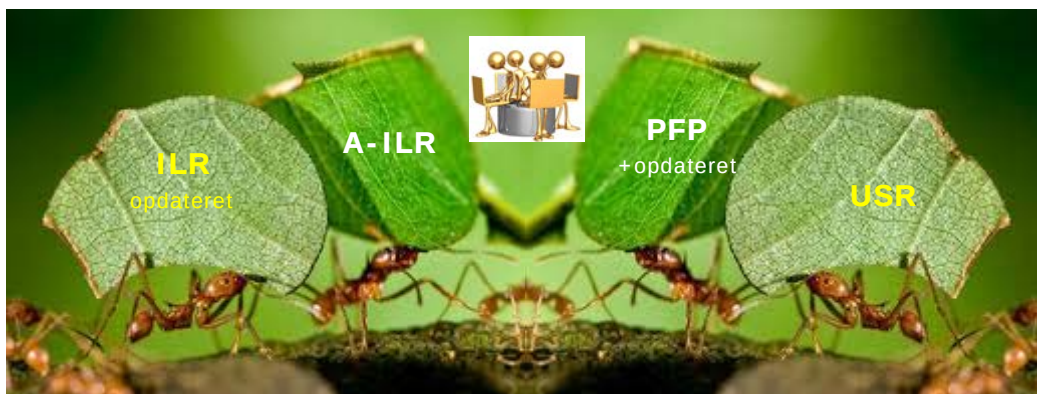


TITEL

Sundhedsinformatik i et design- og / eller implementeringsperspektiv

UNDERTITEL

Hjemmepleje – sygehus standardernes betydning for den sundhedsfaglige kommunikation



FORFATTERE:	Ulla Skotte Frostholt & Pia Vibeke Wisbøl
HOLD:	SI 2011
UDDANNELSESLEVEL:	2. årgang
OPGAVE:	Masterprojekt
UDDANNELSE:	Master i sundhedsinformatik (60 ECTS) Master of Information Technology in Health Informatics
INSTITUTION:	Efter- og videreuddannelse, Aalborg Universitet
VEJLEDER:	Gunilla Svensmark
DATO FOR AFLEVERING:	06.06.2013

1 Forord

Vi – forfatterne af dette masterprojekt - er studerende på 2. årgang ved Aalborg Universitet, Master i Sundhedsinformatik (Master in Information Technology in Health Informatics). Vi har gennemført projektet og skrevet rapporten i perioden september 2012 - juni 2013.

Vi har begge en sundhedsfaglig uddannelse som sygeplejerske og mere end 25 års erfaring fra sundhedssektoren, de sidste 15 år med fokus på IT. Vi arbejder til dagligt med projektledelse, udvikling, drift og anvendelse af et kommunalt EOJ-system.

Projektets overordnede emne er Sundhedsinformatik i et design- og/eller implementeringsperspektiv. Vores projekt handler om implementeringen af nye standarder til elektroniske kommunikation mellem sygehuse og kommuner i forbindelse med indlæggelsesforløb. Vi har valgt emnet, da det er et aktuelt emne, der matcher vores hverdag perfekt, og resultaterne kan bidrage til aktuelle arbejdsopgaver for os begge.

Vi vil finde ud af, hvordan implementeringen af standarderne er gået, og om formålet med processen er nået. Vi har begrænset vores undersøgelser til Herlev Kommune, Gentofte Hospital og Herlev Hospital. Undersøgelserne består af et udtræk af empiriske data, to spørgeskemaundersøgelser og 14 interviews.

Vi håber, at rapporten kan anvendes i en kommende evaluering af implementeringsprojektet. Der er inden rapporten er færdigskrevet, interesse for vores resultater.

Vi vil gerne takke MedCom for at stille deres ekspertviden til rådighed i opstarten af vores projekt og alle de kolleger i Region Hovedstaden både på sygehus og kommunesiden, der velvilligt har svaret på vores spørgsmål, fundet spørgeskemadeltagere og interviewpersoner, medvirket i interviews og stillet deres tid og viden til rådighed.

Afslutningsvis vil vi gerne takke vores vejleder, Gunilla Svensmark, for inspiration og kompetent faglig vejledning i forløbet.

Ulla Skotte Frostholm

Pia Vibeke Wisbøl

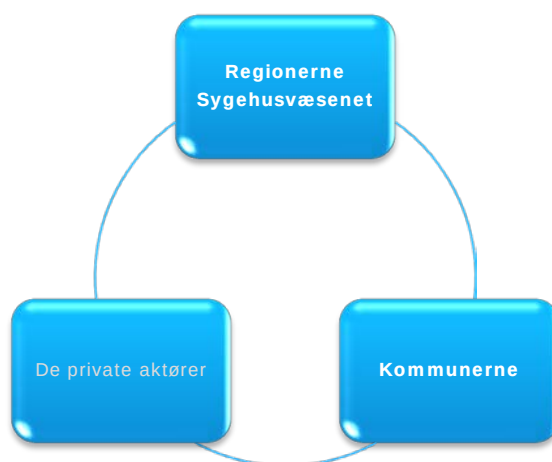
2 Indholdsfortegnelse

1	Forord	2
3	Baggrund for projektet	5
3.1	Rammerne for kommunikation	5
3.1.1	De nationale rammer	5
3.1.2	De regionale og kommunale rammer	6
3.2	Kommunikation og systemer	6
3.2.1	Kommunikationen fra kommune til sygehus	7
3.2.2	Kommunikation fra sygehus til kommune	8
3.2.3	Kommunikationens kompleksitet	8
3.3	Empiri på området	9
3.4	Standarderne	10
3.4.1	Formålet med standarderne	11
3.4.2	Det standardiserede kommunikations flow	12
4	Problemfelt	13
4.1	Beskrivelse af problemfelt	13
4.2	Litteratursøgning	16
4.3	Problemformulering	17
4.4	Afgrænsning af projektet	17
5	Teoretisk referenceramme	18
5.1	SCOT - Social Construction of Technology	24
5.1.1	SCOT som teori	25
5.1.2	SCOT som teori i dette projekt	26
6	Undersøgelsesdesign	27
6.1	Etnografi	27
6.2	Casestudiet	28
7	Metodevalg	30
7.1	SCOT som metode	30
7.1.1	SCOT som metode i dette projekt	31
7.2	Dataindsamlingsmetoder	32
7.2.1	Empiri	32
7.2.2	Metodetriangulering	33
7.2.2.1	Fokusgruppeinterview	33
7.2.2.2	Forundersøgelse	34

7.2.2.3	Kvantitative undersøgelser	34
7.2.2.4	Kvalitative undersøgelser	35
8	Undersøgelses resultater og delanalyser	39
8.1	Den empiriske forundersøgelse.....	39
8.2	Spørgeskemaundersøgelsen.....	44
8.2.1	Spørgeskemaundersøgelsen i forhold til undersøgelsesspørgsmålene.	46
8.2.2	Delanalyse for spørgeskemaundersøgelsen	62
8.3	Resultatet af den kvalitative undersøgelse	63
8.3.1	Interviews med kommunale deltagere	63
8.3.1.1	Delanalyse for det kommunale område	72
8.3.2	Interviews med deltagere fra sygehusene	73
8.3.2.1	Delanalyse for sygehusområdet	81
9	Diskussion	82
10	Konklusion.....	90
11	Metodekritik.....	97
11.1	Metodekritik.....	97
11.2	Dataindsamling	98
12	Perspektivering	100
13	Referencer	104
14	Figuroversigt.....	106
15	Bilag	107

3 Baggrund for projektet

Det danske sundhedsvæsen består overordnet - og let forenklet - af 3 sektorer. Fælles for parterne er, at de alle er tilbud til danske borgere i forbindelse med sundhed og forebyggelse og derfor indgår i et naturligt samarbejde. Parterne udveksler store mængder af information på mange forskellige måder. Den elektroniske kommunikation udgør en stadigt stigende del af denne samlede kommunikation. I dette projekt tages udgangspunkt i den elektroniske kommunikation mellem kommune og sygehus.



Figur 1 - Illustration af den elektroniske kommunikation mellem de 3 sektorer (egen).

3.1 Rammerne for kommunikation

3.1.1 De nationale rammer

Den elektroniske sundhedskommunikation er overordnet underlagt den danske lovgivning, og National Sundheds-it (NSI)¹ er som statslig myndighed det styrende organ.

Sundhedsloven(1) blev i 2007 udvidet med et krav til regioner og kommuner om at udarbejde en ny form for samarbejdsaftaler, Sundhedsaftalerne. Aftalerne indeholder bl.a. rammerne omkring udvidelse og drift af sundhedskommunikationen.

¹ NSI: National Sundheds-it er en sektor under Statens Serum Institut. NSI skal sikre koordinering af it-understøttelsen af sundhedsområdet samt varetage drift og udvikling af sundheds-it systemerne.

NSI (2) har udarbejdet en it-strategi. I strategien er NSI's funktion som øverst ansvarlig for kommunikationen på det nationale plan beskrevet. NSI arbejder for tiden bl.a. på det Nationale Patient Indeks (NPI)², som på sigt skal skabe en infrastruktur, der muliggør søgning efter sundhedsrelaterede digitale informationer på tværs af systemer og sektorer. NPI vil derfor på sigt få stor indflydelse på den elektroniske kommunikation på området.

3.1.2 De regionale og kommunale rammer

De 5 danske regioner har stiftet Regionernes Sundheds-it (RSI), som er forpligtet til at sikre, at der ved udgangen af 2013 kun er et elektronisk patient journal (EPJ) pr. region. Desuden har RSI udarbejdet regionernes fælles it-strategi(3), som er en del af de regionale rammer for blandt andet den elektroniske kommunikation.

Regionerne og kommunerne har sideløbende udarbejdet en digitaliseringsstrategi, som både understøtter og understøttes af den nationale strategi, men som også stiller krav til den interne digitale udvikling.

På det kommunale område har Kommunernes Landsforening (KL) udarbejdet Den Fælleskommunale Digitaliseringsstrategi 2011-2015 (4), der sætter rammerne for det kommunale virkefelt, herunder kommunikationen med regioner og private aktører.

3.2 Kommunikation og systemer

En stor del af kommunikationen i sundhedsvæsenet foregår fortsat ad traditionelle kanaler som telefon, fax, brev og konferencer. Ideen bag de ovennævnte strategier er at disse kommunikationsformer helt eller delvist erstattes med elektroniske kommunikationsformer som udveksling af meddelelser, videokonferencer, elektroniske henvisninger og deling af sundhedsdata. Den elektroniske kommunikation foregår via Sundhedsdatanettet (SDN)(5), som er et separat og sikret kommunikationsnet, der kun anvendes af sundhedsvæsenet.

² NPI: Nationale Patientindeks er en service, der skal gøre det muligt, at søge efter sundhedsrelaterede digitale information på tværs af systemer, regioner og sektorer.

SDN er udviklet af MedCom, som er:

"et offentligt finansieret, non profit samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor."(6).

Formålet med netværket er, at alle sundhedssektorens parter skal have deres kommunikationsbehov opfyldt via én og samme netværks-forbindelse. SDN har siden 2003 stået til rådighed for hele sundhedssektoren med stadigt nye muligheder for sundhedskommunikation. Et eksempel på anvendelsen af SND er den fællesoffentlige sundhedsportal, sundhed.dk, der benytter SDN som forbindelse til grundsystemerne i sundhedssektoren.

For at kunne sende og modtage elektroniske meddelelser skal alle danske myndigheder være tilsluttet VANS³-netværk. Der er 5 VANS-netværk i Danmark.

Denne netværkskommunikation foregår ved hjælp af en række standarder (7), som ligeledes er udviklet af MedCom, og som desuden er godkendt af NSI.

I perioden 2010-2011 arbejdede MedCom i samarbejde med regionale og kommunale repræsentanter på udvikling, test og pilotimplementering af standarder til hjemmepleje-sygehus kommunikation. Hensigten med standarderne var ifølge MedCom (8) at sikre, at vigtige oplysninger i forbindelse med borgernes indlæggelser ikke går tabt i overgangen mellem primær og sekundær sundhedssektor. Man forventer, at det vil blive mere håndterbart at overholde diverse sundheds- samarbejds- og kommunikationsaftaler, og at arbejdet med de sammenhængende patientforløb vil blive tydeligere.

3.2.1 Kommunikationen fra kommune til sygehus

Standarderne og de standardiserede løsninger kan kun anvendes i forbindelse med et it-system, der kan håndtere dem, det vil sige afsende og modtage dem. Alle landets kommuner har i dag et elektronisk omsorgssystem (EOJ), som typisk fungerer som journal og planlægningsværktøj i forhold i ældre- og sundhedsområderne. Disse systemer håndterer den elektroniske kommunikation ved at fungere som en slags postkasse eller mailboks.

³ VANS: Valued Added Network Service/System er et kommunikationsnetværk, der kan kaldes et elektronisk postvæsen.

Der er i dag kun tre leverandører af EOJ-systemer, KMD, CSC og Avaleo. Leverandørerne er ansvarlige for at følge lovændringer og aftalesystemer, således at kommunerne er i stand til at leve op til de krav, der stilles til dem.

De tre EOJ-systemer, andre kommunale fagsystemer samt flere blanketløsninger og lignende løsninger er i spil i kommunernes andel i kommunikationen mellem sygehuse og kommuner. Denne kommunikation kan lyde enkel, men er i virkeligheden ret kompleks.

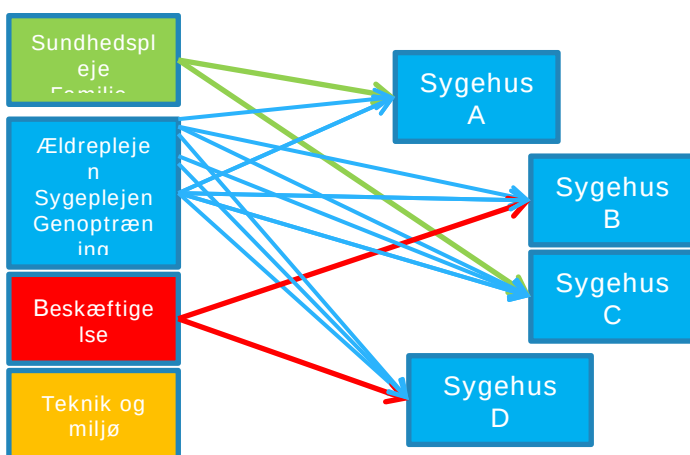
3.2.2 Kommunikation fra sygehus til kommune

På landsplan er det som nævnt besluttet, at der fremover maksimalt må være et EPJ-system pr. region. I praksis findes der i maj 2013 7 EPJ-systemer i de 5 regioner. Region Sjælland er nået i mål, Region Hovedstaden, Nordjylland og Midtjylland er stærkt på vej og Region Syddanmark er i gang med at revidere deres plan.

På Sygehusene tages elektronisk kommunikation i første omgang i brug på alle somatiske sengeafdelinger. Der pågår i foråret 2013 en udredning af muligheden for også at inddrage det psykiatriske område. Sygehusafdelingerne har forskellige it-systemer, der ligesom på det kommunale område skal spille sammen for at få den elektroniske kommunikation til at fungere optimalt.

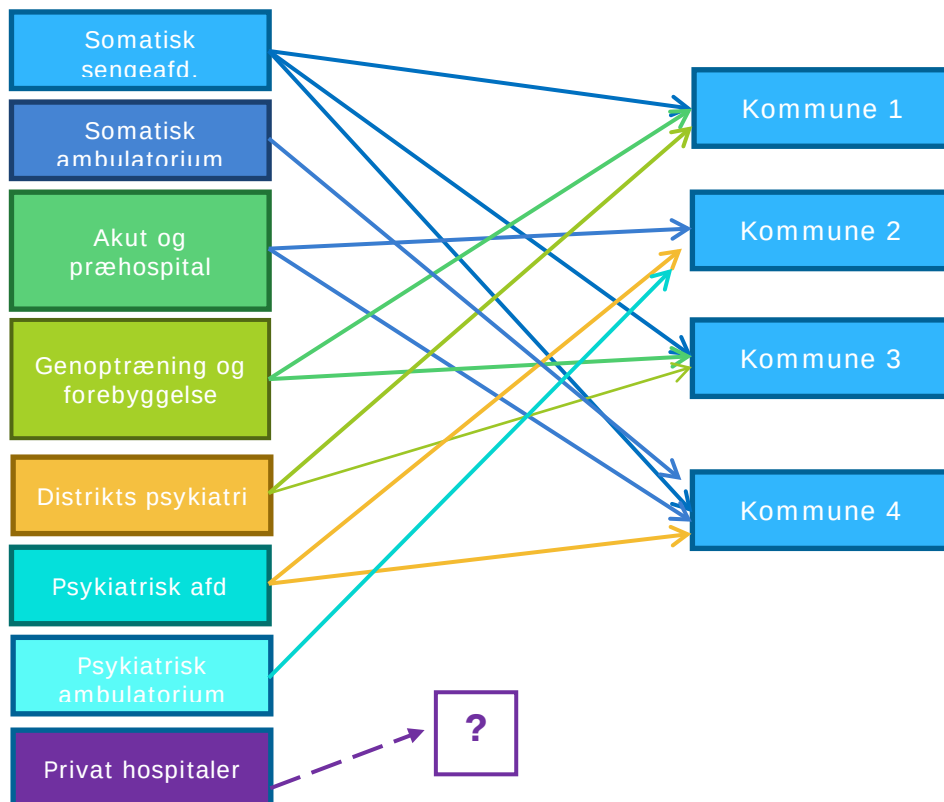
3.2.3 Kommunikationens kompleksitet

Et eksempel på en illustration af den kommunikation, der går fra kommune til forskellige sygehuse i egen og andre regioner, kunne med udgangspunkt i indsatsområderne i Den Fælleskommunale Digitaliseringsstrategi se således ud:



Figur 2 – Kommunikations eksempel fra kommune til sygehus (egen)

Vender man dette billede om, så kommunikationen går fra det enkelte sygehus til adskillige kommuner fra egen eller andre regioner, er kommunikationen mindst lige så kompleks, som det kan ses i figur 3.



Figur 3 - Kommunikations eksempel fra kommune til sygehus (egen)

Der er uendeligt mange kommunikationsformer i dette komplekse netværk mellem kommuner og sygehuse, standardiserede og ikke standardiserede, elektroniske og ikke elektroniske.

3.3 Empiri på området

Som nævnt indledningsvis har vi en del empirisk viden på området. Vi har begge deltaget i forskellige arbejdsgrupper omkring udvikling og implementering af hjemmepleje – sygehus standarderne hos MedCom, hos vores fælles EOJ-leverandør (KMD), i samarbejdet mellem region og kommune omkring implementeringsplaner, og endelig har vi været ansvarlige for såvel den tekniske, som den organisatoriske implementering i egen kommune.

Under design og udvikling af standarderne, var det en national udfordring at beslutte, hvilke standarder der var behov for, hvilket minimumsdatasæt standarderne skulle indeholde, hvordan felterne skulle navngives og hvilke felter,

der skulle være mandatory at udfylde i kommunikationen mellem sygehus og kommune.

Da MedCom havde den tekniske løsning klar, altså selve standarden, var næste skridt at få EOJ- og EPJ-systemleverandørerne til at udvikle snitflader til håndtering af kommunikationen og funktioner til visning af standarderne i systemerne. Vi deltog sammen med repræsentanter fra andre kommuner i udviklingen af løsningen i KMD Care. Vores opgave var at beskrive, hvilke data, der skulle hentes automatisk fra EOJ-systemet til den enkelte standard, hvorfra data skulle hentes, og hvilke data der skulle indskrives manuelt i den enkelte standard. I processen var der meget fokus på brugeroplevelse og den organisatoriske, kulturelle og semantiske udfordring, det ville blive at indføre nye arbejdsgange i kommunikation mellem to sektorer i sundhedsvæsenet.

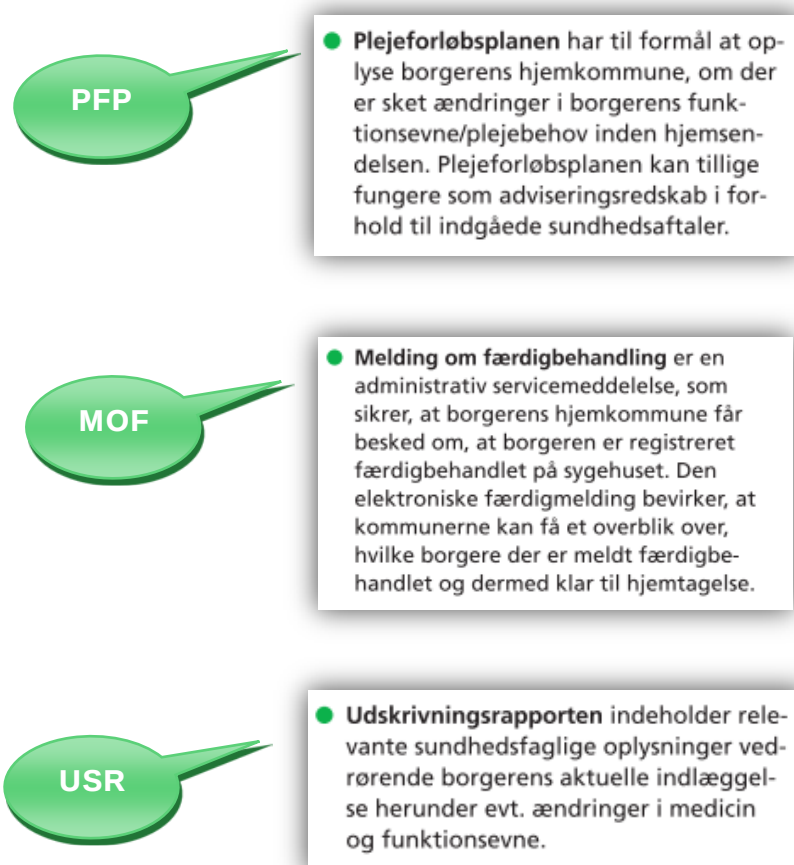
Efter udvikling og den foreløbige implementering af standarderne, bliver der i forskellige sammenhænge fulgt op på det store projekt, og fra møder i diverse arbejdsgrupper ved vi, at personale, som modtager oplysninger giver udtryk for at opleve udfordringer i forhold til at forstå og fortolke betydningen af de data, der modtages om borgeren/patienten. For nogle har dette formindsket antallet af telefonsamtaler og for andre har det skabt et øget behov for telefonisk kontakt.

3.4 Standarderne

Betegnelsen hjemmepleje-sygehus standarder dækker over fire kommunikationsstandarder. I de tre af standarderne er der specielt fokus på et centralt sundhedsfagligt redskab til beskrivelse og scoring af borgerens funktionsevne. Her er en kort beskrivelse af de fire standarder(8) samt deres forkortelser:



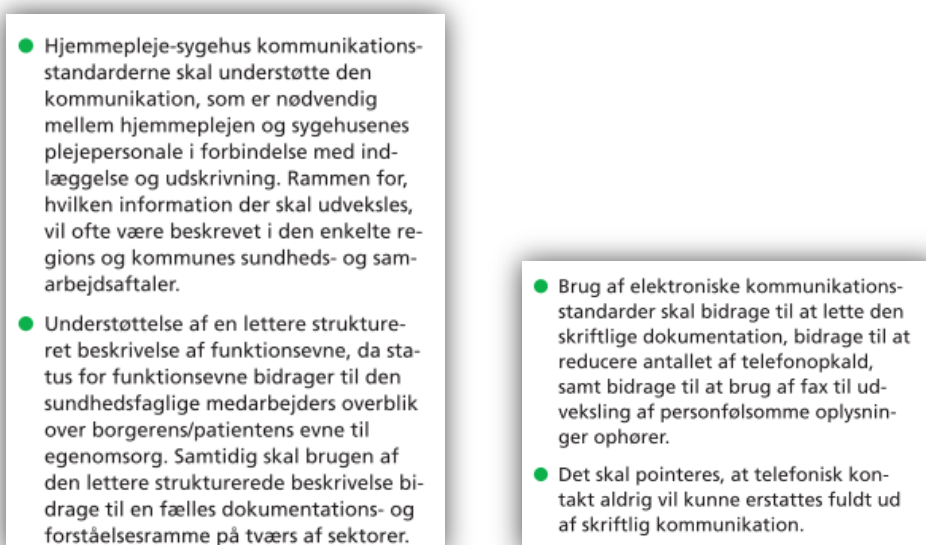
- **Indlæggelsesrapporten** er en kort beskrivelse af borgerens helbredstilstand umiddelbart inden indlæggelsen. Den første rapport fra kommunen sendes automatisk på baggrund af indlæggelsesadvis fra sygehuset, men da den ikke kan indeholde alle relevante oplysninger, kan der være behov for efterfølgende at sende en mere opdateret version med yderligere relevante oplysninger, eksempelvis ændringer i borgerens funktionsevne.



Figur 4 – Fra Guide for hjemmepleje – sygehus standarder (MedCom)

3.4.1 Formålet med standarderne

Formålet med standarderne er beskrevet af MedCom i Guide for hjemmepleje-sygehus standarder(8).



Figur 5 - Fra Guide for hjemmepleje – sygehus standarder (MedCom)

Formålet er opdelt i tre hovedområder. Anvendelse af standarderne skal bidrage til understøttelse af kommunikationen, bidrage til overblik og lette dokumentationen.

3.4.2 Det standardiserede kommunikations flow

Kommunikationen påbegyndes, når en borger bliver indlagt, ved at sygehuset afsender et indlæggelsesadvis (I-ADV). Indlæggelsesadviset genereres automatisk, når borgeren registreres i sygehusets patientsystem. Adviset indeholder udelukkende oplysninger om, hvilket sygehus og hvilken afdeling, borgeren er indlagt på. Er borgeren kendt i det kommunale EOJ-system, fremsendes en automatisk indlæggelsesrapport (A-ILR) herfra. Kommunen kan derefter supplere med oplysninger i en manuelt opdateret indlæggelsesrapport.

Indlæggelsesrapporten indeholder en række basale data og oplysninger om borgeren, dennes pårørende og kontakter i kommunen. Der er desuden oplysninger om hjælpemidler, medicin og de ydelser, borgeren modtager fra forskellige faggrupper i kommunen. Og sidst men ikke mindst indeholder den en funktionsevnevurdering.

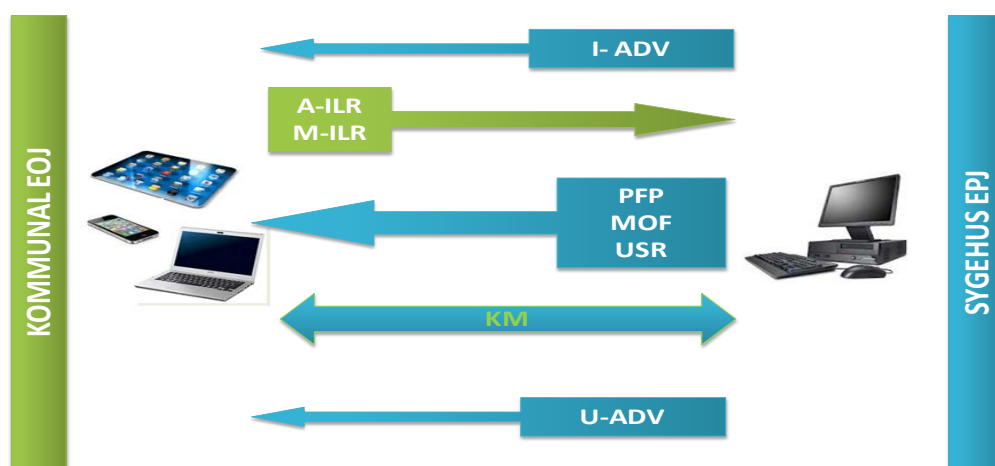
Den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport (M-ILR) supplerer med aktuelle oplysninger om borgerens helbredstilstand og årsagen til indlæggelsen.

Sygehuset fremsender en eller flere plejeforløbsplaner (PFP) afhængig af de aftaler, der er indgået om kommunikation i de enkelte Regioner. Plejeforløbsplanen indeholder oplysninger om planlagte undersøgelser og behandlinger, funktionsevne og forventet færdigbehandlings- og også forventet udskrivningsdato. Det kan her også tilkendes, om sygehuset skønner, at det bliver aktuelt med en udskrivningskonference for at sikre opfølgning på indlæggelsen.

Bliver borgeren lægeligt færdigbehandlet, før kommunen er klar til at modtage borgeren, fremsendes en melding om færdigbehandling (MOF), og alle forløb afsluttes med afsendelse af en udskrivningsrapport (USR) og et udskrivningsadvis (U-ADV). Udskrivningsrapporten indeholder i store træk det samme som indlæggelsesrapporten. Dog er her også information om de aftaler, der er indgået med borgeren om forhold som mad og medicin/recepter.

Undervejs i forløbet kan standarderne suppleres med korrespondance-meddelelser. Korrespondancemeddelelsen er ikke en del af de fire standarder. Den er en ældre, men meget anvendt standard, og den tænkes at skulle supplere de nye standarder. Den er dog endnu ikke implementeret i hjemmepleje-sygehuskommunikationen overalt endnu.

I nedenstående figur er flowet mellem kommunens EOJ-system og sygehusets EPJ-system visualiseret, uden hensyntagen til de kommunikationsaftaler der kan være lavet på området.



Figur 6 – Flow mellem EOJ- og EPJ-systemerne (egen)

4 Problemfelt

4.1 Beskrivelse af problemfelt

Med baggrund i denne proces og de udfordringer, den har bragt med sig, har vi valgt at fokusere på resultatet af implementeringen af hjemmepleje - sygehus standarderne(8), som er delvist gennemført i hele Danmark, og som forventes gennemført med udgangen af 2013. Standarderne skal dække den elektroniske kommunikation mellem kommune og sygehus på det område, der benævnes hjemmepleje, men som i virkeligheden er dækkende for såvel kommunens myndighedsfunktion, hjemmepleje, hjemmesygepleje, plejecentre, midlertidige døgnpladser, hjælpemidler som genoptræning.

Standarderne kommer til at spille en væsentlig rolle i kommunikationen i forbindelse med indlæggelsesforløb af borgere, der er kendt i kommunens EOJ system eller borgere, der grundet en ændring i funktionsevnen under en indlæggelse får behov for kommunale ydelser ved udskrivelsen.

Der har ikke været en egentlig national plan for implementeringen, men MedCom og KL gennemførte medio august 2012 en række informationsmøder (9) rundt i landet, hvor de præsenterede erfaringer fra pilotprojekter, satte fokus på omfanget af arbejdsopgaven i forbindelse med implementering af standarderne samt gav forslag til, hvordan en implementeringsplan kunne se ud. På Kommunernes Landsforenings hjemmeside (9) blev følgende fremhævet;

"De syv vigtigste budskaber"

1. *Organisering skal især sikre ledernes opbakning*
2. *Hvem skal opdatere funktionsevne skemaet?*
3. *Få styr på roller og arbejdsgange?*
4. *Skab et godt samarbejde med sygehuset*
5. *Testen tager længere tid end I regner med*
6. *Klæd superbrugerne på til undervisningsopgaven*
7. *Følg op: Kan alle bruge standarderne?"*

"Kom godt i gang med hjemmepleje sygehus kommunikation"

Er et inspirationsmateriale til dig, som skal til at implementere MedComs kommune-sygehus standarder. Målgruppen er projektlederen. Kernen i materialet er en projektplan, som illustrerer, hvilke trin, man skal igennem fra start til slut. Men det er også en række videoklip med de vigtigste budskaber fra personer, som har deltaget i pilotafprøvningen af standarderne. Det er derfor vigtigt både at læse materialet og se de korte interviews, hvis du vil bruge materialet rigtigt."

I praksis er det således den enkelte region med tilhørende kommuner, der har tilrettelagt ibrugtagningen af hjemmepleje – sygehus standarder.

Status på implementering ultimo april 2013:

Region	Implementering planlagt	Implementering i gang	I drift
Hovedstaden			X
Sjælland			X
Syd		X	
Midt	X		
Nord			X

Figur 7 – Status i de 5 regioner (egen)

Det er interessant at se på antallet af standarder, der sendes mellem parterne via VANS-nettet. Tallene i nedenstående tabel kan udelukkende benyttes til at se, om der er en forholdsmæssig udvikling i antallet af meddelelser over tid. Det er nemlig ikke muligt at se f.eks. hvor mange indlæggelser, det drejer sig om, idet indlæggelsesadviset også fremsendes når en borger flytter afdeling eller sygehus. Indlæggelsesrapporten sendes hver gang, kommunen modtager et indlæggelsesadvis. Det vil sige, at der fremsendes flere automatiske

indlæggelsesadviser på samme indlæggelse, når der er tale om overflytninger. Derud over sender kommunen tillige manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter.

Det samme gør sig gældende for plejeforløbsplanen, som sygehuset, afhængig af forløbets varighed og/eller borgerens ændrede funktionsevne, kan sende fra 0–∞ gange pr. borger. Udskrivningsrapporten burde afsendes, når en borger udskrives, men også her er - at dømme ud fra tallene - varianter.

Ifølge statistikkerne fra MedCom (10) er der en udvikling i antallet af forsendelser, de ser således ud:

Region	December 2012				April 2013			
	I-ADV	ILR	PFP	USR	I-ADV	ILR	PFP	USR
Hovedstaden	43.556	7.877	4.540	1.725	44.522	10.941	8.437	3.023
Sjælland	18.428	2.661	579	283	19.517	3.901	2.698	1.288
Syd	28.853	103	2	0	31.568	404	8	1
Midt Jylland	26.063	0	0	0	26.972	577	0	0
Nord Jylland	13.760	5.066	2.954	1.240	14.254	5.000	3.666	1.335
<i>Hele landet</i>	<i>130.660</i>	<i>15.707</i>	<i>8.075</i>	<i>3.248</i>	<i>136.833</i>	<i>20.823</i>	<i>14.809</i>	<i>5.647</i>

Figur 8 – Fra MedCom Statistik December 2012

Denne omfangsrige forløbsunderstøttelse skal være med til at sikre borgeren/patienten den bedste behandling og pleje i et sammenhængende forløb, hvor de sundhedsfaglige aktører spiller sammen mod et fælles mål for borgeren/patienten (1)

Der er lagt mange ressourcer i implementeringen af standarderne på landsplan. Hvis implementeringen ikke, mod forventning, viser sig at leve op til det overordnede formål, kan både kommuner og regioner komme til at stå med store problemer. Det vil i så fald blive nødvendigt at gennemføre en ny proces for at etablere en anden sikring af den forløbsunderstøttende kommunikation - eller retur til den gamle kommunikationsform.

Skulle det blive resultatet, vil det få en massiv betydning for alle de mange sundhedspersoner, der har gennemført implementeringen og i så fald skal igennem et nyt forløb. Bakka og Fivelsdal (11) citerer Peter Kragh Jespersen i deres bog om organisationsteori i kapitlet om forandring, omstilling og fornyelse:

"Professioner er faggrupper med bestemte kendetegn:....2. Stærk faglig identifikation med de professionelle normer.....6. Serviceorientering. Den bedste løsning for klienten...." (11)(s.339).

De professionelle i denne sammenhæng vil have svært ved at føle tryghed omkring deres rolle i borgerens/patientens forløb, hvis ikke de er sikre på, at kommunikationen og kvaliteten er i orden. En fejlslagen implementering vil også af den grund være meget svær at samle op på.

Problemerne, hvis der altså bliver problemer, vil allerede kunne opleves undervejs i implementeringsprocessen men især, når alle parter inden for en region er i drift, og arbejdsgangene ikke bliver som planlagt i implementeringsprojektet.

Der er ikke lavet officielle evalueringer af hjemmepleje – sygehus standarderne eller implementeringen af dem, og der er i skrivende stund heller ikke nationale Planer for dette.

I mail af 21-01-2013 fra MedCom (Bilag1) fremgår følgende;

"Vi har ikke udarbejdet en specifik plan for evaluering, men indsamler løbende ændringsforslag mv., på det specifikke indhold og konstruktion af standarderne. Derudover sker evalueringen på møder i den nationale hjemmepleje-sygehus gruppe. Vi har drøftet især evaluering af funktionsevne og vil gerne i kontakt med fx regioners it-/kvalitetsenheder som foretager evalueringer eller fx uddannelses/forskningsenheder."

4.2 Litteratursøgning

Litteratursøgningen har i denne problemsammenhæng været en udfordring. Se eksempler på søgeresultater i (Bilag2). Implementeringen af standarderne er ikke tilendebragt, og der er derfor ingen, der endnu har foretaget en egentlig evaluering af processen eller målt på effekt i forbindelse med ibrugtagning af løsningen. Vi kan ikke finde eksempler på lignende implementeringsprojekter eller litteratur i hverken ind- eller udland og de kontaktpersoner, vi har i de forskellige organisationer, har ikke kunnet bidrage med viden i forhold til litteratur eller kendskab til andre danske eller udenlandske projekter. Tværtimod fortæller bl.a. MedCom og KMD, at udlandet er meget opmærksom på Danmarks initiativer på dette felt.

Parterne bag visioner og udvikling af projektet har ikke udarbejdet en businesscase på økonomiske og kvalitative gevinster ved implementeringen. Der

er dog udarbejdet en beskrivelse af gevinstpotentialer ved udbredelse af hjemmepleje-sygehus-kommunikation (12), som både indeholder økonomiske og kvalitative gevinster.

Lige nu er der ingen, der kan give svar på om standarderne opfylder deres formål. Vi vil derfor forsøge at skabe et billede af status på implementeringen i foråret 2013 i en lille niche af dette store projekt ved at tage udgangspunkt i følgende problemformulering.

4.3 Problemformulering

Hvilken betydning har indførelsen af elektroniske hjemmepleje – sygehus standarder på den sundhedsfaglige kommunikation i forbindelse med indlæggelsesforløb?

Undersøgelsesspørgsmål:

- Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?
- Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?
- Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?
- Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?
- Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser?

4.4 Afgrænsning af projektet

Vores projekt er ikke en landsdækkende evaluering af implementeringen af hjemmepleje – sygehus standarderne, men en mindre undersøgelse af, hvad det betyder for den sundhedsfaglige kommunikation at den er blevet elektronisk ved anvendelse af hjemmepleje – sygehus standarder.

Vi har fravalgt at omtale standarden Melding om færdigbehandling, idet det er en rent administrativ og temmelig sjældent anvendt standard. Den fungerer udelukkende som en melding til kommunen om overtagelse af betaling for

patientens ophold på sygehuset, når kommunen ikke kan hjemtage den færdigbehandlede patient. Standarden er ikke rettet mod patientens faglige forløb.

Vi har begrænset projektet i den kvantitative forundersøgelse, ved kun at se på at Herlev Kommunes kommunikation med relevante sygehuse i Region Hovedstaden. I den anden del af den kvantitative undersøgelse har vi medtaget alle kommuner og sygehuse i Region Hovedstaden, for igen at begrænse os til Herlev Kommune, Herlev Hospital og Gentofte Hospital i den kvalitative del af undersøgelsen.

Fokus er på den oplevede kvalitet af informationerne i standarderne samt forståelighed og anvendelighed i relation til planlægning og koordinering af indlæggelsesforløb for borgerne.

Vi undersøger ikke alle felterne i standarderne, men har valgt at koncentrere os om de felter, der indeholder flest sundhedsfaglige oplysninger og derfor må antages at have størst betydning for forløbene.

I flere regioner anvendes udveksling af medicinoplysningerne ikke af tekniske årsager. Medicinoplysninger betragtes derfor indtil videre kun som vejledende. Den nuværende løsning på medicinområdet vil inden for en overskuelig tid angiveligt blive erstattet af Fælles Medicin Kort (FMK) (13).

5 Teoretisk referenceramme

Vi vil undersøge, hvilken betydning implementeringen af hjemmepleje-sygehus standarderne har i forhold til kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning, altså samarbejdsfeltet mellem sygehus og kommune omkring borgerens indlæggelse. Vi ser denne kommunikation som et netværk, der binder det sundhedsfaglige personales indsats i forhold til borgeren sammen gennem kommunikation. Den elektroniske kommunikation kræver selvsagt, at en række tekniske løsninger fungerer. Resultatet af kommunikationen skal være vidensdeling og kvalitetsløft i den pleje, omsorg og behandling, der ydes borgeren i begge sektorer.

Som beskrevet tidligere, vil vi ikke arbejde med den direkte tekniske funktion og dermed heller ikke evaluere på de tekniske udfordringer i implementeringsforløbet. Vi vil i stedet undersøge en række forskellige aspekter i kommunikationen for at finde frem til, om standarderne lever op til deres formål. Undersøgelserne vil tage udgangspunkt i den oplevede tekniske funktionalitet i forhold til funktion af både netværk og standarder. De vigtigste aspekter vil dog være undersøgelser på det organisatoriske plan i forhold til arbejdsgange og på det indholdsmæssige plan, hvor vidensdeling og kvalitetsforbedringer vil være i fokus.

Vi mener at bevæge os i det sociotekniske felt. Her betragtes arbejdspraksis som et netværk af bl.a. mennesker, værktøjer, organisatoriske rutiner og dokumenter, og teknologisk fornyelse finder sted gennem en fortløbende tilpasningsproces, hvor både teknologi og brugerens arbejdspraksis forandres gennem gensidig og vedvarende påvirkning (14)(s.89).

Samarbejdet omkring borgerens indlæggelsesforløb er en af de gennemgående organisatoriske rutiner i det store heterogene netværk, sundhedsvæsenet. I både primær og sekundær sundhedstjeneste fornyes teknologien løbende og konstant, og anvendelsen af teknologien og dermed også brugernes arbejdspraksis ændres i en gensidig påvirkning.

Ifølge den sociotekniske teori, er der en stadig og vedvarende påvirkning mellem teknologi og aktører/organisation. Denne vedvarende påvirkning er uendelig og stopper først, når teknologien på et tidspunkt udskiftes eller udfases. Det sociale aspekt og teknologien kan således ikke holdes adskilt.

Vores problemfelt passer godt ind i denne teoretiske ramme, idet vi betragter udviklingen og ibrugtagningen af standarderne som en iterativ proces –

The never ending story. Den elektroniske kommunikationsudvikling i sundhedsvæsenet er ikke afsluttet, når disse 4 standarder er implementeret og i drift over hele landet. Der blev i udviklingen af standarderne taget afsæt i den eksisterende kommunikation og de anvendte teknologier for at sikre, at alle ikke akutte behov kunne dækkes af den elektroniske kommunikation. Allerede inden den sidste region og de sidste kommuner er i drift, er næste generation af

standarderne på vej til systemleverandørerne og senere til brugerne med rettelser og tilpasninger, som er identificeret af brugerne ud fra deres behov.

Den sociotekniske tilgang blev i starten anvendt i design til at understrege det vigtige i at lytte til brugernes behov og have fokus på deres jobtilfredshed og kompetenceudvikling. Nu drejer den sociotekniske tilgang i følge Marc Berg (14)(s.89) * sig om at sikre, at det bruger-orienterede perspektiv suppleres med en dybdegående indsigt i den arbejdspraksis, hvor teknologien skal anvendes, og indtænkes i design og implementering. Han påpeger, at dette især er vigtigt i organisationer i sundhedsvæsenet, der er centreret om fagprofessionelles arbejde. En hver mulig fordel, it kan tilføre sundhedsarbejde skal realiseres på det konkrete plan, hvor interaktionen af værktøjerne finder sted. Derfor bør enhver udvikling eller evalueringsprocessen starte her.

Berg og Jespersen er altså enige i, at når der arbejdes med teknologi og forandringer i forhold til fagprofessionelle, kræves der en særlig opmærksomhed.

Den sociotekniske tilgang i sundhedssektoren kan karakteriseres ved tre vigtige pointer:

- Sundhedstiltag skal ses som heterogene netværk bestående af en lang række elementer, der er tæt relateret til hinanden. Det betyder, at hvis et nyt element introduceres eller et eksisterende fjernes, vil det skabe dønninger i hele netværket.
- Sundhedstiltag har en pragmatisk, flydende karakter. Organisationen er kompleks og uforudsigelig og sundhedsvæsenet er karakteriseret ved en udbredt uddelegering af beslutningskompetencer.
- Den sociotekniske tilgang lægger vægt på, at det er vigtigt at have en dyb empirisk indsigt i den arbejdspraksis, som teknologien skal anvendes i.

Netop derfor passer den sociotekniske tilgang så godt til vores undersøgelse. Indlæggelsesforløb er ofte komplekse og uforudsigelige, og faglig viden og kommunikation skal forbinde indsatsen i forhold til borgeren/patienten før, under og efter indlæggelsen sammen. Denne kommunikation vil fremover overvejende være af elektronisk karakter.

Enrico Coiera beskriver også den sociotekniske tilgang i forhold til sundheds-it systemer. Hans fokus er ligeledes på brugernes indflydelse på den teknologiske udvikling. Den sociotekniske tilgang⁽¹⁵⁾ forsøger at forstå, hvordan menneskelige fænomener på det sociale niveau bidrager til resultaterne af tekniske systemer. Han overvejer, om sundheds-it systemer⁽¹⁵⁾(s.98) passer så godt til sociotekniske analyser, netop fordi de er så afhængige af komplekse menneskelige strukturer.

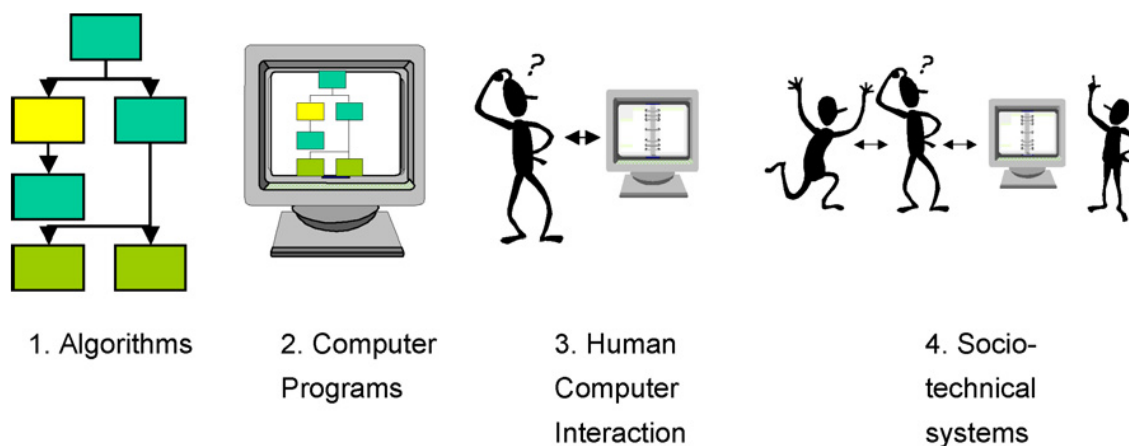
Coiera beskriver, at STS (Socio Technical Systems) analyser kan være med til at forklare, hvorfor umiddelbart gode systemdesign ender med at slå fejl eller blive forkastet af deres brugere.

Analyseresultaterne viser, at den sociotekniske tilgang skal bruges til mere end blot at kunne analysere og forstå, hvorfor it-systemer implementeres med så ringe succes. Der skal udvikles et formelt sprog, der gør os i stand til at anvende den viden og indsigt, vi har i arbejdets sociotekniske natur. Sproget skal kunne anvendes i krav- og designspecifikationer i forhold til udvikling af nye it-systemer.

Sproget skal kunne beskrive sociale processer og hændelser, men også tekniske systemers opførsel samt teknikkens sammenhæng med design. Sproget skal også kunne beskrive, hvordan processer og hændelser koordineres med teknik og design. Coiera begrebsliggør sproget via en simpel opbygning af fire niveauer, der er indlejret i hinanden. Indlejringen betyder, at ændring i et underliggende niveau vil påvirke funktionen i niveauet over, og en ændring i et øvre niveau, vil være afhængig af, hvorledes opbygningen af det underliggende niveau er.

Første niveau i systemdesignet er algoritmen. En algoritme er en utvetydig og abstrakt beskrivelse af, hvordan et specifikt problem kan løses. Det er oftest en trin-for-trin-instruktion eller et flowdiagram.

Andet niveau er computerprogrammet, som er den databehandlede udgave af algoritmen, omsætter algoritmen til computersprog gennem forskellige programmer.



Figur 9 – Fra Coiera Fire niveauer i informationssystemdesign, (15)

Human-computer interaction (HCI) handler om undersøgelse, planlægning og design af samspillet mellem mennesker og computere. HCI betragtes som et krydsfelt mellem datalogien, adfærdsmæssige videnskaber, design og andre fagområder. Mennesket og teknologien undersøges sammen, og der skabes viden på både den tekniske side og i forhold til de menneskelige faktorer.

Ved at bruge den kognitive HCI-teori kan vi finde ud af, hvordan mennesker arbejder, og hvordan brugernes behov kan omdannes til interaktionsdesign. Herved beskrives, hvordan menneske og computer arbejder sammen. HCI giver os en stram ramme til at forstå, hvordan mennesket bearbejder information, og hvordan vi trækker på ressourcer som hukommelse og opmærksomhed i interaktionen med computeren. Design og interaktion skal nås på niveau tre.

Sociotekniske systemanalyser fokuserer på interaktionen mellem mennesker og den indflydelse, menneske-menneske interaktionen har på interaktionen mellem menneske og teknologi. Menneskets evne og vilje til at afsætte kognitive ressourcer, som inddrages af HCI på niveau tre, bestemmes i høj grad af, hvem vi interagerer med på det sociale plan i øjeblikket. Niveau fire består altså i at beskrive interaktionen mellem mennesker og mellem menneske og computer.

Opmærksomheden på fagprofessionelle i det sociotekniske system ligger på niveau 2 og 3. Hvis man sikrer, at processen gennemarbejder alle niveauer, er det kun nødvendigt at beskrive niveau fire, idet rammerne fra de underliggende niveauer er nedarvet i niveauet over. Det, der skal beskrives, er den sociale dimension, STS lægger oveni HCI.

Sproget er altså en måde at se sociotekniske processer på. Den elektroniske kommunikation i sundhedsvæsenet startede som en kendt kommunikation, som kunne optegnes i et flowdiagram svarende til niveau et i Coieras sprog. På niveau to er kommunikationen blevet elektronisk i form af en række programmer og snitflader. På niveau tre lærer sundhedspersonalet at anvende teknologien og tilpasser sig nye arbejdsgange og anvendelser. Vi kommer ind på niveau fire og vil foretage en undersøgelse af både menneske-menneske interaktionen i kommunikationen og menneske-computer interaktionen.

Vi skal også være tekniske i vores tilgang til det sociotekniske systemdesign, skriver Coiera. Det er vigtigt, at kontekst, ressourcer og kampen om dem

(kontekst og ressourcer) også inddrages i designprocessen. Han nævner endvidere nogle designstrategier, der skal hjælpe os med at imødekomme en række uvisheder i STS-design. Designeren skal tage højde for svingende ressourcer og derfor sikre, at systemet kan fungere i både ressourcestærke og -svage perioder. Det skal kunne tilfredsstille gennemsnitsbrugeren, og som det vigtigste skal systemet kunne tilpasse sig ændringer i omgivelserne.

Det samme gælder i forhold til evaluering af systemer. STS-evalueringer er formet af kontekst og formål. Andre evalueringsformer ser på sammenhængen mellem opgave, menneske og teknologi for at finde forklaringen på, hvorfor nogle teknologier fungerer og andre fejler i en given ramme. Der skal tages højde for de sociotekniske formodninger om kontekst, der er implicit i det design, der skal evalueres.

Work-arounds opstår alle steder i forhold til alle systemer, og Coiera pointerer, at hvis vi evaluerer på alle disse work-arounds, kan vi få afdækket styrker og svagheder i det eksisterende system og de nærværende processer og dermed have mulighed for at inkludere dem i nye interventioner.

Coiera spørger:

"Could we use socio-technical constructs to understand the process of design from within the system, to design a system that more or less designs itself?" (15)(s.103).

Måske vil sundhedsinformatikere en dag ikke designe "interventioner", som indføres i et system, men samordne mekanismer, der fremstiller en uendelig mængde af selvstændige enheder med forskellige egenskaber. En dag kan vi

måske stoppe med at designe teknologi til mennesker og i stedet konstruere sociotekniske systemer, der designer sig selv.....

5.1 SCOT - Social Construction of Technology

Det sociotekniske perspektiv er et paraplybegreb, der dækker over en række teorier, som alle har fokus på at undersøge interaktionen mellem teknologi og dens aktører/organisation. Det handler bl.a. om SCOT (Social Construction of Technology), ANT (Aktør-netværksteorien) og teknologibærerteorien.

SCOT dukkede op som begreb i starten af 1980'erne (16). Trevor Pinch og Wiebe Bijker, havde begge erfaring fra kvalitative studier indenfor teknologiudvikling. De var enige om den betragtning, at videnskabsstudier tidligere havde været kendetegnet ved, at videnskab var adskilt fra teknologi.

De skrev en artikel i 1984, der havde til formål at vise,

"hvordan studier af videnskab og studier af teknologi kan bringes sammen under den samme begrebsmæssige ramme" (16)(s.44).

De formulerede begrebet SCOT.

Deres modstand gik på det tidligere syn på teknologi og sociale relationer, men også på den måde, teknologiske undersøgelser blev beskrevet, var et kritikpunkt. Et var, at teknologien betragtedes som autonom, og den generelle holdning var, at teknologien udvikledes uafhængigt af samfund og sociale relationer. Et andet var, at undersøgelsesmodellerne var lineære og tog udgangspunkt i, at teknologien indeholdt potentialer, der gradvist ville realiseres, indtil teknologien havde fundet sin endelige form. I SCOT-tilgangen er essensen, at det sociale påvirkes af teknologien og omvendt - de kan derfor ikke adskilles. Teknologiske undersøgelser vil vise, at udviklingen går i mange retninger, og at mange designs forkastes undervejs, indtil den endelige løsning findes. Udviklingen er derfor ikke lineær.

Pinch og Bijker tog endvidere afstand fra, at det kun er teknologiske succeser, der er interessante, idet de pointerer, at en teknologi ikke kan beskrives uden den sammenhæng, den indgår i. En fiasko kan være forårsaget af manglende sammenhæng mellem teknologi og kontekst, og det kan derfor være lige så lærerigt at undersøge fiaskoer som succeser.

Der er 3 overordnede begreber i SCOT-tilgangen til den teknologiske udvikling:

1. **Relevant social gruppe** - den gruppe mennesker, der gør teknologien til det, den er. En teknologi skal betragtes i forhold til bestemte aktør-grupper, der forholder sig forskelligt til teknologien.
2. **Fortolkningsfleksibiliteten** - findes, når grupperne tillægger det samme artefakt forskellig betydning og påvirker dets fysiske udformning på hver sin måde. I denne fortolkning indføres begrebet "kontrovers" som den udveksling, der foregår mellem de sociale grupper undervejs i udviklingen. Kontroverserne vil aftage, og teknologiens udvikling vil på et tidspunkt finde en stabil betydning og udformning. Det kalder Pinch og Bijker
3. **Den teknologiske lukning**. Processen er dog ikke mere lukket, end at flere sociale grupper fortsat er aktive omkring teknologien, og påvirkningerne vil fortsætte. Lukningen er derfor meget sjældent endelig.

Pinch og Bijker beskriver to strategier, der kan anvendes til at lukke en kontrovers og dermed afslutte udviklingen af teknologien. Den ene er en "retorisk lukning", der består i, at én gruppe overbeviser en anden om, at teknologien er enten god eller dårlig, og i den anden strategi redefineres problemet, og derigennem nås en anden løsning.

5.1.1 SCOT som teori

Bijker indførte senere begrebet "teknologisk ramme". Det indebar en uddybning af de eksisterende begreber og betød, at SCOT nu kunne betragtes som en teori om teknologiudvikling. Den teknologiske ramme kan indeholde en række elementer, som gives i forhold til den situation, der undersøges.

En social gruppe har en bestemt teknologisk ramme, som gruppen kan påvirke ved mødet med nye teknologier. En aktør kan være medlem af flere sociale grupper og kan dermed også anvende flere teknologiske rammer.

At anvende SCOT som teori indebærer ikke kun studier og undersøgelser, men også at samle den viden, man får via studierne i en "inventionsteori".

Det stiller, i følge Bijker, nogle krav til teorien. Undersøgelserne skal i udgangspunktet sikre at:

- både forandring og kontinuitet indfanges
- der kan foretages en analyse af teknologien i samspil med en social gruppe
- der kan foretages analyse i forhold til både struktur- og aktørniveau
- at der ikke tages udgangspunkt i, hvad der er socialt og hvad der er teknisk

Den teknologiske ramme er et begreb, der indfanger aktørernes forandrede handlinger, men også bevarer strukturens fastlåsende og dæmpende funktion. Rammen består af elementer som mål, problemløsningsstrategier, tavs viden og testprocedurer. Den teknologiske ramme både påvirker og styrer den sociale gruppe, der anvender rammen. Den teknologiske ramme leverer både forandringsperspektivet og samtidig et stabiliserende aspekt. Den spiller derfor en vigtig rolle i forhold til at sikre mål og krav for teorien.

5.1.2 SCOT som teori i dette projekt

Den sociotekniske tilgang passer til vores projekt, selv om vi ikke skal udvikle en teknologi, men evaluere ibrugtagningen af en. Her er tale om en teknologi, der er implementeret i forhold til en række aktørgrupper i forskellige organisatoriske enheder. Aktørgrupperne er i begge sektorer fagprofessionelle.

Den implementerede kommunikation er et heterogent netværk i et andet heterogent netværk, som er en kompleks og uforudsigelig organisation. En sådan implementering kræver et dybt empirisk kendskab til de mange arbejdspraksis, som kommunikationen er implementeret i.

Vi vil undersøge, hvordan implementeringen af standarderne har påvirket kommunikationen. Vi vil analysere og forsøge at forstå, hvordan de enkelte sociale grupper har tilpasset sig, og hvordan de anvender teknologien. De sociale grupper består alle af forskellige fagprofessionelle, der udgør grupper i grupperne. Vi vil derfor også se på, hvordan fortolkningsfleksibiliteten viser sig i de sociale grupperinger og i faggrupperingerne.

Den første teknologiske lukning blev i teorien passeret, da standarderne blev sat i drift. Denne lukning kan ikke betragtes som endelig, og vi vil undersøge, hvad den næste del af processen - og den, der kommer efter denne - vil indeholde.

Vi vil i undersøgelserne sikre, at vi får fokus på

- forandrede arbejdsgange og ændret organisering
- de uændrede tilstande
- hvordan de forskellige sociale grupper spiller sammen med teknologien, herunder også teknologien i sig selv
- work-arounds - eller alternativ anvendelse
- resultater på både aktør- og strukturniveau

Vi vil forsøge at afdække de teknologiske rammer for de relevante sociale grupper. I planlægning og udførelse vil vi fokusere på ikke at opsplitte undersøgelserne i et socialt og et teknisk perspektiv - begge vil være at finde i samme undersøgelse.

6 Undersøgellesdesign

Når vi bevæger os i det sociotekniske felt, er aktørerne i centrum, og vi har derfor valgt en hermeneutisk tilgang til projektet, hvor vores sigte er at forstå og fortolke de data, vi får til rådighed i dataindsamlingen blandt aktørerne.

Vi vil gennemføre vores projekt som et etnografisk casestudie, hvor vi vil anvende metodetriangulering. Vores valg af population er beskrevet i forbindelse med projektets afgrænsning.

6.1 Etnografi

Etnografi (17) er en kvalitativ beskrivende forskningsmetode med baggrund i antropologi og etnologi. Metodemæssigt benyttes overvejende feltarbejde og deltagerobservation. Etnografien er holistisk og minder om den sociotekniske tilgang, vi har valgt at arbejde med, ved at være baseret på det princip, at elementerne eller dele af samfundet ikke nødvendigvis kan forstås uafhængigt af hinanden.

Et etnografisk studie har fokus på bruger- eller forbrugeradfærd. I vores projektsammenhæng undersøges, hvordan målgruppen (de relevante sociale

grupper) møder produktet (de fire kommunikationsstandarter), og hvordan aktørernes udtalelser kan præge de enkelte grupper. Vi vil prøve at få et relativt filtreret indblik i, hvordan grupperne arbejder med den standardiserede kommunikation.

I det etnografiske studie fjerner man sig fra det tilrettelagte forløb og har i stedet fokus på det, der sker i virkeligheden. Det er således ikke selve implementeringsprojektet, vi vil evaluere, men om projektet har nået sit formål.

6.2 Casestudiet

Robert K. Yin skriver i indledningen til sin bog, Case Study Research, at det kan være svært at afgøre, om man skal anvende casestudier i sin forskning, men at en ledetråd kan være, at jo mere "hvordan" og "hvorfor", man kan lægge ind i sine spørgsmål, jo mere berettiget er casestudiet(18). De situationer, hvor casestudiet er relevant, kan afklares ved at lade følgende krav være opfyldt:

Et "hvordan" eller "hvorfor" spørgsmål stilles

- a. om et nutidigt sæt af hændelser
- b. som undersøgeren har lidt eller ingen kontrol over

Spørgsmålet "hvorfor" er ikke stillet i denne projektsammenhæng, men vi vil komme ind på det senere i projektet.

Til gengæld består vores undersøgelsesspørgsmål næsten udelukkende af "hvordan", og begge krav er således opfyldt. Casestudiet er altså et godt valg for os.

Casestudiet har en todelt definition (18)(s.18). Den første del er den overordnede afgrænsning:

Casestudiet er en empirisk undersøgelse, der

- a. undersøger et nutidigt fænomen i dybden og i dets virkelige kontekst, især når
- b. grænserne mellem fænomen og kontekst ikke er lysende klare

Det er netop et nutidigt fænomen, vi ønsker at studere - den elektroniske kommunikation. Vi vil undersøge resultaterne af implementeringsprojektet i den kontekst, anvendelsen sker. Og grænserne mellem teknologien, de sociale

grupper og deres teknologiske rammer er ikke klar, idet der er mange forskellige sociale grupper og deres teknologiske rammer i spil.

Den anden del af definitionen indeholder andre tekniske karakteristika - dataindsamlings- og analysestrategien - der er nødvendige for at undersøge fænomen og kontekst i de situationer, hvor de ikke klart kan skilles ad:

Casestudieundersøgelsen

- a) håndterer den teknisk særprægede situation, hvor der vil være mange flere interessante variable end datakilder
- b) er afhængig af flere dokumentationskilder, hvorfor data må samles på en triangulerende måde
- c) drager fordel af den forudgående udvikling af teoretiske udsagn til at guide dataindsamling og -analyse

I vores undersøgelse antager vi, at hver datakilde - hver deltager i vores spørgeskemaundersøgelse og interviews - kan bidrage med interessante data, vi ikke på forhånd har overvejet. Vi må anvende flere datakilder og også flere metoder for at sikre så mange data som muligt. Og vi forventer at kunne tage afsæt i vores empiri og andres viden på området i dataindsamling og analyse.

Der findes fire hovedtyper af casestudier:

	Videnskabelig tolkning har afsæt i empirisk viden og data	Videnskabelig tolkning har afsæt i teoretisk viden
Formål: at generere ny empirisk viden	Ateoretiske casestudier	Teorifortolkende casestudier
Formål: at generere ny teoretisk viden	Teorigenererende casestudier	Teoritestende casestudier

Figur 10 - Ide fra Rasmus Antoft

Vi vil forsøge at generere ny empirisk viden om anvendelsen af kommunikationsstandarden med afsæt i empirisk viden og de data, vi indsamler. Vores projekt vil være et ateoretisk casestudie(19)(s.34), hvor vi som udgangspunkt vil:

- hente elementer fra aktørernes virkelighed for at kunne fremstille og forklare data
- arbejde deskriptivt uden udgangspunkt i etablerede generaliseringer eller hypoteser

- afdække sociale systemer og processer gennem feltarbejde ud fra aktørernes subjektive oplevelser

Vores undersøgelse vil omfatte flere grupper i flere organisatoriske enheder og flere teknologiske rammer. Vi vil således gennemføre casestudiet som et multicasestudie.

7 Metodevalg

7.1 SCOT som metode

Peter Lauritsen har med udgangspunkt i Pinch og Bijkers værker samt inspiration fra EPOR⁴ beskrevet SCOT som metode(16)(s.50-50).

SCOT-perspektivet er ikke kun en teori, men indeholder også metodiske retningslinjer for, hvordan en undersøgelse kan gribes an. Det første trin, man skal gennemføre, når man anvender SCOT som undersøgelsesmetode, er at demonstrere teknologiens fortolkningsfleksibilitet. Udgangspunktet er, at teknologiske artefakter er kulturelt konstruerede og fortolkede, så set i lyset af flere kulturer i teknologiens anvendelsesområde, må man forvente en vis fortolkningsfleksibilitet. Der tænkes her både på, den måde, folk tænker på en teknologi og dermed også fortolker den, men også på, at der er fleksibilitet i den måde, hvorpå teknologien designes.

Når SCOT skal anvendes som metode, skal undersøgelserne vise, at en teknologi, der er taget i anvendelse og er i stabil drift, engang har været ustabil, fordi forskellige sociale grupper har konstrueret teknologien forskelligt. I undersøgelsen skal de relevante sociale grupper afdækkes og beskrives detaljeret med særligt fokus på de problemstillinger, den sociale gruppe oplever i forhold til teknologien.

Denne afdækning kan foregå "ved at rulle en snebold", hvilket vil sige, at forskeren interviewer et begrænset antal relevante aktører. Forskeren beder aktøren om navne på andre, der kunne være relevante for undersøgelsen. Når de forskellige aktører begynder at henvise til hinanden, må man formode, at alle relevante personer er blevet interviewet.

⁴ EPOR: Empirical Program of Relativism, Collins 1992

Næste trin indeholder en beskrivelse af teknologiens stabilisering - hvorvidt den stabiliseres eller ej. I teknologisk udvikling er der fokus på kontroverser, som den udveksling, der foregår mellem de sociale grupper undervejs i udviklingen. Kontroverser eksisterer også i implementering og drift. Kontroversen er her den udveksling, der sker internt i den sociale gruppe og mellem de sociale grupper. Her skal forskeren især have fokus på de strategier, deltagerne i de sociale grupper anvender, når en kontrovers om en teknologi skal lukkes. Stabilisering er knyttet til en bestemt social gruppe, hvilket betyder, at en teknologi kan stabiliseres i forhold til en gruppe, men fortsat kan være ustabil i forhold til en anden.

Sidste trin er en øvelse, hvor det teknologiske artefakts indhold skal relateres til det større sociopolitiske miljø. Det er tænkt med udgangspunkt i det faktum, at

"Det er åbenlyst, at en social gruppes socio-kulturelle og politiske situation former dens normer og værdier, som igen influerer på den mening, der gives til et artefakt" (16)(s.51).

Der findes dog ingen nærmere redegørelse for, hvordan sådan en relation udføres - selv om det er beskrevet som "åbenlyst".

7.1.1 SCOT som metode i dette projekt

Teknologien i dette projekt er den elektroniske kommunikation i form af tre ud af fire kommunikationsstandarder. Vi vil nøjes med at undersøge de første to trin i SCOT-metoden. Skulle der dukke et "åbenlyst" undersøgelsespotentialer omkring teknologien og dens indhold i forhold til det omgivende politiske og sociale miljø op, vil vi selvfølgelig inddrage dette i vores undersøgelse.

Vi havde planlagt at afdække "vores" sociale grupper ved hjælp af "sneboldmetoden", men vores tidsramme tillod det simpelthen ikke.

Vi har i stedet brugt flere vinkler for at få adgang til at interviewe personer, der i kraft af deres forskellighed forhåbentlig vil kunne hjælpe os til at identificere sociale grupper og give os indsigt i fortolkningsfleksibiliteten.

Efter en forundersøgelse, som har hjulpet og til at identificere interessepunkter, har vi for det første udsendt spørgeskemaer og bedt deltagerne om at angive deres stillingsbetegnelse og/eller funktion og tilkendegive deres oplevelse med teknologien - samt at kommentere den. Vi vil derigennem få et billede af de sociale gruppering, vi skal arbejde videre med. En stillingsbetegnelse er ikke

nødvendigtvis det samme som en deltagelse i en social gruppe, men i sundhedsvæsenets meget kendetegnende faglige opdeling er det et muligt udgangspunkt. Spørgeskemaerne er sendt ud til alle sygehuse og kommuner i Region Hovedstaden, hvilket har givet os et temmelig bredt resultat.

For det andet har vi søgt at få interviews med repræsentanter for de fagpersoner i kommunen, der ifølge den organisatoriske implementering har de vigtigste roller i forhold til borgernes indlæggelsesforløb og kommunikationen med sygehusene

For at gennemføre lignende interviews har vi bedt samordningskonsulenterne på de udvalgte sygehuse om hjælp til at finde deltagere til vores undersøgelser.

Efter en gennemgang af spørgeskemaundersøgelserne og transskription og meningskondensering af interviews har vi identificeret sociale grupper og beskrevet dem som gruppe og gruppens problemstillinger i forhold til teknologien.

Slutteligt har vi set på, om alle kontroverser er lukket, og teknologien dermed er stabiliseret. Er den ikke stabiliseret, vil vi se på de mulige årsager og på, hvad næste skridt i processen kan være og i den sammenhæng have fokus på, hvornår en gruppe accepterer teknologien som den er, og hvad der skal til, før de når til accepten.

7.2 Dataindsamlingsmetoder

7.2.1 Empiri

Da vi ikke har fundet litteratur, vi umiddelbart kan bruge i projektet vil dataindsamlingen være rent empirisk. Vi vil således ikke være i stand til at drage sammenligninger med andre lignende projekter og deres resultater i analysen.

Vi har begge et bredt netværk både regionalt og nationalt. I både Region Sjælland og Region Hovedstaden blev der oprindeligt nedsat it-følgegrupper til at it-understøtte sundhedsaftalerne og dermed også implementeringen af hjemmepleje-sygehusstandarderne. Disse arbejdsgrupper eksisterer stadig og følger den fortsatte implementering tæt. Vi sidder i hver sin arbejdsgruppe og har således kontaktfelter i hver sin region.

I et samarbejde mellem MedCom, kommunerne og EOJ-leverandørerne er der nu udarbejdet en version 1.2 af standarderne, den skal rette op på fejl og uhensigtsmæssigheder i version 1. I forhold til vores fælles leverandør er vi med i dette udviklingsarbejde. Vores kolleger i andre kommuner er, som os, enten i gang med implementering eller er gået i drift med standarderne. Vi mødes på tværs af kommuner fra alle regioner samt på nationalt plan og holder hinanden ajour med udviklingen. Vi vil løbende være i kontakt med alle disse ressourcepersoner og inddrage deres viden og erfaringer i projektet, hvor det skønnes aktuelt.

7.2.2 Metodetriangulering

Som tidligere nævnt vil vi gennemføre et multicasestudie i forhold til flere grupperinger og med anvendelse af flere metoder. Vi har derfor valgt en metodetriangulering. Metodetrianguleringen er en multimetodetilgang, der her kombinerer en kvantitativ og en kvalitativ tilgang til den valgte problematik. Ud over at skaffe forskellige typer af data til den videre forarbejdning i analysefasen er metodetrianguleringen med til at øge kvalitet og validitet af de indsamlede data, idet de forskellige undersøgelsesmetoder kan støtte og supplere hinanden(20).

7.2.2.1 Fokusgruppeinterview

Tanken var at indlede undersøgelserne med fokusgruppeinterviews på sygehusene og i kommunerne. Fokusgruppeinterviews er kendetegnede ved en ikke-styrende interviewstil, og hensigten med metoden er at få så mange forskellige synspunkter som muligt frem. Deltagerne skal ikke nå til enighed eller finde løsninger på de spørgsmål, de diskuterer.

Denne type interview er velegnede til eksplorative undersøgelser på nye områder (20)(s.170), fordi ordvekslingen kan bringe flere synspunkter frem, og metoden kan være velegnet til at skabe grundlag for den videre undersøgelse. Vi så derfor, at det kunne være det perfekte udgangspunkt for vores spørgeskemaundersøgelse.

Desværre kunne de sygehusafdelinger, vi fik kontakt til, ikke tilbyde at deltage i sådanne interviews. Der var ganske enkelt ikke tid til det. Vi valgte derfor at

gennemfører en forundersøgelse som udgangspunkt for den videre dataindsamling.

7.2.2.2 Forundersøgelse

Forundersøgelsen består i et empirisk dataudtræk af Herlev Kommunes elektroniske kommunikation med sygehusene i februar måned 2013. Kommunikationen er minutløst gennemgået med udgangspunkt i:

- Antal indlagte borgere
- Antallet af modtagne og afsendte standarder
- Indholdet i udvalgte felter på de modtagne standarder med fokus på funktionsvurdering og fritekstfelter

Indholdet bliver i første omgang vurderet i forhold til, om felterne i standarderne er udfyldt eller ej, om der er indsat score og skrevet bemærkninger i funktionsevnevurderingen, eller om ingen eller kun en af delene er udfyldt. Resultaterne af denne del danner grundlag for den efterfølgende kvantitative dataindsamling.

7.2.2.3 Kvantitative undersøgelser

Den kvantitative dataindsamling består af spørgeskemaundersøgelser, der har et dobbelt formål. For det første skal undersøgelserne give os svar på en række spørgsmål, som illustrerer anvendelsen af standarderne her og nu. For det andet skal svarene danne grundlag for de kvalitative undersøgelser.

Det er vigtigt i fremstilling af et spørgeskema at have fokus på anvendelighed, og det handler blandt andet om at formulere gode spørgsmål.

"Nogle mener, at arbejdet er kunst eller håndværk – andre at det bør være videnskab" (21)(s.26).

I forbindelse med udarbejdelse af vores spørgeskemaer (Bilag 4 & 6), har vi identificeret de styrende problemstillinger (21)(s.11) for at kunne gøre begreberne målbare og tydeliggøre det tema, som vi ønsker at belyse. Vi har udvalgt spørgsmålstyper, beskrevet målgruppen og valgt fremgangsmåde til indsamling af data.

Målgruppen er slutbrugere, der anvender hjemmepleje – sygehus standarder i deres daglige arbejde i kommuner eller på sygehuse i Region Hovedstaden. Det kan være sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller andet plejepersonale. I starten af spørgeskemaet har vi derfor indarbejdet nogle baggrundsspørgsmål omhandlende deltagernes faggruppe og funktion, hvor de arbejder, og om de er brugere af hjemmepleje-sygehus standarderne. Vi har fokuseret på de standarder som målgruppen **modtager** og lagt vægt på deltagernes egen vurdering/evaluering af standardernes indhold, forståelse og anvendelighed, altså subjektive holdningsspørgsmål.

I opbygningen af undersøgelsen har vi endvidere fokuseret på deltagernes forståelse af spørgsmål og svarkategorier, og vi har valgt at benytte en kombination af lukkede og åbne svarkategorier, for at kunne indsamle flest mulige data. Vi har også forsøgt at tage højde for deltagernes genkaldelse af informationer (21)(s.11).

Vi har anvendt et internetbaseret spørgeskema, som værktøj frem for en papirversion, da den elektroniske version er tidsbesparende, og det samtidig er en billig måde at nå ud til mange potentielle deltagere på. Programmet, vi anvender, er AskPeople (22) som er et gratis program.

Det kan være svært at finde mailadresser på alle i den ønskede målgruppe, og derfor har vi valgt at bruge de kommunale it-kontaktpersoner og samordningskonsulenterne på sygehusene som "postbud". Spørgeskemaerne blev testet af 6 personer inden udsendelse for at sikre, at spørgsmål og svarkategorier fungerede i praksis, og at teknikken virkede efter hensigten.

Slutteligt er det lettere at bearbejde data fra et elektronisk værktøj, da der ofte er indbygget uddata rapporter i denne type programmer.

7.2.2.4 Kvalitative undersøgelser

Forberedelse af den kvalitative undersøgelse, som i dette projekt er semistrukturerede interviews, er fortaget ud fra Steinar Kvaales (20) introduktion til interviewundersøgelser.

Vi har i planlægningen af de individuelle interviews taget udgangspunkt i Kvaales beskrivelse af de 7 faser (figur 11), der bør inddrages i interviewundersøgelser.

Vi har set generelt på faserne, og dernæst sat handlinger og indhold på hver enkelt fase.

Indholdet i de 7 faser:

Faser	Beskrivelse
1. Tematisering	Formulering af problemområde ud fra formålet med undersøgelsen. Hvorfor foretager vi undersøgelsen? Hvad vil vi undersøge? Spørgsmålene skal afklares, før vi beslutter hvordan undersøgelsen skal gennemføres.
2. Design	Undersøgelsens design planlægges, og de syv faser tages i betragtning. Hvad er det vi gerne vil opnå, og hvordan?
3. Interview	Interviewene gennemføres ud fra en guide. Guiden skal være ledende og fleksibel med refleksion i forhold til det, vi søger at finde.
4. Transskription	Interviewene skal efterfølgende klargøres ved transskription til brug for analysen.
5. Analyse	Interviewmaterialet afgør, hvordan data kan analyseres. Resultaterne præsenteres både skriftligt og billedligt.
6. Verifikation	Interviewresultaterne skal gennemgås for at fastslå validitet, reliabilitet og generaliserbarhed
7. Rapportering	Undersøgelsens resultater skal kommunikeres ud gennem udarbejdelse af projektbeskrivelse og analyse. Opmærksomhed på etiske aspekter og nå frem til et læsevenligt produkt.

Figur 11 - Indholdet i de 7 faser (egen)

Tematisering

Vores overordnede formål med undersøgelsen er at finde ud af, hvilken indflydelse implementeringen af den elektroniske kommunikation har på den tværsektorielle kommunikation i forbindelse med indlæggelsesforløb. Det forventer vi at få svar på ved at undersøge nogle konkrete temaer, og vi vil især gerne have svar på spørgsmålet om implementeringen af standarderne har levet op til formålet med implementeringen. 3 af temaerne i undersøgelsen er indeholdt i problemformuleringen. Det drejer om:

- Rettidighed
- Kvalitet i indhold
- Arbejdsgange og -processer

Vi har valgt at sætte et ekstra tema ind i vores undersøgelse:

- Den tekniske løsning

Vi har tidligere beskrevet, at vi ikke vil undersøge og analysere den tekniske del af implementeringsprojektet, men vi mener, at det er nødvendigt at se på, om den samlede tekniske løsning overhovedet fungerer, før det giver mening at spørge ind til standardernes anvendelighed. Temaerne vil være overordnet gennemgående i alle interviews.

Design

Undersøgelsen skal bibringe projektet viden om temaet. For at opnå denne viden afholdes interviews med et antal personer, der arbejder i forskellige afdelinger af de to typer af organisationer, som anvender kommunikationen.

Vi har planlagt interviewene under hensyntagen til de syv faser. Vi har anvendt to forskellige voicerecorder-apps⁵ på iPad til lydoptagelser. Vi har afprøvet funktionaliteten grundigt inden interviewrunden, og vi har sikret os ved at have to optagelser af hvert interview.

Interviewpersonerne er udvalgt i forhold til de organisatoriske enheder, der i spørgeskemaundersøgelsen blev afdækket som de vigtigste i Herlev Kommunes elektroniske kommunikation med sygehusene.

Interview

Interviewene blev udført umiddelbart efter spørgeskemaundersøgelsen og en kort gennemgang af resultaterne heraf. De 7 interviews af kommunale medarbejdere og 7 sygehusansatte blev udført ud fra to interviewguides, da vi har udarbejdet, en til sygehusinterviews og en til kommuneinterviews (Bilag 8 & 9)

I udarbejdelsen af guiden har vi taget hensyn til både en tematisk og en dynamisk dimension for henholdsvis at sikre indhold i forhold til de valgte temaer, men også at muliggøre en vis dynamik til et godt interviewsamspil.

⁵ QuickVoice og Transcription

De individuelle interviews er således foregået som samtaler. Der dukkede nye elementer og relationer op i stort set alle samtaler, hvilket betragtes som en berigelse af den viden, der tilføres projektet.

Vi har besluttet ikke at evaluere på den egentlige tekniske løsning, men teknikken indgår alligevel som ovenfor beskrevet i interviewguiden, idet vi vil undersøge, om der kan være tekniske årsager til, at standarderne ikke bliver anvendt efter hensigten.

Næsten alle kommunerne i Region Hovedstaden har indgået en kommunikationsaftale med regionen. Det er ved hvert interview blevet påpeget, at vores spørgsmål ikke er relateret til kommunikationsaftalen men til den reelle anvendelse af den elektroniske kommunikation.

Transskription

Transskriptionen er den første analytiske proces. Optageprogrammet, vi har valgt, kan ikke transskribere, så lydfilerne er transskriberet direkte. Transskriptionen er foretaget i formel stil, hvilket vil sige, at der ikke er beskrivelse af pauser, følelser eller gentagelser. Transskriptionen er endvidere enkel, da vi selv foretager meningskondensering.

Der er ved transskription kun anvendt følgende konventioner:

- (.) Et punktum i parentes angiver et lille "hul" mellem ytringer
- () Tomme parenteser angiver, at udskriveren ikke kan høre, hvad der bliver sagt.
- (()) Dobbeltparenteser angiver udskriverens beskrivelser snarere end transskriptioner.

Interviewer er enten PW eller UF, og interviewperson angives ligeledes ved initialer. Vi har en liste over, hvem det enkelte initial repræsenterer.

Vi har forsøgt at transskribere så præcist som muligt, og da vores tema lægger op til valget af den formelle stil, mener vi, at reliabiliteten er på plads.

Analyse

Interviewene skal give den ønskede viden til videre bearbejdelse. Andet trin i analysen er at meningskondensere og fortolke interviewene. Udsagnene blev lagt ind i naturlige meningsenheder, hvorefter disse enheder blev omformuleret i

forhold til det dominerende tema i interviewpersonens udsagn. Den omformulerede tekst består således kun af essensen af det sagte.

Til sidst blev essenserne af interviewene sammenskrevet, og resultatet blev holdt op imod undersøgelsens formål for at sikre sammenhæng mellem formål og resultat. Herfra blev udarbejdet et deskriptivt udsagn, der kan sammenstilles med og resultater af den kvantitative undersøgelse.

Se et eksempel på et transskriberet og kondenseret interview i (Bilag 8 & 9). Øvrige transskriptioner ligger på CD-Rom (Bilag A).

Verifikation

Ved verifikation fastslås validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheden af interviewresultaterne. Validiteten angiver, om interviewundersøgelsen undersøger det, den har til formål. Det har vi konstateret i analysefasen.

Reliabiliteten henviser til, hvor konsistente resultaterne er. Resultaterne er sammenhængende, idet der i alle resultater er indhold, der er genkendeligt fra andre resultater. Resultaterne er ikke ensartede, men kører alligevel i de samme spor, så vores resultater kan betragtes som pålidelige.

Hvis antallet af interviewpersoner er for lille, kan det være svært at generalisere. Vores interviewpersoner er deltagende i flere forskellige sociale grupper, der anvender forskellige teknologiske rammer. Nogle af dem, indgår i flere rammer. Vi har således fået et temmelig spredt billede af det, vi undersøger. Vi kan ikke sige, at resultaterne er generaliserbare, men de giver os et hint om, hvordan et resultat i en større undersøgelse ville se ud.

Rapportering

Undersøgelsens resultater vil fremgå sammen med delanalyser i det kommende afsnit.

8 Undersøgelses resultater og delanalyser

8.1 Den empiriske forundersøgelse

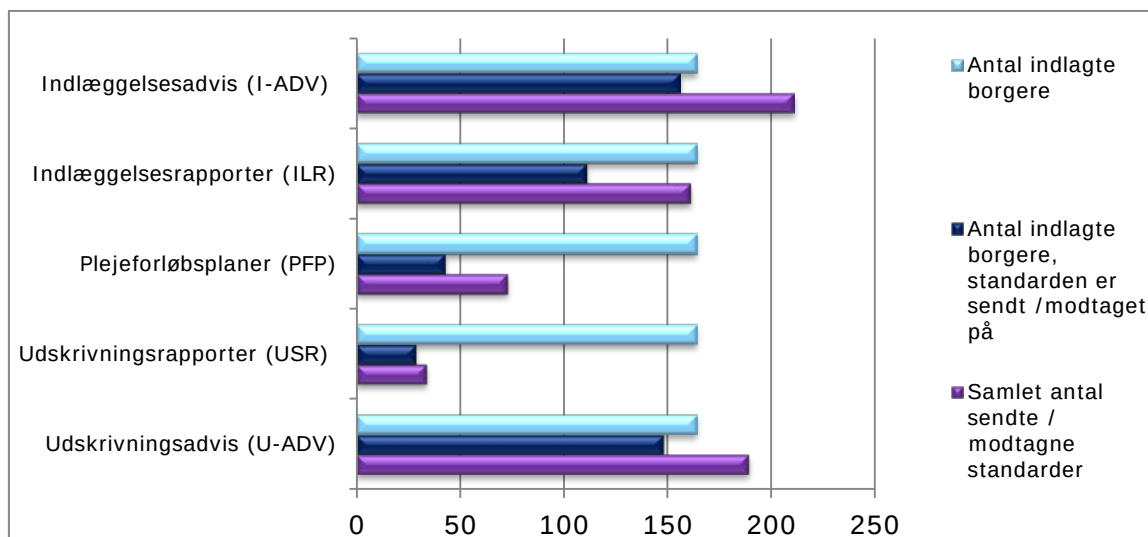
I den første del af den empiriske kvantitative undersøgelse har vi indsamlet data (Bilag 3) fra Herlev Kommunes elektroniske kommunikation med sygehusene i februar måned 2013. I perioden er der i alt 183 indlæggelser fordelt på 164 borgere, som er kendt i det kommunale EOJ-system. Forklaringen på differencen

mellem de to tal er, at den samme borger er indlagt flere gange i perioden, og at sygehusene registrerer, så det ser ud som om, at borgeren er udskrevet og indlagt igen i stedet for at være overflyttet i hospitalssystemerne.

Vi tager udgangspunkt i antal indlagte borgere og ser på, hvor mange af disse borgere, vi har modtaget/sendt de forskellige standarder på.

I Figuren ses fordelingen af standarderne. Antallet af plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter er relativt lille i forhold til antallet af indlagte borgere og indlæggelsesrapporter.

Antal indlagte borgere og modtagne / afsendte standards fordeling i forundersøgelsen:



Figur 12 – Standarder Herlev Kommune februar 2013 (Egen)

Der skal dog tages højde for, at flere af standarderne sendes flere gange, og at nogle standarder er mere automatiserede end andre. Derfor vil disse i teorien være bedre repræsenteret i antal end dem, der udfyldes manuelt.

Ved en gennemgang af alle afsendte og modtagne standarder i perioden har vi undersøgt, om udvalgte felter i standarderne var udfyldt eller ej.

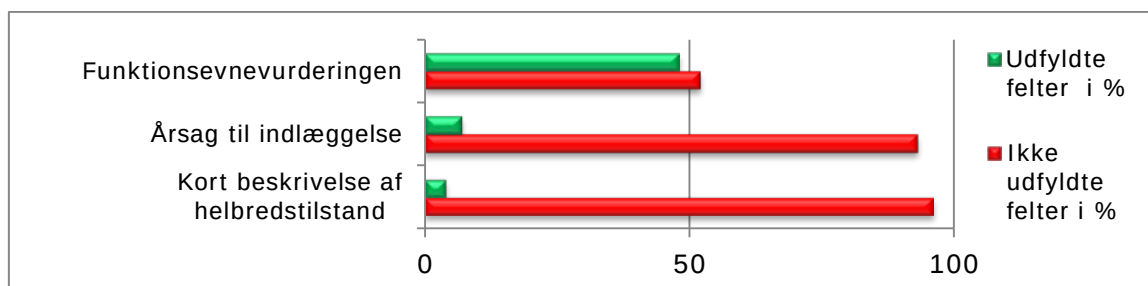
I indlæggelsesrapporten skal funktionsevnevurderingen, Årsag til indlæggelse og Beskrivelse af helbredstilstanden udfyldes. Funktionsevnevurderingen udfyldes automatisk, såfremt oplysningerne i EOJ-systemet er under et år gamle. Funktionsevnevurderingsfeltet har fået særligt fokus i standarderne, da den er en del af den kvalitetsmæssige monitorering, man ønsker i det danske sundhedsvæsen. Funktionsevnevurderingen skal i løbet af et indlæggelsesforløb

afspejle om borgeren bevarer sin funktionsevne, og om der er potentielle udviklingsmuligheder, der kan understøttes.

Årsag til indlæggelse skal give sygehuspersonalet information om, hvorfor borgeren er indlagt, og er altså en beskrivelse, hvad der er sket lige op til indlæggelsen. Det er dog kun muligt at udfylde feltet i de tilfælde, hvor kommunens personale er medvirkende ved indlæggelsen eller får orientering fra praktiserende læge eller pårørende. En undtagelse herfor er borgere, der bor i plejebolig.

Beskrivelse af helbredstilstand skal give et billede af borgerens aktuelle helbredstilstand og dermed skabe indblik i borgerens situation.

Indlæggelsesrapportens felter (ILR):

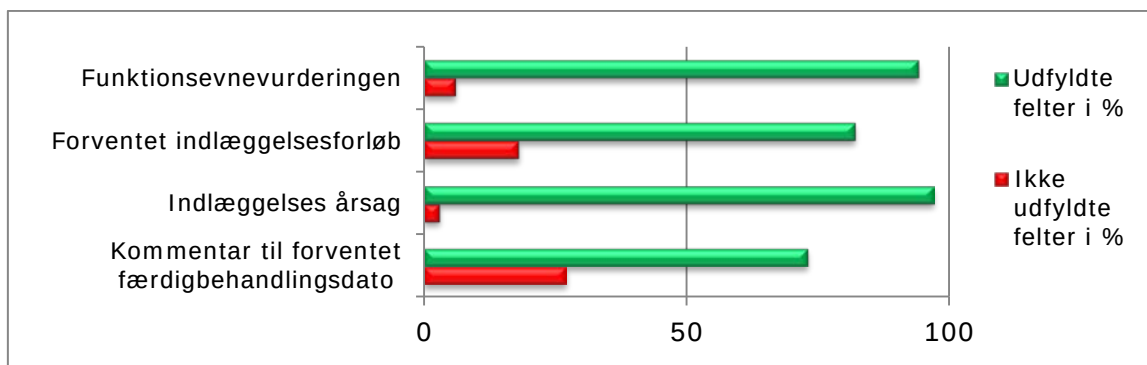


Figur 13 – Indlæggelsesrapport felter (Egen)

Funktionsevnevurderingen er oftere udfyldt end de øvrige felter. Den burde i praksis altid være udfyldt, da feltet er automatiseret. Når feltet ikke er udfyldt, er det, fordi kommunens oplysninger i EOJ-systemet ikke er udfyldt korrekt eller mangler opdatering.

Felterne Årsag til indlæggelse og Beskrivelse af helbredstilstand skal udfyldes manuelt i en manuelt opdateret indlæggelsesrapport.

I plejeforløbsplanen er det den samme type felter som i indlæggelsesrapporten. Eneste forskel er Kommentar til forventet færdigbehandlingsdato. Dette felt refererer til to datofelter, Aftalt udskrivesdato og Forventet færdigbehandlingsdato, og er beregnet til at give kommunen besked i forhold til, hvornår borgeren kommer hjem og skal modtage kommunale serviceydelser igen.

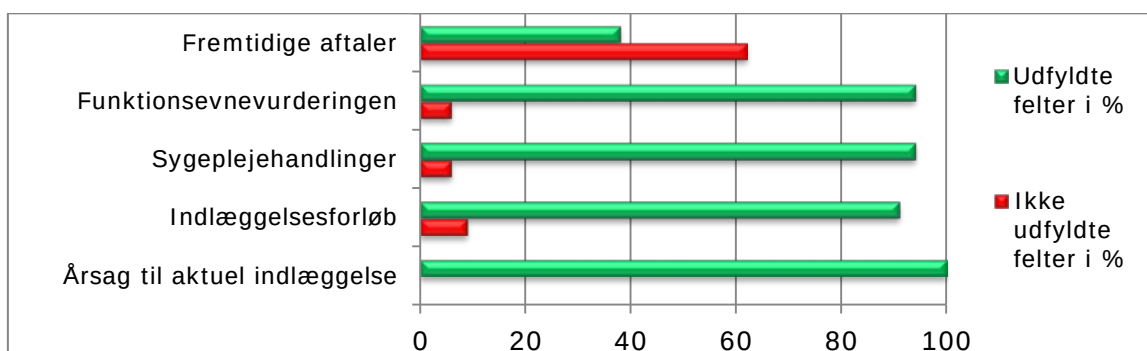
Plejeforløbsplanens felter (PFP):**Figur 14 – Plejeforløbsplan felter (Egen)**

I plejeforløbsplanen er der en væsentlig højere procentdel af felterne, der er udfyldt. Det kan forklares med at alle plejeforløbsplaner er manuelt udfyldt. Til gengæld viser antallet af modtagne plejeforløbsplaner (figur 12), at kommunen ikke modtager denne standard på alle relevante forløb. Samlet set modtager kommunen kun plejeforløbsplaner på ca. 25% af de indlagte borgere.

I udskrivningsrapporten er der tre nye felter: Fremtidige aftaler, Sygeplejehandlinger og Indlæggelsesforløb. Fremtidige aftaler er beregnet til at give borger og kommune besked om, f.eks. ambulante tider og aftaler om andre tiltag, som skal ske efter udskrivelsen.

Sygeplejehandlinger er ikke beskrevet nærmere i vejledningen(8). Der er givet et eksempel på sårskift, men feltet kan give mulighed for at skrive alt eller intet, afhængig af, hvordan den enkelte tolker overskriften.

I feltet Indlæggelsesforløb skrives et resume af, hvad der er sket under indlæggelsen, så kommunens personale kan følge op på dette.

Udskrivningsrapportens felter (USR):**Figur 15 – Udskrivningsrapport felter (egen)**

Som vi så det i figur 12, er antallet af modtagne udskrivningsrapporter endnu lavere end antallet af plejeforløbsplaner. Felterne i de modtagne udskrivningsrapporter er stort set udfyldt, men kommunen får kun oplysninger på mindre end 20% af de borgere, der har været indlagt. Vi kan se, at feltet Fremtidige aftaler ikke er udfyldt i mere end 60% af tilfældene. Det kan være, fordi der ikke er nogle aftaler, eller fordi feltet ikke udfyldes korrekt.

Ud fra forundersøgelsen som er af kvantitativ karakter, er der identificeret to sociale grupperinger, nemlig sygehus og kommune.

Sygehuset modtager indlæggelsesrapporter, og vi kan se, at de kun meget sjældent får oplysningen Årsag til indlæggelsen og Beskrivelse af helbredstilstand. I mindre end 50% af tilfældene får de en korrekt udfyldt funktionsevnevurdering.

Det betyder, at sygehuspersonalet i de fleste tilfælde må planlægge forløbet ud fra de oplysninger, borgeren selv eller pårørende giver. Alternativt må personalet tage kontakt til kommunen.

Det må siges at være uhensigtsmæssigt, idet formålet med oplysningerne i indlæggelsesrapporten er, at sygehuspersonalet skal kunne bruge dem både i planlægning af forløbet og i forhold til en vurdering af, om borgerens behov ændres.

Kommunen modtager kun plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter på et mindre antal af de indlagte borgere. Vi kan se, at felterne generelt er udfyldt, men at Fremtidige aftaler og Kommentar til forventet færdigbehandlingsdato sjældnere er udfyldt end de øvrige felter.

Indholdet i de standarder kommunen modtager er altså rimelig dækkende, men når man ser på det lille antal standarder, der modtages, er problemstillingen den samme som for sygehusets vedkommende. Kommunen modtager ikke de oplysninger, de har behov for til at forberede modtagelse af borgeren og planlægge opfølgning.

Resultaterne af forundersøgelsen gav os inspiration til at spørge ind til standardernes sundhedsfaglige indhold i vores spørgeskemaundersøgelse.

8.2 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaundersøgelsen består af to elektroniske spørgeskemaer.

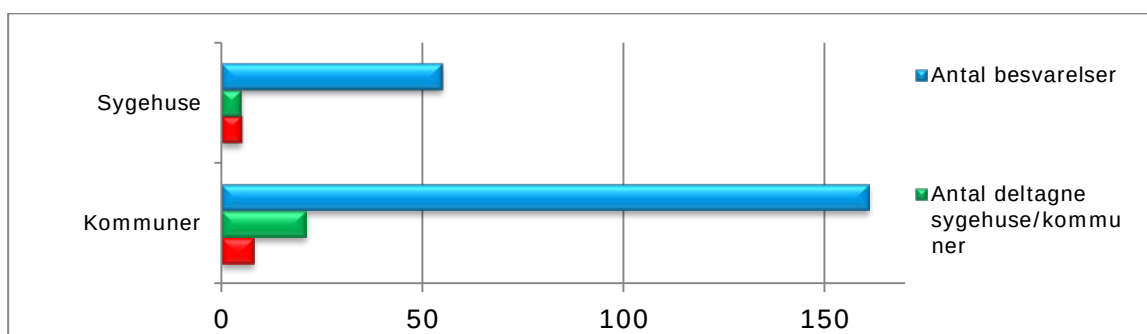
- Et spørgeskema til slutbrugerne på sygehusene med hovedfokus på Indlæggelsesrapporter (ILR), som er den standard sygehusene modtager (Bilag 7)
- Et spørgeskema til slutbrugerne i kommunerne med hovedfokus på Plejeforløbsplaner (PFP) og Udskrivningsrapporter (USR), som er de standarder kommunerne modtager (Bilag 4).

Vi har fået 55 besvarelser fra sygehusene (Bilag B). Der er 5 ud af Region Hovedstadens 10 mulige sygehuse, der har valgt at deltage i undersøgelsen. Derved er 3 ud af

Region Hovedstadens 5 planområder⁶ repræsenteret. Fra kommunerne (Bilag B) har vi fået 161 besvarelser, 21 ud af 29 mulige kommuner er repræsenteret i undersøgelsen.

Som det var tilfældet i forundersøgelsen, har vi i spørgeskemaundersøgelsen valgt at analysere vores resultater i forhold til de to overordnede sociale grupperinger, sygehus og kommune. Vores undersøgelse repræsenterer kun et lille udsnit af sygehusafdelinger og kommunale enheder i Region Hovedstaden. Vi ser ikke på det enkelte sygehus eller den enkelte kommune, da dette ikke vil give valide resultater. Vi ville i så fald komme til at se på en enkelt persons udsagn.

Antal besvarelser og deltagere fordelt på sygehuse og kommuner:

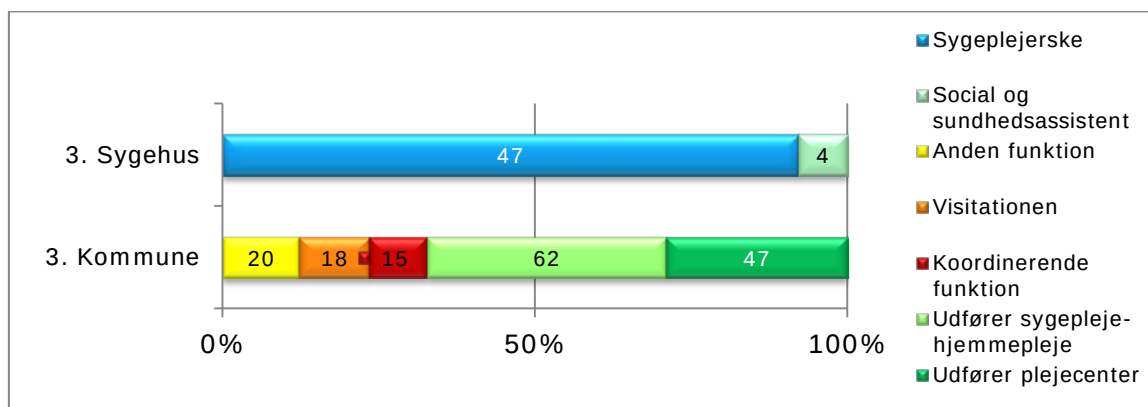


Figur 16 – Besvarelse og deltagne sygehuse og kommuner (Egen)

⁶ Region Hovedstaden består af 5 planlægningsområder med hver sit samordningsudvalg

For at få et billede af, hvilke sociale grupperinger, der varetager arbejdsopgaven med at modtage og sende hjemmepleje – sygehus standarderne, har vi på sygehuset spurgt ind til faggrupper, og i kommunerne har vi spurgt ind til fagfunktioner. Figuren 17 viser resultatet af, hvor mange forskellige grupper, der har en "aktie" i den nye elektroniske kommunikationsform.

Fag- og fagfunktionsgrupper for alle deltagere (spg.3_Sygehus og Kommune):



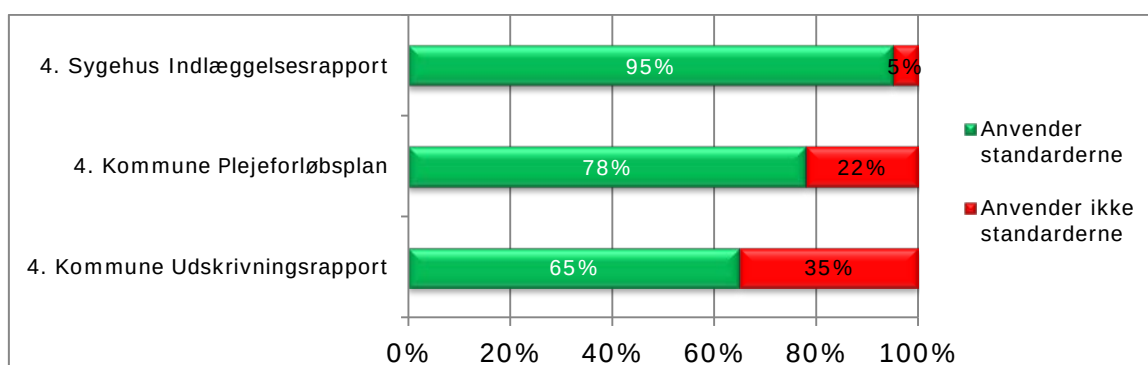
Figur 17 – Fag- og fagfunktions fordeling (Egen)

I spørgeskemaet til sygehusafdelingerne er der fokus på indlæggelsesrapportens sundhedsfaglige indhold. Oplever modtageren at kunne anvende og forstå indholdet i felterne?

I spørgeskemaerne til kommunerne er der fokus på plejeforløbsplanens og udskrivningsrapportens sundhedsfaglige indhold. Oplever modtageren at kunne anvende og forstå indholdet i felterne?

Forudsætning for at kunne svare på disse spørgsmål er, at deltagerne anvender standarderne i deres daglige arbejde. Hvilket vi spørger ind til indledningsvist.

Anvendelse af standarderne i det daglige arbejde (spg.4_Sygehus & 4_Kommune):



Figur 18 – Anvendelse af standarder (egen)

I deltagergruppen på sygehusafdelingerne angiver stort set alle deltagere, at de anvender indlæggelsesrapporten i deres daglige arbejde.

I kommunerne er der en lidt anderledes fordeling af deltagere der ikke anvender begge standarderne i deres daglige arbejde. Det kan forklares med, at der er flere forskellige funktioner blandt deltagerne, og at de enkelte kommuner er organiseret forskelligt.

Vi har fået relativt mange svar på vores spørgeskemaundersøgelser, og derfor mener vi, at vi kan tillade os at bruge resultaterne i den videre analyse i forhold til vores undersøgelsesspørgsmål.

8.2.1 Spørgeskemaundersøgelsen i forhold til undersøgelsesspørgsmålene

Spørgeskemaundersøgelserne indeholder oplysninger om 4 af vores 5 undersøgelsesspørgsmål.

Spørgsmålene fokuserer på modtagerens oplevelse af det sundhedsfaglige indhold i henholdsvis indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten. Svarene vil således give os konkret viden og gengive mentale fænomener, idet deltagerne tillægger deres udsagn værdier. Spørgsmålene i denne del af spørgeskemaerne er holdningsspørgsmål og svarene er angivet på en skala, hvor 5 er bedst, og 1 er dårligst.

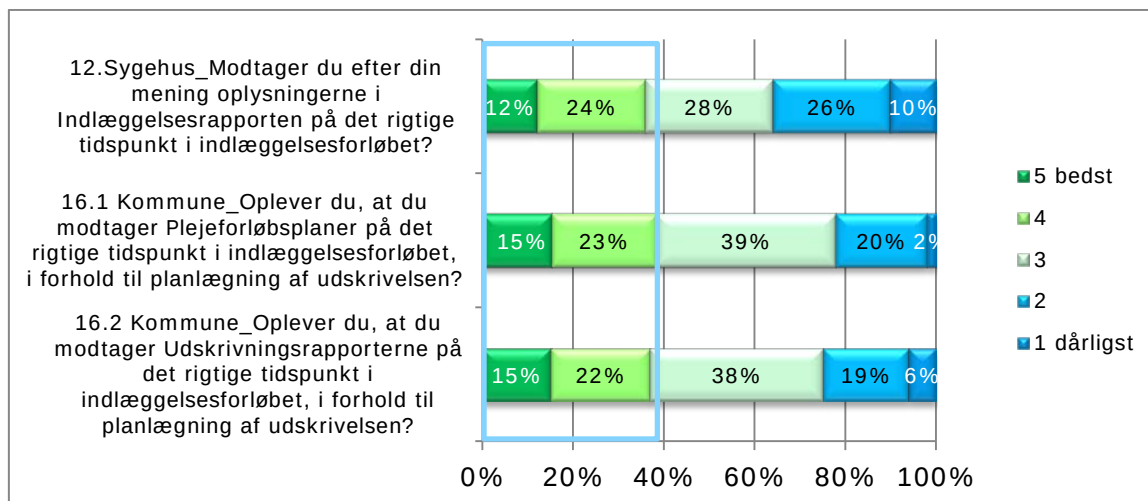
Ifølge Socialforskningsinstituttet (21) findes der ikke kontrolredskaber til validering af denne type svar. Der er stor spredning på svarkategorierne i de forskellige spørgsmål. Derfor har vi valgt at underbygge svarene med nogle af de kommentarer, deltagerne har skrevet til spørgsmålene, og at sammenligne svarkategorierne. De dele af resultaterne, som vi efterfølgende vælger at fokusere på, vil være markeret med en blå ramme.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Med "rette tidspunkt" henvises der til deltagerens oplevelse af, om modtagelsen er rettidig i forhold til planlægningen af patientens indlæggelsesforløb og ikke, om det er rettidigt i forhold til regionale kommunikationsaftaler⁷.

⁷ I hver region er der indgået aftaler om tidsfrister for kommunikation, men de er forskellige på landsplan.

Spørgeskemaresultat sygehus og Kommune – Rettidig modtagelse af standarderne (Spg. 12_Sygehus & 16:Kommune):



Figur 19 – Rettidig modtagelse (egen)

Kommentarerne til spørgsmålene er følgende:

Spg.12.Sygehus: Modtager du efter din mening oplysningerne i Indlæggelsesrapporten på det rigtige tidspunkt i indlæggelsesforløbet?

"Ja. Vi har ikke tid til lige når borgeren kommer til at se i indlæggelsesrapporten. Dette sker som regel nogle timer efter, så derfor har der ikke været nogle problemer med hvornår denne kommer"

"Systemet er ikke godt nok da vi får de opdaterede data alt for sent!"

"Nogen gange kommer der ikke oplysninger, og det betyder meget for os at vi ikke skal starte helt forfra. Derfor er det godt at have oplysningerne samme dag som vi modtager patienten."

"Formentlig, men jeg er måske ikke hurtig nok til at få det tjekket"

16.1 & 16.2 Kommune: Oplever du, at du modtager Plejeforløbsplanerne og Udskrivningsrapporterne på det rigtige tidspunkt i indlæggelsesforløbet, i forhold til planlægning af udskrivelsen?

"Jeg har flere gange oplevet at vi ikke modtager plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter og derfor ikke er vidende om at borger er udskrevet. Dette giver stor utryghed og ekstra arbejde i gruppen. Da man ikke kan stole på systemet"

"R rigtig mange gange oplever vi at vi ikke modtager udskrivelsesrapporten i rette tid"

Mindre end 40% af deltagerne i begge sociale grupper oplever, at de modtager oplysninger rettidigt. Det underbygger den formodning, vi fik fra forundersøgelsen.

Svarene fordeler sig i øvrigt nogenlunde ens i de 5 svarkategorier og mellem de to grupperinger. Det betyder, at deltagerne i de meget overordnede sociale grupper fortolker teknologien meget forskelligt. Da svarene kommer fra mange forskellige undergrupperinger, kan der være lige så mange forklaringer til resultaterne. Vi kan kun konstatere, at fortolkningsfleksibiliteten er stor.

Ud fra kommentarerne kan vi se, at der er utilfredshed, enten fordi informationerne modtages for sent, eller fordi de slet ikke modtages. Der er altså problemer både i forhold til, at der ikke modtages oplysninger, og at oplysningerne ikke modtages rettidigt.

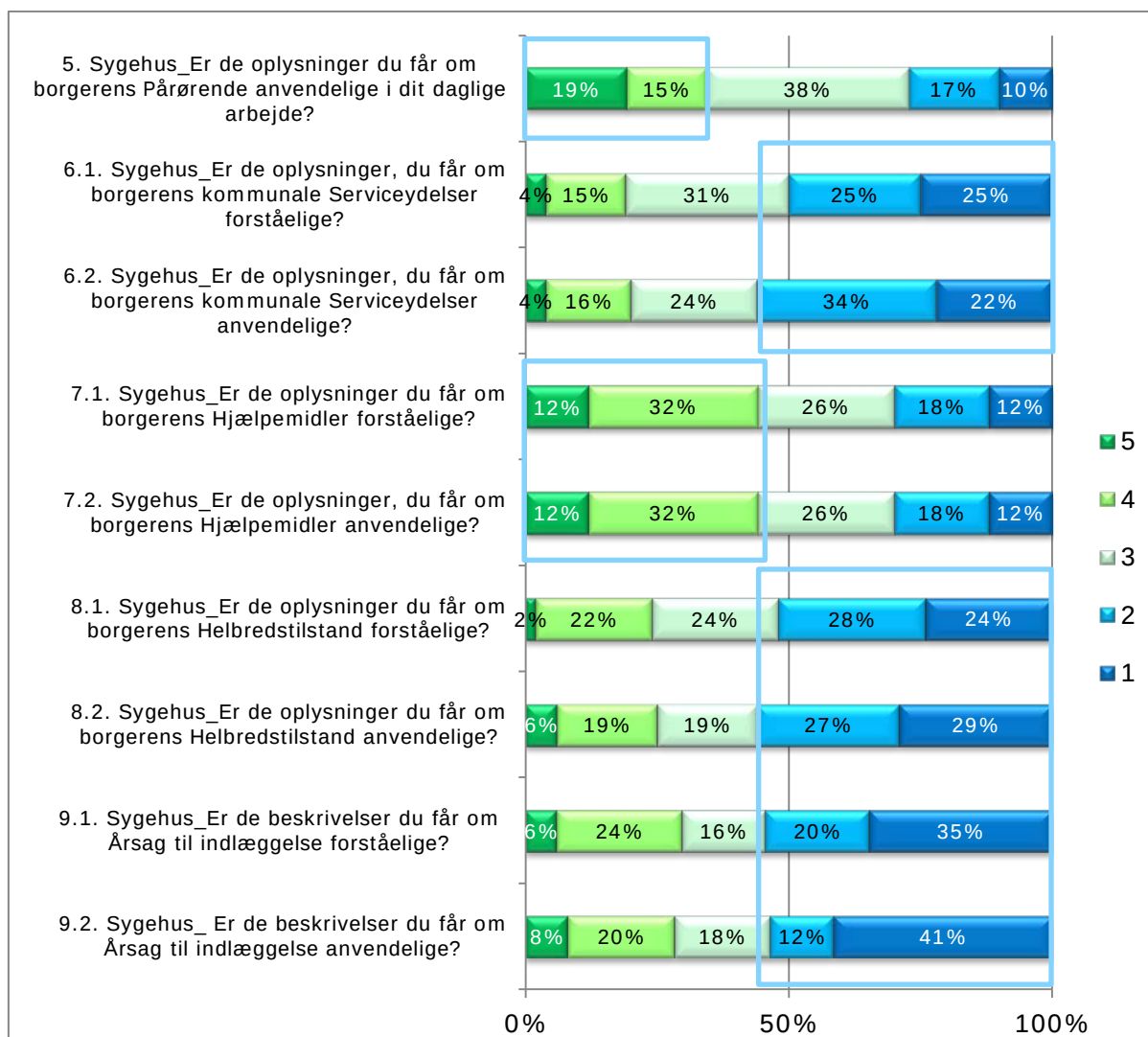
Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

I formålet med standarderne er det beskrevet, at de skal understøtte den nødvendige kommunikation mellem sygehus og kommune. Indholdet i standarderne må antages at dække dette behov, og derfor har vi spurgt ind til om indholdet i felterne er forståeligt og anvendeligt.

I indlæggelsesrapporten er det felterne Pårørende, Serviceydelser, Hjælpemidler, Helbredstilstand og Årsag til indlæggelse. De tre første felter er automatisk genereret fra kommunens EOJ-system.

Spørgeskemaresultat Sygehus - Sundhedsfagligt indhold i Indlæggelsesrapporten

(spg. 5-9_Sygehus):



Figur 20 – Sundhedsfagligt indhold ILR (egen)

Kommentarerne til spørgsmålene er følgende:

Spg.5. Sygehus: Er de oplysninger du får om borgerens Pårørende anvendelige i dit daglige arbejde?

"De er yderst sjældent udfyldt fyldestgørende, derfor er de ikke så anvendelige"

"Hvis det er udfyldt og opdateret"

"Det er sjældent at dette punkt benyttes, da vi oftest får oplysningerne fra pt."

Skærmdump Pårørende fra EPJ-system

A - OPUS Arbejdsplads - Produktion - 2000 - ANNDAN

Forside (F2) Klinik og administration KISO OPUS Obstetrik GSIåben Links Oversigt Hjælp Log af (Shift+F12) Luk (F12)

Hjemmepleje-hospitalsmeddelelser

Pårørende

Navn	Pårørende er informeret om indlæggelsen
Noa Bergreen (Barnebarn) 4452626262 (Privat)	☐
Nana Bergreen (Barnebarn) 44526262 (Privat)	☐
Nieggreenls Ber (Ingen relationer)	☐
Niels Bergreen (Barn) 44526262 (Privat)	☐
Ole Test bergreen (Ægtefælle/Partner)	☐

Bemærkning til pårørende

Kontakt kommune

Kontakt navn	Telefon	Træffetid
Hjemmehjælp Visitation 44 52 62 92 AFTEN Hjem	44526223	Visitation 9-14 %onsdag
NAT Hjemmehjælp		
Lærkegaard Center		
Plejebolig Bogrupperne LGC DVI Flex	20561339	Dag & Aften & Nat
	44526290	

Spg. 6.1. & 6.2 Sygehus: Er de oplysninger, du får om borgerens kommunale Serviceydelser forståelige? Er de oplysninger, du får om borgerens kommunale Serviceydelser anvendelige?

"Har endnu ikke modtaget så mange ILR, da hovedparten af patienterne ikke modtager serviceydelser fra kommunen"

"Nogle gang kan det være svært at tyde, hvor meget kommunen egentlig kommer i hjemmet"

"Du skal have baggrundsviden fra primærsektor"

"Der er forskel på hvor uddybet det er. nogle gange står der blot time antal/minutter og ikke hvad tiden er brugt til"

"Man kan se hvor mange minutter borgeren er berettiget til, men ikke specifikt til hvad. Det er stort problem - det kunne uddybes mere"

Skærmdump Serviceydelser fra EPJ-system

The screenshot shows a web application interface for a patient's medical record (EPJ-system). The title bar indicates the user is logged in as 'A - OPUS Arbejdsplads - Produktion - 2000 - ANNDAN'. The navigation menu includes links for 'Forside (F2)', 'Klinik og administration', 'KISO', 'OPUS Obstetrik', 'GSI-låben', 'Links', 'Oversigt', 'Hjælp', 'Log af (Shift+F12)', and 'Luk (F12)'. The main content area is titled 'Hjemmepleje-hospitalsmeddelelser' and displays 'Modtagne indlæggelsesrapporter'. A tabbed interface shows various categories: 'Borgeroplysninger', 'Funktionsevne', 'Medicin', 'Hjælpemidler', 'Ydelser' (selected), 'Aktuel indlæggelse', and 'Modtager/Afsender'. Under the 'Ydelser' tab, there is a table with two columns: 'Ydelsestype' and 'Beskrivelse af ydelse'. The table lists three services: '03.2 Sår & sårpleje (Kompressionsbeh.)', '12.1 Dosering', and '2.1.1.2 Rengøring'. Each service has a corresponding description of the number of minutes available per week for day, evening, and night shifts. For example, '03.2 Sår & sårpleje (Kompressionsbeh.)' has 70 minutes for day shifts, 0 for evening, and 0 for night. Below the table, there is a 'Bemærkning' (Remarks) field. At the bottom, it shows the date and time of the report: 'Sendt den 21-05-2013 12:10' and a checkbox for 'Meddelelsen er manuelt opdateret'.

Ydelsestype	Beskrivelse af ydelse
03.2 Sår & sårpleje (Kompressionsbeh.)	Antal disponerede minutter i gennemsnit pr. uge i dagvagt: 70 aftenvagt: 0 nattevagt: 0
12.1 Dosering	Antal disponerede minutter i gennemsnit pr. uge i dagvagt: 7 aftenvagt: 0 nattevagt: 0
2.1.1.2 Rengøring	Antal disponerede minutter i gennemsnit pr. uge i dagvagt: 30 aftenvagt: 0 nattevagt: 0
Boligtype	ikke registreret

Bemærkning

Sendt den 21-05-2013 12:10

☐ Meddelelsen er manuelt opdateret

Spg.7.1. & 7.2. Sygehus: Er de oplysninger du får om borgerens Hjælpemidler forståelige? Er de oplysninger, du får om borgerens Hjælpemidler anvendelige?

"forståeligt JA, og rart at vi på hospitalet kan se hvad pt bruger hjemme, eks. rollator og badebænk"

"er faktisk ikke klar over om de listede hjælpemidler alle er aktuelle. må så spørge patienten"

Skærmdump Hjælpemidler fra EPJ-system

A - OPUS Arbejdsplads - Produktion - 2000 - ANNDAN

Forside (F2) Klinik og administration KISO OPUS Obstetrik GSIåben Links Oversigt Hjælp Log af (Shift+F12) Luk (F12)

Hjemmepleje-hospitalsmeddelelser

Meddelelsesoversigt > Modtagne indlæggelsesrapporter formularer > Modtagne indlæggelsesrapporter

Modtagne indlæggelsesrapporter

Borgeroplysninger Funktionsevne Medicin **Hjælpemidler** Ydelser Aktuel indlæggelse Modtager/Afsender

Hjælpemidler

HMI-nummer	Hjælpemiddel	Oprettet/Bevilget
97	Badebænke og badetaburetter(Lev	24-05-2012 17:
52	1 knækompressionsstrømpe (kl. II,	24-05-2012
384	Diabetes 2 hjælpemidler	04-12-2012
388	Urostomi	04-12-2012

Bemærkning

Sendt den 21-05-2013 12:10

☐ Meddelelsen er manuelt opdateret

Spg.8.1. & 8.2. Sygehus: Er de oplysninger du får om borgerens Helbredstilstand forståelige? Er de oplysninger du får om borgerens Helbredstilstand anvendelige?

"Fra nogle kommuner er de rigtig gode og fra andre er de ikke. Nogle kommuner er ikke rigtig kommet i gang endnu og andre er langt fra opdaterede"

"Der må svares nej til begge. En hurtig stikprøvekontrol på 6 patienter(der alle har massiv hjemmepleje) er der INTET beskrevet i helbredstilstand. på disse patienter var det meget relevant at have informationer om vanlig helbredstilstand"

Skærmdump Helbredstilstand fra EPJ-system

A - OPUS Arbejdsplads - Produktion - 2000 - ANNDAN

Forside (F2) Klinik og administration KISO OPUS Obstetrik GSIåben Links Oversigt Hjælp Log af (Shift+F12) Luk (F12)

Hjemmepleje-hospitalsmeddelelser

Borgeroplysninger Funktionsevne **Medicin** Hjælpemidler Ydelser **Aktuel indlæggelse** Modtager/Afsender

Kort beskrivelse af helbredstilstand

Årsag til aktuell indlæggelse

Udfyldt af

Fornavn autogenereret

Efternavn Denne ILR er

Titel Herlev Kommune

Dato og klokkeslæt 21-05-2013 12:10

Spg.9.1. & 9.2. Sygehus: Er de beskrivelser du får om Årsag til indlæggelse forståelige? Er de beskrivelser du får om Årsag til indlæggelse anvendelige?

"for det meste er feltet ikke udfyldt"

"Synes ikke jeg modtager hvorfor borgeren er blevet indlagt, men at jeg til gengæld sender dette til kommunen i en PFP"

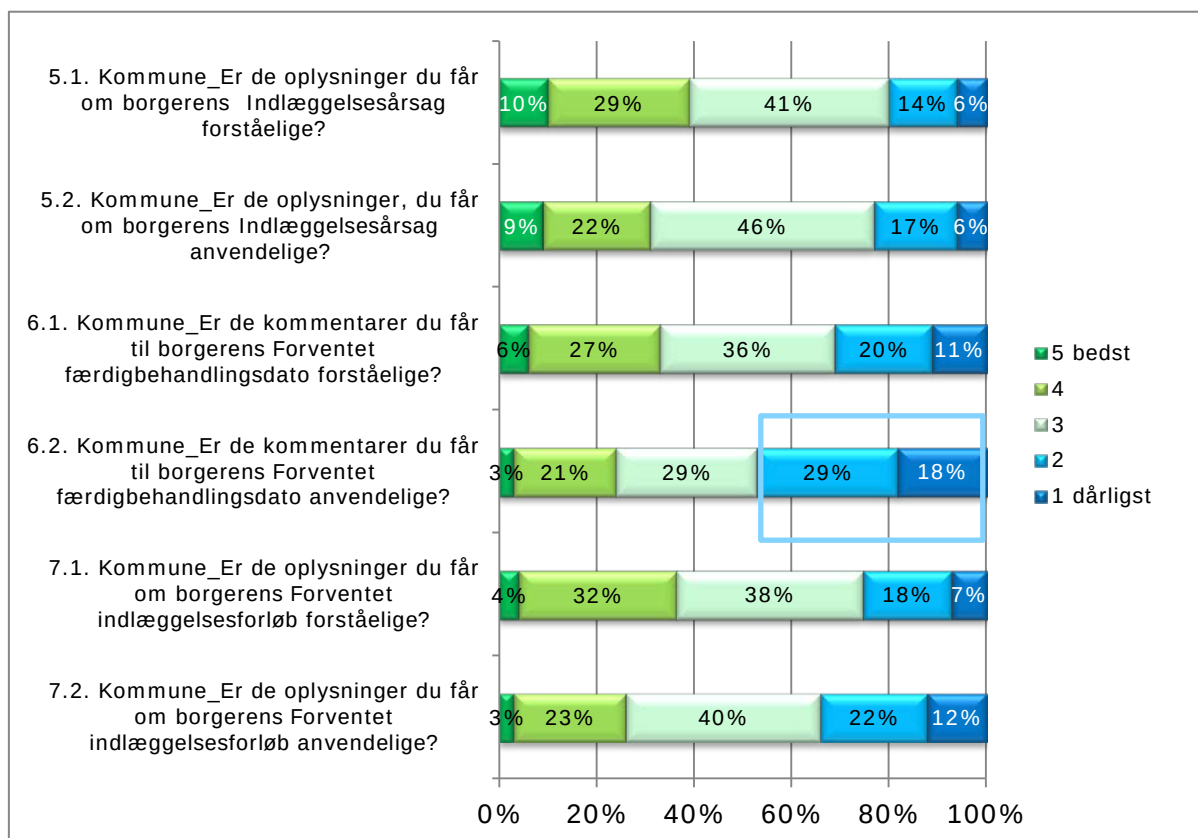
Deltagerne fra sygehusene, er generelt ikke særlig tilfredse med det sundhedsfaglige indhold i indlæggelsesrapporten. De mest positive udsagn ses på pårørendeoplysninger og oplysninger om hjælpemidler. Den resterende del er overvejende negative udsagn, der omhandler de kommunale serviceydelser. Kommentarerne hertil viser, at oplysningerne er svære at forstå og dermed svære at anvende.

I følge deltagernes kommentarer er Helbredsoplysninger og Årsagen til indlæggelsen sjældent udfyldt. Billedet fra tidligere gentager sig i forhold til indlæggelsesrapporten. Modtagerne oplever i ringe grad den sundhedsfaglige understøttelse, der er en del af formålet med standarden.

Fortolkningsfleksibiliteten er også her stor, men igen er det vigtigt at huske, at svarene kommer fra 5 forskellige sygehuse, der samarbejder med mange forskellige kommuner.

I forhold til plejeforløbsplanen har vi spurgt ind til felterne Indlæggelsesårsag, Kommentar til forventet færdigbehandlingsdato og Forventet indlæggelsesforløb.

Sundhedsfagligt indhold i plejeforløbsplanen (spg.5-7_Kommune):



Figur 21 – Sundhedsfaglige indhold PFP (egen)

Kommentarerne til spørgsmålene er fgl.:

Spg.5.1. & 5.2. Kommune: Er de oplysninger du får om borgerens Indlæggelsesårsag forståelige? Er de oplysninger, du får om borgerens Indlæggelsesårsag anvendelige?

"Til tider er det ikke helt gennemskueligt hvad den egentlige årsag er.."

"Ofte er indlæggelsesårsagen ikke den, som plejehjemmet/ lægen angav"

"Ofte bliver der brugt forkortelser under årsag til indlæggelse og som behandling. Det duer ikke at hospitalspersonale anvender forkortelser til den slags beskrivelser, idet vi ude i kommunerne ikke altid er opdateret på, hvad forkortelserne betyder."

"Overfladiske - bære præg af travlhed"

"Indlæggelsesårsag og PFP Selv om vi har skullet modtage PFP en del gange i forhold indlæggelsestid har jeg endnu ikke set en PFP. Jeg er blevet ringet op og der er givet mundtlig overleveringer, ligesom tidligere. Jeg har været ude for at få hånskrevne sygeplejepapirer med borgeren jeg kunne læse. Det gode er at jeg kan se, hvor borgeren er indlagt/har været indlagt for så kan jeg kontakte afdelingen... ligesom jeg kan klippe indlæggelsen ind i de plejeplaner vi arbejder med. Jeg kan kun sige jeg glæder mig til at se en plejeforløbsplan, og det er altså positiv ment"

"Dårligt udfyldte plejeforløbsplaner, der ofte giver anledning til, at hospitalet må kontaktes telefonisk"

Skærmdump Indlæggelsesårsag fra EOJ-system

Indlæggelsesårsag
Pt. indlægges med mistanke om blodprop i hjernen grundet pludselig opståede taleproblemer, hængende mundvige og let nedsat kraft i den højre side.

Spg.6.1. & 6.2. Kommune: Er de kommentarer du får til borgerens Forventet færdigbehandlingsdato forståelige? Er de kommentarer du får til borgerens Forventet færdigbehandlingsdato anvendelige?

"Færdigbehandlingsdatoen bliver ikke rettet når udskrivelsen udsættes. Vi bruger vi meget tid på at opklare hvor borger er i systemet"

"NEJ Borgerens udskridnings tidspunkter næsten aldrig udfyldt korrekt. Tidspunkt er udfyldt kl. 00.00. dette er ikke brugbart."

"For ofte stemmer forventet udskrivningsdato ikke med fakta"

"Ikke særlig anvendelig, oplever oftest at den rykkes enten i den ene eller anden retning"

"... jeg oplever plan ændrer sig fra PFP er afsendt til den egentlige udskrivelse"

"i praksis oplever vi at datoen ændres mange gange og det er derfor svært at planlægge efter det."

Skærmdump Forventet færdigbehandlingsdato fra EOJ-system

Indlæggelse
Indlæggelsesdato: 25-05-2013 kl. 13:24
Forventet færdigbehandlingsdato: 29-05-2013 kl. 00:00

Aftalt udskrivesdato: 29-05-2013 kl. 00:00

Spg. 7.1. & 7.2. Kommune: Er de oplysninger du får om borgerens Forventet indlæggelsesforløb forståelige? Er de oplysninger du får om borgerens Forventet indlæggelsesforløb anvendelige?

"Det er igen meget forskelligt fra afd. til afd. Nogen gode og andre mindre oplysende".

"Forventninger er sjældent i overensstemmelse med det faktiske forløb, bruger dem derfor ikke."

"for få information. Jo flere info. jo bedre vi kan følge op på dem"

"det er dog ofte noget mangelfuldt, og må suppleres af en dialog"

Skærmdump Forventet indlæggelsesforløb fra EOJ-system

Forventet indlæggelsesforløb
pten er sat i relevant medicinsk behandling og er opstartet et genoptræningsforløb. Vi afventer at få afsluttet behandling af diabetes. Pten varsles hermed tilbage til Plejehjem med genoptræningsplan.

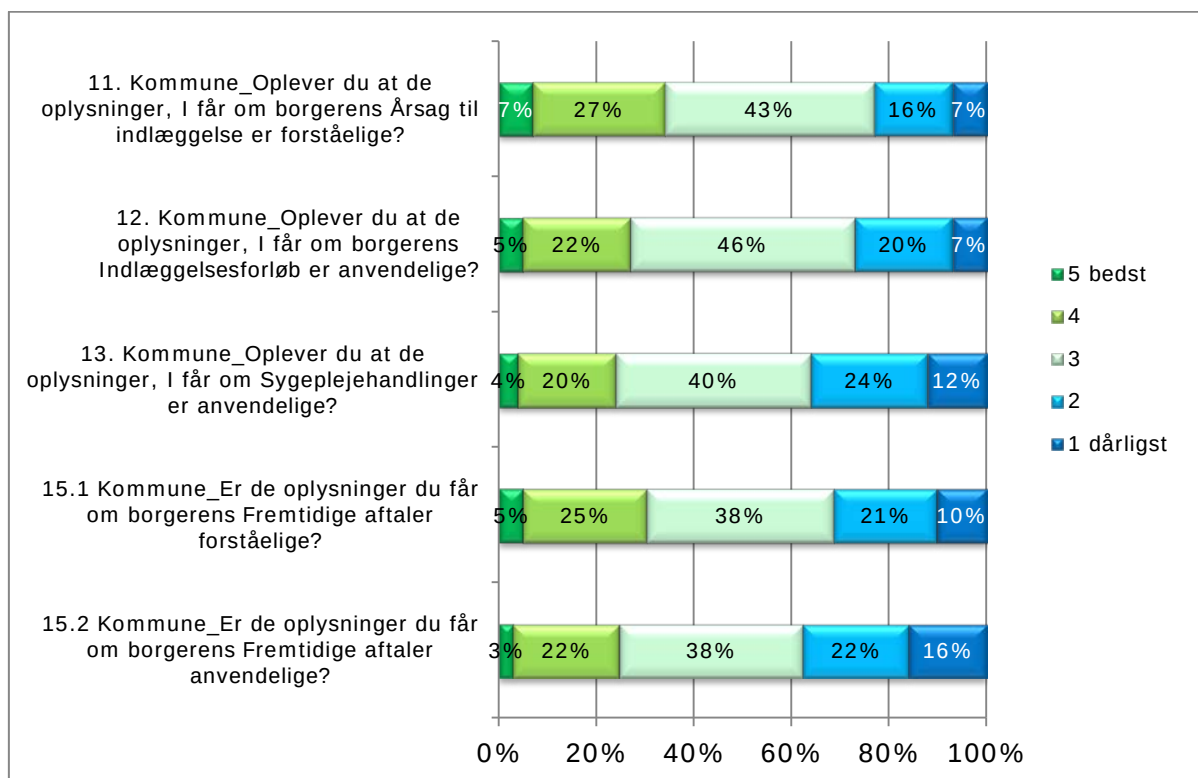
Kommunernes svar og udsagn om det sundhedsfaglige indhold i plejeforløbsplanen ligger overvejende i den mellemste svarkategori. Kun meget få synes, at indholdet er enten meget godt eller meget dårligt.

Et enkelt spørgsmål skiller sig ud i negativ retning, idet næsten 50% af deltagerne oplever ikke at kunne anvende kommentarerne til færdigbehandlingsdato i plejeforløbsplanen. I kommentarerne angiver de ikke at kunne regne med den oplyste udskrivningsdato, hvilket giver en vis usikkerhed i forhold til planlægning.

Fortolkningsfleksibiliteten er stor, men begrænser sig til at dække 3 kategorier. Også her skal resultatet ses i lyset af, at 21 kommuner svarer i forhold til deres samarbejde med 10 sygehuse.

I udskrivningsrapporten har vi spurgt ind til felterne Årsag til indlæggelse, Indlæggelsesforløb, Sygeplejehandlinger og Fremtidige aftaler.

Sundhedsfagligt indhold i udskrivningsrapporten (spg.11+12+13+15_Kommune):



Figur 22 - Sundhedsfagligt indhold USR (egen)

Kommentarerne til spørgsmålene er fgl.:

Spg.11-13. Kommune: Der er ingen kommentarer til disse spørgsmål

Spg.15.1 & 15.2. Kommune: Er de oplysninger du får om borgerens Fremtidige aftaler forståelige? Er de oplysninger du får om borgerens Fremtidige aftaler anvendelige?

"ikke altid helt klart hvilke sygepl.mæssige opgaver der lægger"

"Det er meget få udskr. rapporter vi får"

"Har endnu ikke modtaget en med fremtidige aftaler"

"Får ikke udskrivningsrapport på særlig mange borgere!"

Skærmdump Fremtidige aftaler fra EOJ-system

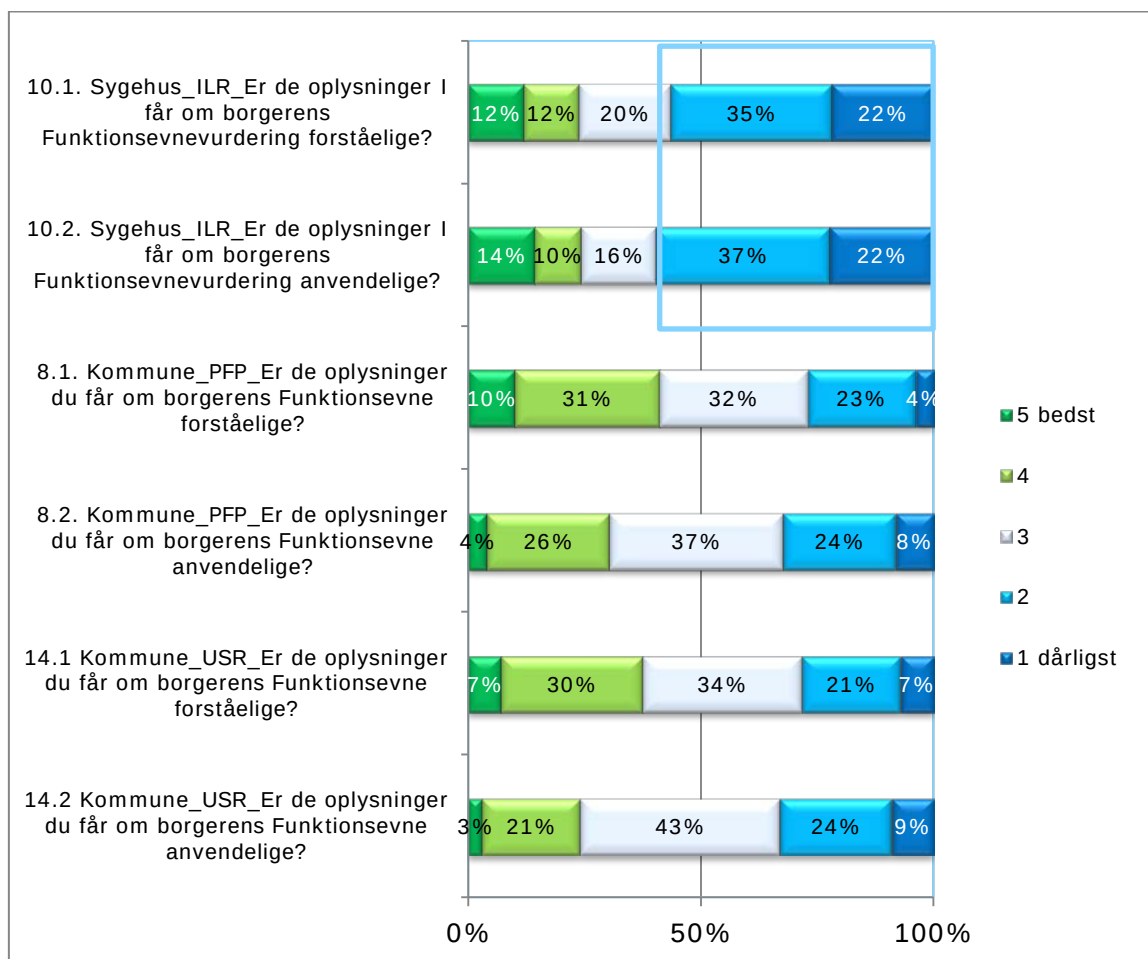
Aftaler omkring kost første døgn efter udskrivning
 Madpakke gives med: Nej
 Aftalt indkøb på udskrivelsesdagen: Nej
 Fremtidige aftaler: I kardiologisk amb. Pt er informeret om dette.

Fordelingen på svarkategorierne for udskrivningsrapporten er jævn. Mindre end 35% har en overvejende positiv oplevelse af indholdet. Der er kun kommentarer til spørgsmålet om fremtidige aftaler. Da der kun modtages et meget lille antal udskrivningsrapporter, har deltagerne ikke meget erfaring med anvendelsen af denne standard.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

I formålet med standarderne er det beskrevet, at funktionsevnevurderingen skal skabe overblik over borgerens evne til egenomsorg. Som vi beskrev i forundersøgelsen, er der stort fokus på funktionsevnevurderingen i alle tre standarder.

Funktionsevnevurderingen i standarderne (spg.10_Sygehus + 8_Kommune + 14_kommune):



Figur 23 – Funktionsevnevurderingen alle standarder (egen)

Kommentarerne til spørgsmålene:

Spg.10.1. & 10.2. Sygehus_ILR: Er de oplysninger I får om borgerens Funktionsevnevurdering forståelige? Er de oplysninger I får om borgerens Funktionsevnevurdering anvendelige?

"ofte er de ikke vurderet, men når de er - er det skønt og letter vores arbejde og giver kontinuitet for pt/borger"

"systemet er endnu ikke så gammelt at der er vurderinger på alle borgere. Derfor kan det godt halte. Hvilket går oplysningerne mangelfulde og derfor ubrugelige"

"ja hvis de er udfyldt"

Skærmdump Funktionsevnevurdering EPJ-system

A - OPUS Arbejdsplads - Produktion - 2000 - ANNDAN

Forside (F2) Klinik og administration KISO OPUS Obstetrik GSIåben Links Oversigt Hjælp Log af (Shift+F12) Luk (F12)

Hjemmepleje-hospitalsmeddelelser

Meddelelsesoversigt > Modtagne indlæggelsesrapporter formularer > Modtagne indlæggelsesrapporter

Modtagne indlæggelsesrapporter

Borgeroplysninger Funktionsevne **Medicin** Hjælpemidler Ydelser Aktuel indlæggelse Modtager/Afsender

Begrænsninger i funktionsevne ved indlæggelse

Senest opdateret
25-04-2013 [Se/skjul hjælpetekst](#)

Personlig hygiejne

a) At bade 0. Ingen/Ubetydelige

b) At vaske sig 0. Ingen/Ubetydelige

c) At klæde sig af og på 0. Ingen/Ubetydelige

d) Toiletbesøg 0. Ingen/Ubetydelige

Bemærkninger

Får hjælp til at komme fra stue til toilet

Spg.8.1. & 8.2 Kommune_PFP: Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne forståelige? Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne anvendelige?

"Jeg oplever at ikke alle medarbejdere scorer borgerne ens, ift. Fælles Sprog. Funktionsvurderingen er ikke tilstrækkelig anvendelig, hvis der ikke knyttes kommentarer til de enkelte scoringsområder. Også her vil det være godt, hvis medarbejdere husker at slette "gamle " / ikke længere relevante oplysninger NÅR/HVIS der laves en opdateret funktionsvurdering"

"Meget mangelfuldt udfyldt. Fællessprog bliver ikke anvendt ud fra samme udsagn som kommunen bruger. Ofte er der slet ikke kendskab til niveaudelingen i FS "

Spg.14.1 & 14.2 Kommune_USR: *Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne forståelige? Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne anvendelige?*

*"Kun hvis der er knyttet bemærkninger til de enkelte scoringspunkter"
Det er meget få udskr. rapporter vi får"*

"Der burde være forklaringer til tallene på selve siden"

Skærmdump Funktionsevnevurdering EOJ-system

Forventede funktionsevner ved udskrivning (sidst opdateret 31-05-2013)		
Funktion	Score	Beskrivelse
Personlig hygiejne		
a) Bade	9 (ikke vurderet)	
o) Vaske sig	9 (ikke vurderet)	
Af og påklædning	9 (ikke vurderet)	
Toiletbesøg	9 (ikke vurderet)	
Mobilitet inde		
a) flytte sig	9 (ikke vurderet)	
o) færdes i egen bolig	9 (ikke vurderet)	
Drikke	9 (ikke vurderet)	
Spise	9 (ikke vurderet)	
Lave mad	9 (ikke vurderet)	
Sikre sammenhæng i hverdagens aktiviteter	9 (ikke vurderet)	
Forebygge forværring af sygdom/tab i funktionsevne	9 (ikke vurderet)	

Der ses en tydelig forskel på den oplevede værdi af funktionsevnevurderingen på henholdsvis sygehus og kommune. Mere end 50% af sygehuspersonalet oplever at oplysningerne i funktionsevnevurderingen er uforståelige og uanvendelige. Kommunerne har en meget jævn fordeling på de midterste tre svarkategorier. Det ser ud, som om kommunerne forstår indholdet bedre end sygehusene, og i kommentarerne beskriver begge grupper, at der ikke er en fælles forståelse mellem de to social grupper.

Nogle deltagere giver udtryk for, at funktionsevnevurderingerne er gode og brugbare, når de er udfyldt. Her er det vigtigt at vide, at det at arbejde med funktionsevnevurdering er nyt for sygehuspersonalet.

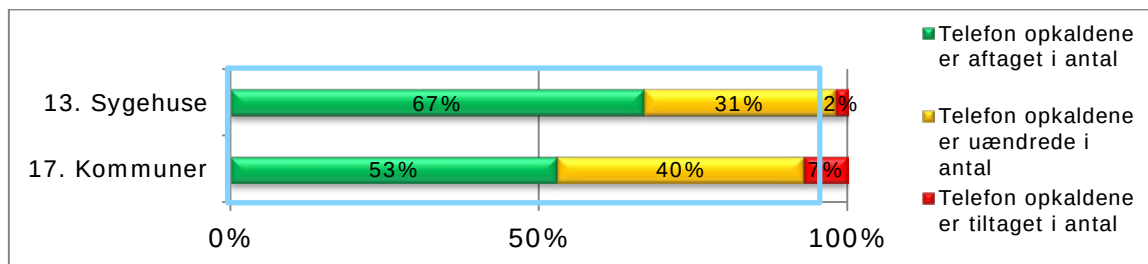
Kommunerne har anvendt funktionsevnevurderingerne i mange år, hvilket kan være en forklaring på forskellen.

Fortolkningsfleksibiliteten er stor.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

Vi har kun spurgt ind til telefonopkald i forhold til hyppighed, da dette er vægtet i formålet med de elektroniske standarder, hvor man forventer at bruge mindre tid på telefonopkald efter implementeringen af den elektroniske kommunikation.

Telefonopkald (spg.13_Sygehus + 17_Kommune):



Figur 24 – Telefonopkald (egen)

Kommentarerne til spørgsmålene:

17. Kommune_Telefon opkald

Er telefon opkaldene aftaget, uændret eller tiltaget i antal?

"Det kan godt mærkes at tlf. opkald er blevet noget mindre men der er nu alligevel ikke den store forskel. Håber på forbedring når alle er blevet fortrolig med systemet. Det mærkes dog at plejepersonalet er meget usikre på om vi får læst deres meddelelser, om vi får deres PFP m.m. Derfor ringer afd. hellere en gang for meget for at tjekke op end at undlade. Hospitalerne giver også udtryk for at de ikke har tid til at skrive PFP da der er meget travlt på afdelingerne. At de ikke selv er ansvarlig eller ved hvad der står i en PFP som er sendt af deres kollega. Rigtig god arb. lyst. Der er et meget spændende projekt i har kastet jer ud i og håber på at i kan bruge oplysningerne. Jeg tænker positivt mht. at det tager lang tid at implementere et så stort system og det kan kun blive bedre. Dokumentationsmæssigt er det en rigtig god gevinst for os i visitationen, nu har vi det hele på skrift også det som vi sender op til afd. og kan holde afd. op på de aftaler som der er indgået"

"Skal ofte ringe for uddybelse og forståelse"

Telefonen anvendes stadig, men deltagerne fra sygehuset oplever, at antallet af opkald er blevet mindre eller er uforandret. En mindre del af kommunerne oplever, at opkaldene er øget i antal. I kommentarerne skriver de, at de ringer op for uddybelse og forståelse af det, de modtager.

Implementeringen af standarderne har altså haft indvirkning på antallet af telefonopkald, hvilket er en del af formålet.

8.2.2 Delanalyse for spørgeskemaundersøgelsen

De to sociale grupper modtager forskellige standarder.

Sygehusene modtager indlæggelsesrapporter, og de oplever forskellige problemstillinger i forhold til indholdet i felterne:

- Helbredsoplysninger og Årsag til indlæggelsen mangler
- Oplysningerne i funktionsevnevurderingen er uforståelige og uanvendelige
- Serviceydelser er svære at forstå og dermed svære at anvende, "der tales ikke samme sprog"

Kommunerne modtager plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter, og de oplever ikke helt de samme problemstillinger:

- Fokus på den manglende modtagelse af standarderne.
- Man kan ikke stole på Kommentar til færdigbehandlingsdato og den oplyste udskrivningsdato,

Funktionsevnevurderingens forståelighed og anvendelighed vurderes mere neutralt i kommunerne end på sygehusene, men begge grupper mener, at der mangler en fælles forståelse mellem sygehus og kommune.

Generelt antyder kommentarerne, at der er tvivl, om man kan regne med de informationer, man modtager. Der er stadig mange felter, der ikke udfyldes eller ikke er anvendelige på grund af mangelfuld udfyldelse.

Der anvendes stadig telefonsamtaler som kommunikation i forbindelse med indlæggelsesforløb, men den overvejende del af deltagerne i undersøgelsen oplever, at antallet disse er uændrede eller aftaget i forhold til tidligere. Enkelte kommunale deltagere oplever, at de nu ringer for at stille opklarende spørgsmål til de modtagne standarder.

Fordelingen af svarene på de 5 kategorier viser os, at der internt i begge sociale grupper er store forskelle på den måde, teknologien fortolkes og anvendes.

Teknologien er stadig ny i drift, og så længe der ikke sendes standarder i alle relevante forløb, har sundhedspersonalet svært ved at inddrage oplysninger fra standarderne i deres arbejde og kan heller ikke forholde sig præcist til indholdet.

Vi kan ikke forholde os til, om teknologien er stabil, idet det ikke er realistisk at forvente, at det kan lade sig gøre på det høje grupperingsniveau.

8.3 Resultatet af den kvalitative undersøgelse

Vi har gennemført interviews med i alt 14 personer - 7 fra Herlev Kommune er beskrevet ud fra de organisatoriske enheder, deltagerne arbejder i, og i delanalysen er de sociale grupper afdækket og beskrevet.

De to interviewguides er bygget op over 5 temaer: *(Bilag 8 & 9)*

- Identifikation
- Den tekniske løsning
- Rettidighed
- Kvalitet i indhold
- Arbejdsgange og -processer

Undersøgelsesspørgsmålene lægger sig op ad temaerne, og indholdet i dem afspejler sygehusenes og kommunens forskellige anvendelser af kommunikationsstandarderne. Analysen er udført i forhold til undersøgelsesspørgsmålene, suppleret med de to ekstra temaer, identifikation og den tekniske løsning. Eksempel på et transskriberet interview kan ses i (Bilag 10).

8.3.1 Interviews med kommunale deltagere

I planlægningen af de kvalitative interviews i kommunen har vi taget udgangspunkt i resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen og i den implementerings- og arbejdsgangsbeskrivelse, der er fulgt i implementeringsprocessen. Herved har vi fået klarlagt, hvilke fag- og funktionsgrupper, der er interessante i vores sammenhæng, nemlig dem, der har de centrale funktioner i forhold til håndtering af kommunikationen med sygehusene.

Overordnet - og som loven foreskriver det - er det kommunale ældreområde opdelt i en myndighedsfunktion, som er den bevilligende enhed, og en udførerdel, som består af hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre. Udførerne leverer de ydelser, myndigheden har bevilliget til borgerne.

Deltagerne i vores undersøgelse fordeler sig således:

Kommune	Organisatorisk enhed	Funktionsgrupper	Deltagere
Herlev	Myndighed	Visitation/Koordinerende funktion	2 koordinerende sygeplejersker
	Udfører	Hjemmesygepleje	2 udekørende sygeplejersker
		Hjemmepleje	1 social- og sundhedsassistent med funktion som teamleder og planlægger
		Plejecentre	1 sygeplejerske 1 social- og sundhedsassistent

Myndighed – Visitation / Koordinerende funktion:

De to koordinerende sygeplejersker (KS4 og KS5) har den samme arbejdsmæssige funktion. De koordinerer udskrivelser i forhold til borgere, der ikke i forvejen er kendt i hjemmeplejen, borgere med betydelige ændringer i funktionsevnen og komplekse forløb. De har desuden ansvaret for boligindstillinger og visitation til midlertidige ophold på de kommunale plejecentre. De koordinerende sygeplejersker overvåger, om der er plejeforløbsplaner, de skal handle på - altså plejeforløbsplaner, der kræver handling på deres ansvarsområder. De er desuden opsøgende således forstået, at de holder kontakt til både sygehuse og plejecentre for at følge de relevante forløb.

De koordinerende sygeplejersker udgør en organisatorisk enhed og er fysisk placeret i visitationen. Deres oplevelse er, at standarderne er tilgængelige. Det er nemt at arbejde med dem, siger den ene, mens den anden synes, der skal bruges rigtig mange klik. Ingen tekniske problemer. Det nødvendige tekniske udstyr er til rådighed.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Der er ikke enighed om oplevelsen af de modtagne plejeforløbsplaner. KS4 udtrykker klart, at plejeforløbsplanerne modtages på alle borgere, mens KS5 siger, at der ikke modtages planer på alle borgere. KS4 siger ikke noget om rettidighed, og KS5 angiver, at nogle kommer rettidigt.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Når plejeforløbsplanerne kommer rettidigt, kan indholdet anvendes, mener KS5, men de er ikke enige om kvaliteten af det, der modtages. KS4 synes, at plejeforløbsplanerne overvejende er gode, men bruger mest det, der står i tekstfelterne - og med en vis skepsis. Ved tvivl kontaktes afdelingen. KS5 oplever, at der står mange mærkelige kommentarer og mener, at det skyldes manglende undervisning på sygehusene. KS5 kontakter altid afdelingen, når der modtages en plejeforløbsplan.

"Vi får plejeforløbsplanen, og det kan vi godt bruge, men med en vis skepsis."

"Der er mange gange vi ikke kan bruge dem til noget som helst. Der er mange gange at øh at funktionsvurderingen ikke er udfyldt, mange gange er den udfyldt på en helt forkert vis.."

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

De koordinerende sygeplejersker er uenige om, hvor ofte funktionsevnevurderingerne er udfyldt. KS5 mener, at det er tilfældigt, om de er udfyldt. De er uensartet udfyldt, og det er meget forskelligt, om der er scoringer eller bemærkninger – eller begge dele. KS4 mener, at de næsten altid er udfyldt. Som regel er der både scoring og bemærkninger, men da de ikke altid stemmer overens, er funktionsevnevurderingerne ikke troværdige.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

De er enige om, at telefonkontakten er uændret. De modtager stadig færdigmeldinger på fax fra nogle afdelinger. KS5 gentager, at der altid tages kontakt til afdelingen, når der modtages en plejeforløbsplan.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser (herunder work-arounds)?

Implementeringen af den elektroniske kommunikation har ikke ændret myndighedens organisering. Den har afstedkommet nogle arbejdsgangsendringer. De koordinerende sygeplejersker har mistet et overblik, de tidligere fik på lister pr. fax fra sygehusene, en oversigt over de borgere, der var indlagt på et givent tidspunkt. Til gengæld har de nu fået et bedre overblik over de enkelte forløb, konstaterer KS4. KS4 oplever i øvrigt, at afdelingerne

ikke anvender de informationer, de får fra kommunen, idet mængden af information er for stor og uoverskuelig.

Standarderne anvendes i følge KS4 umiddelbart ikke anderledes, end de var tænkt anvendt.

Vi forventede at de koordinerende sygeplejersker er en social gruppe, der ser og fortolker teknologien ens. Det kan ikke sige at være tilfældet her. Der er mange kontroverser i deres oplevelse af kommunikationen, idet de stort set kun enige er i, at funktionsevnevurderingerne er ubrugelige, og at de taler uændret meget i telefon med afdelingerne.

De koordinerende sygeplejersker oplever ikke selv work-arounds, men deres fortsatte telefoniske kontakt må betragtes som en work-around, der skal sikre dem oplysninger, de ikke synes at kunne få på anden vis.

I forhold til de koordinerende sygeplejersker som social gruppe er teknologien ikke stabiliseret. Den er stadig ustabil, og der er adskillige kontroverser i deres anvendelse af den. Der er nye arbejdsgange, men overordnet er de fleste tilstande uændrede.

Det er iøjnefaldende, at to personer i samme gruppe ser og fortolker teknologien så forskelligt.

Udfører – Hjemmesygepleje:

Sygeplejerskerne i den udekørende funktion har ansvaret for at gennemgå og handle på plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter på egne og nye borgere, samt at videregive opgaver til andre funktionsområder. De er den gruppe, der i implementeringen har fået det største ansvar for at sikre kommunikation og information. Sygeplejerskerne sender i samarbejde med hjemmeplejen manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter, når det er aktuelt ved indlæggelse og følger efterfølgende op ved udskrivelse af kendte borgere. De varetager i nogen grad modtagelse af nye borgere.

Den ene af sygeplejerskerne (SP3) har været aktiv i implementeringsprocessen, hvor hun har undervist og vejledt kollegerne. Sygeplejerskerne oplever ingen tekniske problemer, og de synes, at standarderne rent teknisk er tilgængelige.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

SP3 oplever, at der modtages plejeforløbsplaner på alle borgere - og i forhold til nogle borgere modtages flere af slagsen. De modtages hurtigt efter indlæggelse og er dermed rettidige i forhold til sygeplejerskernes behov. SP7 synes derimod, at der ganske vist modtages planer på alle borgere, men at de er ikke rettidige, og derfor kan sygeplejerskerne ikke nå at få oplysningerne med i planlægningen af det videre forløb.

De er helt enige om, at de stort set aldrig modtager udskrivningsrapporter, hvilket for begge opleves som utrygt. De er i tvivl om, de har de informationer, der skal sikre det videre forløb.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Sygeplejerskerne er enige om, at indholdet i plejeforløbsplanerne synes rodet og forvirrende. Der er overfladiske og til tider ukorrekte oplysninger - noget er bare "nice to have". En sjælden gang modtages en plejeforløbsplan, der er brugbar. De kan ikke kommentere indholdet i udskrivningsrapporterne, da de ikke modtages.

"Altså jeg synes at en del af de plejeforløbsplaner, der er det sådan nice to know, det er ikke sådan virkelig kvalitet i det, vi får.."

"Altså jeg synes at en del af de plejeforløbsplaner, der er det sådan nice to know, det er ikke sådan virkelig kvalitet i det, vi får.."

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

De to sygeplejersker er ikke enige om anvendeligheden af funktionsevnevurderingerne. SP3 oplever, at de generelt er udfyldt med score og anvendelige bemærkninger. SP7 synes ikke, de er udfyldt, og når de er, så er indholdet misvisende. Hun savner bemærkningerne.

Sygeplejerapporter i papirform hjælper med de oplysninger, der mangler, da der ikke modtages udskrivningsrapporter.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

Sygeplejerskerne er enige om, at den telefoniske kontakt med sygehusene er blevet mindre. Der er stadig enkelte afdelinger, der sender oplysninger pr. fax, ligesom der modtages en del sygeplejerapporter i papirform.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser (herunder work-arounds)?

Der er ikke foretaget organisatoriske ændringer, men til gengæld indført mange nye arbejdsgange. Sygeplejerskerne oplever at have fået et større ansvar.

Sygeplejerskerne er en anden social gruppe. De har samme faglige baggrund og har de samme arbejdsopgaver i håndtering af standarderne. Det fremgår tydeligt, at de ikke fortolker og anvender teknologien ens. De synes enige om, hvad deres informationsbehov er, men de er ikke enige om effektivitet og kvalitet i det, der modtages.

Sygeplejerskerne nævner ingen work-arounds. De er stadig til dels afhængige af både skriftlig og telefonisk kommunikation.

Det er ligeledes tydeligt, at den sygeplejerske, der har taget aktiv del i implementeringen, har den mest positive holdning til den nye kommunikationsform. Her kan både personlighed og forudsætning for anvendelsen have betydning for holdningsforskellene.

I forhold til sygeplejerskerne som social gruppe er teknologien ikke stabiliseret. Den er fortsat ustabil og der er en række kontroverser, der skal lukkes. Sygeplejerskerne har indført nye arbejdsgange, men mange gamle arbejdsgange er bibeholdt.

Udfører – Hjemmeplejen:

Teamkoordinatoren i hjemmeplejen fungerer både som teamleder for en hjemmeplejegruppe, planlægger af alle de daglige besøg hos borgerne, og hun deltager desuden også i besøgene. Hun handler direkte i forhold til borgere, der bliver udskrevet med samme behov for hjælp som inden indlæggelsen. I de øvrige tilfælde handles i samarbejde med sygepleje og myndigheden.

Det er teamkoordinatoren, der sikrer, at borgerne får de nødvendige besøg og ydelser efter udskrivelse. Hun anvender plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten og sender også supplerende indlæggelsesrapporter.

Teamkoordinatoren oplever ikke længere tekniske problemer. Det var kun i starten af implementeringen. Hun forventer udfordringer i nær fremtid i forbindelse med implementeringen af håndholdte enheder og mobile løsninger. Denne teamkoordinator deltager ofte i nye tiltag og tager positivt imod alle udfordringer.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Teamkoordinatoren modtager ikke plejeforløbsplaner på alle de indlagte borgere. Rettidigheden er ikke i orden. Begge dele er dog blevet bedre.

Udskrivningsrapporten modtages sjældent og stort set aldrig til tiden. Der kan gå op til 1½ døgn, før den modtages. Den kan dermed ikke indgå i planlægningen af modtagelsen af borgeren.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Kommer plejeforløbsplanen rettidigt, kan teamkoordinatoren anvende informationerne i planlægningen. Det gælder ikke for udskrivningsrapporterne. Hun læser alle meddelelser på borgere i eget område fra sygehusene, selv om det ikke er et krav, men der er ofte gode informationer at finde.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

Funktionsevnevurderingen er ikke altid udfyldt i plejeforløbsplanen, og selv om de er, er de ofte mangelfuldt udfyldt. Det samme gælder funktionsevnevurderingen i udskrivningsrapporten.

Det er oftest bemærkningerne, der kan bruges og ikke scoren.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

Teamkoordinatoren taler ikke så meget i telefon med sygehusene mere, det er aftaget meget. Hun modtager aldrig sygeplejerapporter eller andet i håndskreven form.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser (herunder work-arounds)?

Der er ikke foretaget organisatoriske ændringer i hjemmeplejen i forbindelse med implementeringen af standarderne, men som i hjemmesygeplejen er der mange ændrede arbejdsgange.

Felterne i standarderne anvendes umiddelbart som de skal.

"Man kan sige, vi har ikke ændret på vores organisering, men selvfølgelig har vi ændret på nogle arbejdsgange. Det har vi i forhold til at tjekke altså tidspunkter på døgnnet, der har vi ændret nogle arbejdsgange for, at det skal overholdes ik!"

Teamkoordinatorerne er i kraft af deres funktion en social gruppe for sig, idet de ganske vist løser opgaver på lige fod med andre i hjemmeplejegruppen, men de har desuden ansvar for at planlægge besøg og følge op ved udskrivinger.

Der modtages ikke de ønskede informationer fra sygehusene – hverken i forhold til mængde eller i forhold til den indholdsmæssige kvalitet.

Teknologien er ikke stabiliseret i hjemmeplejegrupperne. Der er en række kontroverser, der skal lukkes. Der er indført nye arbejdsgange i forhold til teamkoordinatorerne, men nogle gamle arbejdsgange er bibeholdt.

Udfører – Plejecenter:

Sundhedspersonalet på plejecentret har ansvar for kommunikationen med sygehusene om plejecentrets beboere. Udskrivelsen foregår typisk direkte til plejecentret med mindre, borgeren har fået markant nye behov, der kræver en særlig visitation. Personalet skal både orientere sig i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten, som de modtager fra sygehusene, og de skal sende supplerende indlæggelsesrapporter ved alle indlæggelser.

Sygeplejersken (PC1) er supervisor og kompetenceudvikler. Hun deltager desuden i komplekse forløb. Social- og sundhedsassistenten varetager pleje og omsorg for en gruppe af plejecentrets beboere.

Teknisk oplever begge, at standarderne er tilgængelige. De mangler ikke udstyr og oplever generelt ingen tekniske problemer.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Der modtages plejeforløbsplaner på alle indlagte beboere, men beboerne har ofte en papirversion (sygeplejerapport) med hjem. Plejeforløbsplanerne kommer rettidigt. Der modtages enkelte udskrivningsrapporter, men de kommer tilfældigt og ikke rettidigt.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Indholdet i plejeforløbsplanerne er anvendeligt og forståeligt. Dog savnes informationer om udskrivningen.

Udskrivningsrapporterne savnes, da de ønskes anvendt til planlægning af modtagelse af borgeren.

Generelt opleves mangler, hvorfor afdelingen kontaktes. Personalet er bekymret over, at nogle afdelinger ikke anvender kommunens oplysninger, og der er sket fejlbehandlinger på den baggrund.

Der savnes desuden mulighed for kommunikation og informationsudveksling med skadestue og ambulatorier.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

Oplysningerne fra funktionsevnevurderingerne kan bruges, når de er udfyldt. Det er ofte kun scoren, der er udfyldt, og bemærkningerne ønskes.

Man tør ikke stole på indholdet af den elektroniske kommunikation, da det ikke er godt nok til at give medarbejderen et overblik.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

Trods behovet for at kontakte afdelingerne, tales der en anelse mindre i telefon end tidligere.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser (herunder work-arounds)?

Der er ikke foretaget organisatoriske ændringer på plejecentret. Social- og sundhedsassistenterne har fået en række nye arbejdsgange, idet det er dem, der flere gange dagligt tjekker for nye meddelelser fra sygehusene, når de har borgere indlagt.

Det er ikke nået at blive rutine på plejecentret endnu, da der ikke er ret mange indlæggelser. Det betyder, at nogle glemmer at tjekke meddelelserne.

Plejecentrene er en social gruppe, der adskiller sig fra den udekørende funktion ved at personalet altid deltager aktivt, når en af deres beboere bliver indlagt.

Indlæggelser er ikke så hyppige, men der er beboerne, der kommer i ambulatorier, og der er skadestuebesøg.

Kommunikationen med sygehusene er for plejeforløbsplanens vedkommende rettidig. Det gælder ikke for udskrivningsrapporten. Indholdet er svingende og mangelfuldt. Der er stadig både telefonisk kontakt og kommunikation i papirform ved siden af den elektroniske.

På plejecentrene er teknologien ikke stabiliseret, og der er kontroverser, der skal lukkes. Der er indført mange nye arbejdsgange for social- og sundhedsassistenterne, men de er endnu ikke blevet rutine og er derfor medvirkende til de eksisterende kontroverser. Gamle arbejdsgange er bibeholdt.

8.3.1.1 Delanalyse for det kommunale område

Der synes ikke at være tekniske udfordringer på det kommunale område, og man har alle steder adgang til det nødvendige udstyr. Teknikken er altså ikke et problem i forhold til anvendelse af standarderne.

Der opleves generelt mangler i forhold til plejeforløbsplanerne, men især savnes udskrivningsrapporterne, der skulle bidrage med informationer til planlægning af udskrivelsen. Sundhedspersonalet opnår ikke den ønskede faglige understøttelse, og informationerne giver ikke det overblik, der er behov for.

Telefonen anvendes ikke i samme udstrækning som tidligere, men fax og håndskrevne rapporter eksisterer stadig.

Der er ikke foretaget organisatoriske ændringer i kommunen i forbindelse med implementeringen af standarderne. Der er i alle grupper indarbejdet nye arbejdsgange, men de fleste øvrige arbejdsgange er stort set uændrede.

Der er stor forskel på, hvordan det opleves at arbejde med standarderne, og også holdningen til, om kommunikationen understøtter faglige behov, er forskellig. Det er tydeligt, at de personer, der har haft en aktiv rolle i

implementeringen, har en anden holdning til den elektroniske kommunikation. Der er markante forskelle, på hvordan teknologien fortolkes. Deltagere fra samme afdeling, der har modtaget samme undervisning og anvender standarderne i samme situationer, ser standarderne forskelligt og har forskellige holdninger til dem.

Der er en fælles oplevelse af, at sammenhængene er bedre end i starten af implementeringen, og de fleste er grundlæggende positive over for den nye kommunikationsform, som de har faglige forventninger til.

Der er mange kontroverser i de aktuelle grupper, der ikke er lukket, og fortolkningsfleksibiliteten er tydelig både i og imellem de sociale grupper.

8.3.2 Interviews med deltagere fra sygehusene

Resultatet af forundersøgelsen viste blandt andet, at Herlev Kommune overvejende kommunikerer med Herlev Hospital og Gentofte Hospital. Vi har derfor taget udgangspunkt i disse to sygehuse. Næsten alle sygehuse i Region Hovedstaden har en samordningskonsulent. Samordningskonsulenterne har været vores indgang til at komme i kontakt med personalet på sygehusafdelingerne.

Efter at have gennemført interviewene og foretaget en meningskondensering kan vi se, at de sociale grupper tegner sig lidt anderledes, end vi umiddelbart ville forvente. Anvendelsen af standarderne er forskellig på de to sygehuse. Der er også forskel på anvendelsen på deltagerniveau, og vi har derfor valgt en opdeling, der er lidt mere detaljeret, end vi havde planlagt. Vi har analyseret ud fra følgende gruppering:

Sociale grupper	Deltagere
Personale med specialfunktion	Samordningskonsulent (1 person)
	Udskrivningskoordinatorer (2 personer)
Personale på sengeafdeling	Sygeplejersker fra 2 afdelinger (2 personer)
	Assisterende afdelingssygeplejerske (2 personer)

Hospital – Personale med specialfunktion:

Samordningskonsulenten anvender som sådan ikke standarderne i sit daglige virke, men hun har forestået implementeringen af standarderne på sygehuset. Samordningskonsulenten har således et indgående kendskab til anvendelsen af standarderne. Samordningskonsulenten har ansvaret for driften af kommunikationen og dermed for diverse opfølgninger. Samordningskonsulenten udtaler sig på et overordnet niveau.

Optagelsen af samordningskonsulentens udtalelser om anvendelse af andre artefakter og om arbejdsprocesser er desværre ikke med, idet optagelsen kiksede i en del af interviewet. Vi har alligevel valgt at tage det amputerede resultat af interviewet med, idet samordningskonsulenten har en central funktion både i implementeringsprocessen, men også i den fremtidige drift.

Samordningskonsulenten synes, at standarderne i sig selv er tilgængelige, men det er en udfordring, at sygehusets it-systemer er langsomme. Det tager især lang tid at åbne standarderne, men når de først er åbne, er hastigheden i orden.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Samordningskonsulenten har ikke udtalt sig om rettidighed i forhold til de meddelelser, der modtages fra kommunerne.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Kvaliteten af oplysningerne fra kommunerne er meget varieret. De automatiske indlæggelsesrapporter er generelt dårlige; de manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter er meget bedre, men de er desværre sjældne.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

Man skal bruge lidt tid på at læse og forstå funktionsevnevurderingerne, men gør man det, så er der gode oplysninger at hente.

Samordningskonsulenten kan dårligt kaldes en social gruppe i sygehusvæsenet, idet der kun er en enkelt på hvert sygehus.

Samordningskonsulenten synes, at teknikken omkring standarderne er OK, men processerne generes af et langsomt it-system. Samordningskonsulentens

generelle oplevelse af det, der modtages fra kommunerne er, at kvaliteten ikke er god nok.

Der er generelle kontroverser – set med samordningskonsulentens øjne – der ikke er lukket, og teknologien er på det overordnede niveau endnu ikke stabil.

Hospital – Personale med specialfunktioner:

Deltagerne her er to udskrivningskoordinatorer fra to medicinske afdelinger, H9b og H9c. Deres opgave er at koordinere indlæggelsesforløb med kommuner og andre samarbejdspartnere, og de følger således patienten fra modtagelse til udskrivning.

De oplever begge tekniske problemer i form af et langsomt it-system og en opsætning, der gør, at man bruger rigtig mange klik for at udfylde en standard. De oplever ikke standarderne som særligt tilgængelige i den udformning, de har nu. Desuden er det en fælles oplevelse, at der er tvivl om, hvorvidt kommunerne modtager de afsendte meddelelser. I sygehussystemet står f.eks. plejeforløbsplanen som modtaget af kommunen, men ved dialog med kommunen finder man ud af, at den ikke er modtaget. Denne uvished skaber utryghed.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Det er ikke alle kommuner, der sender indlæggelsesrapporter, i hvert fald modtages der ikke rapporter på alle de borgere, som er kendte i det kommunale system. H9b er i tvivl om, hvorvidt alle kommuner er i drift med standarderne.

H9c tilkendegiver, at det er kritisk at mangle informationerne, især når patienterne er meget dårlige, og man ved, at de har hjælp i hjemmet.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Udskrivningskoordinatorerne er begge bekendt med, at nogle af deres kolleger har svært ved at forstå indholdet i standarderne. De er enige om, at det er en fordel af have arbejdet i en kommunal hjemmepleje tidligere. H9c betragter indlæggelsesrapporterne som vejledende, idet det ikke er alle oplysninger, der er brugbare. Medicinoplysninger er altid kun vejledende.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

Når patienten kommer fra en kommune, der har styr på kommunikationen er funktionsevnevurderingerne udfyldt og er gode. Det er dog mere undtagelsen end reglen, at det sker.

Når de er udfyldt med både scoring og bemærkninger, kan det give et rigtig godt overblik i forhold til patientens funktionsevne.

Mange af funktionsevnevurderingerne er intet værd – de kan være for gamle eller ikke udfyldt.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

På grund af den nævnte mistillid til, at kommunikationen kommer igennem til kommunerne, samles information sammen om flere patienter til den enkelte kommune, som kontaktes telefonisk. Det er sjældent, at kommunerne ringer til afdelingerne.

Det er stadig nødvendigt at anvende fax, når der skal sendes information til private leverandører, hospices og lignende – og til de kommuner, der endnu ikke er i drift. Københavns Kommune håndteres pt. anderledes end de andre kommuner på grund af størrelse og opdeling.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser (herunder work-arounds)?

Der er ikke foretaget organisatoriske ændringer, men en række arbejdsgange er ændret. I den sammenhæng er de to udskrivningskoordinatorer enige om, at der absolut er plads til forbedringer.

De oplever ikke, at kommunerne anvender indlæggelsesrapporten til andet, end det der er meningen.

Udskrivningskoordinatorerne er en tværgående social gruppe med en særlig koordinerende funktion i forhold til de enkelte indlæggelsesforløb.

De oplever flere tekniske udfordringer, som forårsager tvivl og usikkerhed. De synes ikke, at de får den information fra kommunerne, som de gerne vil have. Der er desuden problemer med at forstå indholdet i det modtagne. De har på

baggrund af disse faktorer fortsat en del telefonisk kontakt. Denne kontakt må betragtes som en work-around.

En del af deres arbejdsgange er ændret, mange er uændret i forhold til tidligere, og andre burde ændres og forbedres.

I forhold til den sociale gruppe, der rummer udskrivningskoordinatorerne er der fortsat mange kontroverser, der ikke er lukket, og teknologien er dermed ikke stabil.

Hospital – Personale på sengeafdelinger:

Den ene deltager H10 på sengeafdelingerne er en ung nyuddannet sygeplejerske fra en kirurgisk afdeling. Hun har gruppelederfunktion, men er ellers almindelig basissygeplejerske. H10 mangler login til systemet og har gjort det længe.

De to andre arbejder på samme medicinske afdeling. Den ene, H11, er assisterende afdelingssygeplejerske, og det er blandt andet hendes opgave at modtage nye patienter. Den anden, H12, er basissygeplejerske.

De tre sygeplejersker er enige om, at standarderne er tilgængelige, og at der ikke er tekniske problemer som sådan. Dog tilkendegiver H11, at der mangler computere på den medicinske afdeling. H12 er enig og oplever kamp om de bedste computere. Computerne logger desuden for hurtigt af eller taber strøm. Hun mener også, at it-systemet er for langsomt.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

På kirurgisk afdeling modtages der ikke altid indlæggelsesrapporter fra kommunerne. Der er i øvrigt stor forskel på kommunerne i den sammenhæng.

På medicinsk afdeling kommer patienterne først op på afdelingen efter 24 timer. Indlæggelsesrapporterne opleves derfor som tidstro. H12 ved ikke, om der modtages indlæggelsesrapporter fra kommunerne.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

H10 kender ikke indholdet i indlæggelsesrapporten og kan derfor ikke udtale sig om kvaliteten.

H11 har læst en del indlæggelsesrapporter, og indholdet har været brugbart. Hun ved dog ikke, om der er forskel på de automatiske og de manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter. Hun vil gerne have kontaktinformationen – resten er næste for meget. Dog er det godt at have oplysningerne om den hjælp, borgeren får i hjemmet. Hun har ikke forholdt sig til hjælpemidler eller serviceydelser.

H12 bruger meget sjældent oplysningerne fra kommunen. Kan ikke rigtig se, at oplysningerne kan bruges til noget. Serviceydelsesinformationerne er svære at forstå.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

H10 bruger funktionsevnevurderingen, når hun udfylder plejeforløbsplaner og mener, at scoren er vigtigst. Hun mener også, at det nok er det, hun ville bruge fra indlæggelsesrapporten.

De to medicinske sygeplejersker bruger sjældent oplysningerne fra funktionsevnevurderingen, idet ingen af dem anvender denne del. H11 mener, at en blanding af score og bemærkninger vil være at foretrække. H12 åbner indlæggelsesrapporterne for sjældent til at have en mening om funktionsevnevurderingen.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

Kirurgisk afdeling sender stadig færdigmeldinger på fax til kommunerne. H10 synes, at der tales langt mindre i telefon end tidligere med kommunerne.

Sygeplejerskerne fra medicinsk afdeling er ikke enige i omfanget af telefonisk kontakt til kommunerne. H11 taler mindre i telefon.

H12 taler stadig meget i telefon med kommunerne. Det er både afdelingen selv og kommunen, der ringer op. De er enige i, at der stadigvæk faxes. H11 oplyser, at planen er, at anvendelsen af fax skulle slutte ugen efter interviewet.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser (herunder work-arounds)?

På kirurgisk afdeling anvendes standarderne til at informere kommunerne, som så tager telefonisk kontakt til afdelingen. Det opleves som dobbeltarbejde at udfylde plejeforløbsplanen og derefter blive ringet op af kommunen. H10 er ikke

bekendt med ændrede arbejdsgange, da hun ikke var ansat før implementeringen. Hun har ingen oplevelse af, om standarderne anvendes alternativt eller, om der er work-arounds.

På medicinsk afdeling har man ændret organisering, idet der ifølge HH11 er ansat modtagesygeplejersker, der har til opgave at tage sig af de administrative opgaver omkring nye patienter, herunder indlæggelsesrapporter og opstart af plejeforløbsplanerne. Der er desuden ændret på en række arbejdsgange i forbindelse med kvalitetssikring omkring systemet. Det er nemmere nu, hvor man kun har et system i stedet for at skulle orientere sig i flere it-systemer. Papirarbejdsgangene opleves som dobbeltarbejde.

H12 mener ikke, at der er sket organisatoriske ændringer, og arbejdsgangene er kun ændret i forhold til, at standarderne skal udfyldes hurtigst muligt.

Sygeplejerskerne på sengeafdelingerne er en social gruppe, idet deres funktioner overordnet er ens uanset afdeling.

På den ene afdeling har problemer med adgang til systemet indflydelse på anvendelse af teknologien. En af sygeplejerskerne kan ikke arbejde i EKJ-systemet grundet manglende login.

Det ser ud til at være gennemgående, at informationerne fra kommunerne ikke anvendes i særlig stor udstrækning. Arbejdsgangen er ikke indarbejdet, og den svingende kvalitet i indholdet gør det ikke attraktivt at bruge tid på indlæggelsesrapporterne.

Der er en række nye arbejdsgange, men mange af de gamle arbejdsgange er bibeholdt, så personalet oplever dobbeltarbejde. På den ene afdeling spiller besværlighederne med adgang til systemet en fremtrædende rolle.

Vi kan se, at der i denne store sociale gruppe er en tydelig fortolkningsfleksibilitet. Der er en række kontroverser, der ikke er lukket, og teknologien er dermed ikke stabil.

Hospital – Personale på sengeafdelinger:

Den sidste i gruppen "Personale på sengeafdelinger" fra Gentofte Hospital er en assisterende afdelingssygeplejerske fra en medicinsk afdeling. Hun oplever, at ud

over de systemtekniske udfordringer, er systemet med kommunikationsstandarderne brugervenligt.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

Det er meget forskelligt, om indlæggelsesrapporten – i opdateret form – modtages og om den modtages rettidigt.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Det sundhedsfaglige indhold er meget svingende. Serviceydelserne er svære at gennemskue og forstå.

"Med hensyn.. omkring om det er til at bruge til noget eller ej, så synes jeg også, at det svinger meget fra kommune til kommune. Vi har nogle gange, når jeg går ind og læser, så står der 0,35 morgenhjælp, og jeg aner overhovedet ikke, hvad det betyder, vel? Og så kan jeg jo ikke bruge det til så meget, så det er sådan lidt med hvilken kommune..."

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

Mængden af udfyldte funktionsevnevurderinger er ligeledes svingende, og det samme gælder kvaliteten af indholdet.

Sygeplejersken synes, at der tales mindre i telefon med kommunerne end før.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser, herunder work-arounds?

Sygeplejersken oplever ingen work-arounds.

Sygeplejersker på sengeafdelingerne er en social gruppe, idet deres funktioner overordnet er ens uanset afdeling. Vi har kun interviewet en enkelt fra Gentofte Hospital, så vi kan ikke påvise fortolkningsfleksibilitet i denne sociale gruppe.

Sygeplejersken oplever, at informationerne fra kommunerne ikke er specielt anvendelige. Usikkerhed på den tekniske side betyder, at en række gamle arbejdsgange holdes i gang, selv om det var planlagt anderledes. Der er behov for nye arbejdsgange i afdelingen.

Der har ikke været organisatoriske ændringer i afdelingen, men der er mange nye arbejdsgange. Der er behov for yderligere ændringer for at sikre kommunikationen.

Der er også her kontroverser, der ikke er lukket, og teknologien er dermed ikke stabil på denne sengeafdeling.

8.3.2.1 Delanalyse for sygehusområdet

Personalet fra sygehusene omtaler tekniske udfordringer i form af langsomt fungerende it-systemer. De fleste ser standarderne som tilgængelige, men et par stykker synes, det kræver mange klik at udfylde dem.

Der nævnes ikke andre tekniske problemer, dog nævner en enkelt afdeling mangel på udstyr.

Det er et gennemgående træk, at oplysningerne fra kommunerne i indlæggelsesrapporten ikke altid modtages, og rettidighed og kvalitet i indhold er svingende. Personalet angiver, at de ikke modtager nødvendige oplysninger og at de derfor ikke får det nødvendige sundhedsfaglige overblik ved at modtage oplysningerne fra kommunerne.

Der er problemer med at forstå og dermed at anvende informationen fra kommunerne.

Der synes at være mange forskellige holdninger til anvendelsen af standarderne, det er ikke alle, der går lige aktivt ind i at hente og anvende oplysningerne fra kommunerne. De sygeplejersker, der bruger oplysningerne, og som giver udtryk for at mangle informationer, er også dem, der efterlyser mere effektive arbejdsgange.

På begge sygehuse er der fortløbende tiltag, der skal sikre, at formålet med implementeringen bliver opnået. På Herlev Hospital ændres organiseringen for at sikre håndtering af standarderne, og anvendelsen af fax stoppes. På Gentofte Hospital følges op på tekniske problemer, og der er fokus på arbejdsgange.

Der er i og imellem de sociale grupper en betydelig fortolkningsfleksibilitet, og der er mange kontroverser, der skal lukkes. Teknologien er ikke stabil.

9 Diskussion

Vi vil i diskussionen vende tilbage til SCOT. Tilgangen anvendes i teknologiudviklinger, der foretages i et socioteknisk perspektiv. Her er fokus på konstruktion af teknologi. I vores projekt anvender vi SCOT i forbindelse med en teknologievaluering. Vi har ikke undersøgt, hvordan en teknologi skal konstrueres, men hvordan teknologien anvendes.

Udgangspunktet i SCOT-tilgangen er, at en teknologi kun er, hvad den er i forhold til en bestemt gruppe mennesker (16)(s.46). Denne gruppe af mennesker kaldes i SCOT den relevante sociale gruppe. De mennesker, der udgør en social gruppe, er netop den gruppe, fordi de deler det samme sæt af meninger om et bestemt artefakt. Artefaktet/teknologien skal ses i forhold til denne gruppe. Der kan være forskel på den mening, grupperne tillægger teknologien, altså den måde, de anvender den på. De påvirker ligeledes teknologien forskelligt. Denne forskel kaldes fortolkningsfleksibilitet.

Udgangspunktet for at betragte teknologien er, at den på et tidspunkt har været ustabil, og de sociale grupper har fortolket og anvendt den forskelligt. De forskellige fortolkninger mellem grupperne kaldes kontroverser. På et tidspunkt er kontroverserne lukket, og teknologien stabiliseret. Den har fået en stabil betydning og udformning. Lukning kan nås ad to veje. Enten overbeviser en social gruppe en anden om, at teknologien er anvendelig – eller ikke anvendelig – og kontroversen lukkes. Dette kaldes den retoriske lukning. Alternativt enes grupperne om at teknologien skal redefineres – den vil ikke i den nuværende udformning kunne stabiliseres.

I præsentationen af vores undersøgelsesresultater har vi adskilt sygehuse og kommune, idet de anvender teknologien forskelligt. Vi har også valgt at se på de tre standarder hver for sig. Vi har identificeret sociale grupper på et ret højt niveau, fordi vi ikke skønner, at vores resultater kan bære en mere detaljeret opdeling. Vi vil i diskussionen samle resultaterne, og denne diskussion skal føre os frem til den endelige konklusion.

Vi vil først se på sygehusene og de problemstillinger, personalet oplever i forhold til teknologien – indlæggelsesrapporten de modtager fra kommunerne.

Generelt opleves udfordringer og mangler i forhold til både manuelle tekstfelter, Årsag til aktuel indlæggelse og Beskrivelse af helbredstilstand, og automatisk opdaterede felter, Funktionsevnevurdering og Serviceydelser. Telefonsamtaler anvendes for at sikre udveksling af de nødvendige data. Disse resultater er generelle, idet de opleves af alle de sygehusansatte, der har deltaget i undersøgelsen. Men de er også på én gang meget overordnede og alligevel specifikke. De refererer til konkrete tekstfelter i én konkret kommunikationsstandard.

Vi må se på resultaterne i et SCOT-perspektiv for at se, om teorien understøtter vores undersøgelse således, at vi kan forsøge at forklare resultaterne og handle på dem. Vi har opdelt sygehuspersonalet i nogle overordnede sociale grupper i grundanalysen af resultaterne. Som nævnt er de sociale grupper ifølge SCOT grupper, fordi de tillægger den samme teknologi den samme betydning. I denne forståelse burde vores sociale grupper stort set kun bestå af enkeltpersoner. I så små grupper kan vi ikke undersøge fortolkningsfleksibiliteten eller drage sammenligninger. Vi er derfor nødt til at bevæge os på det mere generelle plan, de meget overordnede sociale grupper.

Vi betragter altså sygehuspersonalet som mange små sociale grupper i en stor social gruppe. Gruppen er i kraft af den nye teknologis unge alder præget af en stor fortolkningsfleksibilitet forårsaget af en række kontroverser mellem små grupper og enkeltpersoner. Kontroverserne består i meget forskellige fortolkninger af den samme teknologi.

De sygehusansatte i den store sociale gruppe deler den samme teknologiske ramme. Rammen indeholder ressourcer til handling og interaktion, der skal bruges i forandringen. Forandringen er i denne undersøgelse ibrugtagning af ny kommunikation og de arbejdsgangsændringer, der følger med implementeringen. Rammen indeholder også vedtagne procedurer for anvendelse, som i denne sammenhæng er kommunikationsaftaler og forskellige vejledninger til anvendelse af teknologien. Lokalt vil de ansatte desuden dele andre og mindre teknologiske rammer i forhold andre faglige og organisatoriske funktioner.

Vi har identificeret rammen for undersøgelsen og skal sikre, at undersøgelsen lever op til målsætningerne i SCOT. Vi vælger at sige, at vi overordnet opfylder

målet om, at udgangspunktet er et sømløst netværk. Vi har ingen forhåndsforestillinger om, hvad der er teknisk og hvad der er socialt.

Implementering af den nye kommunikation har afstedkommet nye arbejdsgange, som skal sikre, at teknologien anvendes efter hensigten. Sygehuspersonalet skal ikke kommunikere med kommunerne, som de plejer. Måden, hvorpå de indhenter og afleverer informationer i forhold til kommunen som samarbejdspartner, er ændret, men deres øvrige arbejdsgange er uændrede. Ændringer bør ifølge SCOT både kunne ses som et radikalt brud med tidligere teknologier, men også som en del af en kontinuerlig proces uden markante spring. Den elektroniske kommunikation er en markant ændring af den tidligere kommunikation, men set i det store perspektiv betyder det ikke det store i forhold til øvrige arbejdsgange.

Der er kun foretaget få ændringer i forhold til personalets organisering på sygehusene. På de fleste afdelinger er organiseringen uændret, men en enkelt afdeling har valgt at ansætte sygeplejersker til specifikt at varetage kommunikationen. Vi havde ikke på forhånd hypoteser om organisatoriske ændringer og har ikke spurgt ind til, hvilken betydning dette tiltag vil få for kommunikationsprocessen ved tværsektorielle forløb. Ansættelsen er en radikal ændring af afdelingens kommunikationsproces. Tiden vil vise, om denne ændring vil få radikale konsekvenser i den kontinuerlige teknologiske udvikling i afdelingen. Vi har således indfanget både forandring og kontinuitet, og opfylder dermed det teoretiske mål.

Når vi skal vurdere, om teknologien fungerer eller ej, skal vi se den i forhold til den enkelte sociale gruppe. Undersøger vi på personniveau eller i forhold til de meget små sociale grupper, finder vi mange forskellige måder at se og fortolke teknologien på og dermed også forskellige opfattelser af, om teknologien fungerer eller ej. Trods disse forskelle er de fleste overvejende enige om, at på det stadie, udviklingen befinder sig lige nu, fungerer teknologien ikke optimalt.

Hvis vi skal gå i dybden med dette overordnede resultat, skal vi se på resultaterne på aktørniveau. En sådan analyse vil dog ikke kunne stå alene, idet alle aktørerne er bundet af strukturer, der i en vis udstrækning er styrende for deres adfærd. De sygehusansatte er ganske vist en del af den overordnede

teknologiske ramme, men de deltager som nævnt også i mindre afdelings- og fagrelaterede teknologiske rammer og andre strukturer. Vi har foretaget analyser på både aktør og strukturniveau, så vi opfylder også dette mål.

Analysen af de resultater, vi har fået gennem spørgeskemaundersøgelsen og de semistrukturerede interviews, viser os - på det generelle plan i forhold til den store sociale gruppe - at sygehuspersonalet:

- oplever ikke at modtage de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig
- oplever ikke at få dækket deres behov for sundhedsfaglige information gennem indholdet i den elektroniske kommunikation
- oplever at funktionsevnevurderingen ikke bidrager til overblik
- taler mindre i telefon med kommunerne, og de anvender stadig fax
- oplever at standarderne ikke understøtter alle deres arbejdsgange

Dette samlede resultat for undersøgelsen i forhold til sygehusene er som sagt meget overordnet. Der er mange små afvigelser i holdninger og fortolkninger, men der er ikke en eneste sygehusansat, der tilkendegiver fuldstændig tilfredshed og tryghed ved anvendelsen af den elektroniske kommunikation.

En tilsvarende gennemgang i forhold til kommunen og de problemstillinger, personalet her oplever i forhold til teknologien, har givet os et nærmest analogt billede. Analysen viser, at de kommunale deltagere overordnet har de samme oplevelser som sygehuspersonalet (se de 5 punkter ovenfor). Som det gør sig gældende på sygehusene, er der også her mange forskellige holdninger og fortolkninger af teknologien, og der er heller ikke en eneste kommunalt ansat, der udtrykker fuld tilfredshed med den nye kommunikationsform.

Resultaterne ligner altså hinanden og er alligevel forskellige for de to sociale grupper. Et gennemgående fælles træk er, at alle deltagere er gået positivt ind i undersøgelsen, og alle har på et eller andet niveau givet udtryk for positive forventninger og velvilje i forhold til anvendelsen af standarderne.

I spørgeskemaundersøgelserne kan vi dog se forskelle på, hvordan svarene fordeler sig. Sygehuspersonalets svar fordeler sig typisk over alle 5 svarkategorier, hvor 5 er bedst og 1 dårligst. Holdningerne til anvendelsen af

standarderne spreder sig bredt over spektret fra godt til dårligt. I kommunen er der ikke ret mange, der vælger at svare 1 eller 5. De fleste svar ligger i kategorierne 2, 3 og 4, altså samlet mere om en middelværdi. Det er en generalisering, men tendensen er klar.

I interviewene omtaler sygehuspersonalet blandt andet langsomt fungerende it-systemer, som ikke virker fremmende på en ny kommunikationsproces. De tilkendegiver ligeledes tvivl og usikkerhed på kommunernes deltagelse i kommunikationen. Stort set alle har problemer med at forstå indholdet af bestemte felter i den information, de modtager fra kommunerne.

De kommunalt ansatte har blandt andet fokus på, at de ikke modtager det forventede antal standarder. Indholdet i standarderne er ikke dækkende for deres behov, og de oplever tvivl i forhold til manglende eller utilstrækkelige oplysninger i forhold til udskrivning.

Hvis vi skal prøve at forklare, hvorfor disse ligheder og forskelle gør sig gældende, skal vi se på resultaterne fra flere vinkler. Helt overordnet er vi nødt til at se på de to gruppers anvendelse af teknologien. For kommunens vedkommende håndterer personalet standarderne i forbindelse med alle indlæggelser. Indlæggelsesrapporten afsendes altid automatisk, og det er relativt sjældent, personalet sender manuelt opdaterede rapporter, idet de sjældent deltager i indlæggelsen. De skal indhente information fra plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter til brug for planlægning og opfølgning.

Sygehuspersonalet skal forholde sig til automatisk afsendte indlæggelsesrapporter i forhold til en begrænset mængde patienter. På nogle afdelinger har man ofte patienter, der modtager kommunal service, og på andre afdelinger, er det meget få patienter, det drejer sig om. Personalet modtager kun få opdaterede rapporter, men de skal til gengæld manuelt sende både plejeforløbsplaner – måske flere af slagsen – og udskrivningsrapporter til kommunerne, når der er tale om "fælles" borgere. Opgaverne og måden at anvende standarderne på er altså meget forskellig for de to grupper. De kommunale ansatte vil hurtigere kunne indarbejde arbejdsgange til rutiner, der sikrer kommunikationen, end det er tilfældet for sygehuspersonalet, idet de

kommunale skal håndtere standarderne oftere. De kommunale arbejdsgange er desuden mere passive, end arbejdsgange på sygehusafdelingerne.

Dette kan forklare nogle af forskellene, men lighederne er alligevel dem, der springer mest i øjnene. Hvorfor synes ingen, efter at have været i drift i 4 måneder, at teknologien fungerer? Kan vi forvente stabil drift og tilfredshed på nuværende tidspunkt? Kan vi have de samme forventninger til de to grupper?

De overordnede forklaringer er overfladiske, og vores resultater rummer ingen muligheder for yderligere forklaring eller problemløsning. Vi har ikke afdækket årsagssammenhængene, der ligger til grund for de oplevede problemstillinger. Vi ved, at ideen til denne implementering, som er en stor forandring i brugernes hverdag, ikke er født blandt brugerne. Den elektroniske kommunikation var som udgangspunkt ikke brugernes behov. Hele processen er en del af et større nationalt initiativ nemlig digitaliseringen af sundhedsvæsenet, som vi indledningsvist har beskrevet. Brugerne har nødvendigvis ikke følt ejerskab fra første færd, selv om alle, der har forestået eller deltaget i selve implementeringen har gjort alt, hvad de kunne for at "sælge varen".

Fra organisationsteori og projektledelse ved vi, at vi også skal se på organisationens forandringsparathed. I vores sammenhæng er organisationen ikke bare en større eller mindre organisatorisk enhed. Det drejer sig her om 5 regioner og 98 kommuner, der hver især består af en række underordnede organisatoriske enheder. Det er utopi at forestille sig, at alle i dette kæmpe sundhedsfaglige fællesskab er lige parate til en forandring i denne størrelsesorden. Desuden er der sideløbende konkurrerende elementer i form af andre udviklinger, implementering af andre it-funktionaliteter og ændringer i alle de organisatoriske enheder, og det kan derfor være svært for personalet at prioritere, hvad der skal bruges tid og energi på.

Implementeringsprocessen er et uhyre vigtigt element. Vi har valgt ikke at evaluere på selve processen, så vi har ingen data, vi kan bruge til at undersøge årsagsforholdene. Marc Berg henviser til forskere som Mintzberg og Groth, som giver udtryk for en begrænsning, der i vores sammenhæng kan opleves som meget skuffende:

"IT can only bring true organizational transformation when the core worktasks are structured and interconnected in highly standardized ways" (23)(s.47)

Berg forklarer konflikten i forhold til sundhedsvæsenet ved, at blandt andet sygeplejerskers arbejde, som er organisatoriske sociologers prototypeeksempel på professionelt arbejde, er for komplekst og varieret til at blive standardiseret. Det kan opleves paradoksalt, at den elektroniske kommunikation, vi undersøger, netop søger at standardisere kommunikationen, når vi på den ene side ved, at standardisering er en tvingende nødvendighed for succesfulde it-implementeringer i organisationer, og på den anden side lytter til Berg, der angiver, at i forhold til professionelle og deres arbejde kan standardisering ikke anvendes.

Dette paradoks opbløder Berg (23) ved at forklare, at enhver professionel ved, hvad hun kan forvente fra en anden professionel, en evne, der er trænet gennem uddannelse og erfaring. IT kan understøtte disse evner, og samarbejdet mellem professionelle kan styrkes gennem it-kommunikationsværktøjer. Samlet set burde der være håb om, at målet med implementeringen kan nås, men også at den elektroniske kommunikation faktisk kommer til at opleves som en understøttelse af de faglige opgaver.

Ved implementering af informationssystemer er det vigtigt, at der fra starten er en dyb forståelse af arbejdspraksis. Arbejdspraksis er i den sociotekniske tilgang (14)(s.89) begrebsliggjort som et netværk at mennesker, værktøjer, organisatoriske rutiner, dokumenter og så videre. Det er altså nødvendigt at vide, hvem der skal anvende teknologien og i hvilke sammenhænge. Her spiller kulturelle forskelle og forskellig terminologi en vigtig rolle, idet normer og sprog også er en del af arbejdspraksis. Udfordringen er, at arbejdspraksis i vores sammenhæng er mange forskellige begreber.

I modsætning til andre it-systemer i sundhedssektoren, som f.eks. beslutningsstøttesystemer, der har et beregningsmæssigt grundlag, ses informationssystemer, som her i vores sammenhæng som en social og interaktiv proces, hvor oplysninger deles og fortolkes. Med baggrund i ovenstående beskriver Marc Berg, at informationsteknologi skal designs til interaktion.

Hvis der ikke er taget højde for arbejdspraksis i strategi og planlægning af implementeringen, kan der her ligge mulige forklaringer på nogle af de oplevede frustrationer omkring den elektroniske kommunikation. En anden forklaring kan være, at standarderne ikke er designet til videns- og informationsdeling, men til udveksling af standardiserede informationer. Hermed kan den umiddelbart ikke afløse den traditionelle tovejskommunikation.

Et sidste eksempel på, hvad der kan forklare resultaterne af vores undersøgelse er, som vi tidligere har nævnt, at sundhedspersonalet ikke har været med i den første vigtige del af processen. Marc Berg pointerer, at når man vil implementere informationsteknologi i sundhedsvæsenet, skal der i udarbejdelse af implementeringsstrategien første lyttes til organisationens ambitioner og prioriteringer. Denne organisationens "stemme", kan ikke genkendes i de overordnede strategier og beskrivelser (9), som den samlede implementering har taget udgangspunkt i.

Der er mange forklaringer på, hvorfor vi får de resultater, vi har fået i vores undersøgelser. Vi kan konstatere, at der trods oplevede fejl og mangler for de fleste deltageres vedkommende er en stor velvilje i forhold til at føre dette enorme projekt i mål. Men hvad er udsigterne? Er en retorisk lukning af kontroverserne og dermed en stabilisering af teknologien realistisk? Er det realistisk lige nu eller på sigt – eller er det slet ikke realistisk? Skal vi redefinere teknologien og ad den vej rette op på de fejl og mangler, der opleves i dag?

Christian Nøhr siger, at organisationer ændres uhyre langsomt. Han citerer andre forskere, der hævder (24), at en organisationsform typisk lever 50 år i sin grundform. Vi har således stadig tid. Nogle af de år skal måske bruges til at evaluere og eventuelt sadle om for at nå målet med den elektroniske kommunikation.

10 Konklusion

Vores resultater viser umiddelbart, at formålet med implementeringen af de nye hjemmepleje - sygehus standarder ikke er nået ved udgangen af april 2013.

Resultaterne er kun gældende i forhold til samarbejdet mellem Herlev Hospital, Gentofte Hospital og Herlev Kommune i Region Hovedstaden. En påstand kunne være, at det samme gør sig gældende for resten af Region Hovedstaden og måske for hele landet.

Hvis vi tager udgangspunkt i de tre formål, der ligger i implementeringen, vil påstanden kunne underbygges:

1. Standarderne skal understøtte den kommunikation, der er nødvendig mellem hjemmeplejen og sygehusenes personale i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Vores undersøgelse viser, at hverken hjemmeplejen eller sygehusenes personale tør stole udelukkende på denne kommunikation, idet de oplever mange fejl og mangler i kommunikationen. De anvender derfor stadig telefon, fax og papir for at sikre udveksling af information.

En medarbejder i kommunen siger:

"Men ellers, øh når de sender en plejeforløbsplan, og vi kan se, at det her, det her kan godt se ud til at være lidt længere i de kommentarer de skriver, så kontakter vi dem jo med det samme. Vi kontakter dem faktisk samme dag som vi får en plejeforløbsplan, altid."

2. Standarderne skal understøtte en lettere struktureret beskrivelse af funktionsevne, da status for funktionsevne bidrager til den sundhedsfaglige medarbejders overblik over borgerens evne til egenomsorg.

De sundhedsfaglige medarbejdere i hjemmeplejen og på sygehusene giver alle udtryk for, at en funktionsevnevurdering, der er udfyldt med både score og bemærkninger reelt giver et godt overblik over borgerens funktionsevne. Problemet er bare, at funktionsevnevurderingerne sjældent er fuldstændigt udfyldt – hvis de overhovedet er udfyldt. Vurderingerne kan derfor kun sjældent bidrage til det ønskede overblik.

3. Standarderne skal bidrage til at lette den skriftelige dokumentation, bidrage til at reducere antallet af telefonopkald og bidrage til, at brug af fax ophører.

Vores resultater viser, at anvendelsen af telefonopkald for nogles vedkommende er uændret, andre taler mindre i telefon, mens endnu andre faktisk taler mere i telefon, fordi de skal afklare uvisheder. Der faxes stadig fra flere afdelinger til kommunerne.

En medarbejder i kommunen siger:

"Altså, jeg vil sige, at det har ikke givet nogen som helst ændringer indtil nu, andet end at vi skal ind og se på de plejeforløbsplaner. Indtil nu har det faktisk ikke givet nogen ændring. Nej"

Formålet med implementeringen af standarderne er altså ikke opnået.

For at kunne give svar på vores problemformulering, har vi suppleret med en række mere konkrete undersøgelsesspørgsmål. Dem vil vi besvare her og dermed give en yderligere dokumentation for vores påstand.

Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet i forhold til den planlægning, der er nødvendig?

I resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen kan vi se, at mindre end 40 % af deltagerne, oplever at de modtager oplysninger rettidigt. Ud fra kommentarerne til spørgeskemaerne kan vi se, at der er utilfredshed, enten fordi informationerne modtages for sent, eller fordi de slet ikke modtages.

Vi får det samme brogede billede, når vi ser på resultaterne af interviewene. Her er der også forskel på, hvilken standard, der er tale om.

I forhold til indlæggelsesrapporten og plejeforløbsplanen er modtagerne temmelig uenige om rettidighed. Nogle få mener, at standarden modtages rettidigt og andre mener, at den kommer for sent. Alle oplever at mangle opdaterede oplysninger til tiden. Der er desværre flere, der udtaler, at selv om indlæggelsesrapporten kommer rettidigt, så læser de den ikke.

For udskrivningsrapportens vedkommende er det helt generelt, at der modtages meget få. De få der modtages, modtages sjældent rettidigt.

Det må konstateres, at der er lang vej igen i forhold til, at sundhedspersonalet kan opleve modtagelse af rettidige informationer. Der modtages ikke standarder på alle de indlæggelser, hvor det forventes. Når der modtages standarder, er rettidigheden sjældent i orden.

Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?

Fra spørgeskemaundersøgelsen ved vi, at mindre end 50 % er tilfredse med det sundhedsfaglige indhold i indlæggelsesrapporten. Det drejer sig især om, at de kommunale serviceydelser er svære at forstå, og dermed er oplysningerne svære at anvende. De manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter efterlyses, idet det kun er i dem, sygehuspersonalet kan læse årsag til indlæggelse og oplysninger om borgerens helbredstilstand.

De kommunale modtagere fordeler deres tilfredshed bredere, men de er utilfredse med essentielle datoer, Forventet færdigbehandlingsdato og Aftalt udskrivelsesdato. Der mangler opdatering af plejeforløbsplanen, hvilket skaber tvivl og usikkerhed.

Indholdet i udskrivningsrapporterne kan ikke kommenteres, idet kommunen modtager meget få. Der er til gengæld flere, der efterlyser udskrivningsrapporten, da de forventer, at den vil give gode sundhedsfaglige informationer.

Alle er enige om, at en udfyldt standard kan være med til at understøtte de sundhedsfaglige medarbejders behov for information. Der modtages ikke nok standarder, og det meste af det, der modtages, er mangelfuldt udfyldt.

Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?

Funktionsevnevurderingen burde modtages ved indlæggelse på sygehusene i forhold til alle borgere, som i forvejen er kendt i kommunernes EOJ-system. Vurderingen hentes automatisk fra det kommunale system. Ved mindre end 50% af indlæggelserne er funktionsevnevurderingen udfyldt. Det betyder, at kommunen ikke vedligeholder funktionsvurderingen, der kun hentes, hvis den er udfyldt og er mindre end et år gammel. Billedet ser ikke bedre ud i forhold til de standarder, kommunen modtager.

Fælles for alle modtagere er, at funktionsevnevurderingen opleves enten ikke at være udfyldt eller at være mangelfuldt udfyldt. Langt de fleste fokuserer på bemærkningerne, idet de lettere kan skabe en fælles forståelse. Det kan scoringerne ikke – der opleves ikke "fælles sprog" på dette område.

Funktionsevnevurderingerne bidrager kun i ringe udstrækning til den sundhedsfaglige medarbejders overblik.

Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?

Det kvantitative svar er, at antallet af telefonsamtaler er uændret eller mindre i forhold til tidligere. I interviewrunden har vi fået underbygget dette svar, hvor de fleste oplever at tale mindre i telefon. Faxen er stadig i brug på flere afdelinger.

Den ønskede reduktion af telefonopkald ser ud til at være på vej, men det er endnu ikke lykkedes at afslutte al brug af fax.

Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser?

En enkelt afdeling har ændret organisation for at understøtte de nye arbejdsgange i forskellige processer. Alle medarbejdere og sociale grupper har fået nye arbejdsgange. Desværre er flere arbejdsgange, som burde være erstattet af nye, stadig aktive, hvilket opleves som dobbeltarbejde af medarbejderne.

Vi har haft et særligt fokus på work-arounds for at følge op på Coieras´ s pointe om at ved at evaluere på work-arounds, kan vi evaluere på styrker og svagheder i teknologien. Vi har ikke set nogle work-arounds, og deltagerne beskriver ikke work-arounds, men de opretholder gamle arbejdsgange for at kompensere for mangler i de nye arbejdsgange, hvilket vi tolker som en work-around.

Det generelle indtryk er, at den understøttende funktion i forhold til arbejdsgange, information og overblik, som standarderne skulle give, ikke opleves af medarbejderne. De oplever for de flestes vedkommende, at de har fået en ekstra arbejdsopgave og at den tid, der skal bruges til at løse den, ikke er til stede, hvorfor opgaven i nogle tilfælde nedprioriteres.

Hvilken betydning har indførelsen af elektroniske hjemmepleje – sygehus standarder på den sundhedsfaglige kommunikation i forbindelse med indlæggelsesforløb?

Det endelige svar på problemformuleringen er, at indførelsen af standarderne endnu kun er nået til at blive en ekstra arbejdsgang. Desværre opleves denne arbejdsgang øjensynligt ikke som vigtig, idet alle oplever at mangle standarder og dermed oplysning.

Den positive viden, vi har fået af denne undersøgelse, er dog, at stort set alle er positivt indstillet i forhold til at anvende standarderne, idet de godt kan se, at indholdet i dem kan bidrage til den sundhedsfaglige information og understøtte det ønskede overblik. Det er bare ikke der, medarbejderne oplever at være nu.

Fejl og mangler gør kommunikationsprocessen usikker, det skaber utryghed, og medarbejderne bruger de tidligere kommunikationskanaler for at sikre kommunikationen og dens indhold.

Hvad skal der til, for at medarbejderne oplever, at standarderne understøtter de sundhedsfaglige informationer, som er nødvendige i forhold til planlægning og opfølgning i forbindelse med indlæggelsesforløb?

John P. Kotter har udviklet en ottetrinsproces, der kan anvendes ved større organisatoriske forandringer. Processen indeholder som navnet siger, otte trin, der skal gennemføres, hvis en forandring skal lykkes (23). Hvis denne ottetrinsproces havde været en del af planlægningen af implementeringen af hjemmepleje – sygehus standarderne, kunne resultatet måske have set anderledes ud.

De otte trin i processen er:

1. Etablering af en oplevelse af nødvendighed
2. Oprettelse af den styrende koalition
3. Udvikling af en vision og en strategi
4. Formidling af forandringsvisionen
5. Skabe grundlag for handling på bred basis
6. Generering af kortsigtede gevinster
7. Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring
8. Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen

Vi mener dog ikke, at det er for sent. Ottetrinsprocessen kan også anvendes i forbindelse med evaluering. Det ville være en god ide at igangsætte en evaluering med afsæt i ottetrinsprocessen allerede nu, inden for mange af de medarbejdere, der faktisk er interesserede og gerne vil den elektronske kommunikation, mister motivationen. Evalueringsprocessen kan give forklaringer på det, der ikke er lykkedes, og skabe grundlag for nyt liv til implementeringen samt optimere den drift, der er en virkelighed i mange organisatoriske enheder på nuværende tidspunkt.

Nogle af besvarelserne giver os et billede af, at der har været forskelligartet ledelsesmæssig opbakning til implementeringen. Kotter har undersøgt en række succesfulde forandringsprocesser og understreger, at forandringsprocessen aldrig bliver anvendt effektivt, hvis den ikke styres af et lederskab af høj kvalitet – ikke bare fremragende ledelse. Kotter skelner mellem ledelse, som planlægning og budgettering, organisering og bemanding samt styring og problemløsning, mens lederskab indeholder de mere strategiske tiltag, som fastlæggelse af retning, at skabe tilslutning samt motivation og inspiration. I et evalueringsprojekt i denne sammenhæng skal ledelsen beskrives grundigt i forhold til ledelse på alle niveauer. Hvem tager de overordnede beslutninger og tegner visioner og strategi, og hvem står i spidsen for den praktiske del af forandringen? Den kontinuerlige understøttelse og opbakning skal ligeledes beskrives.

Processen skal gennemarbejdes i den rigtige rækkefølge, dog må et nyt trin påbegyndes, før det tidligere er færdiggjort. Første trin i processen er at sikre, at behovet for forandringer er klart for enhver – at der faktisk er tale om en alvorlig

krise: Hvis ikke vi ændrer kursen, går vi til grunde! Vi skal skabe det, Kotter kalder den brændende platform. Aktørerne skal altså have den oplevelse af nødvendighed, der ikke har været til stede i det oprindelige implementeringsprojekt. Det er muligt, at der lokalt har været en oplevelse af nødvendighed, men det er ikke nok i så stort et projekt. Denne oplevelse kunne blandt andet nås ved at lade dem, der har set lyset fortælle "den gode historie". På dette trin vil ledere på alle niveauer spille en væsentlig rolle.

Kotter understreger, at en enkelt person ikke vil kunne styre en stor organisation igennem en proces som denne evaluering. Der skal etableres en styrende koalition, som skal sikre sammenhænge i processen. Koalitionen skal have den nødvendige magt og indflydelse, og allerede på dette trin skal sammenhængen mellem sektorerne sikres ved deltagelse fra både kommuner og regioner. Denne koalition skal skabe tillid og udvikle fælles mål for evalueringen.

I det oprindelige nationale implementeringsprojekt er den fælles vision og strategi ikke nået helt ud i yderste led. For at samle op på projektet og understøtte oplevelsen af nødvendighed skal der skabes en vision, der kan opleves og forstås af alle – uanset sektor. Der skal samtidig udarbejdes strategier for, hvordan denne vision skal realiseres.

Et særdeles vigtigt fokuspunkt er her at formidle denne forandringsvision på alle tænkelige måder, så de mange sociale grupper, der håndterer den elektroniske kommunikation, når til at tro på, at de vil opnå det sundhedsfaglige informationsniveau og overblik via standarderne, som de faktisk efterlyser.

Hvis der fortsat er tekniske udfordringer, f.eks. de langsomme systemer på sygehusene, skal de ryddes af vejen. Hvor der mangler kompetence, skal den styrkes, og det gælder på alle niveauer. Det er også vigtigt at etablere støttefunktioner, så alle altid ved, hvor de skal søge hjælp ved tvivl og problemstillinger der relaterer til både teknisk anvendelse, indhold og fortolkning af standarderne.

Undervejs skal der sættes små opnåelige mål, der kan få de mange medarbejdere til at opleve succes. De skal opleve at få gevinst af deres indsats, og disse gevinster skal være af faglig karakter. Medarbejderne skal opleve

understøttelse af deres faglighed. Kotter påpeger vigtigheden af de kortsigtede gevinster, der styrker motivationen.

Resultaterne af evalueringen skal indarbejdes i de relevante organisatoriske elementer som ansættelse, udvikling af medarbejdere og nye sundheds-it-projekter, således at den iterative proces fortsætter med løbende forbedringer og opkvalificering af medarbejderne.

Den nye kommunikationsform skal forankres i kulturen i den enkelte organisatoriske enhed, så elektronisk kommunikation og informationsudveksling bliver et naturligt led i den faglige understøttelse af borgernes indlæggelsesforløb. Lokalt er det vigtigt at den ledelsesmæssige opbakning til anvendelse af standarderne fastholdes eller etableres, da indførelse af elektronisk kommunikation er en stor organisatorisk og dermed kulturel forandring.

Det er ligeledes vigtigt, at de forskellige sociale grupperinger af sundhedsfagligt personale og den enkelte fagperson opnår en oplevelse af, at det gør en forskel at anvende de nye kommunikationsstandarder i forhold til udveksling af sundhedsfaglige oplysninger. Der findes i de enkelte afdelinger, afsnit og enheder både på sygehusene og i kommunerne en række gode eksempler på, hvordan standarderne kan anvendes. De kan give inspiration til fortsat læring i et fælles forum for sundhedspersonalet i de to sektorer.

Implementeringen i Region Hovedstaden er officielt afsluttet, men med den viden, vi har i dag om sundhedsinformatiske systemer, burde vi understøtte den iterative proces med fortsat at forbedre anvendelsen af standarderne, indtil vi når den retoriske lukning af de mange kontroverser og kan betragte teknologien som stabil. Stabilitet i denne sammenhæng betyder dog ikke, at den iterative proces stopper.

11 Metodekritik

11.1 Metodekritik

Vi har anvendt SCOT både som teori og metode. Fordelen ved den sociotekniske tilgang er, at teknologien ikke i sig selv er et socialt fænomen - men den har

sociale effekter. Dette sociale aspekt og teknologien kan ikke holdes adskilt. I SCOT-tankegangen præciseres dette, idet teknologien skal betragtes i forhold til bestemte aktørgrupper, og at disse grupper konstruerer eller anvender teknologien forskelligt. Grupperne tillægger ikke kun teknologien forskellig betydning, men grupperne påvirker også teknologiens udformning - og anvender den - forskelligt.

Fokusområdet for vores undersøgelse rummer i den store kontekst et enormt netværk af mange forskellige aktørgrupper, der har taget en ny teknologi i brug. Vores undersøgelse har søgt at forklare, hvad der sker med den "gamle" kommunikation, der til dels erstattes af den nye teknologi. I undersøgelsen har vi undersøgt de forskellige aktørgrupper og deres forhold til teknologien. SCOT som metode indeholder en procesguide med en række relevante trin. Indholdet i denne guide har passeret perfekt til vores emne og problemfelt.

11.2 Dataindsamling

Vi har valgt at foretage vores dataindsamling ved metodetriangulering. Havde projektet haft et andet omfang, ville vi have foretaget observationsstudier og fokusgruppeinterviews, men valgte at nøjes med fokusgruppeinterviews. Vi ville bruge data fra disse interviews som grundlag for udarbejdelse af spørgeskemaer og interviewguides. Dermed kunne vi tage udgangspunkt i brugernes anvendelse af teknologien samt vores egne observationer af kontroverser.

Det kunne godt lade sig gøre at gennemføre fokusgruppeinterviews i kommunalt regi, men der var desværre ingen af sygehusafdelingerne, der kunne afse tid. Vi fravalgte derfor fokusgruppeinterviewet og erstattede det med en forundersøgelse.

Forundersøgelsen blev en objektiv kvantitativ undersøgelse med fokus på det kommunale billede af anvendelsen af standarderne. Resultatet af undersøgelsen er et billede af én virkelighed – i en lille kommune og i en relativt kort periode. Kommunen havde på undersøgelsestidspunktet kun været i drift med den nye kommunikationsform i fire måneder. Tilsvarende undersøgelser i andre kommuner kan have givet et andet billede.

Resultaterne fra forundersøgelsen er anvendt i udformningen af spørgeskemaerne. Både for at begrænse datamængden, men også for at følge

op på formålet med standarderne, har vi spurgt ind til de informationer, der modtages i kommunen og på sygehusene. Det betyder, at vi ikke har resultater i forhold til brugernes oplevelser med at udfylde og afsende meddelelserne. Det kan opleves som en mangel, især i forhold til at kunne forklare nogle af udsagnene.

Vi har været tilfredse med det elektroniske værktøj til spørgeskemaundersøgelsen, som har givet os et pænt antal besvarelser, flere end forventet. Vores tidligere erfaringer med spørgeskemaundersøgelser er, at formulering af spørgsmålene og læsevenlighed er vigtig. Vi har tidligere fået kommentarer, hvor deltagerne beskrev, at de ikke forstod spørgsmålet. Vi har ikke fået denne type kommentarer ved denne spørgeskemaundersøgelse. Da der tillige kun er to spørgsmål til sidst i undersøgelsen, der ikke har fået kommentarer, antager vi, at vi har fået formuleret spørgsmålene på en entydig og forståelig måde.

Resultatet af den identifikation, vi har lagt ind i spørgeskemaerne, har ikke været særlig brugbar af to grunde. For det første har vi ikke spurgt ensartet til faggruppe og fagfunktion i begge undersøgelser. Denne opdeling kunne have været en støtte til identifikationen af de sociale grupper. For det andet er identifikationen af de sociale grupper besværliggjort af mange forskellige grupperinger, hvoraf nogle kun bestod af enkeltpersoner. Vi har derfor løftet grupperingen op på et højere niveau og har ikke fået problemer med den lidt uensartede identifikation.

I den kvalitative undersøgelse har vi – ud over at spørge ind til indholdet i standarderne – også spurgt ind til teknikken separat, stik imod den sociotekniske tilgang. Vi har gjort det for at sikre, at de svar vi fik, ikke kun var relateret til tekniske problemstillinger.

Vi havde planlagt, at vi begge skulle være til stede ved alle interviews, som skulle optages på to enheder. Det blev bare ikke virkeligheden. Der var flere af de aftalte interviews, der blev ændret eller aflyst, og det var ikke altid muligt at få passet det nye interview ind i begge kalendere. Dette faktum kan medføre en mulig bias, der hvor interviewet er foregået i egen kommune.

Vi må erkende, at vi i forbindelse udvælgelsen af deltagere har en række bias. Hvis vi havde haft tid og muligheder for at gennemføre en større undersøgelse,

havde vi valgt at udvælge vores deltagere ved "sneboldmetoden". Vi havde derved ladet brugerne styre os igennem en række undersøgelser ud fra deres oplevelser med teknologien i egen sociale gruppe - og i andre grupper, som deltagerne deler den teknologiske ramme med.

Vi har i stedet måttet vælge en løsning, hvor vi hurtigt kunne få identificeret mulige deltagere ved andres hjælp. Vi ved ikke, hvem it-kontaktpersoner i kommunerne og samordningskonsulenterne på sygehusene – vores postbude – har sendt vores link til. Vi ved således ikke, om der er sket en udvælgelse eller et fravalg – hvis de valgte ikke at videresende linket. Desuden har teamlederne i Herlev Kommunes hjemmepleje stået for udvælgelsen af deltagere til interviewrunden i kommunen. Vi kender heller ikke deres baggrund for at vælge de personer, vi har talt med.

12 Perspektivering

Vi har i diskussionen spurgt os selv, om det er realistisk, at formålet med implementeringen nås, og at de sundhedsprofessionelle vil opleve anvendelsen af standarderne som en støtte i det faglige arbejde. Vi har i konklusionen foreslået en evalueringsproces, der kan danne grundlag for det videre arbejde mod målet for implementeringen. Vi havde som udgangspunkt ingen hypotese eller udtalt forventning til resultatrene af undersøgelsen ved projektets start. Men vi havde en ide om, hvordan status på implementeringen var. En af de opgaver, vi begge arbejder med i øjeblikket er opfølgning på implementeringen – både i kommunalt regi og i samarbejde med regionerne. Vi følger derfor naturligt med i, hvordan udviklingen tager form.

Vi kan i høj grad anvende den viden, vi nu har fået, både i vores egen kommunale evaluering og i de evalueringer, der sandsynligvis vil blive gennemført på regionalt eller nationalt plan i nær fremtid. Region Sjælland har bedt om at få resultaterne af dette projekt for at vurdere, om de resultater, vi har fundet, vil kunne bruges i det evalueringsprojekt, der ligger på regionens tegnebord lige nu. MedCom og Region Hovedstaden har ligeledes vist interesse for projektets resultater.

Der er løbende foretaget tilpasninger af EOJ- og EPJ-systemerne, og nu er næste generation af standarderne på vej. Der er rettet fejl og uhensigtsmæssigheder, som er fundet på nationalt plan. Den nye version af hjemmepleje – sygehus standarderne forventes at være i drift i efteråret 2013.

Vi har fået indtryk af, at medarbejderne kan se muligheder i de tre standarder. De omtaler fejl og mangler, tvivl og usikkerhed, fordi de ikke modtager de informationer, de skal bruge i deres tværfaglige indsats i forbindelse med indlæggelsesforløbene. Vi spørger derfor igen: Er det realistisk, at vi kommer i mål?

Hvis det ikke er realistisk, må vi bruge evalueringen til at forklare, hvorfor det ikke er. Vi finder flere steder i vores undersøgelse udsagn om, at de ansatte i de to sektorer "ikke taler samme sprog". Spørgsmålet er om dette er et problem, der relaterer sig til implementeringen af den elektroniske kommunikation, eller om det reelt er et problem, der bare bliver mere synligt, fordi vi nu kommunikerer elektronisk. Der er flere interessante perspektiver på dette, og et er det organisationskulturelle perspektiv. Edgar H. Schein (25) siger om organisationskultur, at den består af et mønster af grundlæggende antagelser udviklet af en bestemt gruppe, som har fungeret tilstrækkelig godt til, at antagelserne opfattes som sande. Derfor oplæres nye medlemmer til at anse det for den rigtige måde at opfatte, tænke, føle og handle på.

Schein mener, at organisationskultur er baseret på læring, og at kulturer kun består, så længe gruppen opfatter den som rigtig. Han beskriver endvidere at normer og værdier i en gruppe bliver til grundlæggende antagelser, når gruppen kan løse opgaver eksternt med det, der er besluttet internt i gruppen. Denne del af kulturen er ikke nedskrevet eller synlig, men er måske den lim, der binder en kultur sammen. Hver fagperson bringer forskellige forforståelser, selvforståelse, værdigrundlag og menneskesyn med i et samarbejde. Kulturer, som stammer fra fagpersonernes faglige uddannelser, deres joberfaring og deres personlighed, spiller en rolle her.

Vi har i vores analyse fundet resultater, der godt kan hænge sammen med kulturelle forskelle og opfattelser. Et eksempel er, at en medarbejder lader være med at læse de modtagne standarder, selv om hun ved, at de er der, og på trods

af, at det er den arbejdsgang, personalet er undervist i. Hvad ligger der til grund for, at hun handler således? Et andet eksempel er, at det kommunale personale undlader at opdatere de oplysninger, der indgår i indlæggelsesrapporten. De er undervist i, at det er vigtige informationer for sygehusene, og alligevel prioriterer en stor del øjensynligt at undlade denne opdatering. Hvad ligger der til grund for denne prioritering?

Et andet perspektiv kunne være det semantiske og derunder de terminologier der anvendes i de to sektorer. Det sundhedsfaglige personale, som skal kommunikere om en borger i forbindelse med et indlæggelsesforløb, har behov for en afklaring af begreber og fælles forståelse af ord for at kunne gennemføre en meningsfuld kommunikation. Behovet for fælles terminologier har de senere år været i fokus på blandt andet Forebyggelses- og Sundhedsfremmeområdet, hvor der er udarbejdet en fælles begrebsdatabase under Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet (26).

En gennemgående problemstilling i vores resultater er, at personalet i de to sociale grupper ikke forstår de oplysninger, de får fra hinanden.

Sygehuspersonalet forstår ikke oplysningerne om de serviceydelser, borgeren får. Det sprog, der er brugt til navngivningen er "dagligt sprog" i hjemmeplejen, men det synes helt uforståeligt for en sygehusansat. Hjemmeplejens personale klager over, at de ikke forstår de forkortelser og begreber, der bliver skrevet i oplysningerne om indlæggelsesforløbet. Dette er tydelige beviser for, at vi står med en klar semantisk udfordring.

Den Danske kvalitetsmodel (DDKM)(27) er et nationalt kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet. Et af DDKM's vigtige mål er at skabe bedre og tryggere forløb for patienterne på tværs af sektorerne. Borgeren skal i langt højere grad end i dag opleve, at den praktiserende læge, sygehuset, kommunen, apoteket og så videre taler sammen – og taler det samme sprog. De senere år er sygehussektoren blevet akkrediteret og inden længe skal kommunerne i gang med samme proces. Akkreditering er statslig anerkendelse af visse virksomheders kompetence og uvildighed med det formål at fremme tilliden til deres ydelser. Den Danske Kvalitetsmodel lægger således op til, at vi arbejder

med "det fælles sprog i sundhedsvæsenet" – vel at mærke et sprog, borgeren også kan forstå.

Semantik, terminologi og kvalitetssikringsarbejde er dynamiske størrelser, der ligesom sundheds-it er i stadig udvikling. Konteksten for sundhedsarbejdet og dermed anvendelsen af begreberne ændrer sig hele tiden. Udviklingen gælder også den elektroniske kommunikation i alle mulige sammenhænge. Det kunne være spændende at undersøge den grundlæggende kommunikation, altså forskellene på den måde vi kommunikerer internt i de to sociale grupper, inden vi udvikler flere standardiserede løsninger og sætter yderligere strøm til kommunikationen.

13 Referencer

- (1) Antoft R. Håndværk & horisonter: tradition og nytænkning i kvalitativ metode. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2007.
- (2) AskPeople. AskPeople Spørgeskemaundersøgelser. ?; Available at: <http://www.askpeople.dk/ask/index.php>. Accessed May 30, 2013.
- (3) Bakka JF, Fivelsdal E. Organisationsteori - Struktur, Kultur, Processer. 5.th ed.: Handelshøjskolens Forlag; 2010.
- (4) Berg M. Health Information Management, Integrating Information Technology in Health Care Work. Oxon: Routledge; 2004.
- (5) Berg M. Patient care information systems and health care work: a social technical approach. Medical Informatics 1999 25. januar:87.
- (6) Bruun Jensen C, Lauritsen P, Olesen F. Introduktion til STS: science, technology, society. 1. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2007.
- (7) Coiera E. Putting the technical back into socio-technical system research. Medical Informatics 2006 11. maj:98.
- (8) Danske Regioner. Regionernes Sundheds-IT, RSI. 2012; Available at: <http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/RSI.aspx>. Accessed 11.10, 2012.
- (9) Den store Danske. Den store Danske - Gyldendals åbne encyklopædi.
- (10) Edgar H., Schein editors. Organisationskultur og ledelse. 2nd ed.; 1986.
- (11) Gregersen O. Guide til gode spørgeskemaer. Oplag 800 ed.: Socialforskningsinstituttet; 2006.
- (12) Hildebrandt S. Ledelse og kommunikation - metaforer og spørgsmål om kommunikation i organisationer . 2000:8-12.
- (13) Kommunernes Landsforening. KL Kom godt igang med Hjemmepleje - Sygehus kommunikation. 09.02.12 kl.14:00; Available at: <http://www.kl.dk/hjemmepleje-sygehus>. Accessed May 30, 2013.
- (14) Kommunernes Landsforening. Den Fælleskommunale Digitaliseringsstrategi. Available at: <http://www.kl.dk/Fagomrader/Administration-og-digitalisering/Den-falleskommunale-digitaliseringsstrategi/>. Accessed 11.05, 2012.
- (15) Kotter JP. I spidsen for forandringer. 1. udgave, 7. oplag ed. København: Peter Asschenfeldts nye Forlag; 1999.
- (16) Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. 2. udgave ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
- (17) MedCom. Kommunestatistik 2012. 2012; Available at: <http://www.medcom.dk/wm112348>. Accessed 11.05, 2012.
- (18) MedCom. MedCom - kort fortalt. 2012; Available at: <http://www.medcom.dk/wm109974>. Accessed 11.05, 2012.

- (19) MedCom. Gevinstpotentialer
Udbredelse af hjemmepleje-sygehuskommunikation. 2012; Available at:
<http://www.medcom.dk/dwn3796>. Accessed May 30, 2013.
- (20) MedCom. Sundhedsdatanettet (SDN). 2011; Available at:
<http://www.medcom.dk/wm110002>. Accessed 11.05, 2012.
- (21) MedCom. Guide for hjemmepleje-sygehus standarder
Alle publikationer kronologisk // MedCom - det danske sundhedsdatanet. 2011; Available at:
<http://www.medcom.dk/wm112191>. Accessed 11/12/2012, 2012.
- (22) Nøhr C. Evaluering / teknologivurdering af informatiksystemer i sundhedssektoren. 2007
September.
- (23) NSI. Standardisering. 2012; Available at:
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Standardisering.aspx>. Accessed
11.11, 2012.
- (24) SST. Begrebsdatabasen. Available at: <http://begrebsbasen.sst.dk/Document/3a3d2606-f684-4cac-ba6f-9c3a2ee786e0.htm>.
- (25) Statens Serum Institut. Fælles Medicin Kort (FMK). 2013; Available at:
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Faelles%20Medicinkort.aspx>.
Accessed May 30, 2013.
- (26) Statens Serum Institut. Nationalt patiendindeks (NPI). 2012.10.04; Available at:
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Nationalt%20Patientindeks.aspx>.
Accessed 11.05, 2012.
- (27) Statens Serum Institut. National Sundheds-IT (NSI), Om NSI... 2012.02.21; Available at:
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Om%20NSI.aspx>. Accessed 11.05,
2012.
- (28) Sundhed.dk. DDKM - IKAS - Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. 2011;
Available at: <https://www.sundhed.dk/borger/valg-af-laege-og-sygehus/kvalitet-i-behandlingen/den-danske-kvalitetsmodel-ddkm/hvad-gaar-ddkm-ud-paa/>. Accessed May 30, 2013.
- (29) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler. 2011; Available at:
<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler.aspx>. Accessed 11.05, 2012.
- (30) Yin RK. Case study research: design and methods. 4. edition ed. Los Angeles, Calif.: Sage;
2009.

14 Figuroversigt

Figur 1 - Illustration af den elektroniske kommunikation mellem de 3 sektorer (egen).....	5
Figur 2 – Kommunikations eksempel fra kommune til sygehus (egen)	8
Figur 3 - Kommunikations eksempel fra kommune til sygehus (egen)	9
Figur 4 – Fra Guide for hjemmepleje – sygehus standarder (MedCom)	11
Figur 5 - Fra Guide for hjemmepleje – sygehus standarder (MedCom)	11
Figur 6 – Flow mellem EOJ- og EPJ-systemerne (egen)	13
Figur 7 – Status i de 5 regioner (egen)	14
Figur 8 – Fra MedCom Statistik December 2012.....	15
Figur 9 – Fra Coiera Fire niveauer i informationssystemdesign, (14)	22
Figur 10 - Ide fra Rasmus Antoft.....	29
Figur 11 - Indholdet i de 7 faser (egen)	36
Figur 12 – Standarder Herlev Kommune februar 2013 (Egen)	40
Figur 13 – Indlæggelsesrapport felter (Egen).....	41
Figur 14 – Plejeforløbsplan felter (Egen)	42
Figur 15 – Udskrivningsrapport felter (egen)	42
Figur 16 – Besvarelse og deltagne sygehuse og kommuner (Egen).....	44
Figur 17 – Fag- og fagfunktions fordeling (Egen).....	45
Figur 18 – Anvendelse af standarder (egen)	45
Figur 21 – Rettidig modtagelse (egen)	47
Figur 22 – Sundhedsfagligt indhold ILR (egen)	49
Figur 23 – Sundhedsfagligt indhold PFP (egen)	54
Figur 24 - Sundhedsfagligt indhold USR (egen).....	57
Figur 25 – Funktionsevnevurderingen alle standarder (egen)	58
Figur 26 – Telefonopkald (egen)	61

15 Bilag

Pia Wisbøl

Fra: Jeanette Jensen <JEJ@medcom.dk>
Sendt: 21. januar 2013 13:04
Til: Pia Wisbøl
Cc: Dorthe Skou Lassen
Emne: SV: Er det dig der kan hjælpe mig med mit logon til MedComStatistik? og et spørgsmål vedr Evaluering af de 4 standarder

Kære Pia

1. Adgang til statistik kan du få ved at skrive din e-mail og bruger navn som er PIW og så sendes automatisk nyt password til din mail. Prøv at se om ikke det virker...
2. Vi har ikke udarbejdet en specifik plan for evaluering, men indsamler løbende ændringsforslag mv., på det specifikke indhold og konstruktion af standarderne. Derudover sker evalueringen på møder i den nationale hjemmepleje-sygehus gruppe. Vi forventer at holde næste møde i gruppen her i foråret, marts/april. Dato er ikke fastlagt endnu.

Dorthe og jeg har drøftet især evaluering af funktionsevne og vil gerne i kontakt med fx regioners it-/kvalitetsenheder som foretager evalueringer eller fx uddannelses/forskningsenheder. Der kunne selvfølgelig også ske evaluering i samarbejde med studerende som jer☺ Jeg/vi vil meget gerne mødes med jer og drøfte indhold og metoder til evaluering, hvis I synes det er relevant? Det kan måske være givtigt for begge parter?

Region Nord: Jeg kender ikke til at der er lavet en "specifik" evaluering, men løbende opsamling og tilpasning af samarbejdet. Du kan evt. kontakte Karen von Pahlman og høre nærmere om det. Mail: karen.von.paahlman@rn.dk

Mvh Jeanette

Fra: Pia Wisbøl [<mailto:Pia.Wisbol@herlev.dk>]
Sendt: 21. januar 2013 10:59
Til: Jeanette Jensen
Emne: Er det dig der kan hjælpe mig med mit logon til MedComStatistik? og et spørgsmål vedr Evaluering af de 4 standarder

Kære Jeanette

1. Er det dig der kan hjælpe mig med mit logon og password til MedComStatistik? (kan ikke huske hvor jeg har det)
2. Har i hos MedCom en plan for evalueringen af de 4 standarder – eller bare et udkast? Hvis ja må Ulla og jeg så se det?
 Vi er i gang med vores projekt hvor vi fokusere på hvilken betydning indførelsen af elektroniske hjemmepleje-sygehus standarder har for den sundhedsfaglige kommunikation i forbindelse med indlæggelsesforløb. (fokus Region Hovedstaden) – er det egentlig lavet nogen form for evaluering i Region Nord?

Håber alt vel hos dig

Mange hilsner Ulla og Pia

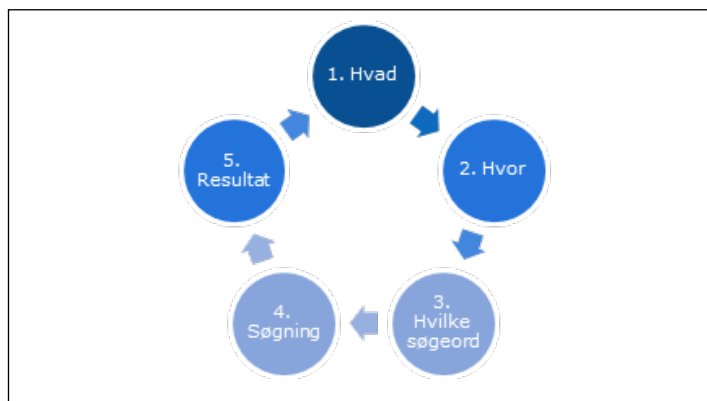
Pia Wisbøl
 it-koordinator
Pia.Wisbol@herlev.dk

Herlev Kommune
Saxbo it-ældre
Vindebyvej 2
2730 Herlev
Tlf.4452 6262 Mobil.5139 4224
CVR 63640719 EAN 5798008770272
itaeldre@herlev.dk



Litteratursøgning

Vi har anvendt følgende strategi for vores litteratur søgningen til dette masterprojekt. Nedenstående figur er en illustration af søgeprocessen.



Forklaring til figuren ovenfor:

- Hvad** er det vi vil finde? Hvilken type litteratur skal vi bruge? Hvad er problemet som vi vil finde litteratur om? Hvad søger vi efter?
(Eks. på anvendelse: Inspiration, overblik, dokumentation, teori og/eller perspektiver)
- Hvor** vil vi søge, hvilket sprog og hvilke databaser? Fagspecifikt, generelt, biblioteksdata-baser, opslagsværker m.v?
- Hvilke ord** i vores problemstilling vil vi benytte i vores søgning? Hvilke aspekter er der i vores forespørgsler? Og i forhold til aspekterne frem finde synonymer, forkortelser og relaterede begreber.

Aspekt 1	Aspekt 2	Aspekt 3	Aspekt 4
Synonym, forkortelse el. tilsvarende begreb	Synonym	Synonym	Synonym
Synonym	...	...	

- Søgningen.** Bruge de ord vi har fundet og kombiner dem med AND og OR samt brug af * og "" huske at skrive hvad vi gør, så vi ikke laver samme søgning x flere eller glemmer at dokumentere sine søgninger.
- Resultat** af søgningen, kan medfører et fund eller en ny runde i hjulet nedenfor.

2. Hvor Database	3. Hvilke Søgeord	4. Søgning	5. Resultat	5. Resultat: ændringer
------------------	-------------------	------------	-------------	------------------------

Søgeaspekter:

Problematik aspekter & synonymer				
Indlæggelse	"Elektroniske standarder"	Kommunikation	"Sundhedsfagligt personale"	Hjemmepleje
"Patient Admission"	"Electronic Order Entry"	Communication	Healthcare staff	Primary Health Care
Admission	"Computerized standard*"	"tværsektoriel kommunikation"	Health care professionals	Care sttings
Hospitalization	"Electronic standard*"	organisationskultur 'and' kommunikation		
"Admission hospital"	"Electronic health records"	kommunikation 'og' semantik		
Discharge	Electronic standards	sundhedsvæsenet 'and' kommunikation		
"Discharge process"	Computerized standards	"kommunikation mellem primær og sekundær sektor"		
		"Health communication"		
		"Intersectoral communication"		
		"Digital communication"		

Eksempel på et resultat af en søgning i Cinahl:

EBSCOhost: Cinahl Search History



#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
51	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*)	Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,007
52	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*)	Limiters - Abstract Available; Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	837
53	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*) AND patient admission	Limiters - Abstract Available; Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	127
54	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*) AND patient admission AND communication*	Limiters - Abstract Available; Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8
55	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*) AND communication*	Limiters - Abstract Available; Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	50
56	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR patient admission*) AND communication*	Limiters - Abstract Available; Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	24
57	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR patient admission*) AND communication* AND health care	Limiters - Abstract Available; Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7

Eksempel på et resultat af en søgning Academic Search Premier_EBSCOhost_Search History

EBSCOhost: Print Search History



#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S1	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*)	Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	3,185
S2	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*)	Limiters - Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	2,918
S3	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*) AND patient admission	Limiters - Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	42
S4	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*) AND patient admission AND communication*	Limiters - Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	6
S5	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR admission*) AND communication*	Limiters - Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	355
S6	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR patient admission*) AND communication*	Limiters - Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	42
S7	(electronic OR computerized) AND (hospitalized OR patient admission*) AND communication* AND health care	Limiters - Published Date from: 20000101-20131231 Search modes - SmartText Searching	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - Academic Search Premier	18

Vi har fået mange spændende resultater i vores litteratursøgning. Hovedindholdet i de fleste resultater var artikler om intern kommunikation i sygehusvæsenet eller om telemedicinske projekter.

Empirisk erfaringsopsamling - kvantitativ forundersøgelse

Februar 2013

Herlev Kommune perioden 01-28.02.2013

Indlæggelser	<i>Antal borgere</i>	<i>%</i>
Antal indlagte borgere med forskellige cpr nr.	164	
Kendt i EOJ hjemmehjælp / sygepleje / plejecenter	118	72
Ukendt i EOJ hjemmehjælp / sygepleje / plejecenter	46	28
Antal indlæggelser	183	

Modtagne/afsendte standarder:	<i>Antal</i>	<i>På antal borgere</i>	<i>Pr.borger</i>
Indlæggelsesadvis (I-ADV)	211	156	1,3
Indlæggelsesrapporter (ILR)	161	111	1,4
Plejeforløbsplaner (PFP)	73	43	1,7
Udskrivningsrapporter (USR)	34	29	1,2
Udskrivningsadvis (U-ADV)	189	148	1,3

Indlæggelsesrapporter (ILR) feltnavn;	<i>Ikke udfyldt antal</i>	<i>Udfyldt antal</i>	<i>Ikke udfyldt %</i>	<i>Udfyldt %</i>
Kort beskrivelse af helbredstilstand	158	3	96	4
Årsag til indlæggelse	153	8	93	7
Funktionsevnevurderingen	86	75	52	48

Plejeforløbsplaner (PFP) feltnavn;	<i>Ikke udfyldt antal</i>	<i>Udfyldt antal</i>	<i>Ikke udfyldt %</i>	<i>Udfyldt %</i>
Kommenter til forventet færdigbehandlingsdato	20	53	27	73
Indlæggelses årsag	2	71	3	97
Forventet indlæggelsesforløb	13	60	18	82
Funktionsevnevurderingen	4	69 (16 uden beskrivelse)	6	94

Bilag 3

Udskrivningsrapport (USR) feltnavn;	<i>Ikke udfyldt antal</i>	<i>Udfyldt antal</i>	<i>Ikke udfyldt %</i>	<i>Udfyldt %</i>
Årsag til aktuel indlæggelse	0	34	0	100
Indlæggelsesforløb	3	31	9	91
Sygeplejehandlinger	2	32	6	94
Funktionsevnevurderingen	2	32 (6 uden beskrivelse)	6	94
Fremtidige aftaler	21	13	62	38

Spørgeskema til kommuner vedr. Plejeforløbsplan & Udskrivningsrapporten**1. Spørgeskemaundersøgelse 18-26 Marts 2013
Plejeforløbsplaner & Udskrivningsrapporters faglige indhold****Side 1/17**

I denne spørgeskemaundersøgelse spørger vi ind til det faglige indhold i de Plejeforløbsplaner og Udskrivningsrapporter i modtager fra hospitalerne.

Spørgeskemaet henvender sig til alle der anvender Plejeforløbsplaner og/eller Udskrivningsrapporter, i jeres daglige arbejde i kommunerne.

Vi er klar over, at du har en travl hverdag og at vi med vores henvendelse, er et forstyrrende element, men vi håber, at du på trods af dette, vil bruge 5 min til at besvarer undersøgelsen.

På forhånd tak for hjælpen

Ulla Frostholm & Pia Wisbøl

[Forrige](#)[Næste](#)

2. Hvilket Kommune arbejder du i?

Side 2/17

Københavns Kommune deltager ikke, da de ikke er i drift med hjemmepleje-sygehus standarderne på undersøgelses tidspunktet

- Albertslund ☐
- Allerød ☐
- Ballerup ☐
- Bornholm ☐
- Brøndby ☐
- Dragør ☐
- Egedal ☐
- Frederiksberg ☐
- Fredensborg ☐
- Frederikssund ☐
- Furesø ☐
- Gentofte ☐
- Gladsaxe ☐
- Glostrup ☐

Forrige

Næste

	-	
Gladsaxe	☐	
Glostrup	☐	
Gribskov	☐	
Halsnæs	☐	
Helsingør	☐	
Herlev	☐	
Hillerød	☐	
Hvidovre	☐	
Høje-Taastrup	☐	
Hørsholm	☐	
Ishøj	☐	
Lyngby - Taarbæk	☐	
Rudersdal	☐	
Rødovre	☐	
Tårnby	☐	
Vallensbæk	☐	

[Forrige](#) [Næste](#)

3. Hvilken funktion arbejder du i?**Side 3/17**Visitationen ☐Koordenerende funktion mellem kommune og hospital ☐Udfører sygepleje-hjemmepleje ☐Udfører plejecenter ☐Andet ☐

Kommentar

[Forrige](#)[Næste](#)

4. Anvender du Plejeforløbsplanen i dit daglige arbejde?**Side 4/17**

Hvis dit svar er Nej - gå direkte til Punkt 10.

Ja ☐

Nej ☐

Forrige

Næste

5. Plejeforløbsplanen - Indlæggelsesårsag**Side 5/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

	1	2	3	4	5
Er de oplysninger, du får om borgerens Indlæggelsesårsag forståelige?	☐	☐	☐	☐	☐
Er de oplysninger, du får om borgerens Indlæggelsesårsag anvendelige?	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar

[Forrige](#)[Næste](#)

6. Plejeforløbsplanen - Kommentar til Forventet færdigbehandlingsdato

Side 6/17

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de kommentarer du får til borgerens Forventet færdigbehandlingsdato forståelige? 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Er de kommentarer du får til borgerens Forventet færdigbehandlingsdato anvendelige? 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

[Forrige](#)[Næste](#)

7. Plejeforløbsplanen - Forventet indlæggelsesforløb**Side 7/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

	1	2	3	4	5
Er de oplysninger du får om borgerens Forventet indlæggelsesforløb forståelige?	☐	☐	☐	☐	☐
Er de oplysninger du får om borgerens Forventet indlæggelsesforløb anvendelige?	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar

[Forrige](#)[Næste](#)

8. Plejeforløbsplanen - Funktionsevnevurderingen**Side 8/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

1 2 3 4 5

Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne forståelige? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne anvendelige? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar



Forrige

Næste

9. Plejeforløbsplanen - overordnet**Side 9/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Kan du bruge oplysningerne i Plejeforløbsplanen til planlægning af borgerens udskrivelse?

1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar



Forrige

Næste

10. Anvender du Udskrivningsrapporten i dit daglige arbejde? Side 10/17

Hvis dit svar er Nej, kan du gå direkte til Punkt 17.

Ja ☐

Nej ☐

Forrige

Næste

10. Anvender du Udskrivningsrapporten i dit daglige arbejde? Side 10/17

Hvis dit svar er Nej, kan du gå direkte til Punkt 17.

Ja ☐

Nej ☐

Forrige

Næste

11. Udskrivningsrapport - Årsag til indlæggelse**Side 11/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Oplever du at de oplysninger, I får om borgerens Årsag til indlæggelse er anvendelige og forståelige?

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Forrige

Næste

12. Udskrivningsrapport - Indlæggelsesforløb**Side 12/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Oplever du at de oplysninger, I får om borgerens Indlæggelsesforløb er anvendelige?

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Forrige

Næste

13. Udskrivningsrapport - Sygeplejehandlinger**Side 13/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Oplever du at de oplysninger, I får om Sygeplejehandlinger er anvendelige?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

[Forrige](#)[Næste](#)

14. Udskrivningsrapport - Funktionsevnevurderingen**Side 14/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne forståelige? 1 2 3 4 5
○ ○ ○ ○ ○

Er de oplysninger du får om borgerens Funktionsevne anvendelige? ○ ○ ○ ○ ○

Kommentar

Forrige

Næste

15. Udskrivningsrapporten - Fremtidige aftaler**Side 15/17**

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

1 2 3 4 5

Er de oplysninger du får om borgerens Fremtidige aftaler forståelige? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐Er de oplysninger du får om borgerens Fremtidige aftaler anvendelige? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar



[Forrige](#)[Næste](#)

16. Modtagelse af oplysninger

Side 16/17

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

	1	2	3	4	5
Oplever du, at du modtager Plejeforløbsplaner på det rigtige tidspunkt i indlæggelsesforløbet, i forhold til planlægning af udskrivelsen?	☐	☐	☐	☐	☐
Oplever du, at du modtager Udskrivningsrapporterne på det rigtige tidspunkt i indlæggelsesforløbet, i forhold til planlægning af udskrivelsen?	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar

[Forrige](#)[Næste](#)

17. Telefon opkald**Side 17/17**

Et af formålene med indførelsen af elektroniske hjemmepleje-sygehus meddelser mellem hospital og kommune var, at anvendelse af telefon opkald angående indlæggelser skulle mindskes.

Hvad er din oplevelse af antal telefon opkald?

Telefon opkaldene er aftaget i antal ☐

Telefon opkaldene er uændrede i antal ☐

Telefon opkaldene er tiltaget i antal ☐

Kommentar

18. Tak for din deltagelse i vores spørgeskema undersøgelse. Du kan nu indsende skemaet

Alle oplysninger er anonyme og vil blive anvendt som erfaringsindsamling om de faglige oplysninger i indlæggelsesrapporten.

Ulla Frostholm & Pia Wisbøl

Kontakt oplysninger: Mobil 51394224

[Forrige](#)[Næste](#)[Indsend besvarelse](#)

Eksempel på en besvarelse i spørgeskema undersøgelsen – kommune:

EKSPORT fra askpeople - Besvarelser Spørgeskema Kommune

2. Hvilket Kommune arbejder du i?

Albertslund	5	3%
Ballerup	4	2%
Bornholm	9	6%
Brøndby	9	6%
Dragør	4	2%
Egedal	20	12%
Gentofte	5	3%
Glostrup	2	1%
Gribskov	1	1%
Halsnæs	2	1%
Helsingør	23	14%
Herlev	31	19%
Hillerød	5	3%
Hvidovre	1	1%
Høje-Taastrup	2	1%
Hørsholm	6	4%
Ishøj	2	1%
Rudersdal	20	12%
Rødovre	5	3%
Tårnby	1	1%
Vallensbæk	4	2%

Procenter er beregnet i forhold til 161 besvarelser. 2 har undladt at svare.

3. Hvilken funktion arbejder du i?

Visitationen	18	11%
Koordinerende funktion mellem kommune og hospital	15	9%
Udfører sygepleje-hjemmepleje	62	38%
Udfører plejecenter	47	29%
Andet	20	12%

Procenter er beregnet i forhold til 162 besvarelser. 1 har undladt at svare.

☒ Er ansat på midlertidige pladser

☒ Afd. leder

☒ I Herlev kommune

☒ demenskonsulent

☒ Daglig leder

☒ Rehabiliteringsafsnit

☒ Teamkoordinator

☒ Vi er lige startet fremskudt visitation, jeg arbejder inden for dette.

☒ Afdelingsleder

☒ Koordinator i hjemmeplejen

☒ Plejehjem

☒ Sygeplejefaglig koordinator, mit arbejdsområde er den faglige del af ledelsen samt kontakt til hospital og andre samarbejdspartnere.

☒ Assisterende daglig leder: koordinerende funktion mellem visitation og hjemmeplejen i.f.t. udførende medarbejdere.

☒ Afsnitsleder på plejehjem

☒ Herunder koordinerende funktion ml. kommune og hospital

☒ Koordinator på plejecenter

Eksempel på en besvarelse i spørgeskema undersøgelsen – Sygehus:

EKSPORT fra askpeople - Besvarelser spørgeskemaer sygehus

2. Hvilket Hospital arbejder du på?

Gentofte Hospital	10	18%	
Glostrup Hospital	10	18%	
Herlev Hospital	13	24%	
Nordsjællands Hospital Hillerød	7	13%	
Nordsjællands Hospital Frederikssund	15	27%	

Procenter er beregnet i forhold til 55 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Der er svar fra 3 af de 5 regionale planområder, nemlig Nord, Midt, Syd hvilket betyder 5 ud af Region Hovedstadens 10 sygehuse.

3. Hvilken faggruppe tilhører du?

Social- og sundhedsassistent	4	7%	
Sygeplejerske	51	93%	
Anden faggruppe	0	0%	

Procenter er beregnet i forhold til 55 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

Jeg er sygeplejerske og ambassader for det nye kommunikationssystem.

Arbejder i ambulatorium

klin spec

4. Anvender du Indlæggelsesrapporterne i dit daglige arbejde?

Ja	52	95%	
Nej	3	5%	

Procenter er beregnet i forhold til 55 besvarelser. Alle deltagere har besvaret spørgsmålet.

5. Pårørende oplysninger i Indlæggelsesrapporten

Er de oplysninger du får om borgerens Pårørende anvendelige i dit daglige arbejde?

1	5	10%	
2	9	17%	
3	20	38%	
4	8	15%	
5	10	19%	

Procenter er beregnet i forhold til 52 besvarelser. 3 har undladt at svare.

Ja, hvor bor familiehjælper de til osv.

Mangler ofte til, som er et problem, hvis ikke patienten kan huske til på sine pårørende.

Hvis de overhovedet er udfyldt, så er det typisk meget sparsomt med oplysninger, som man får.

Hvis det er udfyldt og opdateret

alt for ofte er de ikke opdaterede

meget vekslende tit er de ikke opdateret

synes ikke altid de er udfyldt optimalt, nogen gange slet ikke, men bruger det særdeles forbindelse med udskrivelser og plejeforløbsplaner mv.

det er sjældent at dette punkt benyttes, da vi oftest får oplysningerne fra pt. eller akutklinik.

Spec en tolkning af hvor meget hjælp borger får er svært at læse sig til, funktionsniveau er ikke opdateret og hvis en borger får hjælp fra privat firma, så er der ingen oplysninger

Nogle gange står der slet ikke nogen, ellers er det nye til numre. Men overordnet fungerer det godt.

Sjældent oplysningerne er der

De er yderst sjældent udfyldt fyldestgørende, derfor er de ikke så anvendelige

Spørgeskema til sygehus vedr. Indlæggelsesrapporten



1. Spørgeskemaundersøgelse om Indlæggelsesrapportens faglige indhold

Side 1/13

I denne spørgeskemaundersøgelse spørger vi ind til det faglige indhold i de Indlæggelsesrapporter i modtager fra kommunerne.

Spørgeskemaet henvender sig til alle der anvender Indlæggelsesrapporten, i deres daglige arbejde på sengeafdelingerne.

Vi er klar over at du har en travl hverdag og at vi med vores henvendelse, er et forstyrrende element, men vi håber at du på trods af dette vil bruge 3-5 min til at besvarer undersøgelsen.

På forhånd tak for hjælpen

Ulla Frostholm & Pia Wisbøl

Forrige

Næste



2. Hvilket Hospital arbejder du på?**Side 2/13**

- Amager Hospital ☐
- Bisbebjerg Hospital ☐
- Frederiksberg Hospital ☐
- Gentofte Hospital ☐
- Glostrup Hospital ☐
- Herlev Hospital ☐
- Hvidovre Hospital ☐
- Nordsjællands Hospital Hillerød ☐
- Nordsjællands Hospital Frederikssund ☐
- Nordsjællands Hospital Sundhedshuset Helsingør ☐
- Rigshospitalet ☐

[Forrige](#)[Næste](#)



3. Hvilken faggruppe tilhører du?

Side 3/13

Social- og sundhedsassistent ☐

Sygeplejerske ☐

Anden faggruppe ☐

Kommentar

Forrige

Næste



4. Anvender du Indlæggelsesrapporterne i dit daglige arbejde?

Side 4/13

(Hvis dit svar er Nej, kan du nu indsende dette spørgeskema)

Ja ☐

Nej ☐

Forrige

Næste



5. Pårørende oplysninger i Indlæggelsesrapporten

Side 5/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de oplysninger du får om borgerens Pårørende anvendelige i dit daglige arbejde?

1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

Forrige

Næste



6. Serviceydelser i Indlæggelsesrapporten

Side 6/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

	1	2	3	4	5
Er de oplysninger, du får om borgerens kommunale Serviceydelser forståelige?	☐	☐	☐	☐	☐
Er de oplysninger, du får om borgerens kommunale Serviceydelser anvendelige?	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar

Forrige

Næste



7. Hjælpemidler i indlæggelsesrapporten

Side 7/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de oplysninger du får om borgerens Hjælpemidler forståelige? 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Er de oplysninger, du får om borgerens Hjælpemidler anvendelige? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

^

v

Forrige

Næste



8. Helbredstilstand i indlæggelsesrapporten

Side 8/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de oplysninger du får om borgerens Helbredstilstand forståelige? 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Er de oplysninger du får om borgerens Helbredstilstand anvendelige? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

Forrige

Næste



9. Årsag til indlæggelse i indlæggelsesrapporten

Side 9/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de beskrivelser du får om Årsag til indlæggelse forståelige? 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Er de beskrivelser du får om Årsag til indlæggelse anvendelige? 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

[Forrige](#)[Næste](#)



10. Funktionsevnevurderingen i indlæggelsesrapporten

Side 10/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Er de oplysninger I får om borgerens Funktionsevnevurdering forståelige?

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Er de oplysninger I får om borgerens Funktionsevnevurdering anvendelige?

☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Kommentar

↑
↓

Forrige

Næste



11. Generelt om indlæggelsesrapporten

Side 11/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Kan du anvende oplysningerne i indlæggelsesrapporten til planlægning af borgerens indlæggelsesforløb?

1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

Forrige

Næste



12. Modtagelse af oplysninger

Side 12/13

Vurder nedenstående spørgsmål på skalaen fra 1-5, hvor 1 er dårligst og 5 er bedst.

Modtager du efter din mening oplysningerne på det rigtige tidspunkt i indlæggelsesforløbet?

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Kommentar

Forrige

Næste

**13. Telefon opkald**

Side 13/13

Et af formålene med indførelsen af elektroniske hjemmepleje-sygehus meddelser mellem hospital og kommune var, at anvendelse af telefon opkald vedrørende indlæggelser og udskrivelser skulle mindskes.

Hvad er din oplevelse af antal telefon opkald om ovenstående?

Telefon opkaldene er aftaget i antal ☐

Telefon opkaldene er uændrede i antal ☐

Telefon opkaldene er tiltaget i antal ☐

Kommentar

14. Tak for din deltagelse i vores spørgeskema undersøgelse. Du kan nu indsende spørgeskemaet.

Alle oplysninger er anonyme og vil blive anvendt til erfaringsindsamling om forståelse og anvendelighed af de faglige oplysninger i indlæggelsesrapporten.

Ulla Frostholm & Pia Wisbøl
it-koordinatorer og masterstuderende
Kontakt oplysninger: Mobil 51394224

Forrige

Næste

Indsend besvarelse

Interviewguide – kommunen

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Identifikation	Hvilke faggrupper anvender standarderne?	Hvad er din titel?
		Hvad er din funktion?
Den tekniske løsning (Ikke med i problemformuleringen)	Hvordan er den tekniske løsning tilgængelig?	Hvordan er standarderne at arbejde med?
		Er de nemt tilgængelige?
		Er det altid muligt at komme til en pc, når det er nødvendigt?
Rettidighed	Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet, i forhold til den planlægning, der er nødvendig? Her er IKKE tale om kommunikationsaftalen	Er der på nogen måder problemer med den tekniske løsning?
		Hvordan er forholdet mellem PFP og USR?
		Modtager I PFP på alle borgere?
		Hvornår modtager I dem?
		Kan I nå at få informationen med I Jeres planlægning af udskrivelsen/plejen?
		Modtager I USR på alle borgere?
		Hvornår modtager I dem?
		Kan I nå at få informationen med I Jeres planlægning af udskrivelsen/plejen?
		Læser I, der rapporter, I modtager?
Kvalitet i indholdet	Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?	Kan I anvende informationerne i PFP?
		I så fald hvilke?
		Kan I anvende informationerne i USR?
		I så fald hvilke?
		Mangler I informationer?

Bilag 8

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
	Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?	Er funktionsevnevurderingerne udfyldt, når I modtager PFP?
		Kan I anvende oplysningerne fra den?
		Anvender I score eller bemærkninger - eller begge dele?
		Er funktionsevnevurderingerne udfyldt, når I modtager USB?
		Kan I anvende oplysningerne fra den?
		Anvender I score eller bemærkninger - eller begge dele?
Arbejdsgange og -processer	Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?	Taler I mindre i telefon med sygehusene i forbindelse med udskrivninger nu?
		Hvorfor ringer I til sygehusene, når det sker?
		Bruger I andre kommunikationsmidler?
	Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser?	Har I ændret Jeres organisering for at indarbejde den elektroniske kommunikation?
		Har I ændret Jeres arbejdsgange for at indarbejde den elektroniske kommunikation?
		Oplever I, at meddelelserne anvendes anderledes end det er tænkt?

Interviewguide – sygehusene

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Identifikation	Hvilke faggrupper anvender standarderne?	Hvad er din titel?
		Hvad er din funktion?
Den tekniske løsning (Ikke med i problemformuleringen)	Hvordan er den tekniske løsning tilgængelig?	Hvordan er standarderne at arbejde med?
		Er de nemt tilgængelige?
		Er det altid muligt at komme til en pc, når det er nødvendigt?
Rettidighed	Modtager det sundhedsfaglige personale de elektroniske standarder på rette tidspunkt i indlæggelsesforløbet, i forhold til den planlægning, der er nødvendig?	Er der på nogen måder problemer med den tekniske løsning?
		Hvordan er forholdet mellem automatisk og manuelt oprettede ILR?
		Hvornår modtager I typisk de opdaterede ILR?
	Her er IKKE tale om kommunikationsaftalen	Kan I nå at få informationen med I Jeres planlægning af plejen?
Kvalitet i indholdet	Hvordan understøtter indholdet i den elektroniske kommunikation modtagers behov for sundhedsfaglig information?	Kan I forstå informationerne i ILR – her tænkes især på oplysning om ydelser og hjælpemidler?
		Kan I anvende de manuelt indtastede informationer i ILR?
		I så fald hvilke?
	Hvordan bidrager funktionsevnevurderingen til den sundhedsfaglige medarbejders overblik?	Er funktionsevnevurderingerne udfyldt, når I modtager indlæggelsesrapporterne?
		Kan I anvende oplysningerne fra funktionsevnevurderingen?

Bilag 9

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
		Anvender I score, bemærkninger eller begge dele?
Arbejdsgange og -processer	Hvordan påvirker den elektroniske kommunikation brugen af telefon, fax og andre artefakter?	Taler I mindre i telefon med kommunerne nu?
		Hvorfor ringer I til kommunerne, når det sker? Eller hvorfor ringer kommunerne til Jer?
		Bruger I andre kommunikationsmidler?
	Hvordan understøtter standarderne personalets arbejdsprocesser?	Har I ændret Jeres organisering for at indarbejde den elektroniske kommunikation?
		Har I ændret Jeres arbejdsgange for at indarbejde den elektroniske kommunikation?
		Oplever I, at ILR bruges anderledes, end den oprindelige mening?

	INTERVIEW 2 (HP2) - 19032013	
UF	Jeg vil godt starte med at spørge, hvad er din titel og funktion bare for at vide, hvad du laver i hverdagen.	
RG	Jeg hedder Renata, og jeg arbejder som teamkoordinator i hjemmeplejen Herlev Kommune i Team syd, åh jeg er uddannet social og sundhedsassistent, og jeg... min funktion er planlægger sidder i driften. Har meget medarbejderkontakt og disponerer. Åh planlægger næste dags arbejde.	SSA Teamkoordinator Planlægger
UF	Yes, næste spørgsmål er til den tekniske løsning. Det spørger vi til, fordi hvis ikke ikke teknikken virker, så kan det være lige meget med at tale om indholdet i standarderne i, men jeg ved jo at det virker, men sådan generelt, er de til at arbejde med, standarderne? Jeg tænker både med, at I skal lave en manuel opdatering af indlæggelsesrapporten og det at modtage de andre og finde dem og læse dem o.s.v. Er det til at have med at gøre? Er det tilgængeligt?	Der var problemer i starten, men nu er det blevet tilgængeligt. Man kan finde det, man søger.
RG	Jaa altså, jeg syntes, det er blevet mere tilgængeligt. Vi havde vores startvanskeligheder, og der var problemer i starten og især med opdatering af den manuelle ILR, der gik det ikke helt. Men jeg syntes det er tilgængeligt, jeg syntes, jeg kan finde det og komme frem til det, jeg søger, ja.	
UF	Og sådan rent praktisk med materiel, kan I altid, også medarbejderne, komme i nærheden af teknikken, når I skal bruge den? Har I computere nok, bærbare enheder, håndholdte enheder, og hvad I ellers bruger?	Som det er nu, er der ingen problemer med hardwaredelen, men der kommer nogle udfordringer
RG	Altså det personale som som har med sygehusstandarderne at gøre ja, vi kan godt komme til det – altså jeg har ikke stået i situationer, hvor jeg ikke har kunne komme til det det har jeg ikke.. åhh vi har udfordringer på længere sigt, der gør at vores hjælpere skal sættes op til selv at kunne kigge på nogle ting, men det er sådan nogle udfordringer, vi selv har. Vi laver nogle arbejdsomrokeringer og sådan noget, men e, det er sådan en lille ting, som kommer.	
UF	Ja så de store tekniske problemer ser du ikke Det er i hvert tilfælde ikke dem der begrænser jeres brug af det	Teknikken er ikke begrænsende
RG	Nej sådan oplever jeg det ikke(.) Nej	
UF	Fint nok. Det næste jeg vil snakke med dig om er, hvornår I modtager noget fra sygehuset, og og i hvilken sammenhæng og så videre. I modtager jo to forskellige typer, i modtager PFP og USR, og jeg vil godt starte med PFP. Åhh modtager I den på alle de borgere, I har indlagt? Oplever du – nu skal du selvfølgelig ikke være 100%	Det er ikke alle borgere, der modtages PFP på. Men det er blevet bedre

	præcis bare sådan din oplevelse - gør I det, eller gør I det ikke?	
RG	Nej det oplever jeg ikke, at vi gør, der er nogle borgere, hvor vi ikke modtager dem på.	
UF	Ja	
RG	Åhh det er blevet bedre, jeg oplever, det er blevet bedre. Altså i starten altså vi ventede længe på at modtage de der PFP, og men det er blevet bedre, vi ser ((får)) flere end vi har gjort.	
UF	Er der borgere, hvor I modtager flere?	Hun ser ikke mange PFP, der kommer gentagne gange hos en borger
RG	På samme borger mener du? Jeeg skal lige (.) jo jeg har set det, men tænker du på fejlmæssigt, hvor det kommer igen og igen	
	Nej ikke fejlmæssigt, jeg tænker på, hvis de ændrer deres planer, hvis de nu har lavet et behandlingsforløb og har aftalt en afslutning	
RG	Nåå på den måde	
	Og så finder de ud af, det ikke går, så de udskyder og sender en opdateret PFP	
RG	Mmmmmem dem ser jeg ikke så mange af Nej	
UF	OK ømm har du så en oplevelse af, hvornår I modtager dem forløbsmæssigt. Modtager I dem, så I kan bruge dem til noget, tænker jeg, I jeres planlægning? For PFP skal jo fortælle jer noget om, hvornår kan vi forvente at modtage denne her borger igen.	Kan bruge PFP i planlægningen
RG	Ja ja jo jeg syntes altså, jeg syntes altså, jeg ser faktisk at e i forhold til, at der står forventet udskrivningsdato i PFP, at det er forventet og så noget og det skal man jo så, så længe man ikke har fået USR, men jeg syntes godt jeg kan bruge den, det syntes jeg	
UF	OK og nu nævnte du USR, får I den på alle borgere?	Er det USR eller Uadv? ?? kommer ikke til tiden. Der kan gå ½ - 1½ døgn før den modtages
RG	Vi får den med ikke ud fra tiderne, vi kan godt risikere, at vi får den ½ døgn efter at borgeren er faktisk er kommet hjem. Altså efter borgeren er kommet hjem til eget hjem så kan vi få den ½ -1 dgn. efter, eller hvad det nu kan være.	
UF	Og kan I så bruge den, ja det er jo et dumt spørgsmål, det kan i jo selvfølgelig ikke et ½ døgn efter i planlægningen for men (.)	
RG	Nej det kan vi ikke – men man kan så sige vi bruger PFP åhh og vi sidder da og nu har vi lige haft et eksempel, hvor der var en ægtefælle i hjemmet, hvor USR ((U-ADV)) faktisk først kom dagen efter, men vi vidste at borgeren var udskrevet, fordi vi kom i hjemmet i forvejen – men der er det at man godt kan blive en lille smule nervøs ik!	
UF	Ja	
UF	Læser I alle de beskeder, I får – alle de meddelelser I får, planerne PFP og USR?	Læser alle meddelelser, selv om hun måske ikke skal
RG	Ja jeg læser dem, jeg læser dem på alle borgerne, det gør jeg ja	

	Der er nogle borger, hvor jeg ikke skal gøre så meget, hvor det ikke lige er mig, men jeg læser dem og kigger også på dem, der er også kommet mere tekst på. Jeg kigger og læser dem, det gør jeg.	handle
UF	Ja Har du indtryk af, hvordan det er med de andre, som også har Jeres arbejdsgange, også skal holde sig orienteret på dem, om de læser dem?	Andre læser dem måske
RG	Altså det ved jeg ikke, det tror jeg, jo det gør de.	
UF	Jeg er bare lidt nysgerrighed	
RG	Ja Selvfølgelig	
UF	Åhh når I så får PFP, kan I så bruge det, indholdet altså det, de lægger i den (skriver), det kan I godt bruge til noget, det var det du sagde, hvad er det for ting, I kan bruge i den?	Indholdet i tekstfelterne i PFP bruges til dels
RG	Ja ja, men jeg syntes jo det er, når de har beskrevet en borgerens fysiske funktionsniveau for eksempel, det er forværret og sådan nogle ting, det syntes jeg er rart at vide i sådan er PFP. Åhh det beskriver det de kan skrive, at en borger der har været indlagt eller hvad ...med en hofte eller noget andet, der har tilredt sig en lungebetændelse under forløbet, så man ved det, det er sådan nogle ting som er rare at vide	
UF	Er det er sådan et tekstfelt hvor du siger at de begynder at skrive mere	
RG	Ja der syntes jeg de skriver mere	
UF	USR, kan I bruge noget af det, der står i den så? Indholdsmæssigt?	Indholdet i USR kan ikke rigtig bruges
RG	PAUSE Det er ikke særlig meget, altså det er PFP ihverttilfælde, jeg kigger mest på, jeg syntes ((det er den)) jeg kan bruge mest ja	
UF	Du nævner det der med funktionsvurderingen ((i PFP)) er det Funktionsevnevurderingen, skemaet der er udfyldt?	Funktionsevnevurderingen i PFP er ikke altid udfyldt og nogle gange mangelfuldt
RG	Ikke altid nej, men de er også udfyldt, men det er ikke altid de er 100% udfyldt. Det er lidt forskelligt, hvem det er (på)	
UF	Hvad med ((funktionsevnevurderingen)) i USR er den udfyldt der?	FEV er ikke altid udfyldt i USR
RG	Det er også lidt forskelligt	
UF	Kan I bruge de oplysninger, der ligger i tekstfeltet i Funktionsevnevurderingen?	Det er bemærkningsfelterne i FEV, der kan bruges. Og de bliver brugt
RG	Ja det kan vi godt	
UF	Er det score eller bemærkninger eller begge dele	
RG	Altså jeg kigger mest på bemærkningerne, det er ikke så meget scoren, det er bemærkningerne	
UF	Det er dem I kan bruge til (.)	
RG	Det er det, jeg syntes, som jeg får mest ud af. Det jeg kan bruge til noget, jeg kan danne mig et indtryk af, hvor borgeren er nu i forhold til det forløb, der har været på hospitalet.	
UF	I kender jo ofte borgeren i forvejen	

RG	Det er jo også det, jeg gør mange gange i forhold til dem, der er i hjemmehjælpsgruppen.	
UF	Åhhmm så er det noget ift nu, hvor I er kommet i gang med den nye kommunikation – taler I stadig meget i telefon med sygehusene?	Der tales ikke lige så meget i telefon med sygehusene som før
RG	Ja det gør vi.	
UF	Taler I mindre med dem end tidligere?	
RG	Det tror jeg, men jeg talte ikke så meget med dem før. Det var sygeplejen, men vi havde tit opkald i hjemmeplejen også omkring udskrivinger sent på dagen torsdag og fredag, dem har jeg ikke, jeg får dem ikke mere. Nej det gør jeg ikke.	
UF	Der er heller ikke situationer, hvor I syntes, I har behov for at ringe til sygehuset, hvis I ikke har fået de oplysninger, I har brug for?	Kun enkelte gange har der været behov for at ringe til sygehuset
RG	Altså jeg har ikke, jeg har haft en enkelt, jeg har stået med, hvor jeg har haft behov for at ringe til sygehuset omkring en borger med sonde, men det var noget i forhold til den opdaterede ILR, så der har jeg stået i en enkelt situation, men eller så har jeg ikke stået i det. Nej	
UF	Nej OK. Heller ikke anden form for kommunikation (.) I bruger det her?	Først i perioden ringede de mere for at være sikre
RG	Vi bruger det her, ja det gør vi. Lige i starten ringede vi, når vi kunne se, at der var noget usikkerhed omkring det, men jeg syntes, det fungere, jeg har ikke den usikkerhed så meget overhovedet altså	
UF	Da I skulle i gang med det her, var I da nødt til at ændre på Jeres organisering eller justere på arbejdsgange, eller hvordan var det at skulle til at tage de her/denne kommunikationsform i brug og sikre sig, at det kørte ordentligt?	Ingen ændret organisering kun ændrede arbejdsgange
RG	Man kan sige, vi har ikke ændret på vores organisering, men selvfølgelig har vi ændret på nogle arbejdsgange. Det har vi i forhold til at tjekke altså tidspunkter på døgnnet, der har vi ændret nogle arbejdsgange for, at det skal overholdes ik! (.) Ja	
UF	Det sidste er egentlig, om I oplever, at denne her måde at kommunikere på bliver den brugt, som den var tænkt, eller bliver den brugt anderledes end (.) oplever I nogle gange, at man lige får lyst til at bruge den lidt anderledes, end den egentlig var (.) Skriver I noget andet i et felt end der, hvor det hører til. "Jeg ved ikke, hvor jeg eller skal komme af med mine oplysninger". Eller noget i den retning?	Lidt svævende, om felterne bruges anderledes end tænkt
RG	Åhh Neej, det syntes jeg ikke jeg oplever, jeg syntes de felter og de ting der er (.) altså der har været noget omkring noget medicin på et tidspunkt, men det er jo så også noget, der er blevet kigget på og sådan noget ik? Der har været nogle frustrationer omkring det åhh (.) og noget om sondeernæring, men det er noget, der	

	sådan kommer, men ellers så syntes jeg, at jeg syntes det er et godt arbejdsredskab, jeg kan godt lide at arbejde med det. Jeg føler ikke det er besværligt eller jeg ikke ved – men jeg er heller ikke sådan bange for at bruge det og sådan noget, det er jeg ikke.	
UF	Vi talte før om telefoner og sådan noget, jeg kommer til at tænke på, får I nogen sinde sådan papirform epikriser og sådan?	Der modtages ikke noget i papirform
RG	Nej, og jeg kan jo læse fra besøg af sygeplejerskerne f.eks hos terminale borgere, at der er heller ikke noget på papir.... Men det skal der jo heller ikke være mere.	
UF	De er frustrerede, er det fordi de ikke får de oplysninger, de skal bruge?	
RG	Det er fordi, de forventer måske stadig, at de har epikriser med hjem, når de bliver udskrevet og sådan noget der De kan jo se det i PFP og USR, så det kan jeg ikke helt forstå, men en del går på medicinen.	
UF	Tak til dig	