forskellige journaler bruges af forskellige faggrupper

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: "Critical information system (CIS) – Elektronisk observations-modul (EOS) – Elektronisk Medicinmodul (EMM)"

Hvem: Regionshospitalet Horsens

Baggrund for projektet: Intensivafdelingen på Regionshospitalet Horsens anvender observationsskemaer på papir til manuel registrering af data fra medicoteknisk udstyr. Medarbejdere noterer løbende data på observationsskemaet med forskellige tidsintervaller afhængigt af patientens aktuelle situation. Arbejdsgangen er tidskrævende og opleves utidssvarende.

Hvordan: En automatisering af arbejdsgange ved overførsel af kritiske, kliniske data fra medicoteknisk udstyr til elektronisk observationsmodul, elektronisk medicinmodul, notatmodul og elektronisk patientjournal. Teknologien forandrer arbejdet ved at skabe tidssvarende data og giver opdateret overblik. Herved reduceres fejl, arbejdsprocesserne for plejepersonalet lettes, og lægerne understøttes i deres valg af behandlingsstrategi. Varighed: 12 måneder, opstart 1. januar 2011.

Yderligere oplysninger om projektet:

Birgitte Bigom, Innovationskonsulent og projektleder, Regionshospitalet
Horsens, T: 79 27 39 81 / M: 29 37 95 54

E: Birgitte.bigom.nielsen@horsens.rm.dk

<http://www.abtfonden.dk/Projekter/Sundhed/Data%20fra%20medicoteknisk%20udstyr%20registreres%20automatisk.aspx>

Hvad adskiller sig fra TK: Umiddelbart ikke brug af brugerinddragelse
Ligheder med TK: Automatisering af arbejds gange ved overførsel af kliniske data, give overblik over elektronisk observationsmodul, elektronisk medicinmodul, notatmodul og elektronisk patientjournal. Frigivelse af ressourcer til pleje og behandling

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Online Omsorg

Hvem: Aalborg Kommune

Baggrund for projektet: Den demografiske udvikling og det faktum, at borgere udskrives tidligere fra hospital til eget hjem betyder, at det kommunale omsorgsområde skal levere flere omsorgsydelser til borgere i eget hjem. Det kan være fx rådgivning fra hjemmeplejen om hjælpemidler, indberetning af helbreds målinger, påmindelser om medicin og væskeindtag mv.

Hvordan: I projektet installeres en lille computer med touch-skærm og flytbart videokamera i udvalgte ældre borgeres hjem. Systemet kan tilsluttes til borgerens TV og er så nemt at betjene, at man ikke skal have særlig viden om it. Skærmen skaber live videokontakt både mellem borgeren og de kommunale afdelinger, som leverer omsorgsydelser og til borgerens familie og venner. Derudover kan borgeren modtage påmindelser, tilbud om arrangementer, beskeder og målrettede træningsprogrammer m.v. Varighed: 9 måneder, opstart 1. februar 2011.

Yderligere oplysninger om projektet:

Alice Lauritsen Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune T:
99315467 E: avl-aeh@aalborg.dk

<http://www.abtfonden.dk/Projekter/Ældre/Online%20omsorg%20reducerer%20uproduktiv%20transporttid.aspx>

Hvad adskiller sig fra TK: Kommunikation via touchskærms-computer og kamera fra den ældre til kommunale afdelinger, familie og venner.

Ligheder med TK: Modtage beskeder eller påmindelser, målrettet træningsprogram

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Billedkommunikation i elektroniske journaler

Hvem: Region Midtjylland

Baggrund for projektet: Hjemmeplejen er en arbejdsplads med mange og skiftende medarbejdere. Det giver store udfordringer, når information og viden skal deles. Udfordringerne kompliceres yderligere af, at dokumentationskravet er stigende. Nogle arbejdsprocesser er endvidere meget vanskelige at beskrive

på skrift, så de er forståelige for andre.

Hvordan: I takt med indførelsen af elektroniske journalsystemer og en stadig enklere tilgang til at formidle foto og video, er der opstået nye muligheder for en systematisk anvendelse af billeder og videosekvenser som erstatning for dele af den skriftlige kommunikation. Brugen af billeder rejser en lang række teknisk-praktiske, samarbejds- og kompetencemæssige spørgsmål, som projektet søger at finde løsninger på ved at inddrage de medarbejdere, som skal anvende redskaberne i dagligdagen og ved at tage afsæt i deres behov og gode idéer.

Varighed: I gang.

Yderligere oplysninger om projektet

Lars Østergaard, T: 29189919, E: taklo@herning.dk

http://www.ebst.dk/brugerdreveninnovation.dk/*projekterbrugerdreveninnovation/0/14/7194098

Hvad adskiller sig fra TK: Kun medarbejderdreven innovation, brug af video

Ligheder med TK: Stigende dokumentationskrav kræver et system, der kan

indeholde tekst og billeder i form af fx genoptræningsmateriale

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Fælles Medicinkort

Hvem: National Sundheds-it, Lægemiddelstyrelsen, Danske Regioner

Baggrund for projektet: I dag er oplysninger om borgers medicinering spredt ud over it-systemerne hos de sundhedspersoner, der ordinerer lægemidlerne og det plejepersonale, der hjælper med at administrere lægemidlerne. Man har forsøgt at lave aftaler på tværs om at sende oplysninger om patienters medicinering til hinanden – uden den store succes

Hvordan: Ideen med Fælles Medicinkort (FMK) er, at sundhedspersonerne deler medicindata frem for at sende medicindata til hinanden. Alle ordinerende læger vil således få adgang til at se og opdatere patienternes aktuelle medicinering på de patienter, som de har i behandling. Ud over lægen får borgeren også selv mulighed for at se sit eget medicinkort via sundhed.dk

I en hospitalsafdeling var det sygeplejerskernes job at fremskaffe

medicinoplysninger – hvilket de brugte oceaner af tid på. Efter indførelsen af FMK kan lægen nu selv hente oplysningerne fra FMK, og sygeplejerskerne kan bruge den frigjorte tid på andre funktioner.

Udbytte: Når FMK er fuldt implementeret hos alle læger (ultimo 2011), og der er foretaget medicinafstemning /receptgennemgang for borgerens medicin, vil FMK ligeledes indeholde en opdateret liste med borgerens aktuelle

lægemiddelordinationer. Når FMK er fuldt implementeret, vil både borgeren,

læger, vagtlæger, tandlæger og andre relevante sundhedspersoner, som har

borgeren i behandling, have adgang til opdaterede medicinoplysninger. Lægen

har adgang til disse oplysninger igennem eget it-system eller via sundhed.dk. På

samme adresse kan borgere i Danmark se deres eget medicinkort. Mål: Større

sammenhæng mellem primær- og sekundærsektor (sygehus, praktiserende læge, hjemmepleje, speciallæge, tandlæge osv.) og mere sikkerhed for korrekt

medicinering på tværs af sektorer.

Yderligere oplysninger om projektet:

<http://www.velfærdensinnovatører.dk/sunde-sammenhaenge/331-faelles-medicinkort.html>

<http://nsi.dk/Projekter/~media/projekter/FMK/Borgerpjece%20120511.ashx>

Pjece

<http://nsi.dk/Projekter/FMK.aspx>

Hvad adskiller sig fra TK: Ingen brugerinddragelse, ren teknologisk løsning
Ligheder med TK: Patientens medicinske data er spredt ud i forskellige it-systemer, vil undgå fejlmedicinering, tilpasning af eksisterende software ikke skabe ny teknologi

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Patientens rejse i sundhedssektoren PaRIS, 2007

Hvem: Region Syddanmark

Baggrund for projektet: Sundhedsvæsenet fremstår på en række punkter som usammenhængende, fx i forhold til indlæggelse, udskrivning og rehabilitering. Der er derfor behov for bedre sammenhæng, bedre information og kommunikation, bedre omsorg og indlevelse, større tilgængelighed mv.

Hvordan: Projektet tager udgangspunkt i at gennemføre observationer af mødet mellem sundhedsvæsenet og brugerne, dvs. patienter og sundhedsprofessionelle, på Odense Universitetshospital. På baggrund af observationerne vil projektet udvikle redskaber, der kan hjælpe patienter med at forberede mødet med sundhedsprofessionelle, styrke de sundhedsprofessionelles kompetencer til at inddrage patienterne i behandlingsforløbet samt give patienter og pårørende et overblik over, hvor patienten er i behandlingsforløbet. Varighed: 1 gang.

Yderligere oplysninger om projektet

PaRIS projektleder Mette Møllerup T: 65414891,

mette.mollerup@ouh.regionsyddanmark.dk

http://www.ebst.dk/brugerdreveninnovation.dk/*projekterbrugerdreveninnovation/0/14/5067326

Ligheder med TK: Bedre sammenhæng mellem information og kommunikation, optimere patientens oplevelse med sygehusvæsenet, brugerdreven innovation

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Nationalt Patientindeks, NPI

Hvem: National Sundheds-it

Baggrund for projektet: Et behov for et samlet sted, hvor data fra datakilder er samlet. Skal kunne benyttes af borgeren samt fagpersonel.

Hvordan: Det Nationale Patientindeks (NPI) er en service, der gør det muligt, at hente data om en patient fra mange forskellige datakilder via et indeks. Dermed får sundhedspersonale og borgere inden udgangen af 2013 adgang til en lang række relevante patientdata på tværs af sektorer og myndigheder. Det kan f.eks. være data fra elektroniske patientjournaler, Landspatientregisteret, Vaccinationsregisteret etc.

Yderligere oplysninger om projektet:

Projektleder Jens Hvidberg, Mail: jhv@nsi.dk

http://nsi.dk/Projekter/Nationalt_Patientindeks.aspx

Ligheder med TK: Borgeren kan se egne data fra sundhedsvæsnet, sundhedsprofessionelle kan se data fra andre sundhedsprofessionelle

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Den tværsektorielle opgavefordeling - det tværsektorielle samarbejde, 2007

Hvem: DSIMs arbejdsgruppe vedr. organisatorisk udvikling.

Baggrund for projektet: Mange patientforløb kræver involvering af både primær- og sekundærsektor. Derfor bliver samspillet firkanten: Patient – primærkommune (hjemmepleje/terapeuter) – praktiserende læge/praktiserende terapeuter - sygehuse/speciallæger er helt afgørende for et smidigt og veltilrettelagt forløb for patienten og for patienten/borgerens oplevelse af sundhedssystemet

Eksisterende løsninger

- Elektronisk adgang til fælles journal: Medcom (e-journal på Sundhed.dk), hvortil alle parter (sygehuse, praksis) kan overføre journaloplysninger, kan efterhånden læses af alle læger uanset primær eller sekundærsektor. Patienten skal give sit samtykke til, at den enkelte læge må gå ind og se i journalen. I løbet af 2007 vil også patienterne selv få adgang.
- Praksiskonsulentordning: Praksiskonsulentordningen har medvirket til at skabe bedre fælles forståelse for det tværsektorielle samarbejde. Ordningen tog primært udgangspunkt i kommunikation (epikriser og henvisninger). Et andet væsentligt produkt har været konkret formulering af lokale politikker af typen: hvem gør hvad (Klinik Nyt m.m.). Disse politikker er nu samlet på Sundhed.dk med direkte link fra de praktiserende lægers elektroniske journaler og udgør et væsentligt arbejdsredskab i den praktiserende læges hverdag.
- Praktiserende læges hurtige adgang til speciallæge og undersøgelser

Visioner for det tværsektorielle samarbejde

- "Patientens journal" skal være tilgængelig for alle behandlere
- it-udveksling mellem praktiserende læge og speciallæge af undersøgelser og gode råd
- Følge-hjem funktioner fra alle akutte modtageafsnit og skadestuer. Modtageafsnittene skal have tilstrækkelig kapacitet til alle typer undersøgelser kan gennemføres akut og til, at alle patienter, inkl. de ældre patienter, kan forblive indlagt til diagnostisk afklaring, altså op til 72 timer.
- Quick Response Teams: Specialistteams, der tager ud akut alle ugens 7 dage, døgnets 24 timer på foranledning af en vagtlæge eller praktiserende læge kan meget vel være en mulighed i relativt nær fremtid.
- "Fælles skolebænk" er startet i geriatrien, men kan udvides til at omfatte andre specialer og kan med fordel indeholdes i alle sundhedsaftaler mellem kommende regioner og kommuner. Ved at undervise personale fra både primærsektor og hospital sammen opnås fælles forståelse og

fælles viden, så patientforløb glider lettere og primærsektorens personale bliver bedre klædt på til opgaverne.

- Udbygning af praksiskonsulentordningen: Fokus på kommunikationen mellem praksis, kommune og hospital til gavn for patienten vil fremme alle ovenstående punkter og hurtigt udvikle nye tiltag efterhånden som mulighederne viser sig.

Yderligere oplysninger om projektet:

Hjemmeside: <http://www.dsim.dk/Temaer/tvaersektorielleEMD.pdf>

Ligheder med TK: Praktiserende læger får hurtigt adgang til speciallæge og undersøgelser, fælles journalsystem

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Hvad: Brugerundersøgelse af SOFT

Hvem: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden

Baggrund for projektet: For at give sundhedsprofessionelle fra hospitaler og almen praksis et bedre overblik over de eksisterende sundheds- og forebyggelsestilbud lancerede kommunerne og regionerne i efteråret 2009 en hjemmeside på sundhed.dk kaldet SOFT.

Hvordan: Enheden for Brugerundersøgelser gennemfører en undersøgelse, der bl.a. skal belyse om hjemmesidens indhold er relevant og anvendeligt for målgruppen, og om målgruppen har ønsker og forslag til forbedringer af hjemmesidens koncept, indhold og design.

Ligheder med TK: Gøre teknologier mere brugervenlige, øge samspil mellem eksisterende tekniskes systemer, brug af workshops og interviews

Hvad er vinklen: Teknologisk løsning, udvikling

Desuden følgende publikationer:

Brøcker, Anne & Mille Kjærgaard Thorsen (2011): Forebyggelse, sikkerhed og sammenhæng for patienter med hoftebrud. DSI rapport.

Hansen, Jakob et al. (2008): Tovholder i praksis. DSI rapport 2007.04.

Kjellberg, Jakob et al. (august 2007): Almen praksis som koordinator – en international belysning. DSI rapport 2007.02.

Martin, Helle Max (2010): Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. DSI rapport 2010.01.

Witting, Lene & Doris Nørgård (2008): Rapport fra projekt om: Sammenhængende forløb for ældre medicinske patienter med fokus på overgange mellem hjem og sygehus. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, november 2008.

Appendiks 4: Workshop opsamling

Af Louise Mejnertz & Sofie Vincentz, Caretech Innovation

Onsdag den 18. januar 2012 gennemførte vi i projektet Tværsektoriel Kommunikation en future workshop med sundhedspersonale fra primær- og sekundærsektor i Odder og Horsens. I alt 19 sundhedsfaglige deltagere – sygeplejersker, læger, terapeuter, visitatorer, assisterende områdeledere – deltog sammen med deltagere fra Caretech Innovation, Innovationsenheden på Regionshospitalet Horsens og Cetrea A/S. Dette korte skriv samler op på dagens arbejde.

Formål med workshopen:

At sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer diskuterer og udforsker de *udfordringer*, som tværsektoriel kommunikation byder i hverdagen, og at få deres bud på *fremtidsvisioner* for det tværsektorielle område.

1. Udfordringer

"I dag er borgeren ikke rask, når han bliver udskrevet og sendes hjem fra hospitalet – dilemmaet er, at han er for rask til at være på sygehuset og for syg til at være hjemme" (Fysioterapeut, Terapien)

"Der foregår en kamp om at få plads til patienten, når han/hun skal ind på sygehuset, en kamp om pladser i huset, en kamp om udskrivelse og en kamp om at skabe gode forløb" (sygeplejerske/visitator, Akutafdelingen)

I det følgende tematiseres de udfordringer, workshopdeltagerne identificerede:

1.1. Koordination og kontinuitet

- Manglende koordineret indsats fx ift. forebyggelse af indlæggelser
- Manglende rød tråd (før, under, efter indlæggelse)
- Mange flaskehalse ved indhentning af oplysninger om patienten
- Manglende helhedsbillede af patienten
- Manglende samlet, fælles plan / planlægning fx ift. genoptræning, udskrivelse, kommunikation til patient og pårørende

1.2. Information og kommunikation

- Informationsflow og informationsveje er for besværlige, ressourcekrævende og med risiko for at vigtige oplysninger forsvinder undervejs
- Mangler information om borgers/patients funktionsniveau, habituelle tilstand, medicin (som patienten rent faktisk tager og hvorfor)
- Intern kommunikation i sektorerne er også problematisk / usmidig, hvilket også har indflydelse på kommunikationen udadtil
- Forskellige it-systemer, der ikke kan 'tale' sammen
- "Gammeldags" kommunikation – telefon, papir, fax....
- Mangler dialogen/det faglige møde

1.3. Systemets præmisser – ikke patientens

- "Karruselturn" rundt om patienten/patienten som "kastebold" → patienten flytter meget rundt og møder mange forskellige undervejs
- Kommunikations/informationsform tager sjældent udgangspunkt i patient og pårørendes behov
- Mange overgange pga. specialer
- Store afstande

1.4. Ansvar / roller

- Hvem tager sig af hvad, hvor og hvornår?
- Hvem er tovholder?
- Krav om egenmestring/patientempowerment, men ikke alle kan
- Store krav/forventninger til pårørende og deres rolle i forløb
- Behandlingsforløb afhænger i stor udstrækning af patient og pårørendes ressourcer

1.5. To forskellige verdener

- Manglende gensidig forståelse og kendskab på tværs af enheder/sektorer
- Manglende konsensus ift. borger/patientforløb
- Oplevelse af modarbejdelse
- Ikke altid hensigtsmæssig opgavefordeling og opgaveglidning
- Manglende tværgående personale
- Genoptræning planlægges ikke altid optimalt

1.6. Overblik og gennemsigtighed

- Der mangler overblik og gennemsigtighed både for personale, patienter og pårørende
- Forskellige sygehuse/kommuner/praktiserende læge = forskellige procedurer/sagsgange
- Mange samarbejdspartnere
- Hvilke muligheder har patienten/borgeren?

1.7. Tidsspilde

- Manglende tidstro data/information / kommunikation forsinket forløb og skaber tidsspilde for patient/borger og personale
- Ventetider for patient og for personale fx i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser, bestilling af hjælpemidler, afklaring omkring medicin mm

1.8. Tilgængelighed/adgang

- Telefontider gør adgangen til oplysninger besværlig og forsinket planlægning af fx udskrivelser mm
- Informationer omkring patient/borger er ikke tilgængelige efter behov men kræver ind imellem lidt et "detektiv" arbejde
- For patient/pårørende kan det være svært at få adgang til personale/oplysninger omkring eget forløb

1.9. Medicin

- Ajourførte og tidstro medicin oplysninger mangler alle steder – det, der ordineres, er ikke nødvendigvis det, der gives, og det patienten rent faktisk indtager.

1.10. Komplekse borger/patientforløb

- Specielt komplekse/skæve patienter rammes af de tværsektorielle udfordringer.

1.11. Usikkerhed/utryghed

- Ovenstående udfordringer og mangel på sammenhæng skaber utryghed / usikkerhed for patient og pårørende.

2. Fremtidsvisioner

De fire grupper arbejdede med fremtidsvisioner for det tværsektorielle område og pegede på flere visioner for fremtiden. Fælles for alle grupperne var at understrege, at *det handler om mennesker* og uanset de teknologiske muligheder skal det ikke glemmes.

2.1. Patienten i centrum

”Vi siger, at patienten er i centrum, men agerer vi efter det?”. Tre grupper pegede på, at patienten skal i centrum for samarbejde og kommunikation. Vi skal flytte os fra karruselturen rundt om Bent til, at Bent er i centrum, og at forløbet er tilrettelagt individuelt til ham. ”Skal patienterne flytte i forhold til personalet eller er det omvendt?” Bent skal ikke komme til specialisterne – de skal komme til ham.

2.2. Én central nøgleperson

Alle grupper peger på behovet for, at patienten/borgeren har én nøgleperson / forløbskoordinator, der koordinerer forløbet sammen med patient og pårørende og vejleder patient og pårørende under forløbet. Evt. en nøgleperson fra hver sektor. Denne (eller de to) person(er) skal sammen med patienten have adgang til at tilgå og booke kommende aftaler (fx via iPads ved sengen på sygestuen).

2.3. Integrerede it-systemer og adgang til relevante informationer

Alle grupper peger også på ønsket om at få ét fælles it-system, én fælles it-plattform, eller at de forskellige digitale systemer og medier taler sammen. ”Systemet skal tale det sprog, vi har brug for!” Det vil sige, at personer (patienter, pårørende, personale), der har behov for det, skal have *tidstro* adgang til *opdaterede, relevante* oplysninger om borgeren/patienten samt adgang til centrale kontaktpersoner (pårørende samt fagprofessionelle). Det vigtige er, at informationer vises efter behov for at undgå informationsoverload. Disse informationer skal kunne tilgås efter behov og altså også via relevante platforme f.eks. via mobile platforme til hjemmesygeplejersken, så hun kan tilgå informationer ude hos borgeren og forløbstavler på sygehuse og i kommuner, så alle har adgang til det samme samlede overblik over patienten/borgerens forløb – denne adgang skal patienten have via en mobil platform på stuen. Og der skal

laves en strategi for kommunikationen f.eks. med hvilke oplysninger, der som standard er behov for at have adgang til på sygehuset, når en patient indlægges: f.eks. medicinliste, døgnrytmeplan, liste over hjemmehjælpsydelse og sygeplejeydelse, helbredsbeskrivelse og relevante kontaktoplysninger. En gruppe peger på, at der skal gøres op med dokumentationskulturen, og man bør stille spørgsmålet: Hvad skal vores viden egentlig bruges til? Den bør være borgerrettet og komme borgeren til gode.

2.4. En FÆLLES opgave

Alle grupper peger på, at der skal gøres op med kassetænkningen – det tværsektorielle patientforløb er en fælles opgave. To grupper mener, at sektoropdelingen helt bør ophæves, mens en anden gruppe peger på, at opgaven måske kan løses ved at etablere tværgående specialteams – måske endda visuelle specialteams, der understøtter det tværsektorielle patientforløb. Desuden peger en gruppe på, at alle skal have lige og nem adgang til specialister for også den vej at forsøge at undgå unødige indlæggelser. Dialog er centralt.

Bilag

Bilag 1: Tværsektorielle aktører og deres roller

De mest centrale aktører, der indgår i tværsektoriel kommunikation er listet i alfabetisk rækkefølge og suppleret med en kort forklarende tekst om deres funktion og rolle.

Assisterende områdeleder er en funktion i Horsens Kommune, der dækker over ansvar for en personalegruppe samt ansvar for hjælpemidler blandt andet i forbindelse med udskrivelser.

Geriatrisk team er et tværfagligt udadgående team af sygeplejersker, læger og terapeuter på Hospitalsenheden Horsens, hvis primære formål er at støtte op om geriatriske patienters forløb med henblik på at forkorte og helst helt undgå indlæggelser. De støtter både op om den geriatriske patient ved indlæggelse på hospitalet og i hjemmet som en ambulans udadgående funktion.

Hjemmeplejer er ansat i kommunen, kommer i borgerens hjem og hjælper blandt andet med praktiske gøremål og personlig hygiejne. Pt. har hjemmeplejeren oftest ikke direkte tværsektoriel kommunikation, men bidrager blandt andet med indhold til aftalebogen.

Hjemmesygeplejerske er ansvarlig for medicin for borger-patienter, der har behov for dette i eget hjem. Sygeplejersken på hospitalet tager ofte kontakt til hjemmesygeplejersken i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Hun modtager udelukkende telefoniske informationer om borger-patienten ved udskrivelse udover, at hun oftest får adgang til sygeplejerapport og medicinliste i borger-patientens hjem efter udskrivelse.

Hospitalslæge har det faglige ansvar for borger-patientens undersøgelses- og behandlingsforløb under indlæggelse og blandt andet ansvarlig for justering af medicin samt opdatering af fornyet medicinliste. Desuden skal hospitalslæge sende epikrise og medicinliste til praktiserende læge i forbindelse med udskrivelse.

Hospitalssygeplejerske er ansvarlig for pleje under indlæggelse på hospitalet, herunder indhentning af informationer fra blandt andet kommune, pårørende og andre i forbindelse med indlæggelse, varsling af udskrivelse og evt. afgivelse af information til relevant personale i kommunen i den forbindelse. Desuden skriver hun en sygeplejerapport og samler en medicinliste ud fra hospitalslægens medicinliste. Dette udskrives og borger-patienten får det med hjem.

Hospitalsterapeut kobles på hospitalsforløb, hvor der er behov for funktionsvurdering og genoptræning. Terapeuten står for evt. indhentning af oplysninger omkring hjælpemidler og for kommunikation med kommunen omkring evt. nye hjælpemidler, genoptræningsplan mm.

Kommunal terapeut kobles på borger-patientforløb med behov for genoptræning efter en indlæggelse. Har behov for genoptræningsplan fra hospitalet og indhenter selv information om operation og undersøgelser efter behov.

Praktiserende læge er oftest en gennemgående person i borger-patient forløbet, når borger-patienten er hjemme. Praktiserende læge er ofte henvisende læge i forbindelse med indlæggelser og ambulante undersøgelser og står ofte for opsamling efterfølgende. Er derfor afhængig af epikrise og opdateret medicinliste fra hospitalet hurtigt efter udskrivelse/kontrol. Er ansvarlig for medicinordinationer og er hjemmesygeplejerskens primære kontaktperson.

Udskrivningskoordinator er Horsens Kommunes person på hospitalet. Hun kommer på hospitalet hver formiddag og står for at afgive informationer til hospitalssygeplejersken under indlæggelsesforløbet samt planlægning af udskrivelse i samarbejde med hospitalspersonalet.

Visitor er hospitalets kontakt i Odder Kommune. Her kan hospitalet indhente oplysninger om borger-patient, bl.a. pleje og hjælpemiddelsituation. Desuden aftales og varsles udskrivelse til visitor.

Bilag 2: Informationssystemer og kommunikationsredskaber

Horsens Kommune

Informationssystemer:

- **CSC omsorg** – VITAE journal og VITAE hjælpemiddelmodul. Er kommunens journalsystem. Dokumentation og advis er samme system – advis ligger som "kommunikation", og man er nødt til at copy-paste f.eks. fra fokusområder under dokumentation og/eller notat fra journal og ind i advis.
- **KMD** – I KMD kan man se alle kommunens ydelser til borgeren – og systemet bruges i denne kontekst blandt andet i forbindelse med dokumentation af stationære hjælpemidler til borgeren.
- **PEM** – apotekernes medicin system. Ved nyt præparat ligger der besked i indbakke på borger, og det er hjemmesygeplejerskens opgave at flytte fra indbakke til eget journalsystem på borgeren og opdatere hendes medicinliste der. Hver gang borgeren henter/får leveret medicin kommer der også besked herom i indbakken, og hjemmesygeplejersken er nødt til at åbne og vurdere, om det drejer sig om ændringer eller ej.
- **EG Netforvaltning Sundhed** fra firmaet EG er et nyt system til at sende blanketter imellem læger og kommune f.eks. LÆ155. Firmaet bag systemet sørger for at rykke, hvis læger f.eks. overskrider frister for indsendelse.

Kommunikationsredskaber:

- **Telefoner** (stationære og mobiltelefoner)
- **Fax**
- **PDA** – Er til rådighed for hjemmepleje og hjemmesygepleje, og medarbejderne kan i princippet se det samme som på en skærm på kontoret, men den anvendes kun i begrænset omfang, idet den falder ud og er langsom og har for lille en skærm. Bruges som telefon.
- **Aftalebog** - Er et ringbind, der kan indeholde fx døgnrytme, medicinskema, forflytningsbeskrivelse, træning, liste over aktuelle hjælpemiddel bevillinger. Men er langt fra altid ajourført.
- **Papir** - udprint af bla. plejeplan, medicinliste mm.
- **Breve** (snail mail)
- **Personlige møder**
- **Edifact** – elektronisk ekstern korrespondance (via VITAE journal, CSC omsorg) - MedCom basismeddelelser kommer automatisk ved indlæggelser og udskrivelser og elektronisk korrespondance benyttes fra/til apoteker. Genoptræningsplaner ved udskrivelser kommer som korrespondancer.
- **Advis** – elektronisk intern korrespondance (via omsorgssystem)
- **Elektronisk kommunikation** til/fra praktiserende læger er i en opstartsfasen: korrespondance og direkte genbestilling af medicin fra medicinmodul i VITAE

Odder Kommune

Informationssystemer:

- **Ramböl Care omsorgsjournal** (nu KMD Care) – er kommunens journal, dokumentations- og mail system. Intern korrespondance foregår her. Beskeder (edifacts) til og fra hospital og praktiserende læger sendes og

modtages her. De tjekkes og klippes ind i et dokument i borgerens journal og behandles her. Ved edifact om indlæggelse, pilles borgeren automatisk af hjemmesygeplejens køreliste. Hjemmesygeplejersken kan også bestille medicin ved apoteket via praktiserende læge. Man kan tilvælge, om indhold skal deles med interne kolleger uden at copy-paste.

- [KMD](#)
- [PEM](#)
- [EG Netforvaltning Sundhed](#)

Kommunikationsredskaber:

- [Telefoner](#) (stationære og mobile)
- [PDA](#)
- [Breve](#) (snail mail)
- [Edifacts](#) – elektronisk ekstern korrespondance (via omsorgssystem)
- [Advis](#) – elektronisk intern korrespondance (via omsorgssystem)
- [Personlige møder](#) - udskrivnings/målsamtaler (i begrænset omfang)
- [Aftalebog](#) (udfases)
- [Papir](#) - f.eks. udprint af plejeplan, medicinliste mm.

Hospitalsenheden Horsens

Informationssystemer:

- [Det patientadministrative system GS](#) (det grønne system)
- [Elektronisk patientjournal EPJ](#)
- [Cetrea Emergency, Surgery og Patient Ward](#)
- [Labka](#) – Laboratoriets system
- [Røntgen system: PACS og Web1000](#)
- [BookPlan](#), hvor bl.a. dagsprogrammer er opført, og som også kommunikerer med Webbooking, hvor patienterne selv kan booke deres egne tider.
- [Elektroniske indberetninger](#) til en lang række forskellige systemer, dels nogle databaser - herunder Danbio, Geriatri database og forskellige andre databaser, herunder knyttet til NIP (Det Nationale Indikatorprojekt).
- [E-dok](#) – Regionalt system til instrukser og retningslinjer
- [Fælles medicinkort FMK](#) - Fælles Medicinkort er en central database hos Lægemiddelstyrelsen, som indeholder oplysninger om alle danske borgers medicinkøb igennem de seneste to år samt en opdateret liste over borgerens aktuelle lægemiddelordinationer.

Kommunikationsredskaber:

- [Telefoner](#) (stationære og mobile, oftest håndholdte)
- [Personlige samtaler](#)
- [Fax](#)
- [Papirudskrifter](#) (sygeplejerapport, medicinliste mm)
- [Breve](#) (snail mail)
- [SMS](#) til intern kommunikation og til kommunikation med patienter
- [Tværfaglige konferencer](#)
- [Internet](#)
- [Videokonferencer](#) (stadig i begrænset omfang)
- Kommunikation med praktiserende læger via [praksis.dk](#)

- Edifacts

Praktiserende læger

Informationssystemer:

- **Praksislægesystem** – har mulighed for elektronisk kommunikation med hospital og kommune – kan f.eks. sende henvisninger til hospitalet elektronisk og ligeledes modtage epikriser fra hospitalet elektronisk.
- **Praksis.dk**

Kommunikationsredskaber:

- Telefon
- Mail
- Breve
- Personlige møder
- Papirudskrifter
- Fax
- Edifact