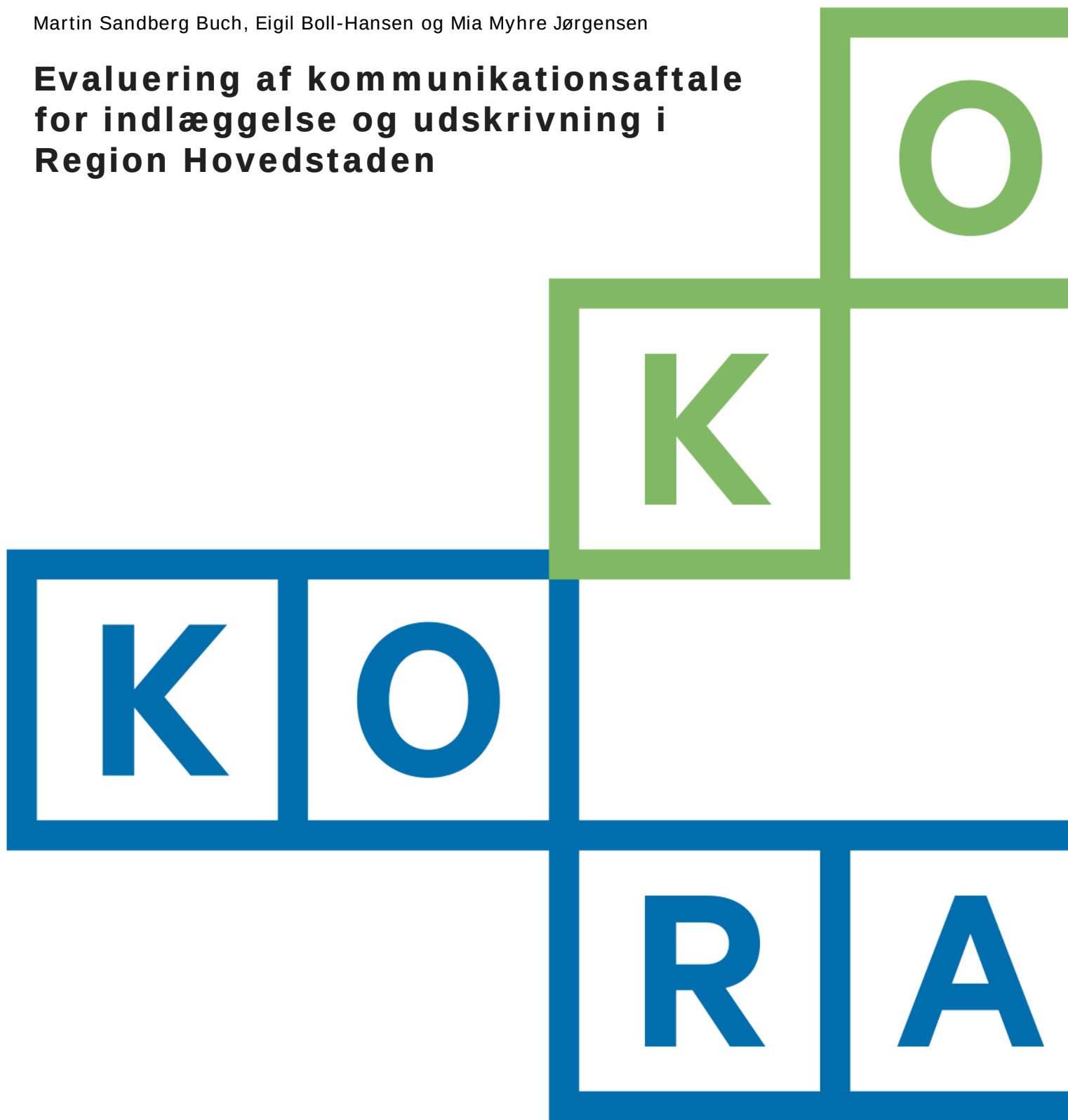


Martin Sandberg Buch, Eigil Boll-Hansen og Mia Myhre Jørgensen

Evaluering af kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning i Region Hovedstaden



Evaluering af kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning i Region Hovedstaden kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-824-6
Projekt: 10722
September 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling og bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Kommunikationsaftalen for indlæggelse og udskrivelse – og de tilhørende elektroniske MedCom meddelelser – udgør omdrejningspunktet for kommunikation og koordinering af somatiske patientforløb vedrørende borgere, der har behov for kommunale omsorgsydelser i Region Hovedstaden.

KORA sætter i denne evaluering fokus på, i hvilket omfang kommunikationsaftalen og de tilhørende redskaber bliver brugt i den kliniske praksis; i hvilket omfang de opfattes som brugbare, samt hvilke forslag relevante fagpersoner har til forbedringer af aftale, arbejdsgange og samarbejde.

Evalueringen giver derfor et indblik i, hvor langt implementeringen af kommunikationsaftalen er nået i hverdagspraksis, aftalens betydning for samarbejde og sammenhæng, samt anbefalinger til fortsat udvikling af kommunikationen ved indlæggelse og udskrivelse af somatiske patienter.

Evalueringen er rekvireret og finansieret af Region Hovedstaden og er gennemført af seniorprojektleder Martin Sandberg Buch, docent Eigil Boll Hansen og praktikant Mia Myhre Jørgensen, KORA.

Første udkast af rapporten har været til kommentering hos en tværsektoriel følgegruppe i Region Hovedstaden. Herefter har det færdige udkast været i eksternt review hos en forsker og en praktiker med særlig indsigt i samarbejdet om indlæggelse og udskrivning. Endelig er der gennemført en afsluttende kvalitetssikring af analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen fra KORA.

KORA ønsker at takke de mange medarbejdere og ledere, der engageret har bidraget til evalueringen gennem deres deltagelse i interview og spørgeskemaer.

Forfatterne
September 2014

Indhold

Anvendte forkortelser	5
Sammenfatning af evalueringens resultater	6
1 Evalueringens baggrund og formål	10
1.1 Introduktion til kommunikationsaftalen og evalueringen	10
1.2 Evalueringsdesign	10
1.3 Rapportens opbygning	14
2 Overordnede perspektiver på kommunikation om indlæggelse og udskrivelser	15
2.1 Kendskab og opbakning kommunikationsaftalen	15
2.2 Kommunikationsaftalens anvendelighed i daglig praksis	17
2.3 Status for implementering og ønsker til fortsat konsolidering og kvalitetssikring	19
2.4 Opsamling	22
3 Kommunikationsaftalens betydning for fagpersonernes kommunikation	24
3.1 Mere rettidig og relevant information	24
3.2 Bidrag til bedre patientforløb	28
3.3 Opsamling	31
4 Brug af meddelelser	32
4.1 Indlæggelsesrapporter (IRL)	32
4.2 Plejeforløbsplaner (PFP)	36
4.3 Melding om færdigbehandling (MOF)	41
4.4 Udskrivningsrapporter (USR)	44
4.5 Korrespondancemeddelelser (KM) og telefonkontakt	47
4.6 Opsamling	48
5 Konklusioner og anbefalinger	51
Anvendt litteratur	56

Anvendte forkortelser

For at øge læsevenligheden i rapporten anvender vi nedenstående forkortelser af de forskellige MedCom meddelelser, der indgår i evalueringen:

Indlæggelsesrapport: ILR

Manuelt opdateret indlæggelsesrapport: MILR

Plejeforløbsplan: PFP

Melding om færdigbehandling: MOF

Udskrivningsrapport: USR

Korrespondancemeddelelse: KM

Sammenfatning af evalueringens resultater

Evalueringens formål og baggrund

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har siden 2012 arbejdet på at implementere en fælles aftale om den tværsektorielle kommunikation ved indlæggelser og udskrivelser samt de elektroniske MedCom standarder, der skal understøtte anvendelsen af aftalen i praksis. Der er tale om en omfattende implementeringsopgave, som involverer mange fagpersoner, it-systemer og organisationer. Derfor har Region Hovedstaden finansieret en evaluering, der undersøger om – og hvordan – kommunikationsaftalen og de tilhørende MedCom meddelelser bidrager til et forbedret indlæggelses- og udskrivelsesforløb. Evalueringens overordnede fokus er at undersøge, hvorvidt kommunikationsaftalen og de elektroniske MedCom meddelelser:

- bidrager til en rettidig og relevant afklaring af borgerens behov ved indlæggelse og udskrivning
- sikrer koordination og et fleksibelt samarbejde om indlæggelses- og udskrivningsforløbet, som tager udgangspunkt i indlagte borgers behov.

Formålet er at få et vidensgrundlag for det fortsatte arbejde med at implementere og konsolidere kommunikationsaftalen samt at opsamle eventuelle forslag til justeringer af aftalen og den konkrete kommunikation.

Kommunikationsaftalen er kendt, og den opleves som et fremskridt

Evalueringen viser, at kommunikationsaftalen og implementeringen af denne overordnet er en succes. Fagpersonerne vurderer, at de kender aftalen og den information, de er ansvarlige for at sende til relevante samarbejdspartnere. Samtidig ser de aftalen og særligt afskaffelsen af varslingsregler som et vigtigt skridt på vejen mod bedre patientforløb.

På det operationelle niveau viser evalueringen endvidere, at kommunikationsaftalen og MedCom meddelelserne bidrager til mere præcis og rettidig kommunikation og planlægning af indlæggelse og udskrivning. Et stort flertal af evalueringens fagpersoner oplever således, at kommunikationsaftalen og de elektroniske meddelelser bidrager til bedre patientforløb og mere sikker kommunikation på tværs af disse.

Der er fortsat et stort behov for at øge kvalitet og rettidighed i den konkrete kommunikation på tværs af patientforløbet

På det konkrete niveau oplever fagpersonerne mange udfordringer for deres egen og andres efterlevelse af kommunikationsaftalen. Udfordringerne knytter sig bl.a. til:

- Manglende brugervenlighed og manglende kompatibilitet mellem de it-systemer, der skal sende oplysninger til hinanden.
- Manglende forudsætninger for at levere de oplysninger om funktionsniveau og forventet færdigbehandlingsdato, som er aftalt.
- Fagpersonerne kender ikke de forbedringer, der er lavet i de nyeste versioner af MedCom standarderne.
- Personaleudskiftning og uklar ansvarsfordeling blandt de udførende medarbejdere udgør en barriere for yderligere konsolidering af kommunikationsaftalen.

- Der opleves uhensigtsmæssig lokal variation, hvor enkelte kommuner og hospitalsafdelinger skiller sig negativt ud, hvad angår evne og vilje til at efterleve kommunikationsaftalen.
- Manglende forståelse for helheden i patienternes forløb og viden om, hvorfor/hvordan videregive information kommer patienten til gode, mindsker engagement og efterlevelse af aftalen.
- Lægers rolle i udskrivningssamarbejdet fremstår uafklaret, og dette fremhæves som en kilde til fejl – særligt i forhold til at skelne mellem, hvornår en patient er henholdsvis klinisk og administrativt færdigbehandlet.

Ovenstående problemer resulterer mange steder i selvforstærkende cirkler, hvor samarbejdspartens fejl og manglende efterlevelse af kommunikationsaftalen bliver brugt som forklaring på, hvorfor man ikke selv lever op til aftalen. På samme måde ses, at afsendere af information konsekvent vurderer kvaliteten af den information, de sender, markant højere end modtageren gør.

Fremadrettede anbefalinger

Der er behov for at forbedre den tekniske understøttelse af kommunikationsaftalen samt fagpersonernes viden om de forbedringer, der laves

Evalueringen viser, at mange fagpersoner mangler viden om de forbedringer, der løbende introduceres via de nye versioner af MedCom. Derfor anbefaler vi at styrke indsatsen for at øge fagpersonernes viden og opmærksomhed på forbedringer, i takt med at de udmøntes.

Det fremstår som en væsentlig opgave at vende negative til positive spiraler i kommunikationen om indlæggelse og udskrivning

Evalueringen viser, at der opleves bristende kvalitet i alle led af den kommunikation, som skal understøttes af hjemmepleje-hospitalsmeddelelserne. Mange steder ser det ud til, at disse brister resulterer i selvforstærkende cirkler, hvor samarbejdspartens manglende efterlevelse af aftalen bliver brugt som forklaring på, hvorfor man ikke selv lever op til aftalen. På samme måde ses det, at afsenderne af information konsistent vurderer deres viden om kommunikationsaftalen og kvaliteten af den information, de sender, markant højere, end modtageren gør.

Interviewene viser, at en del vanskeligheder skyldes manglende forståelse for helheden i borgerens forløb og formålet med den information, der sendes på tværs af forløbet. Samtidig indgår den brede kreds af kommunikationsaftalens brugere ikke i en tværgående dialog/refleksion om anvendeligheden af den information, der sendes til samarbejdsparter.

KORA anbefaler derfor, at den eksisterende indsats med tværsektorielle erfaringsudvekslingsmøder mellem kommuner og hospitalsafdelinger bibeholdes og eventuelt opprioriteres, hvis der er mulighed for det. Samtidig bør de ERFA-grupper, der er nedsat under de lokale samordningsudvalg, fortsætte for at følge og støtte udviklingen, og der bør være ledelsesmæssig opmærksomhed på at anvende gruppernes input til løbende udvikling.

Når kommunikationsaftalen revideres, bør der tages stilling til, om aftaleteksten er realistisk i forhold til fagpersonernes muligheder for at efterleve den

Fagpersonerne oplever i mange sammenhænge, at de ikke har mulighed for at videregive de oplysninger om funktionsniveau og forventet færdigbehandling, der er aftalt. KORA anbefaler derfor parterne bag kommunikationsaftalen at gå aftaleteksten kritisk igennem for at vurdere sektorer og fagpersoners muligheder for at efterleve de indgåede aftaler om formidling af funktionsniveau, forventet færdigbehandlingsdato etc., samt om der er mulighed for at imødekom-

me modtagerens behov for viden på en enklere måde. Eksempler på de konkrete forhold, som en sådan gennemgang – og gensidig forventningsafstemning – kan tage afsæt i, er følgende:

- Er det realistisk, at kommunerne fremadrettet kommer til at levere fyldestgørende oplysninger om borgernes habituelle funktionsniveau og baggrunden for indlæggelsen for alle de borgere, der modtager kommunale omsorgsydelser?
- Er det muligt at forudsige et præcist færdigbehandlingstidspunkt i ikke-planlagte indlæggelsesforløb, som inden for de seneste år er blevet meget komprimerede?
- Er det muligt for hospitalspersonalet at lave en fornuftig vurdering af borgerens funktions- evne – og dermed kommende plejebestand, når hospitalspersonalet i de fleste tilfælde ikke har en fyldestgørende beskrivelse af borgerens habituelle funktion?
- Egner KM – og funktionaliteten omkring denne – sig til den kommunikation i indlæggelsesforløb, der lægges op til i kommunikationsaftalen, eller er det bedre at udelade KM til fordel for mundtlig kommunikation?

Hvis det viser sig, at aftaleteksten i sig selv skaber urealistiske forventninger til samarbejdet, eller der er mulighed for at introducere mere enkle løsninger, anbefaler KORA at revidere aftalen, så den ikke kommer til at udgøre en barriere for samarbejde og kommunikation.

Behov for at styrke efterlevelsen af kommunikationsaftalen på hospitalsafdelinger og blandt udførende enheder i kommunerne

Evalueringen viser, at der er særlige udfordringer (fx personaleudskiftning, treholdsarbejde og hurtige patientforløb med skift mellem afdelinger) ved at efterleve kommunikationsaftalen på hospitalsafdelinger. Efterlevelsen af kommunikationsaftalen fremstår således som et udfordrende – og permanent – indsatsområde for afdelingsledelsen såvel som de ansvarlige funktionsledere.

KORA anbefaler i den forbindelse, at der fortsat er mulighed for oplæring/genopfriskningskurser af nøglepersoner, som både er superbrugere af Medcom og ambassadører for de værdier, der ligger til grund for aftalen. I den forbindelse anbefaler vi også, at muligheden for tværsektoriel undervisning bliver overvejet for derved at styrke den fælles forståelse af samarbejdet på tværs af sektorer.

På samme måde fremstår det som en udfordring for kommunerne at efterleve den indgåede aftale for den information, der skal overleveres på kendte borgere ved indlæggelse. Derfor anbefaler vi kommunerne i Region Hovedstaden at gennemgå deres eksisterende praksis for at vurdere muligheden for at øge den lokale efterlevelse og kvalitet.

Mulighed for at justere 48-timers regel og integrere elementer af PFP og USR bør undersøges

Kommunikationsaftalen indeholder en regel om, at hospitalet inden for 48 timer skal melde en forventet færdigbehandlingsdato til hjemkommunen. Et klart flertal af fagpersoner fra begge sektorer efterlyser en mere fleksibel tilgang til 48-timers reglen, så det bliver tydeligt, hvornår der er usikkerhed omkring den forventede færdigbehandlingsdato. Vi anbefaler derfor, at fordele og ulemper ved dette afdækkes nærmere.

Fagpersonerne oplever også u hensigtsmæssige overlap imellem de plejeforløbsplaner, der anvendes til at forberede den kommunale indsats efter indlæggelsen, og de udskrivningsrapporter, der sendes til de udførende enheder efter indlæggelsen. Derfor anbefaler vi at undersøge muligheden for at integrere plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter.

Melding om færdigbehandling er en kilde til frustration og konflikt

Evalueringen viser, at der er forskellige perspektiver på anvendeligheden af de færdigmeldinger, der sendes til kommunerne for at gøre opmærksom på færdigbehandlede patienter, som venter på at blive udskrevet.

De kommunale visitatorer oplever ikke, at MOF bidrager positivt til planlægning af udskrivningsforløbet. Tværtimod fremstår kommunikationen om MOF som en ressourcekrævende og nogle gange konfliktfyldt opgave. Det skyldes ifølge visitatorerne, at mange færdigmeldte borgere ikke er administrativt færdigbehandlede, eller at de færdigmeldes, selvom der er indgået en fælles aftale om en udskrivningsdato. Enkelte visitatorer har også en oplevelse af, at MOF bliver anvendt til at presse kommunerne til at tage komplekse borgere hurtigt hjem.

De hospitalsansatte oplever til gengæld, at der er stor forskel på, hvor godt de enkelte kommuner er rustet til at hjemtage færdigbehandlede borgere. Det betyder, at nogle kommuner får mange MOF og andre stort set ingen. På den baggrund oplever de hospitalsansatte MOF som et nyttigt redskab, der bl.a. gør, at kommunerne reagerer og hurtigt hjemtager færdigbehandlede patienter, når de har modtaget en MOF.

Evalueringen og de data, som Region Hovedstaden har omkring udsendelse af MOF og afregning af ventetidstakst for færdigbehandlede patienter, giver ikke mulighed for at konkludere, hvad der er op og ned i de forskellige perspektiver på MOF. Derfor anbefaler KORA, at parterne bag kommunikationsaftalen kortlægger og analyserer problemstillinger og data nærmere for at skabe yderligere klarhed over eventuelle problemer og løsninger.

Hvilke roller skal læger have i udskrivningsplanlægningen?

Da hospitalslæger spiller en perifer rolle i udskrivningssamarbejdet, har de ikke deltaget i evalueringens interview. Lægernes manglende viden om kommunikationsaftalen er dog dukket op som en selvstændig problemstilling i de fleste interview og på tværs af sektorer.

Da hospitalslægerne ikke selv er repræsenteret i evalueringen, er det vanskeligt at drage konklusioner om, hvorvidt deres manglende viden og involvering i kommunikationen om indlæggelse og udskrivning er et problem. Vi anbefaler derfor, at evalueringen anvendes som afsæt for yderligere dialog (der inkluderer læger) om problemernes udbredelse og eventuelle løsninger, som kan medvirke til velfungerende rutiner på tværs af hospitaler og afdelinger.

Anvendte metoder

Evalueringen er baseret på interview med 31 sundhedsfaglige medarbejdere og mellemledere fra somatiske sengeafdelinger på hospitaler samt 25 sundhedsfaglige medarbejdere (visitatorer og hjemmesygeplejersker) i kommunalt regi. Endvidere er der udsendt et elektronisk spørgeskema til 151 kommunale og 203 hospitalsansatte sundhedsfaglige medarbejdere – med en samlet svarprocent på 74 %. Endelig er de indsamlede data suppleret med opgørelser af den elektroniske kommunikation mellem hospitaler og kommuner vedrørende borgere, der har behov for kommunale omsorgsydelser ved indlæggelser og udskrivninger.

1 Evalueringens baggrund og formål

1.1 Introduktion til kommunikationsaftalen og evalueringen

Region Hovedstaden og regionens 29 kommuner indgik i september 2012 'Aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivninger' (herefter: kommunikationsaftalen) (1).

Kommunikationsaftalen beskriver ansvarsområder og konkrete arbejdsgange for de aktører, der er involveret i et indlæggelses- og udskrivningsforløb. Aftalen – der er en del af Sundhedsaftalerne – bygger videre på eksisterende aftaler og arbejdsgange, men adskiller sig på to væsentlige punkter:

- For det første skal den skriftlige kommunikation om patientforløbet foregå via MedComs fire elektroniske hjemmepleje-hospitalsmeddelelser (2).
- For det andet er en række af de tidligere varslingsregler for udskrivning fjernet (fx reglen om at en kommune skulle varsles mindst fem hverdage forud for en kompliceret udskrivning) for at fremme et mere fleksibelt samarbejde om patientforløbet.

Ovenstående ændringer skal imødekomme en række af de barrierer og ønsker, der tidligere er dokumenteret i kommunikation og koordinering af indlæggelse og udskrivning (3,4) (fx regelbaseret samarbejde, som er ufleksibelt; usikker udveksling af personfølsomme oplysninger, og forglemmelser og forsinkelser på grund af manuelle arbejdsgange og kommunikation, der ikke er understøttet elektronisk).

For at understøtte konsolideringen af kommunikationsaftalen og for at undersøge, om aftalen indfrier forventningerne, er det aftalt at gennemføre nærværende evaluering efter en driftsperiode på et år. Evalueringens overordnede fokus er at undersøge, hvorvidt kommunikationsaftalen og de elektroniske MedCom meddelelser:

- bidrager til en rettidig og relevant afklaring af borgerens behov ved indlæggelse og udskrivning
- sikrer koordination og et fleksibelt samarbejde om indlæggelses- og udskrivningsforløbet, som tager udgangspunkt i indlagte borgeres behov.

1.2 Evalueringsdesign

Evalueringen er baseret på et elektronisk spørgeskema og en interviewundersøgelse, som præsenteres nedenfor.

1.2.1 Elektronisk spørgeskema blandt udførende medarbejdere

Der er gennemført et elektronisk spørgeskema, som er udsendt til en bred kreds af relevante fagpersoner på tværs af hospitalsafdelinger og kommuner. Formålet er at få et dækkende billede af, hvordan kommunikationsaftalen er implementeret og opleves i personalets hverdag.

Spørgeskemaet har afdækket implementering på to overordnede niveauer: Et niveau har omhandlet kendskab til, opbakning til, forståelse for og ejerskab til kommunikationsaftalen. Vi kalder det *parathed til forandring*. Et andet niveau har afdækket, i hvilken udstrækning kom-

munikationsaftalen har ført til oplevede ændringer i fagpersonernes handlemønstre og informationsudveksling, som er i overensstemmelse med aftalen. Vi kalder det *oplevet forandring*.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål inden for følgende overordnede temaer:

Parathed til forandring

- Hvordan er kendskabet til kommunikationsaftalens indhold og arbejdsgange?
- Opleves aftalen relevant og mulig at efterleve i praksis?

Oplevet forandring

- Hvordan bruges hjemmepleje-hospitalsmeddelelserne?
- Er der sket ændringer i den information, som sendes til og fra hospitalsafdelingerne?
- Er der sket ændringer med hensyn til (fælles) planlægning af forløb?
- Inddrages/informerer patienterne i større eller mindre grad?
- Hvad er de vigtigste barrierer for at leve op til kommunikationsaftalen?
- I hvilken udstrækning bedømmes det, at kommunikationsaftalen har ført til bedre forløb for patienterne?

Spørgeskemaet har endvidere indsamlet oplysninger om sektorplacering, faggruppe og geografisk placering.

Spørgeskemaets gennemførelse

Spørgeskemaet er gennemført som en internetbaseret undersøgelse, og introduktion til undersøgelsen og opfordring til at deltage blev sendt ud via e-mail, hvor der var et link til spørgeskemaet. Dataindsamlingen blev gennemført i perioden primo marts-primo april 2014, hvor der to gange blev udsendt påmindelser til dem, der ikke havde besvaret spørgeskemaet. Inden spørgeskemaets udsendelse var det blevet testet af seks fagpersoner fra forskellige respondentgrupper, og deres kommentarer blev indarbejdet i spørgeskemaet.

Region Hovedstaden har haft ansvaret for at levere navne og e-mailadresser på fagpersoner, som på hospital og i kommuner har en rolle i forhold til at sende meddelelser for indlagte patienter til henholdsvis kommune og hospital samt koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb. Kommuner og hospitaler blev bedt om at levere navne på relevante personer. Der indkom navne på relevante personer fra alle hospitaler og alle kommuner undtagen én i planområde Nord og én i planområde Midt.

Der er i alt leveret navne på 366 fagpersoner til undersøgelsen. To af disse viste sig at have ugyldige e-mailadresser, og to andre oplyste, at de ikke anvendte de elektroniske MedCom meddelelser. Bruttostikprøven endte derfor med 362 fagpersoner. I tabel 1.1 er vist, hvor stor en andel der har svaret.

Tabel 1.1 Svarprocent opgjort efter ansættelse henholdsvis i kommune og på hospital

	Antal respondenter der har modtaget spørgeskemaet	Antal besvarede og delvist besvarede spørgeskemaer	Svarprocent
Kommune	159	140	88 %
Hospital	203	128	63 %
I alt	362	268	74 %

I alt er der opnået svar fra 74 %, hvilket er en meget tilfredsstillende svarprocent. Svarprocenten er særlig høj blandt kommunalt ansatte.

I tabel 1.2 er vist, hvordan svarpersonerne fordeler sig på hospitalsansatte og forskellige områder i en kommune.

Tabel 1.2 Svarpersonerne fordelt efter ansættelsessted

	Antal	Procentandel
Hospitalsafdeling	128	48 %
Kommunal visitation/myndighed	69	26 %
Hjemmesygepleje	31	11 %
Hjemmepleje (praktisk og personlig hjælp)	16	6 %
Plejebolig	14	5 %
Andet i kommune	7	3 %
Privat leverandør	3	1 %
I alt	268	100 %

Den største gruppe af kommunale svarpersoner er ansatte i den kommunale visitation/myndighedsafdeling, og den næststørste gruppe er ansatte i hjemmesygeplejen. De ansatte i hjemmeplejen, som har svaret på spørgeskemaet, er typisk gruppeledere. Ansatte i hjemmesygepleje, hjemmepleje, plejebolig, andet i kommune eller hos privat leverandør har vi analyserne slået sammen til én gruppe under betegnelsen 'udfører', idet de udfører hjælp og (syge)pleje til borgerne.

I tabel 1.3 er vist, hvordan svarpersonerne er fordelt på de fire planlægningsområder, som Region Hovedstaden opererer med, og tabel 1.4 viser, hvilke kommuner og hospitaler der indgår i de enkelte planlægningsområder.

Tabel 1.3 Kommunalt og hospitalsansatte fordelt på planlægningsområder i Region Hovedstaden

	Nord	Midt	Byen	Syd
Kommune	32	39	25	40
Hospital	19	37	37	35
I alt	51	76	62	75

Københavns Kommune er fordelt på område Byen og område Syd. Det har ikke i alle tilfælde været muligt at identificere, hvilket område en svarperson fra Københavns Kommune hører til, og i disse tilfælde er svarpersonen placeret i område Byen. Det fremgår, at alle områder er repræsenteret blandt både kommunalt ansatte og hospitalsansatte fagpersoner.

Tabel 1.4 Oversigt over kommuner og hospitaler i de fire planlægningsområder

Nord	Kommuner	Halsnæs, Frederikssund, Helsingør, Fredensborg, Hørsholm, Gribskov, Hillerød og Allerød
	Hospitaler	Frederikssund og Hillerød
Midt	Kommuner	Egedal, Furesø, Ballerup, Herlev, Rødovre, Gladsaxe, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk og Gentofte
	Hospitaler	Herlev og Gentofte
Byen	Kommuner	Frederiksberg, Bornholm og dele af Københavns Kommune
	Hospitaler	Bispebjerg, Frederiksberg, Bornholm og Rigshospitalet
Syd	Kommuner	Tårnby, Albertslund, Brøndby, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Vallensbæk og dele af Københavns Kommune
	Hospitaler	Amager, Glostrup og Hvidovre

1.2.2 Interviewundersøgelse af kommunikationsaftalens betydning for udførende medarbejdere

Parallelt med spørgeskemaet er der gennemført ni gruppeinterview¹ med i alt 56 relevante sundhedsfaglige medarbejdere fra hospitalsafdelinger og kommuner. Fordelingen af interviewdeltagere på planområder og sektorer fremgår af tabel 1.5.

Tabel 1.5 Oversigt over interviewdeltagere fordelt på planområde og sektor

	Kommuneinterview	Hospitalsinterview
Planområde Nord	5	6
Planområde Midt	7	7
Planområde Byen	7	11
Planområde Syd	6	7

Interviewene giver et detaljeret indblik i, hvilken rolle kommunikationsaftalen og de tilhørende redskaber spiller i den kliniske hverdag, samt hvilke forhold der gør det meningsfuldt henholdsvis ikke meningsfuldt at arbejde i henhold til aftalen. Interviewundersøgelsen har undersøgt, hvorvidt²:

- personalet oplever, at der har været en tilstrækkelig indsats i forbindelse med oplæring og implementering, samt om relevante fagpersoner tager et aktivt ansvar for at efterleve aftalen i det daglige arbejde
- der er kendskab til kommunikationsaftalen og en oplevelse af, at den information, der udveksles, er rettidig og relevant i den hverdag, personalet befinder sig i
- aftalen og de tilhørende MedCom standarder letter hverdagen for de fagpersoner, der har ansvar for overlevering af information og patienter på tværs af sektorer
- aftalen øger fagpersonernes oplevelse af et fleksibelt samarbejde, hvor der er fokus på at skabe de bedst mulige forløb for patienterne via en tidlig/løbende dialog om udskrivelsen.

¹ Der er gennemført et gruppeinterview med henholdsvis kommunale og hospitalsansatte medarbejdere i hver af Region Hovedstadens fire planområder. Dog er der gennemført to hospitalsinterview i planområde syd på grund af manglende fremmøde til det første interview.

² Anvendte interviewguides er vedlagt som bilag 1.

1.2.3 Om de anvendte metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interview er optaget elektronisk og udskrevet af en studentermedarbejder. Udskrifterne er efterfølgende tematiseret med udgangspunkt i evalueringens undersøgelsesspørgsmål og anvendt som afsæt for citat og analyse. Gennem rapporten anvendes citater, som illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet i interviewene. Citaterne er angivet anonymt for at sikre interviewpersonerne mulighed for at udtale sig frit. Til gengæld angiver vi, hvilken sektor og faggruppe interviewpersonerne kommer fra.

Validitet og repræsentativitet

De sidste interview afdækkede ikke væsentlige nye problemstillinger, hvilket indikerer, at der er opnået datamæthed i undersøgelsen. Samtidig er der god overensstemmelse mellem interviewundersøgelsen og resultaterne fra spørgeskemaet. Derfor vurderer vi, at der er god intern validitet i de indsamlede data.

Flertallet af interviewpersoner vurderer, at deres kendskab til kommunikationstalen og arbejdsgangene omkring denne er repræsentativt for relevante kolleger. Der er dog også en klar overvægt af ambassadører, udskrivningskoordinatorer m.m. blandt interviewpersonerne. Derfor kan det ikke udelukkes, at interviewpersonernes kendskab og især opmærksomhed på at efterleve kommunikationsaftalen er højere end gennemsnittet for relevante medarbejdere.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten præsenterer de indsamlede data i nedenstående tre hovedkapitler:

Kapitel 2 præsenterer de sundhedsfagliges overordnede perspektiver på kommunikationsaftalen og implementeringen af denne. Kapitlet afdækker kendskabet til aftalen, opbakningen til den, de grundlæggende forudsætninger for leve op til aftalen og de tilhørende arbejdsgange samt fagpersonernes forslag til fremadrettet konsolidering af aftalen.

Kapitel 3 omhandler rettidighed og relevans i den information, der ligger til grund for samarbejdet om indlæggelsesforløb, samt fagpersonernes vurderinger af, hvorvidt, hvorfor og hvorfor ikke kommunikationsaftalen understøtter de mål, der er opstillet for samarbejdet.

Kapitel 4 går tæt på brugen af de fire forskellige meddelelser ILR, PFP, MOF og USR³, som er indeholdt i kommunikationsaftalen. Meddelelserne har hver sit afsnit, som præsenterer de kommunale og de hospitalsansattes perspektiver på funktionalitet, anvendelse og kvalitet samt forslag til forbedringer.

Kapitel 5 præsenterer evalueringens konklusioner og anbefalinger.

³ Se eventuelt liste over anvendte forkortelser i starten af rapporten.

2 Overordnede perspektiver på kommunikation om indlæggelse og udskrivninger

Dette kapitel handler om de grundlæggende forudsætninger for, at kommunikationsaftalen kan fungere efter hensigten. Fokus er bl.a. på fagpersonernes kendskab og opbakning til aftalen, deres oplevelse af, hvorvidt de selv og deres samarbejdspartnere lever op til aftalen, samt hvor langt implementering og konsolidering af aftalen er nået i de udførende led.

2.1 Kendskab og opbakning kommunikationsaftalen

En af de grundlæggende forudsætninger for kommunikationsaftalens implementering i praksis er, at den er kendt, og at indholdet i aftalen opleves relevant. For at vurdere om dette er tilfældet, har vi i spørgeskema og interview afdækket relevante fagpersoners vurdering af disse forhold. Resultaterne præsenteres i de følgende afsnit.

2.1.1 Spørgeskemaet viser, at der overordnet er et godt kendskab og opbakning til kommunikationsaftalen

Tabel 2.1 nedenfor viser, at næsten alle fagpersoner er informeret om kommunikationsaftalen, samt at den enkelte medarbejder ofte har fået information fra flere forskellige kilder. Opgørelserne viser samtidig, at informationsniveauet generelt er højere blandt kommunale fagpersoner end på hospitaler.

Det typiske er, at fagpersonerne har læst informationsmateriale om kommunikationsaftalen eller har deltaget i et orienteringsmøde, temamøde, kursus eller lignende, hvor der er informeret om aftalen. Derefter angives ambassadør for kommunikationsaftalen, nærmeste leder eller kollega som kilder til viden. Det fremgår, at ambassadør for kommunikationsaftalen nævnes hyppigst af fagpersoner på hospital, mens nærmeste leder og kollega hyppigst nævnes af kommunale visitatorer.

Tabel 2.1 Fagpersoner på hospital og i kommune opgjort procentvis efter, hvordan de er informeret om kommunikationsaftalen⁴

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Gennemsnit
Har læst information om kommunikationsaftalen	52 %	71 %	51 %	56 %
På orienteringsmøde, temamøde, kursus eller lignende	52 %	71 %	75 %	63 %
Af ambassadør for kommunikationsaftalen	36 %	29 %	23 %	31 %
Af nærmeste leder	28 %	30 %	25 %	28 %
Af kollega	22 %	36 %	18 %	25 %
På anden måde	9 %	14 %	9 %	10 %
Er ikke blevet informeret	9 %	0	4 %	6 %

⁴ Der har været mulighed for at afgive flere svar.

Fagpersonerne er således informeret om kommunikationsaftalen, men det er også væsentligt at vide, om dette indebærer, at de er fortrolige med de arbejdsdelinger og rutiner, der følger af aftalen. Dette er afdækket i tabel 2.2 nedenfor, der viser, hvordan fagpersonerne vurderer deres viden om kommunikationsaftalen.

Tabel 2.2 Fagpersonernes vurdering af eget kendskab til indholdet af kommunikationsaftalen

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I meget høj grad eller i høj grad	46 %	58 %	45 %	49 %
I nogen grad	38 %	42 %	42 %	40 %
Kun sporadisk eller ikke noget kendskab	14 %	-	13 %	10 %
Ved ikke	2 %	-	-	1 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	125	69	69	263

Som det fremgår, vurderer ca. halvdelen, at de i meget høj grad eller i høj grad har et detaljeret kendskab til indholdet i kommunikationsaftalen, mens 40 % i nogen grad angiver, at de kender aftalen. Mønsteret er, at kendskabet til aftalen er højest blandt visitatorer, hvor ingen svarer, at deres kendskab er sporadisk eller ikke til stede. Heroverfor svarer henholdsvis 14 % af de hospitalsansatte og 13 % af de kommunale udførende medarbejdere, at de kun har et sporadisk kendskab til aftalen.

En tredje vigtig forudsætning for kommunikationsaftalens anvendelse er, at den opleves relevant for udskrivningssamarbejdet, da dette alt andet lige øger motivationen til at efterleve aftalen. Tabel 2.3 viser fagpersonernes vurdering af, hvor vigtig kommunikationsaftalen er for at sikre god kommunikation mellem hospital og kommune.

Tabel 2.3 Fagpersonernes vurdering af kommunikationsaftalens vigtighed for at sikre god kommunikation mellem hospital og kommune på en skala fra 1-5

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
1 (ikke vigtig)	-	-	-	-
2	1 %	2 %	-	1 %
3	10 %	6 %	7 %	8 %
4	27 %	23 %	15 %	23 %
5 (meget vigtig)	60 %	69 %	78 %	67 %
Ved ikke	2 %	-	-	1 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	103	68	60	231

Note: $p = 0,381$.

Som det fremgår, vurderer to tredjedele af svarpersonerne, at kommunikationsaftalen er meget vigtig for at sikre god kommunikation mellem hospital og kommune, og sammenlagt 90 % angiver 4 eller 5 på skalaen. Der synes således at være bred opbakning til kommunikationsaftalen, og der er ingen signifikant forskel mellem de tre grupper af fagpersoners vurdering.

2.1.2 Interviewene bekræfter, at der er kendskab og opbakning til kommunikationsaftalen blandt fagpersonerne

Interviewdeltagerne vurderer – i overensstemmelse med spørgeskemaet, at de og deres kolleger har et godt kendskab til kommunikationsaftalen og de gældende arbejdsgange omkring de fire hospitals-hjemmeplejemeddelelser. Samtidig vurderes det, at indsatsen for at informere og oplære i brugen af kommunikationsaftalen har været tilstrækkelig. I den forbindelse er det særligt korpset af nøglepersoner, som får ros:

Det med at sætte travle medarbejdere til undervisning i plenum fungerer ikke. Derfor har det virket rigtigt godt at udnævne nøglepersoner med særligt ansvar for at sætte sig ind i det og oplære andre.

(Hospitalssygeplejerske)

Interviewdeltagerne finder også kommunikationsaftalen og overholdelsen af denne meget vigtig for at give patienter et godt indlæggelses- og udskrivningsforløb. De oplever, at aftalen bidrager positivt til dette. Derfor kan det konkluderes, at der overordnet er stor opbakning til aftalen og principperne i den.

2.2 Kommunikationsaftalens anvendelighed i daglig praksis

2.2.1 Flertallet af fagpersonerne mangler forudsætninger for at kunne efterleve kommunikationsaftalen

Kendskab og opbakning til kommunikationsaftalen er en del af forudsætningerne for efterlevelse af aftalen. Et yderligere vigtigt element i implementeringen er, hvorvidt de praktiske muligheder for, at aftalen kan fungere i praksis, er til stede. Det har vi spurgt om i spørgeskemaet, og svarene fremgår af tabel 2.4.

Tabel 2.4 Fagpersonernes vurdering af forudsætningerne for at efterleve aftalen i praksis

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I meget høj grad eller i høj grad	29 %	28 %	30 %	29 %
I nogen grad	59 %	65 %	63 %	62 %
I beskeden grad	11 %	7 %	7 %	9 %
Ved ikke	1 %	0 %	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	103	68	60	231

Som det fremgår, vurderer et klart flertal, at det kun i nogen grad er muligt at overholde kommunikationsaftalen i praksis. Der er imidlertid også kun knapt 10 %, der vurderer, at det kun i beskeden grad er tilfældet. Der er ingen forskel på de forskellige faggruppers vurdering. De 71 %, som har vurderet, at forudsætningerne kun i nogen eller beskeden grad er til stede, er blevet spurgt, hvilke forudsætninger der mangler. I tabel 2.5 er vist, hvad der er blevet svaret.

Tabel 2.5 Fagpersonernes vurdering af, hvilke forudsætninger der mangler for at kunne efterleve aftalen i praksis⁵

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
Tid	71 %	63 %	60 %	66 %
Driftssikre it-systemer	49 %	63 %	45 %	52 %
Brugervenlighed	36 %	57 %	40 %	44 %
Ledelsesmæssig fokus	14 %	33 %	33 %	25 %
Lettelse adgang til pc	11 %	8 %	12 %	10 %
Information om aftalens indhold	25 %	51 %	31 %	34 %
Andet	25 %	27 %	14 %	23 %

Tid angives hyppigst (66 %) som en manglende forudsætning for at leve op til aftalen, mens ca. halvdelen nævner driftssikre it-systemer som en mangel. En relativt stor andel nævner endvidere, at der er mangler i brugervenligheden, eller at der mangler information om aftalen. Mangel på driftssikre it-systemer, manglende brugervenlighed og manglende information om aftalen nævnes især af visitatorer. Samtidig ses det, at 51 % af visitatorerne oplever manglende viden om aftalens indhold som en barriere. Som vi senere kommer ind på, viser interviewene, at visitatorernes svar er relateret til en oplevelse af manglende viden på de hospitalsafdelinger, som visitatorerne samarbejder med.

I relation til at øge kvaliteten i de meddelelser, der udveksles, peges først og fremmest på et behov for, at fagpersonernes viden om kommunikationsaftalen understøttes af en bedre forståelse af de forskellige sektors arbejdsgange og præmisser. Der peges i den forbindelse specifikt på behovet for en bedre forventningsafstemning og dialog om, hvilken information den anden sektor har brug for.

2.2.2 Supplerende pointer fra interviewundersøgelsen

Travlhed kombineret med it-problemer opleves som den største barriere

Interviewdeltagerne bekræfter, at travlhed (især på hospitalsafdelinger) og tekniske udfordringer udgør en barriere for fx at lave 'gode' plejeforløbsplaner og funktionsevne vurderinger. De tekniske udfordringer knytter sig først og fremmest til it-systemer, der "går ned", og mangelfuld integration, som gør, at der mistes oplysninger eller overblikket forsvinder, når meddelelser konverteres fra ét system til et andet.

Manglende brugervenlighed og funktionalitet opleves som væsentlig barriere

I den del af interviewene, der fokuserede på konkrete meddelelser og arbejdsgangene omkring disse, blev der givet mange eksempler på manglende brugervenlighed og funktionalitet som kilder til fejl i kommunikationen. De overordnede pointer og forslag til forbedringer er sammenfattet nedenfor⁶.

Manglende brugervenlighed opleves først og fremmest som en udfordring for at involvere den brede gruppe af medarbejdere i MedCom kommunikationen:

⁵ Det har været muligt at afgive flere svar.

⁶ Pointer, der knytter sig til specifikke meddelelser, gennemgås i kapitel 4.

Det skal være enkelt at bruge og lære, fordi der er så mange forskellige medarbejdere involveret på gulvet. Det er et stort problem, at systemet er meget komplekst at sidde med, samtidig med at der er så stor udskiftning af medarbejdere [udførende på hospital og i kommune].

(Visitor)

Manglende skriveplads og ønske om mulighed for at kunne vedhæfte filer

Mange fagpersoner – især på hospitalerne – oplever problemer med, at der ikke er tilstrækkelig skriveplads og relevante felter til at videregive den nødvendige information. Dette anses som en barriere i forsøget på at efterleve aftalen:

Jeg kan godt lide metoden med computer osv., men selve skemaet, som skal udfyldes, er forringet i forhold til før. De [det kommunale plejepersonale] får ikke tilnærmelsesvis den information, som de har behov for. Der er ikke nok antal tegn, og der er ikke de rubrikker, der er brug for. Det kan ikke stå udførligt, og man skal sidde og lede efter et sted, man kan skrive det. For eksempel udførlige sårplaner og ernæringsplaner er der ikke plads til, og så kommer det bare ikke med.

(Hospitalssygeplejerske)⁷

I samme tråd efterlyser både de kommunalt og hospitalsansatte interviewpersoner mulighed for at kunne vedhæfte filer, der kan indeholde mere specifik information omkring den nødvendige pleje. Interviewpersonerne ser også en sådan mulighed som en fordel, fordi den vil mindske behovet for at udlevere supplerende oplysninger i papirform⁸:

Der er store problemer i forhold til, at vi ikke kan vedhæfte oplysninger. For eksempel hvis vi har en plejeplan for, hvad de skal gøre derhjemme, så kan vi kun sende det med hjem i papirform, som kan forsvinde mange steder hen.

(Hospitalssygeplejerske)

Usikkerhed om, hvad der skal skrives hvor

En del interviewpersoner er i tvivl om, hvorvidt de videregiver den rigtige information de rigtige steder i MedCom. Derfor er de også i usikre på, om de sender informationen på en måde, der gør, at den modtages og læses som tiltænkt. De formoder, at dette er medvirkende årsag til, at der fortsat er mange supplerende telefonopkald – på grund af tvivlsspørgsmål.

2.3 Status for implementering og ønsker til fortsat konsolidering og kvalitetssikring

De interviewede fagpersoner er enige om, at kommunikationsaftalen rent teknisk er implementeret, samt at relevante fagpersoner i teorien har mulighed for at efterleve aftalen. Samtidig er der en delt oplevelse af, at arbejdet omkring kommunikationsaftalen har skabt større indblik i arbejdsgangene hos de parter, der samarbejdes med.

⁷ Evalueringsens følgegruppe bemærkede ved kommenteringen af rapporten, at MedCom er opdateret med en version 1.0.2, som giver væsentligt mere skriveplads i mange af tekstfelterne. Interviewene indikerer således, at en del fagpersoner mangler viden om denne opdatering.

⁸ Problemer og mulige løsninger med at vedhæfte filer drøftes p.t. i nationalt regi, og MedCom har et forslag i høring hos regioner og kommuner.

2.3.1 Fagpersonerne oplever overvejende et respektfuldt samarbejde

En central værdi i kommunikationsaftalen er, at udskrivningssamarbejdet til enhver tid skal være understøttet af en god og ligeværdig dialog parterne imellem. Derfor har vi sat særligt fokus på, hvorvidt dette er tilfældet i interviewene.

Fagpersoner fra begge sektorer vurderer, at der for det meste er en respektfuld og ligeværdig dialog i udskrivningssamarbejdet, samt at konkrete samarbejdsparter for det meste gør, hvad de kan for at hjælpe. Konkret vurderer de fleste fagpersoner, at den gensidige respekt i kommunikationen generelt ligger mellem 7-9 på en skala fra 1-10.

Som illustreret i nedenstående citater er oplevelsen også, at respekten og forståelsen for den tværsektorielle kommunikation har udviklet sig positivt i perioden med sundhedsaftaler:

Arbejdsgangene er blevet tydeligere og nemmere, og vi har helt klart færre skænderier med visitator end tidligere.

(Hospitalssygeplejerske)

Jeg synes, de prøver helt klart at gøre det godt under de forhold, de har. Det er som regel en god og ligeværdig samtale.

(Visitor)

Selvom den overordnede oplevelse af samarbejdet er positiv, blev der i alle interview givet eksempler på undtagelser i relationen mellem individuelle hospitalsafdelinger, kommuner eller konkrete personer, hvor respekten og forståelsen for udskrivningsarbejdet mangler. Derfor opfordrer interviewpersonerne til, at der fortsat er fokus på at fremme et respektfuldt samarbejde. Dette ses først og fremmest som en ledelsesmæssig opgave.

2.3.2 Kommunikationsaftalen understøtter et mere fleksibelt samarbejde

Som nedenstående citat illustrerer, oplever de interviewede fagpersoner generelt, at kommunikationsaftalen og MedCom standarderne er en forbedring fra de tidligere varslingsregler:

Det, at varslingsdagene er afmeldt, gør, at vi får en anden og bedre kommunikation nu. I starten skulle vi vænne os til det, men den er mere ligeværdig nu, og der er ikke samme hakkeri, som der kunne være før. Så kommunikationen er blevet bedre og mere målrettet, men der er udfordringer med hensyn til at blive enige om, hvornår noget er rettidigt.

(Visitor)

Fagpersonerne understreger i forlængelse af ovenstående også, at den elektroniske kommunikation giver et mere fleksibelt samarbejde og bedre afsæt for den videre planlægning og forløbskoordination. Det opleves endvidere, at aftalen har givet større sektorforståelse og øget opmærksomhed på kvaliteten af den information, der videresendes. Det fremhæves også, at aftalen har skabt bedre dokumentation og hermed øget patient/borger sikkerhed.

Øvrige indsatser, der understøtter et velfungerende samarbejde

På tværs af interviewene blev de regionale samordningskonsulenter og fremskudt visitation også fremhævet som eksempler på tiltag, der understøtter udskrivningssamarbejdet positivt:

Samordningskonsulenternes positive bidrag knytter sig især til, at de tager sig af alle problembørnene, fx når der er sendt forkert MOF, eller når der opstår uenigheder eller tvivls-

spørgsmål i udskrivningssamarbejdet. Fagpersonerne oplever, at dette giver en livline til at få løst problemer og tvivlsspørgsmål, uden at det konkrete samarbejde går i stå. Internt på hospitalet er der endvidere mange, der sætter pris på samordningskonsulenternes viden om kommunikationsaftalen og deres rådgivning om god kommunikation i forbindelse med udskrivning.

Den fremskudte visitation fremhæves især positivt af hospitalsansatte. De oplever at få en pålidelig samarbejdspartner med indsigt i afdelingen og god viden om patienten. Dette medfører for nogen en øget sikkerhed for, at der er styr på udskrivningen, og til dels som en kilde til aflastning. Endelig er der fagpersoner, der fortæller, at de fremskudte visitatorer giver de hospitalsansatte en øget opmærksomhed og forståelse for udskrivningssamarbejdet, som det er aftalt i kommunikationsaftalen.

2.3.3 Oplevede barrierer og forslag til ændringer

Overordnet savner mange fagpersoner yderligere ensretning af indholdet i meddelelserne og en bedre fælles forståelse for og indblik i, hvad der er brugbar information for modtageren, og hvad der kan udelades. Samtidig opleves også et stort behov for at forbedre den praktiske overholdelse af kommunikationsaftalen og kvaliteten i indholdet af de enkelte MedCom meddelelser. De overordnede barrierer og ønsker til yderligere konsolidering, som blev drøftet i interviewene, er sammenfattet i nedenstående afsnit.

Fra teknik og formalia til bagvedliggende værdier og kvalitet

Mange interviewpersoner oplever, at information og oplæring hovedsageligt har haft fokus på de tekniske aspekter ved kommunikationsaftalen og de konkrete informationer, der skal indtastes i MedCom meddelelserne. Dette afspejles også i, at fagpersonerne i meget høj grad sætter lighedstegn mellem kommunikationsaftalen og de fire hospitals-hjemmeplejemeddelelser.

I forlængelse af dette er der flere, som efterlyser et tydeligere fokus på de værdier i den bagvedliggende aftale, der skal binde udskrivningssamarbejdet sammen, samt hvilke muligheder der er for at øge den indholdsmæssige kvalitet i de enkelte meddelelser. Disse fagpersoner argumenterer for, at den manglende forståelse for selve aftalen og patientforløbet er med til at mindske kvaliteten i de informationer, der sendes. Når dette er tilfældet, ser de en tendens til, at informationen til samarbejdsparten bliver opfattet som dobbeltdokumentation – og derved nedprioriteres.

Kommunale perspektiver på kommunikationsaftalens fremadrettede konsolidering

De kommunale fagpersoner ser, i forlængelse af ovenstående, et fortsat behov for opfølgning og vedligeholdelse af rutinerne omkring aftalen blandt de udførende led i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Det er særligt omkring opgaven med at sende opdaterede indlæggelses-rapporter og brugbare funktionsbeskrivelser, hvor der ses et stort forbedringspotentiale.

I forhold til hospitalsafdelinger oplever de kommunale fagpersoner overordnet, at implementeringen af kommunikationsaftalen langsomt går den rigtige vej. Arbejdet er dog langt fra færdigt, og der ses et stort behov for at øge kendskabet til og den praktiske efterlevelse af kommunikationsaftalen på hospitalsafdelinger. Fagpersonerne oplever således stadig, at der er stor forskel på, hvor godt de enkelte hospitaler og afdelingers kendskab til og efterlevelse af kommunikationsaftalen er:

På hospitalerne er der et utroligt stort spænd i kendskabet og overholdelsen af aftalen. Det varierer også fra afdeling til afdeling – enkelte er gode, og det går den rigtige vej, men det tager lang tid at komme på plads.

(Visitor)

De fleste kommunale fagpersoner understreger i forbindelse med ovenstående, at de har forståelse for de vanskeligheder, der er forbundet med at implementere og efterleve aftalen på hospitalsafdelinger med tre vagtskift, høj personaleudskiftning og travlhed:

Jeg vil gætte på, at hele oplæringsdelen må være rigtig svær på hospitalet, hvor man har stort flow i personalet. Det er nemmere for os, fordi vi har faste funktioner med faste arbejdstider om dagen, der kan læres op og ved, hvad de skal.

(Visitor)

Perspektiver fra de hospitalsansatte fagpersoner

De hospitalsansatte vurderer ligesom de kommunale fagpersoner, at der er behov for bedre information om borgernes funktionsniveau og baggrunden for indlæggelsen.

Det blev også bekræftet i alle hospitalsinterview, at fastholdelse og vedligeholdelse af nye rutiner i forbindelse med kommunikationsaftalen er en kontinuerlig udfordring på de enkelte afdelinger. Dette ser især ud til at gælde på medicinske afdelinger, hvor der ofte er stor udskiftning i personalet kombineret med travlhed og et stort patientflow. Manglende oplæring og konsolidering – som fagpersonerne medgiver, at der findes på nogle afdelinger – forklares i nogle tilfælde med, at afdelingernes ambassadører for aftalen har skiftet job uden at blive erstattet.

2.4 Opsamling

Interviewene viser overordnet, at der er god overensstemmelse mellem de hospitals- og kommunalt ansattes perspektiver på kommunikationen om indlæggelse og udskrivning. Denne fælles forståelse for løsninger og problemer giver et godt afsæt for den fortsatte konsolidering af kommunikationsaftalen.

Kendskab og opbakning til kommunikationsaftalen

Spørgeskema og interview viser, at de fleste relevante fagpersoner selv vurderer, at de kender kommunikationsaftalen og de tilhørende arbejdsgange. Samtidig vurderes det, at MedCom standarderne – hvis de overholdes fuldt ud – udgør et stort fremskridt ved koordinering og dokumentation af indlæggelsesforløb. Evalueringens fagpersoner har således en overordnet parathed til forandring i forhold til kommunikationsaftalen, og afskaffelsen af varslingsregler ses som et vigtigt skridt på vejen til et mere fleksibelt samarbejde, som i sidste ende giver bedre patientforløb.

Der er også en generel oplevelse af, at samarbejdet om indlæggelse og udskrivning – og den gensidige respekt i dette – udvikler sig positivt. Kommunikation og samarbejde opleves derfor for det meste som velfungerende (respekten vurderes at være på 7-9 på en skala fra 1-10, hvor 10 er bedst). Der er dog variation i, hvor velfungerende kommunikation og samarbejde opleves, og i alle interview blev der givet eksempler på samarbejdsrelationer, hvor respekt og samarbejdsvilje vurderes lavt.

Vurdering af informations- og implementeringsindsats

Fagpersonerne er overordnet tilfredse med indsatsen omkring at informere om aftalens indhold og de nye arbejdsgange, der er introduceret med de fire hjemmepleje-hospitalsmeddelelser. Mange fortæller i den forbindelse, at nøglepersonerne har en afgørende rolle for implementering og konsolidering af aftalen – ikke mindst for oplæring af nye medarbejdere.

I forhold til at fastholde og videreudvikle de opnåede resultater ser det ud til, at der en del steder opstår udfordringer, når nøglepersoner skifter stilling, fordi det ikke altid sikres, at der

er nye nøglepersoner med et ligeså godt kendskab som tidligere. Derfor efterlyser flere interviewpersoner mulighed for genopfriskningskurser og for at oplære nye superbrugere. Dette opleves som særligt vigtigt på medicinske afdelinger, hvor der ofte er et stort personaleflow.

Forudsætninger for at efterleve kommunikationsaftalen i praksis

Opbakningen til kommunikationsaftalen følges kun i begrænset omfang af en oplevelse af, at det er muligt at efterleve aftalen i praksis. Et klart flertal af evalueringens fagpersoner på tværs af sektorer peger i den forbindelse på it-relaterede udfordringer (manglende brugervenlighed og ustabile systemer) som en barriere. I kombination med den anden store oplevede barriere – mangel på tid – oplever mange fagpersoner, at efterlevelsen af kommunikationsaftalen ofte kommer til at halte i hverdagen.

Endvidere oplever en del (især de kommunale visitatorer), at mange fagpersoner stadig mangler forståelse for principperne i kommunikationsaftalen og rutine i at anvende og overholde MedCom standarderne. Der er således en vis modsætning mellem fagpersonernes vurdering af eget kendskab til aftalen og samarbejdsparternes vurdering af samme.

Der efterlyses fokus på de grundlæggende værdier, som skal bære samarbejdet

Interviewene viser en tendens til, at fagpersonerne sætter lighedstegn mellem kommunikationsaftalen og de fire hjemmepleje-hospitalsmeddelelser. Det er også afspejlet i introduktion og oplæring, som ifølge fagpersonerne først og fremmest fokuserer på de praktiske arbejdsgange med at anvende MedCom meddelelserne.

Dette ses af nogle fagpersoner (som har haft særlige opgaver i forbindelse med implementering og oplæring) som en barriere for aftalen: Argumentet er, at kvaliteten i det indhold, der sendes, er mindre, når fagpersoner ikke kender og bakker op om de bagvedliggende værdier – de behov hos modtageren, der ligger til grund for, at informationen skal sendes. For eksempel når afsenderen, som i forvejen har travlt, ikke kan se værdien i de oplysninger, der sendes.

I relation til at øge kvaliteten i den information, der udveksles, peges først og fremmest på et behov for, at fagpersonernes viden om kommunikationsaftalen understøttes af en bedre forståelse for de forskellige sektors arbejdsgange og præmisser. Der peges i den forbindelse specifikt på behovet for en bedre forventningsafstemning og dialog om, hvilken information den anden sektor har brug for.

3 Kommunikationsaftalens betydning for fagpersonernes kommunikation

Dette kapitel præsenterer fagpersonernes perspektiver på, hvorvidt kommunikationsaftalen, MedCom standarderne og den konkrete information, der udveksles, fremmer de mål, som er opstillet for aftalen. I henhold til mål, der er opstillet for kommunikationsaftalen, undersøger vi bl.a. fagpersonernes tidsanvendelse og oplevelsen af kvalitet og rettidighed i den information, der modtages.

3.1 Mere rettidig og relevant information

3.1.1 Resultater fra spørgeskemaet

Kendskab til den information, der skal sendes

Fagpersonerne på hospital og i kommune er hver især blevet spurgt, om de har et godt kendskab til, hvilken information de er ansvarlige for at videresende til deres respektive samarbejdspartnere. Svarene er opsummeret i tabel 3.1 nedenfor.

Tabel 3.1 Fagpersonernes vurdering af eget kendskab til den information, de skal videresende til henholdsvis patienternes hjemkommune og hospital

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I meget høj grad eller i høj grad	76 %	70 %	76 %	74 %
I nogen grad	20 %	10 %	19 %	17 %
Kun sporadisk kendskab eller ikke noget kendskab	2 %	3 %	4 %	3 %
Ikke ansvarlig for at videresende information	0 %	15 %	1 %	4 %
Ved ikke	2 %	2 %	0 %	1 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	120	67	69	256

Langt hovedparten af alle (tre fjerdele) vurderer, at de har et godt kendskab til, hvilken information de er ansvarlige for at videresende. Der er ingen forskel mellem fagpersonerne, men det fremgår, at 15 % af visitorerne i undersøgelsen angiver, at de ikke er ansvarlige for at videresende information, hvilket skyldes, at dette først og fremmest er en opgave for de udførende medarbejdere i forbindelse med indlæggelse. Det fremgår samtidig, at kendskabet til den information, der skal sendes, er væsentligt højere end kendskabet til selve kommunikationsaftalen (jf. tabel 2.2).

Ændringer i forhold til sendt og modtaget information

Vi har også undersøgt, i hvilken udstrækning hjemmepleje-hospitalsmeddelelserne har betydet ændringer i den information, som fagpersonerne sender til hinanden, samt om denne modtages hurtigere. Nedenfor præsenterer vi først de svar, der knytter an til kommunikation fra kommune til hospital, og herefter præsenteres svarene om kommunikationen fra hospital til kommune.

Tabel 3.2 Kommunale fagpersoners vurdering af, om MedCom meddelelserne har ændret den information, deres kommune sender til hospitalsafdelinger

	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)
Sender flere oplysninger og hurtigere	35 %	41 %
Sender flere oplysninger, men ikke hurtigere	11 %	7 %
Sender ikke flere oplysninger, men hurtigere	12 %	13 %
Ingen ændringer	13 %	19 %
Sender færre oplysninger	0 %	3 %
Ved ikke	29 %	17 %
Total	100 %	100 %
Antal svar i alt	66	69

Som det fremgår, vurderer halvdelen af de to faggrupper, at de sender flere informationer til hospitalet. Samtidig ses det, at godt halvdelen vurderer, at informationen sendes hurtigere⁹. Spørgeskemaets fritextfelter og de gennemførte interview viser også, at de kommunale fagpersoner først og fremmest tilkendegiver, at de sender flere oplysninger om borgerens situation op til indlæggelsen, herunder om borgerens funktionsniveau, brug af medicin og den visiterede hjælp samt hjælpemidler. Derudover nævner nogle, at de sender årsagen til indlæggelsen, hvis den er kendt, samt kontaktoplysninger til pårørende.

I forlængelse af ovenstående har vi bedt fagpersoner på hospital om at vurdere, hvilke ændringer der er sket i den information, de modtager fra kommunerne om indlagte patienter. Deres vurderinger er vist i tabel 3.3.

Tabel 3.3 Hospitalsansatte fagpersoners vurdering af, om MedCom meddelelserne har ændret den information, der modtages fra kommunerne

	Hospital
Modtager mere relevant information og hurtigere	17 %
Modtager mere relevant information, men ikke hurtigere	10 %
Modtager samme information, men hurtigere	23 %
Ingen ændringer	25 %
Modtager færre informationer	9 %
Ved ikke	16 %
Total	100 %
I alt	119

Som det fremgår, vurderer 27 %, at de får mere information, og af disse er det 10 %, der vurderer, at den kommer hurtigere. Samtidig er der 23 %, der vurderer, at de får samme information som tidligere, men at den kommer hurtigere. I alt er det således ca. 33 %, der oplever at få information hurtigere efter indførelsen af MedCom. Heroverfor vurderer ca. halvdelen af fagpersonerne, at informationen er den samme, og 9 % oplever at modtage færre informationer.

⁹ Det fremgår, at en stor andel visitoratorer ikke kan svare på, om der er sket ændringer i den information, der sendes. Dette skyldes formentlig, at det først og fremmest er de udførende medarbejdere, der er ansvarlige for at indsende opdaterede indlæggelsesrapporter til hospitalerne.

Spørgeskemaets fritekstfelter og interviewene viser, at ændringerne i informationen knytter sig til flere oplysninger om, hvilken hjælp og hjælpemidler der er visiteret til borgeren. Nogle nævner også, at de får flere oplysninger om borgerens funktionsniveau og brug af medicin samt kontaktoplysninger til pårørende. Dette stemmer overens med de kommunale fagpersoners angivelser.

Det ses af ovenstående, at begge parter i udskrivningssamarbejdet oplever en positiv udvikling i kommunikationen fra kommune til hospital. Det ses dog også, at de kommunale afsendere vurderer udviklingen væsentligt mere positivt end modtagerne på hospital.

Nedenfor vender vi blikket mod den information, som skal sendes fra hospitalsafdelinger til borgerens hjemkommune. Tabel 3.4 viser de hospitalsansattes vurdering af, om der er sket ændringer i den information, de sender til kommunen.

Tabel 3.4 Hospitalsansatte fagpersoners vurdering af, om MedCom meddelelserne har ændret den information, deres afdeling sender til kommunerne

	Hospital
Sender flere oplysninger og hurtigere	35 %
Sender flere oplysninger, men ikke hurtigere	18 %
Sender ikke flere oplysninger, men hurtigere	21 %
Ingen ændringer	9 %
Sender færre oplysninger	3 %
Ved ikke	14 %
Total	100 %
I alt	119

Det fremgår, at godt halvdelen vurderer, at de sender flere oplysninger, og samtidig vurderer 56 %, at oplysningerne sendes hurtigere end tidligere. Der er også omkring en femtedel, som vurderer, at der ikke er sket ændringer i de informationer, som sendes, men at det sker hurtigere. En beskedent andel vurderer, at der ikke er sket ændringer.

Størstedelen nævner, at de sender flere oplysninger om patientens funktionsniveau, mens færre nævner, at de sender flere oplysninger om det forventede behov for hjælp efter patientens udskrivelse. Nogle nævner indlæggelsesårsag, indlæggelsesforløb og forventet udskrivelsesdato.

Alt i alt vurderer flertallet af fagpersonerne på hospital altså, at de sender flere oplysninger til patienternes hjemkommune som følge af MedCom meddelelserne. Spørgsmålet er derfor, hvorvidt fagpersoner i kommunerne oplever, at de modtager flere og hurtigere informationer fra hospitalerne. Dette er vist i tabel 3.5.

Tabel 3.5 Kommunale fagpersoners vurdering af, om MedCom meddelelserne har ændret den information, de modtager fra hospitalsafdelinger

	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)
Modtager mere relevant information og hurtigere	21 %	25 %
Modtager mere relevant information, men ikke hurtigere	9 %	6 %
Modtager samme information, men hurtigere	27 %	27 %
Ingen ændringer	13 %	15 %
Modtager færre informationer	17 %	13 %
Ved ikke	13 %	14 %
Total	100 %	100 %
I alt	67	69

Ca. 30 % af de to faggrupper vurderer, at de modtager mere information, og af disse er det godt en femtedel af det samlede antal respondenter, der også oplever, at informationen kommer hurtigere. Yderligere 27 % oplever at få den samme information som tidligere, men at den kommer hurtigere. Omkring 30 % vurderer, at der ikke er sket ændringer, eller at de modtager færre informationer. Endelig er der 13 %, som har svaret 'ved ikke'.

Størstedelen nævner (jf. interview og spørgeskemaets fritekstfelter), at de modtager mere information om anbefaling til genoptræning eller behandling samt vurdering af plejebehov efter udskrivning. Derudover er der flere, der nævner, at de modtager mere information om patientens funktionsniveau. Nogle nævner også, at de får information om årsagen til indlæggelsen og forløbet under indlæggelsen samt udskrivelsesdato. Dette svarer til de hospitalsansatte angivelse af, hvad de sender flere oplysninger om.

Til gengæld ses igen billedet med, at afsenderne af informationen – i dette tilfælde de hospitalsansatte fagpersoner – vurderer ændringerne mere positivt end modtagerne i kommunerne. Dette understøtter billedet af, at der mangler gensidig forståelse for og prioritering af den information, som modtageren har behov for, for at kunne udføre sit arbejde.

MedCom meddelelsernes betydning for fagpersonernes tidsanvendelse

Der er en forventning om, at den elektroniske kommunikation kan være med til at optimere fagpersonernes tidsanvendelse, fx fordi man slipper for at printe og faxe informationer, og fordi en del af de telefoniske kontakter kan erstattes af skriftlig kommunikation.

Derfor er fagpersonerne blevet spurgt, om de elektroniske meddelelser har haft nogen betydning for, hvor meget tid de bruger på at kommunikere med henholdsvis patienternes hjem-kommune og den hospitalsafdeling, som borgere er indlagt på. Besvarelsene er opgjort i tabel 3.6.

Tabel 3.6 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt MedCom meddelelserne har haft betydning for, hvor meget tid der bruges på at kommunikere om indlagte borgere

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
Ja, bruger mere tid	39 %	52 %	35 %	41 %
Ja, bruger mindre tid	22 %	12 %	24 %	20 %
Nej, tidsforbruger er (stort set) uændret	30 %	27 %	29 %	29 %
Ved ikke	9 %	9 %	12 %	10 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	117	66	68	251

Det fremgår, at vurderingerne af ændringer i tidsforbruget er blandet: Omkring halvdelen vurderer, at de bruger mindre tid, eller at tidsforbruget er uændret, mens godt 40 % oplever at bruge mere tid. Det er særligt de kommunale visitatorer, der angiver, at de bruger mere tid på kommunikation med en hospitalsafdeling. Spørgeskemaet indikerer således, at der samlet set ikke opleves lettelse i tidsforbruget.

3.2 Bidrag til bedre patientforløb

Bedre patientforløb er endemålet for kommunikationsaftalen og MedCom meddelelserne. Derfor er svarpersonerne i spørgeskemaet blevet bedt om at vurdere, hvorvidt MedCom meddelelserne har bidraget til at forbedre kommunikationen mellem kommune og hospitalsafdeling. Vurderingerne fremgår af tabel 3.7.

Tabel 3.7 Fagpersonernes vurdering af, om MedCom meddelelserne alt i alt har bidraget til at forbedre kommunikationen mellem kommuner og hospitaler

	Hospital	Visitor (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I meget høj grad eller i høj grad	29 %	24 %	29 %	28 %
I nogen grad	47 %	50 %	49 %	48 %
I beskeden grad eller slet ikke	19 %	20 %	16 %	18 %
Ved ikke	5 %	6 %	6 %	6 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	117	66	68	251

Det fremgår, at ca. tre fjerdedele af alle fagpersoner vurderer, at MedCom meddelelserne i det mindste i nogen grad har bidraget til at forbedre kommunikationen mellem kommuner og hospitalsafdelinger. Af disse er det godt en fjerdedel, som vurderer, at dette i høj grad eller meget høj grad er tilfældet. Der er ingen forskel på de forskellige faggruppers vurdering og altså heller ingen forskel mellem fagpersoner på hospital og fagpersoner i kommune.

Fagpersonerne blev også bedt om at vurdere, hvorvidt MedCom meddelelserne har bidraget til at forbedre pleje- og behandlingsforløb på hospitalsafdelingerne eller plejeforløb i kommunerne. Tabel 3.8 viser svarene.

Tabel 3.8 Fagpersonernes vurdering af, om MedCom meddelelserne alt i alt har bidraget til at forbedre pleje- og behandlingsforløb på hospitalsafdelingerne eller plejeforløb i kommunerne

	Hospital	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I meget høj grad eller i høj grad	20 %	6 %	16 %	15 %
I nogen grad	43 %	47 %	47 %	45 %
I beskeden grad eller slet ikke	27 %	39 %	18 %	28 %
Ved ikke	10 %	8 %	19 %	12 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	116	66	68	250

Som det fremgår, er det 60 %, som vurderer, at der mindst i nogen grad er sket forbedringer, men kun en mindre andel (15 %) vurderer, at det er sket i meget høj grad eller i høj grad.

Endelig blev svarpersonerne i spørgeskemaet bedt om at vurdere, hvorvidt de elektroniske MedCom meddelelser har bidraget til at forbedre samarbejde og koordination mellem hospitalsafdelinger og kommuner. Svarene er vist i tabel 3.9.

Tabel 3.9 Fagpersonernes vurdering af, om de elektroniske MedCom meddelelser alt i alt har forbedret samarbejde og koordination om indlagte borgere

	Hospital	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I meget høj grad eller i høj grad	32 %	23 %	16 %	25 %
I nogen grad	40 %	44 %	47 %	43 %
I beskeden grad eller slet ikke	20 %	27 %	24 %	24 %
Ved ikke	8 %	6 %	13 %	9 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	116	66	68	250

Det er knapt 70 % af fagpersonerne, der vurderer, at MedCom meddelelserne i det mindste i nogen grad har bidraget til at forbedre samarbejde og kommunikation, og en fjerdedel vurderer, at det er sket i meget høj grad eller i høj grad. Især fagpersoner på hospital vurderede, at MedCom meddelelserne i meget høj grad eller i høj grad har bidraget til at forbedre samarbejde og koordination.

3.2.1 Resultater fra interviewundersøgelsen

Mere målrettet kommunikation og tidligere fokus på planlægning af udskrivning

I overensstemmelse med spørgeskemaet vurderer interviewpersonerne, at de ved, hvilke informationer de er ansvarlige for at sende til samarbejdsparter på henholdsvis hospital og i kommune. I forhold til kvaliteten af kommunikationen vurderer fagpersonerne først og fremmest, at den elektroniske kommunikation giver en basisviden om patienten, som forbedrer grundlaget for kommunikationen om indlæggelsesforløbet. Det kommer især til udtryk i de forløb, hvor der er telefonisk kontakt. Som illustreret nedenfor oplever mange, at samtalen hurtigere bliver konkret:

Telefonkontakten starter et andet sted, end den gjorde tidligere, så vi er bedre klædt på til dialogen.

(Hospitalssygeplejerske)

Det er ofte kortere, når de ringer [fra kommunen], fordi mange af de informationer, vi tidligere talte om, er givet på forhånd.

(Hospitalssygeplejerske)

Som illustreret i nedenstående citat oplever fagpersonerne også, at arbejdet med PFPen understøtter et øget fokus på planlægning af udskrivelse tidligere i forløbet, og der skabes således skærpet opmærksomhed omkring forløbskoordination:

Jeg synes, der bliver skabt en anden bevidsthed omkring, at udskrivelsesforløbet skal være ordentligt, og man tænker på det tidligt i forløbet.

(Hospitalsansat fysioterapeut)

De kommunale interviewpersoner oplever også at modtage mere information tidligere i forløbet, hvilket bidrager til en tidligere planlægning. Den øgede mængde af information og stillingtagen tidligt i forløbene opleves dog også som øget arbejdsbyrde blandt visitatorer:

Jeg synes, arbejdspresset er blevet større, efter vi har fået den elektroniske kommunikation, fordi vi hører om langt flere borgere, og vi går i dybden med flere, end vi gjorde før. Det er ikke negativt, men det kræver flere ressourcer ude i kommunerne.

(Visitor)

Mere sikker og fleksibel kommunikation

De hospitalsansatte fremhæver først og fremmest, at kommunikationen er blevet mere sikker og fleksibel i forhold til det tidligere system med fax og megen telefonisk kontakt. Muligheden for fleksibilitet i arbejdet knytter sig fx til, at PFP kan udfyldes på aften- og nattevagter, hvor der er mindre travlt. De hospitalsansatte fagpersoner fortæller også, at tilgængeligheden til kommunerne er øget, da man ikke længere er lige så afhængig af at skulle ringe inden for bestemte telefontider eller bruge tid på at finde det korrekte faxnummer. Således oplever en del hospitalsansatte at bruge mindre tid på at vente ved telefonen.

Jeg synes, den er god, fordi man kan give information videre på alle tidspunkter af døgnet. Kommunen kan også få informationen tidligere, og det må give et bedre forløb for patienten.

(Hospitalssygeplejerske)

Tilsvarende oplever de kommunalt ansatte interviewpersoner, at der er bedre flow mellem de fremsendte PFP, som i højere grad end tidligere sendes løbende frem for i klumper på bestemte tidspunkter af dagen. De kommunale fagpersoner vurderer også, at tilgængeligheden er bedre, fordi man har fået de elektroniske meddelelser som et supplement til telefonen.

De hospitalsansatte vurderer overordnet, at den telefoniske kontakt er blevet mindre. Til gengæld bruges mere tid ved computeren på at udfylde PFP og USR. Det modsatte gør sig gældende blandt de kommunalt ansatte interviewpersoner, som oplever, at telefontiden er øget. Her er det især de kommunale visitatorer, der oplever at have øget telefonisk kontakt i forbindelse med afklaring af PFP. Således bekræftes tendensen fra spørgeskemaet, at det er uklart, hvorvidt der overordnet set bruges mindre eller mere tid på kommunikation, fordi tiden anvendes anderledes end tidligere.

3.3 Opsamling

Aftalen understøtter de opstillede mål, men der er potentiale for forbedring

Et stort flertal af evalueringens fagpersoner vurderer, at de kender – og i praksis sender – den information, de er ansvarlige for, til deres samarbejdspartnere i indlæggelses- og udskrivningsforløb. En stor del af fagpersonerne fra begge sektorer oplever i forlængelse af dette, at kommunikationsaftalen og MedCom meddelelserne giver mere relevant og rettidig information, som styrker planlægningen af patientforløbene. Samlet set er der således et stort flertal af evalueringens fagpersoner, som oplever bedre kommunikation og bedre patientforløb efter indførelsen af MedCom meddelelserne.

Der er dog stadig mulighed for forbedring: Der er nemlig et klart mønster på tværs af de forskellige spørgsmål om kommunikation og rettidighed, som består i, at afsenderne vurderer omfang og rettidighed i den information, de sender, væsentligt højere end modtageren. Samtidig fortæller fagpersonerne, at de i lille eller ingen omfang har en målrettet dialog/møder, hvor afsendere og modtageres information afstemmes. Dette understreger, at der er et potentiale for at styrke kommunikationen, jf. de forslag, som blev gengivet i opsamlingen på kapitel 2.

Fagpersonernes tidsanvendelse er ændret, men det er uklart, om der samlet set anvendes mere eller mindre tid

Fagpersonerne oplever i et vist omfang at anvende mere tid på kommunikation om indlagte patienter efter indførelsen af MedCom standarder. Det er især visitatorerne, der anvender mere tid på at læse og følge op på PFP. Dette fremstår dog til dels som et positivt problem, idet det øgede tidsforbrug først og fremmest sættes i forbindelse med, at der kommunikeres om flere borgere, samt at der er mere relevant information at træffe beslutninger på baggrund af.

Samlet set er det også svært at vurdere, om der bruges mere eller mindre tid på koordinering og kommunikation om indlæggelsesforløbene, fordi svarene varierer på tværs af faggrupper og sektorer.

4 Brug af meddelelser

Dette kapitel fokuserer på brugen af de fire typer meddelelser (indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan, melding om færdigbehandling og udskrivningsrapport) som er indeholdt i kommunikationsaftalen.

Hver type af meddelelse har sit eget hovedafsnit, som præsenterer Region Hovedstadens ledelsesinformation vedrørende fremsendelse og rettidighed af den pågældende meddelelse. Herefter præsenteres fagpersonernes perspektiver på arbejdsgange, indhold og kvalitet på hver enkelt meddelelse med afsæt i spørgeskema og interviewundersøgelse.

4.1 Indlæggelsesrapporter (ILR)

4.1.1 Præsentation af monitoreringsdata¹⁰

Region Hovedstadens overblik over antallet af ILR viser, at der samlet blev sendt 100.701 automatiske ILR i 2013. Samtidig ses, at den automatiske ILR i ca. 15 % af tilfældene suppleres med en MILR, og at rettidigheden for disse er på godt 95 %. Derfor ser det overordnet ud til, at ILR rent teknisk er implementeret, samt at der er opmærksomhed på at videresende supplerende oplysninger til hospitalerne. De overordnede opgørelser dækker imidlertid over en betydelig variation, både når det kommer til antal manuelle rapporter og rettidigheden i disse. Vi har sammenfattet ledelsesoverblikket i forhold til antallet af manuelle ILR og rettidigheden af disse i tabel 4.1 nedenfor:

Tabel 4.1 Antal manuelle indlæggelsesrapporter og rettidigheden i disse

	Antal manuelle indlæggelsesrapporter opgjort for hele 2013	Rettidighed opgjort for hele 2013
Over gennemsnit	Ca. en tredjedel af kommunerne ligger på eller væsentligt over gennemsnittet hvad angår antal manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter i 2013	14 kommuner ligger over gennemsnittet på 95,5 % – heraf har 1 kommune 100 % rettidighed
Under gennemsnit	Ca. to tredjedele af kommunerne ligger væsentligt under gennemsnittet – heraf er der 6, som i meget lille omfang har sendt manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter i 2013	15 kommuner ligger under gennemsnittet – heraf har 1 kommune 0 % rettidighed

Det skal understreges, at mængden af MILR ikke i sig selv siger noget om behovet for supplerende oplysninger eller kvaliteten af de sendte oplysninger. For eksempel behøver kommuner, der har opdaterede oplysninger og dokumentation af indlæggelsen på plads, ikke at sende MILR.

De vigtige spørgsmål omkring MILR er således, om de kommer i de forløb, hvor der er behov for det, om de i disse forløb kommer rettidigt, samt om de indeholder brugbare oplysninger for hospitalsafdelingerne. Derfor har vi haft særligt fokus på at belyse disse forhold i de gennemførte interview.

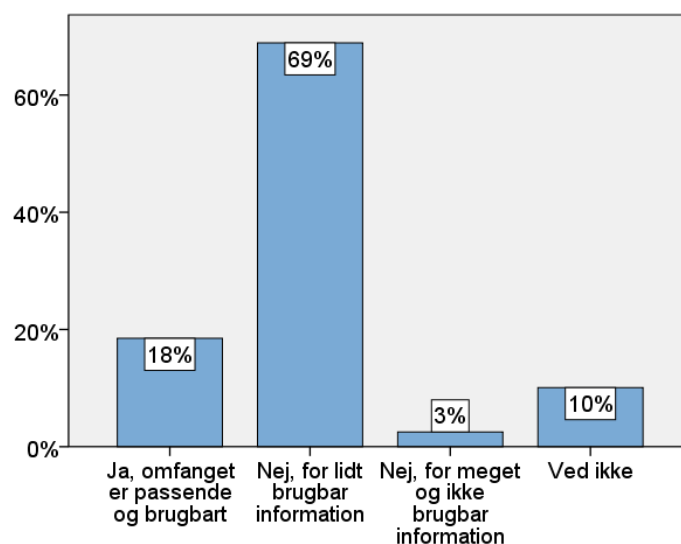
¹⁰ Oplysningerne i dette afsnit stammer fra: Ledelsesoverblik. Kommunikationsaftalen for perioden januar 2013-januar 2014.

4.1.2 Præsentation af spørgeskemadata

Indholdsmæssig kvalitet i ILR opleves mangelfuld

Fagpersonerne på hospital blev i spørgeskemaet bedt om at vurdere brugbarheden og omfanget af de informationer, der modtages i ILR. Svarenes fordeling er vist i figur 4.1 nedenfor.

Figur 4.1 Hospitalsansatte fagpersoners brugbarhed og omfang af den information, der som hovedregel indgår i indlæggelsesrapporterne



Det fremgår af figur 4.1, at fagpersonerne på hospital overordnet er kritiske over for indholdet af informationerne i ILR. Det er således knap 70 %, der vurderer, at der som hovedregel er for lidt brugbar information i ILR, mens det kun er lidt under 20 %, der vurderer, at omfanget af information som hovedregel er passende og brugbart¹¹.

4.1.3 Hospitalsansattes perspektiver på ILR

De interviewede hospitalsansatte oplever, at ILR er nyttig i forhold til at indhente kontaktoplysninger til pårørende og kommunale fagpersoner. Dette opleves som en fremgang fra tidligere og angives som den primære årsag til, at ILR bliver åbnet og læst.

Ovenstående viser også, at interviewpersonerne oplever væsentlige mangler i forhold til den øvrige information, der indgår i ILR. Som nedenstående citat illustrerer, er denne oplevelse så dominerende, at flertallet af interviewpersoner er holdt op med at forholde sig til de øvrige oplysninger, der medsendes fra kommunen ved indlæggelse:

Man har mistet tilliden til at bruge den, fordi informationen ikke er kvalificeret. Det er bare noget, der bliver sendt af sted, fordi man skal. Hvis det gav kvalificeret information i bare 80 procent af tilfældene, siger mine kollegaer, at de ville bruge den meget mere.

(Assisterende afdelingssygeplejerske)

¹¹ Evalueringsens følgegruppe påpeger, at der på grund af problemer med kommunernes omsorgssystemer fremsendes mange ILR på borgere, der ikke har hjælp. Hospitalerne modtager således ILR på borgere, der kun modtager forebyggende hjemmebesøg. Dette er, ifølge følgegruppen, demotiverende for begge parter og medvirkende til en opfattelse af, at ILR ikke kan bruges.

Nedenfor gengiver vi de specifikke pointer, som blev fremhævet i interviewene.

Mangelfulde eller forældede oplysninger om funktionsevne

Som nedenstående citater illustrerer, oplever de hospitalsansatte først og fremmest oplysningerne om borgerens funktionsevne som mangelfulde og/eller forældede:

Omkring funktionsevne er det meget sparsomt. Der mangler konkrete oplysninger om, hvad patienten kan og gør.

(Hospitalssygeplejerske)

Den er problematisk, den automatiske ILR, for den kan være meget lidt relevant, hvis de ikke har været inde over og opdatere den længe.

(Hospitalsansat udviklingssygeplejerske)

De medsendte visitationsvurderinger matcher således ikke de hospitalsansattes behov for viden om udviklingen, der ledte op til indlæggelsen. Fagpersonerne fortæller i forlængelse af ovenstående, at funktionsvurdering og forløbet op til indlæggelsen i mange tilfælde er vigtige for planlægningen af indlæggelsen og det efterfølgende arbejde med PFP. Derfor er det også den opgave, der ifølge fagpersonerne bruges mest tid på at samle op på via telefonisk kontakt til kommunen.

Manglende eller fejlbehæftet medicinliste

Interviewene viser, at det er varierende, hvorvidt interviewpersonerne oplever, at der følger en medicinliste med ved indlæggelse, men der er enighed om, at medicinoplysningerne ikke er opdaterede eller på anden vis er upålidelige. Enkelte interviewpersoner fortæller, at de er blevet instrueret i ikke at anvende den medsendte medicinliste, men i stedet kontakte egen læge for at få en opdateret liste. De hospitalsansatte fagpersoner håber i den forbindelse, at det fælles medicinkort vil løse problemet.

Ydelsesoversigter mangler eller er svære at forstå

Flertallet af de hospitalsansatte fagpersoner oplever ikke, at der følger en forståelig ydelsesoversigt med ILR. Problemerne med de ydelsesoversigter, der modtages, er for det første, at de er skrevet i et 'visitationssprog', der er svært at gennemskue for hospitalspersonalet. For det andet er minuttallene¹² ofte slået sammen, så det ikke er muligt at gennemskue, hvor mange gange om dagen borgeren får hjælp, samt hvad hjælpen konkret består af:

Det svært at gennemskue, hvad de forskellige ydelsespakker indebærer. Der står et minutantal, og man ved ikke, hvad de får. Hvis sygeplejerskerne skal kunne bruge det, skal det være udspecificeret, hvilke ydelser det konkret er.

(Hospitalssygeplejerske)

MILR er bedre, men kommer ofte for sent i forhold til behovet for oplysninger

Interviewpersonerne fortæller, at MILR sjældent anvendes, selvom den indeholder brugbar information. Dette forklares med, at den kommer for sent i forløbet:

¹² Evalueringsens følgegruppe bemærkede ved kommenteringen af rapporten, at der er lavet en ændring i opsætningen af de enkelte kommuners systemer, som skal give mulighed for bedre information om ydelser. Interviewene indikerer således, at en del fagpersoner mangler viden om disse ændringer, eller at de nye muligheder ikke er indført i kommunerne.

MILR kunne bidrage med viden om, hvad der går lige forud for indlæggelsen, men på det tidspunkt, vi modtager den, er vi allerede videre i forløbet og har som regel nået at have telefonisk kontakt for at høre, hvad der er sket

(Hospitalssygeplejerske)

Pointen er således, at MILR – selvom næsten alle kommer inden for de 24 timer, der er aftalt i kommunikationsaftalen – ofte vil være erstattet af en telefonisk kontakt. Hvis dette forhold gælder generelt, kan det indikere, at løsningen på de mangelfulde oplysninger i ILR ikke nødvendigvis er flere MILR. Interviewene giver dog ikke mulighed for at drage konklusioner om, hvorvidt dette er tilfældet i forhold til lange og komplekse indlæggelsesforløb.

4.1.4 Kommunale fagpersoners perspektiver på ILR

De kommunale fagpersoner genkender ovennævnte mangler i kvaliteten af ILR, og de ser det som et vigtigt område, der skal løftes fremadrettet. Lidt paradoksalt blev det dog også fremhævet som en demotiverende faktor for arbejdet med MILR, at de ofte ikke bliver læst på hospitalsafdelingerne.

Herudover drøftede de kommunale fagpersoner nedenstående erfaringer og bud på løsninger på arbejdet med ILR:

Erfaringer og udfordringer i forhold til funktionsniveau

Opgaven med at vurdere behovet for og udfylde MILR ligger hos de udførende medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Hovedreglen er endvidere, at sygeplejen har ansvaret for ILR for de borgere, de er tilknyttet, mens hjemmeplejen kun har ansvaret for ILR for borgere, der ikke modtager sygepleje¹³.

Hjemmesygeplejerskerne fortæller, at kendskabet til og opmærksomheden på kommunikationsaftalen varierer en del i sygeplejen, fordi det er forskelligt, hvor meget opgaver med indlæggelse og udskrivning fylder for de enkelte medarbejdere. Noget af variationen ser dog også ud til at hænge sammen med forskellige modeller for, hvordan kommunerne har organiseret opgaven. Interviewene giver ikke et fuldstændigt billede af udbredelse og fordele/ulempes ved drøftede modeller, men vi har gengivet hovedpointerne nedenfor.

Model 1: Nogle kommuner har valgt, at der i hvert sygeplejedistrikt er særlige tovholdere, som har ansvar for kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning. Disse funktioner udviser grænsen mellem hjemmesygepleje og visitation, og fordelene beskrives således:

Det er dem på gulvet, der kender borgeren, som skal vurdere funktionsevne i forbindelse med indlæggelse. Og hvis det er mig, der sidder ved computeren, så ved jeg, hvem der har været med til at indlægge borgeren, og så ringer jeg til vedkommende og hører, hvad der sket og hvorfor. Og så skriver jeg det. Når der kommer en ILR, så opdaterer jeg den. Så jeg er både visiterende og hjemmesygeplejerske. Det tror jeg måske lidt er en force for os i min kommune.

(Koordinerende hjemmesygeplejerske)

¹³ Der har ikke deltaget repræsentanter fra den **kommunale hjemmepleje** i interviewrunden, men enkelte hjemmesygeplejersker har kommenteret på hjemmeplejens opgaver. Vurderingen er, at hjemmeplejen deler sygeplejens problemer med at sikre opdaterede indlæggelsesrapporter og tidsvarende oplysninger om borgerens funktionsniveau.

Interviewpersonerne vurderer, at nøglepersonerne arbejder mere effektivt, samtidig med at den indholdsmæssige kvalitet (fx i MILR) vurderes at være højere, sammenlignet med når den 'gennemsnitlige' medarbejder udfører opgaven. Ulempen er til gengæld, at den brede kreds af medarbejdere typisk har et lille kendskab til og mindre rutine i at bruge aftalen. Samtidig kan modellen være sårbar som følge af flaskehale (travlhed, ferie og sygdom etc.) omkring nøglepersonerne.

Model 2: Andre kommuner har besluttet, at det er en særlig opgave for visitatorer eller borgere daglige kontaktpersoner at opdatere funktionsevnevurderingen løbende, så denne er retvisende.

Model 3: En tredje variant knytter sig til kommuner, der har valgt at sprede opgaven med ILR ud på de individuelle medarbejdere, så ansvaret ligger hos de medarbejdere, hvis borgere bliver indlagt. Denne model opleves at give problemer med ansvarsfordeling, dels med hvem der har det, og dels med at få den enkelte medarbejder til at huske sit ansvar, fordi der bliver tale om en opgave, som fylder forholdsvis lidt i hverdagen for den enkelte medarbejder.

Samlet set hælder de kommunale interviewpersoner derfor til, at de 'funktionsbaserede' løsninger er det bedste bud til at fremme opmærksomhed på ILR og funktionsniveau. Det fremgår dog ikke, hvor mange medarbejderressourcer disse løsninger kræver, og interviewene giver heller ikke mulighed for at vurdere, om kvaliteten i ILR fra kommuner med denne model opleves bedre af modtagerne på hospitalet.

4.2 Plejeforløbsplaner (PFP)

4.2.1 Præsentation af monitoreringsdata

Region Hovedstadens ledelsesoverblik over kommunikationsaftalen viser, at der i 2013 samlet blev sendt 81.366 PFP på baggrund af 38.410 indlæggelsesforløb. Forholdet mellem antallet af patienter vs. antallet af PFP samt rettidigheden er sammenfattet i tabel 4.2.

Tabel 4.2 Antal PFP og andelen af planer, der er sendt rettidigt

	Under 24 timer	24-72 timer	Over 72 timer
Antal udskrevne patienter	1.288	6.548	30.574
Antal plejeforløbsplaner pr. patientforløb	1,2	1,3	2,3
Rettidighed i procent af forløb	96,5 %	84,7 %	31,1 %

Det fremgår af tabellen, at det gennemsnitlige antal PFP i forhold til 48-timers reglen falder. Derfor har vi haft særligt fokus på disse forhold i de gennemførte interview.

4.2.2 Resultater fra spørgeskemaet

I spørgeskemaet blev fagpersoner fra kommunerne dels bedt om at vurdere, om det overordnet er de rigtige informationer, der sendes med PFP, dels kvaliteten og omfanget af de informationer der i praksis følger med de enkelte planer.

Tabel 4.3 nedenfor viser de kommunale fagpersoners overordnede vurdering af anvendeligheden af informationerne i PFP.

Tabel 4.3 Kommunale fagpersoners vurdering af, om det er de rigtige informationer, der indgår i PFP fra hospital

	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I alle tilfælde	13 %	10 %	12 %
I de fleste tilfælde	49 %	34 %	41 %
I nogle tilfælde	30 %	45 %	37 %
I de færreste tilfælde	6 %	9 %	7 %
(Stort set) aldrig	2 %	1 %	2 %
Ved ikke	0 %	1 %	1 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	67	69	136

Det fremgår, at godt halvdelen af de kommunale fagpersoner vurderer, at de i alle eller i de fleste tilfælde kan anvende informationerne i PFP fra hospitalerne, mens knap 10 % vurderer, at det kan de kun i de færreste tilfælde eller (stort set) aldrig. Det fremgår også, at kommunale visitoratorer i højere grad end hjemmesygepleje, hjemmepleje eller plejebolig (udførere) oplever, at de kan anvende informationerne i PFP¹⁴.

Tabel 4.4 viser, hvordan fagpersoner i kommunerne vurderer brugbarhed og omfang af informationerne i de konkrete informationer, der medsendes i PFP.

Tabel 4.4 Kommunale fagpersoners vurdering af, om den konkrete information i PFP er brugbar og har et passende omfang

	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
Ja, omfanget er passende og brugbart	22 %	27 %	25 %
Nej, for lidt brugbar information	76 %	64 %	70 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	0 %	3 %	1 %
Ved ikke	2 %	6 %	4 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	67	69	136

Det fremgår, at de kommunale fagpersoner forholder sig mere kritisk til den konkrete information, der er indeholdt i PFP. Et stort flertal (70 %) vurderer, at der er for lidt brugbar information i PFP, mens 25 % vurderer, at omfanget af information er passende og brugbart. Visitoratorerne er mest kritiske over for brugbarhed og omfang, idet en større andel visitoratorer end udførere har vurderet, at der er for lidt brugbar information i PFP.

4.2.3 Kommunale fagpersoners perspektiver på PFP

De interviewede fagpersoner ser overordnet PFP som en stor forbedring sammenlignet med de faxer, de tidligere modtog om indlagte patienter. I overensstemmelse med tabel 4.3 ovenfor oplever de også, at PFP giver nyttig information og potentielt bidrager til tidlig planlægning. På

¹⁴ Plejeforløbsplanen skal først og fremmest understøtte visitoratorernes bedømmelse af den bistand, borgeren har behov for efter udskrivelse. Derfor er det forventeligt, at visitoratorerne oplever den største anvendelighed.

den anden side peges også på en række muligheder for forbedringer, som gennemgås i de efterfølgende afsnit.

For mange PFP med for få ændringer

De kommunale fagpersoner oplever ofte, at der sendes gentagne PFP på en borger med kun få eller ingen synlige ændringer. Problematikken har – forklares det – direkte forbindelse til 48-timers reglen og forpligtelsen til at udfylde en forventet færdigbehandlingsdato. Det opleves, at reglen om, at der skal sendes en PFP inden for 48 timer, medfører, at udskrivningsdatoen – især i komplekse forløb – bliver meget usikker. Derfor kommer der ofte nye PFP, hvor udskrivningsdatoen er det eneste, der er ændret¹⁵.

Visitatorerne oplever, at dette er meget uhensigtsmæssigt, da hver forventet færdigbehandlingsdato igangsætter planlægning af udskrivningsforløbet med bestilling af mad, ydelser hos udførerne etc., som efterfølgende må sættes i bero og startes op på ny. Samtidig resulterer de forskellige PFP i mange ekstra opkald til hospitalet. Interviewpersonerne ønsker derfor, at det først var muligt at modtage en PFP, når udskrivningsdatoen lå mere fast:

Vi vil helst ikke modtage en masse PFP, hvor vi godt ved, at det er rigtig svært for hospitalet at forudse udskrivningstidspunktet, for så bliver det på en måde bare spam.

(Visitor)

Det giver rigtig meget arbejde i visitationen, fordi så genbestiller vi mad, og vi varslar og sender beskeder rundt. Og så dagen efter kan vi sende beskeder rundt og aflyse. Så jeg kunne også godt have et ønske om først at modtage PFP, når man har en rimelig sikkerhed for udskrivelsen.

(Visitor)

Visitatorerne ved godt, at det ofte er svært at vurdere tidspunktet for færdigbehandling tidligt i et indlæggelsesforløb. I nogle tilfælde løser interviewpersonerne derfor problemet indbyrdes ved, at de hospitalsansatte tydeligt gør opmærksom på, når der er tale om en usikker eller fiktiv færdigbehandlingsdato. På den måde ved man i kommunerne, at der ikke skal reageres, før der sendes en opdateret dato. De kommunalt ansatte interviewpersoner mener, at det er en fin måde at løse problemet på, og de efterspørger at denne praksis implementeres på alle hospitalsafdelinger.

Manglende funktionalitet i forhold til at se ændringer i genfremsendte plejeforløbsplaner

Interviewpersonerne ønsker også, at det var mere tydeligt, hvad der ændret, når de modtager en opdateret PFP. Det er generelt for interviewpersonerne, at de oplever at bruge meget tid på at lede efter ændringer, og at:

Vi bliver bombarderet med PFP med nye datoer. Du skal sidde og gennemskue, hvad der er sket i den her nye, du har fået.

(Visitor)

¹⁵ Også dette er, ifølge evalueringens følgegruppe, adresseret i version 1.0.2 af MedCom. Interviewene indikerer således, at der mangler viden om dette, og/eller at muligheden ikke udnyttes af alle.

Vi bruger sindssygt meget tid på de PFP, fordi man skal læse igennem og lede efter, hvad der er nyt, eller hvorfor den egentlig er blevet sendt.

(Hjemmesygeplejerske)

Funktionsevnevurderinger halter

De kommunale interviewpersoner oplever, at der er stor variation i, om og hvor godt funktionsevnevurderingen er udfyldt i PFP. Der er fremgang i, hvor mange borgere der er scoret, men mange interviewpersoner efterlyser mere uddybende og relevant information om borgerens konkrete evner i et ensrettet sprog, der er forståeligt blandt de kommunale medarbejdere:

Jeg kunne godt tænke mig, de blev mere præcise i forhold til det, de reelt kan vurdere på. For eksempel helt konkret: Hvor meget hjælp skal borgeren have for at komme ind og ud af sengen. Der er mange sfærer, hvor borgeren skal agere i hjemmet, som ikke findes på hospitalet, men jeg kunne godt tænke mig, at der, hvor de så kan vurdere, blev meget præcist beskrevet – går borgeren selv ud og henter sin bakke fx. For vi ved godt, det er en anden verden, men den slags ting kan vi godt forholde os til, men vi kan svært forholde os til, at "borgeren har brug for en let hånd" – hvad er det og hvor henne?

(Visitor)

4.2.4 Hospitalsansatte fagpersoners perspektiver på PFP

De hospitalsansatte ser overordnet PFP som en klar forbedring fra faxen, men samtidig ser de mange muligheder for fremadrettet justering og optimering. Det er først og fremmest kombinationen af 48-timers reglen og pligten til at sende en forventet færdigbehandlingsdato, der giver udfordringer.

De hospitalsansatte fortæller, at det ofte er svært at forudse patientens indlæggelsesforløb inden for denne tidsramme. Derfor fører 48-timers reglen til, at mange PFP bliver sendt med en meget fiktiv/foreløbig udskrivelsesdato, hvorefter der efterfølgende sendes nye planer, hvor datoerne ændres i takt med, at der kan gives en mere realistisk vurdering af udskrivelsesdatoen. I mellemtiden oplever interviewpersonerne at få mange opkald fra de kommunale samarbejdspartner, som ønsker afklaring:

PFP er vi egentlig glade for, men det med datoen fungerer ikke, der er ingen steder, man kan skrive, det er en fiktiv dato – så prøver vi at skrive, den er fiktiv eller forventet i rubrikken under, men så ringer 9 ud af 10 visitatorer alligevel. Så den tid man tænkte, man ville spare på opkald, den bruger man alligevel.

(Hospitalssygeplejerske)

Patienten kan jo også nå at blive dårligere. Og det kan ske, der kommer en anden læge, som vil have en anden undersøgelse, som man så skal vente to dage på. Og så er det svært at forudse.

(Hospitalssygeplejerske)

Interviewdeltagerne oplever ligeledes, at det er svært og ikke altid relevant at vurdere funktionsevnen inden for 48 timer. De påpeger, at der sker væsentlige ændringer i funktionsevnen i løbet af et indlæggelsesforløb, og arbejdsopgaven er derfor ikke altid meningsfuld for de hospitalsansatte:

Det er svært at få lavet en kvalificeret funktionsvurdering inden for den tidsperiode, når man har en, der er blevet opereret, så det kan være svært at se mening i den arbejdsopgave, når det ikke er relevant fra begyndelsen.

(Hospitalssygeplejerske)

Fagpersonerne gør også opmærksom på, at der ofte er stor forskel på en patients kunnen på hospitalet og i hjemmet, og at der ikke altid er de rette forudsætninger for at vurdere funktionsevnen på et hospital. I den forbindelse efterlyser de bedre oplysninger om det habituelle funktionsniveau forud for indlæggelsen. Derved viser de tilbage til de mangelfulde oplysninger om funktionsniveau i ILR (jf. afsnit 4.1) som medvirkende årsag til, at det også halter i PFP.

Mange hospitalsansatte oplever det som et irritations- og stressmoment, at de skal bruge tid på at skrive det samme i egne journalsystemer, PFP og USR. Derfor efterlyser de bedre muligheder for at kunne copy paste data fra system til system og fra meddelelse til meddelelse. Konkret opfattes det især som unødigt ekstraarbejde at skulle skrive stort set samme oplysninger i PFP og USR. I kombination med tidspres medfører dette ofte, at USR nedprioriteres i forhold til PFP – fx ved at skrive se venligst PFP i USR.

Flere fagpersoner udtrykker dog også en bekymring for de fejl, der kan opstå, hvis oplysninger automatisk bliver kopieret fra en meddelelse til en anden. Selvom arbejdet lettes, er der også en frygt for, at den indholdsmæssige kvalitet kan påvirkes negativt, idet der ikke på samme måde reflekteres over den information, som skal videregives. Samtidig kan det indgå som motivationsfaktor for at udfylde PFP omhyggeligt.

Jeg synes ikke, det skal kopieres, for så reflekterer man ikke over, hvad der skal ændres. Jo bedre PFP man laver, jo flere opkald fra kommunen kan man forebygge. Så har man sparet sig selv den tid på opkald, og også på USR, hvis der ikke er ændringer.

(Hospitalssygeplejerske)

PFP feltet: Yderligere koordinering

Størstedelen af de hospitalsansatte interviewpersoner anvender ikke feltet "Yderligere koordinering" i PFP. I de tilfælde, hvor det benyttes, kan det være til koordinering af palliativ pleje eller til at aftale en udskrivningskonference. Interviewpersonerne mener dog, at beskeden ofte medfører et opkald eller korrespondancemeddelelse fra kommunen. På trods af at det ikke benyttes ofte, mener interviewpersonerne, at feltet er nyttigt.

De kommunalt ansatte interviewdeltagere mener også, at feltet er nyttigt, idet det, hvis det er udfyldt korrekt, giver vigtig information i forbindelse med udskrivningen.

For eksempel står der, om der bestilt bil og mad til den og den tid. Så det er ret vigtigt at læse dem.

(Visitor)

Dog oplever nogle, at beskederne ofte er uklare og mangler begrundelser, og derfor efterspørges ensartning af, hvordan feltet skal udfyldes.

Det er tit udfyldt, men det er udfyldt lidt skægt nogle gange – det er, ligesom om vi ikke taler helt ens. Så skriver de fx hjælpemidler "ja", og så tænker vi: er det fordi der skal bestilles nogen hjem, og så mener de bare, de måske giver dem en rollator med hjem. Og så hvis de vil have en konference, så står der måske en dato, men

det var ikke aftalt ifølge vores system. Så tænker vi; hvordan kan de lave en dato, når vi ikke har set det før, for det skal først aftales.

(Visitorator)

4.3 Melding om færdigbehandling (MOF)

MOF er tænkt som et redskab til at give kommunerne et rettidigt overblik over borgere, der er registreret færdigbehandlet på hospitalet, så kommunerne kan fokusere på at hjemtage disse borgere og derved minimere betalingen for borgernes ventedage på hospitaler.

MOF benyttes således til at give kommunen besked om, at en indlagt borger er registreret færdigbehandlet på hospitalet. MOF'en skal kun sendes, hvis der er sendt en PFP, og kommunen ikke kan hjemtage borgeren. Endvidere er det en betingelse, at borgeren også skal være administrativt færdigbehandlet, før MOF kan fremsendes.

Med afsæt i formålet med MOF har vi undersøgt erfaringerne hermed, samt i hvilket omfang meddelelsen opleves at bidrage til bedre overblik og minimering af ventedage. Resultaterne præsenteres nedenfor.

4.3.1 Præsentation af monitoreringsdata

Nedenstående tabel 4.5 viser det samlede antal MOF, som blev sendt i perioden januar-oktober 2013, samt i hvor mange individuelle forløb der er sendt en eller flere MOF.

Tabel 4.5 Antal afsendte MOF fordelt på indlæggelseslængde vs. antallet af individuelle forløb i perioden januar 2013-oktober 2013

	Under 24 timer	24-72 timer	Over 72 timer
Samlet antal MOF	31	253	5.453
Antal individuelle forløb	28	185	3.804
MOF pr. forløb	1,10	1,37	1,43

Som det fremgår, sendes der ofte mere end én MOF i et patientforløb. Forskellen fremkommer bl.a., fordi det kan være nødvendigt at tilbagekalde en MOF, når der opstår komplikationer eller ny sygdom, som betyder, at patienten igen har brug for hospitalsbehandling.

4.3.2 De kommunale fagpersoners perspektiver på MOF

Visitoratorerne oplever overordnet ikke, at brugen af MOF bidrager positivt til planlægningen af patientforløbet. Tværtimod har visitoratorerne en oplevelse af, at der modtages mange fejlfremsendte MOF, der efterfølgende skal bruges ressourcer på at få trukket tilbage. Nogle visitoratorer oplever i den forbindelse, at det er besværligt og konfliktfyldt at få fejlsendte MOF trukket tilbage, mens andre oplever, at det er uproblematisk.

Visitoratorerne har også en fælles oplevelse af, at "systemet er uigennemskueligt", og arbejdet med at behandle de fejlsendte MOF besværliggøres af, at der ikke modtages kvitteringer på, at MOF er trukket tilbage.

En del af visitoratorerne oplever også, at nogle hospitaler og afdelinger er (for) hurtige til at sende en MOF, og at de i et vist omfang bliver brugt til at presse kommunerne til at hjemtage bor-

gere, der er for syge til at komme hjem. En del visitatorer fortæller, at de – på grund af økonomien – er meget hurtige til at reagere på modtagne MOF, og så viser det sig ofte, at borgeren ikke kan komme hjem, fx fordi vedkommende ikke er administrativt færdigbehandlet, eller fordi der er opstået komplikationer, som betyder, at borgeren igen er blevet behandlingskrævende.

Det varierer blandt visitatorerne, om de oplever, at der har været kontakt med hospitalet, inden der modtages en MOF. Dog er det en fælles opfattelse, at der jævnligt sendes MOF, selvom der har været kontakt og er lavet aftale om udskrivning. Visitatorerne henfører først og fremmest de fejlsendte MOF til misforståelser i kommunikationen mellem læge, sygeplejerske og sekretær på hospitalerne. Visitatorerne vurderer, at læger ofte har begrænset viden og forståelse for kommunikationsaftalen og derfor ikke medtænker den administrative del af udskrivningen, når patienten meldes færdigbehandlet:

Ofte tænker lægen kun på, hvornår patienten er klinisk færdigbehandlet. Og det er ikke altid, lægen har helt styr på det administrative, fx hvor længe det tager at bestille ilt og den slags. Så man kan sige, det er oftest der, jeg oplever, at twisten er, og så har sygeplejerske og læge lige glemt at tale sammen...

(Visitor)

I de tilfælde vi ikke bliver ringet op, viser det sig ofte, at sygeplejersken ikke ved, at lægen har dikteret til sekretæren, at borgeren var færdig i dag, fordi de egentlig havde aftalt, det var i morgen. Så det er i de tilfælde, vi får den uden at vide det på forhånd.

(Visitor)

Her er kirurgerne også meget hurtige til at sende en MOF, når de er kirurgisk færdigbehandlet, men i 9 ud af 10 tilfælde er det jo 90-årige gamle Else eller Holger, der er kommet ind med hoftenær fraktur, der ikke kommer hjem, når de er kirurgisk færdigbehandlede, fordi så skal de videre til noget andet eller har hjerte-lunge komplikationer, hvor at når jeg så snakker med hospitalet, så er de overhovedet ikke klar til at komme hjem eller er blevet rykket til andre afdelinger, eller nu ligger de med ilt. Men altså, kirurgerne fastholder, at de vil færdigmelde dem. Det oplever jeg usædvanligt tit.

(Visitor)

Som det fremgår af citaterne ovenfor, blev der også givet eksempler på, at lægernes manglende kendskab til kommunikationsaftalen både fører til fejl og konflikter i udskrivningssamarbejdet.

Der hvor fagpersonerne oplever, at der opstår problemer, er dels med at få lægerne til at videreformidle en realistisk forventet færdigbehandlingsdato, og dels med at skelne mellem hvornår patienten er henholdsvis lægeligt og administrativt færdigbehandlet.

4.3.3 De hospitalsansattes perspektiver på MOF

De interviewpersoner, der deltog i interviewene, var meget bevidste om kun at sende MOF, når patienten er administrativt færdigbehandlet, og når kommunen ikke kan tage vedkommende hjem. De var imidlertid også bevidste om, at kendskab og opmærksomhed på dette varierer på hospitalsafdelingerne, samt at der i en travl og komprimeret hverdag opstår mange muligheder for fejl. De fejlkilder, som blev omtalt i interviewene, er sammenfattet nedenfor.

Lægers manglende involvering udpeges også som fejlkilde på hospitalerne

Som illustreret i nedenstående citater genkender de hospitalsansatte visitorernes opfattelse af lægers manglende viden og opmærksomhed på kommunikationsaftalen som en væsentlig kilde til fejlfremsendte MOF:

Man skal være i tæt dialog med sekretæren, fordi lægen kan godt diktere, at patienten er medicinsk færdigbehandlet, uden vi har styr på hjælpemidler – os som plejepersonale, og så er de jo ikke færdigbehandlede ifølge kommunikationsaftalen. Det kan give nogle problemer, fordi sekretæren tror, de er færdige. Så der skal sekretæren vide, at der er stor forskel på lægens færdigbehandling og plejepersonalets.

(Hospitalssygeplejerske)

Man kan mærke nogle gange, at især nye læger har fokus på at færdigmelde meget tidligt. Og så ligger patienten måske lidt og bliver så syg igen, og så er vi ikke så gode til at få den MOF trukket tilbage.

(Hospitalssygeplejerske)

Mulighed for registreringspraksis, der minimerer antallet af fejl

Nogle hospitalsafdelinger har taget konsekvensen af lægernes manglende opmærksomhed på kommunikationsaftalen og organiseret en registreringspraksis, hvor det udelukkende er de udskrivningsansvarlige sygeplejersker, der kan sende en MOF. Dette opleves som en effektiv løsning, og arbejdet med kommunikationsaftalen opfattes generelt som en sygeplejefaglig opgave. Dette skal også ses i lyset af, at interviewpersonerne vurderer, at det er op ad bakke at involvere lægerne:

Lægerne tænker slet ikke på, hvilken konsekvens det har for vores og det kommunale arbejde. De forholder sig kun til det kliniske. Vi prøver at få dem med, men de går slet ikke op i det. Vi har endda forsøgt med store plakater, men de ser det ikke. Det er ikke interessant for dem.

(Hospitalssygeplejerske)

Alt i alt hælder flertallet af de hospitalsansatte interviewpersoner derfor til, at det i den fremadrettede konsolidering af kommunikationsaftalen vil være mest effektivt at satse på løsninger, som ikke er afhængige af læger.

Fejl som følge af manglende oplæring af nyansat eller urutineret personale

Som illustreret i nedenstående citater oplever hospitalsansatte også, at der let opstår forvirring omkring, hvordan MOF præcist anvendes, og at det tekniske set-up giver mulighed for fejl:

Jeg oplever, at det skaber forvirring for nyt personale, fordi der er en rubrik til det, der hedder: melding om færdigbehandling, og så virker det logisk at udfylde, for patienten er jo færdig, og så bliver den sendt fejlagtigt.

(Hospitalssygeplejerske)

Jeg tænker også, feltet MOF er placeret underligt i forhold til opsætningen i MedCom. Fordi det ligger under PFP lige før USR. Hvis det nu lå et andet sted på skærm-billedet, så ville det måske skabe mindre forvirring.

(Assisterende afdelingssygeplejerske)

I forlængelse af ovenstående efterspørger de hospitalsansatte også et mere eksplicit fokus på oplæring/genopfriskning af, hvordan og hvornår en MOF skal sendes korrekt.

Der er behov for at sende MOF, og behovet for at anvende MOF varierer meget fra kommune til kommune

Selvom de hospitalsansatte, som det fremgår ovenfor, genkender de problemstillinger, der kan føre til fejlfremsendte MOF, understreger de, at langt de fleste sendes korrekt. Nogle påpeger også, at de en gang imellem er nødt til at sende en MOF, fordi det ikke er muligt at komme igennem til kommunen på telefon.

Omfanget af problemet er således ikke lige så genkendeligt som de mulige fejlkilder. Interviewpersonerne understreger i den forbindelse, at det varierer meget fra kommune til kommune, hvor ofte der må sendes en MOF. De hospitalsansatte oplever også, at MOF gør en tydelig positiv forskel – forstået på den måde, at de fleste kommuner er hurtigere til at finde løsninger og hjemtage, når der først er sendt en MOF.

4.4 Udskrivningsrapporter (USR)

4.4.1 Præsentation af monitoreringsdata

Nedenstående tabel 4.6 viser, hvor mange USR der blev sendt rettidigt i 2013 fordelt på indlæggelsestid.

Tabel 4.6 Sendte udskrivningsrapporter i 2013 samt andel, der er sendt rettidigt

Indlæggelsens varighed	Under 24 timer	24-72 timer	Over 72 timer
Antal	1.250	4.698	17.661
Andel der er sendt rettidigt	94,6 %	96,8 %	96,8 %

Som det fremgår, indikerer de tilgængelige data, at rettidigheden i udsendelsen af USR er relativt god. Evalueringens følgegruppe bemærker dog, at rettidigheden i sig selv ikke er særlig anvendelig, fordi den ikke siger noget om, hvorvidt der sendes nok USR, samt hvorvidt kvaliteten i disse er anvendelig. Der findes ikke data for disse forhold, men følgegruppen vurderer, at der sendes for få USR.

4.4.2 Anvendelse og oplevelse af kvalitet i indhold – kommunalt ansatte

I spørgeskemaet blev fagpersoner i kommunerne spurgt om deres vurdering af den overordnede anvendelighed i de informationer, der er indeholdt i USR, samt deres vurdering af brugbarhed og omfang af de konkrete informationer, de modtager. Tabel 4.7 viser de kommunale fagpersonernes overordnede vurdering af anvendeligheden af USR.

Tabel 4.7 Kommunale fagpersoners vurdering af, hvorvidt deres kommune kan anvende informationerne i USR fra hospital

	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
I alle tilfælde	4 %	7 %	6 %
I de fleste tilfælde	43 %	42 %	42 %
I nogle tilfælde	27 %	44 %	35 %
I de færreste tilfælde	2 %	6 %	4 %
(Stort set) aldrig	2 %	0 %	1 %
Ved ikke	22 %	1 %	12 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	67	69	136

Knappt halvdelen af fagpersoner i kommunerne vurderer, at de i alle eller de fleste tilfælde kan anvende informationerne i USR fra hospital. En relativ stor andel (22 %) af visitoratorerne har ikke kunnet tage stilling til anvendeligheden af informationen i USR¹⁶. Vurderingerne af USR er således nogenlunde på linje med vurderingerne af PFP.

Tabel 4.8 viser, hvordan fagpersoner i kommunerne vurderer omfang og brugbarhed af informationerne i USR.

Tabel 4.8 Kommunale fagpersoners vurdering af, om informationen i USR er passende og brugbar

	Visitorator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
Ja, omfanget er passende og brugbart	28 %	26 %	27 %
Nej, for lidt brugbar information	44 %	64 %	54 %
Nej, for meget og ikke brugbar information	0 %	3 %	1 %
Ved ikke	28 %	7 %	18 %
I alt	100 %	100 %	100 %
Antal	67	69	136

Det fremgår, at godt halvdelen af alle fagpersoner i kommunerne vurderer, at USR som hovedregel indeholder for lidt brugbar information, mens godt en fjerdedel vurderer informationens omfang som passende og brugbar. Igen ses det, at en relativt stor andel af visitoratorerne har ikke kunnet tage stilling til spørgsmålet. Det ses således, at det konkrete indhold vurderes mere kritisk end det overordnede.

4.4.3 De kommunale fagpersoners perspektiver på USR

USR kommer for sent, og der er for stort overlap mellem USR og PFP

Det er varierende, i hvilken grad interviewpersonerne oplever, at USR bidrager med nyttig information. Enkelte oplever, at USR – især når det kommer til funktionsniveau – er mere fyldestgørende end PFP og derfor bidrager med nyttige oplysninger, som egentlig kunne være ønsket tidligere i forløbet. Det klare flertal oplever dog USR som en kopi af PFP. Og især hjem-

¹⁶ Dette skyldes sandsynligvis, at USR først og fremmest er et redskab for de udførende medarbejdere i hjemmesygeplejen.

mesygeplejerskerne – der har brug for de sygeplejefaglige oplysninger fra USR – vurderer, at overlappet er u hensigtsmæssigt:

Jeg ville gerne, at de to dokumenter blev slået sammen, så man ikke har en rapport, der kommer senest to timer, efter borgeren er udskrevet. Jeg kunne godt tænke mig, det lå i det samme, så man fik det, inden borgeren var gået fra afdelingen, så man er forberedt. For her kan borgeren sidde derhjemme, og så får man det først et stykke tid efter, og jeg forstår ikke, det ikke kan være i den samme skabelon, så man slutter af i det samme.

(Hjemmesygeplejerske)

Derfor er der også flere hjemmesygeplejersker, som foreslår, at PFP og USR integreres for at give mere effektive arbejdsgange. Som nedenstående citat illustrerer, er det dog ikke alle visitatorer, der deler denne opfattelse:

Jeg synes ikke, der skal være større integration. For myndigheden ville det blive for sammenblandet. Det er ikke de samme oplysninger, man har brug for at vide i myndigheden og for sygeplejen.

(Visitor)

4.4.4 De hospitalsansattes perspektiver på USR

Interviewpersonerne mener dog, at USR er en klar forbedring sammenlignet med den traditionelle sygeplejeepikrise, da de oplever den giver mulighed for at give flere og bedre information. Men derudover er det generelle billede blandt de hospitalsansatte interviewpersoner i overensstemmelse med de kommunalt ansattes perspektiver, at USR nedprioriteres til fordel for PFP.

Årsagen er dels, at det ifølge interviewpersonerne i høj grad er de samme informationer, der indgår i PFP og USR. Derfor kopierer de oftest informationerne fra den ene meddelelse til den anden. Det fremstår således som en undtagelse, at der laves en ny funktionsevnevurdering i forbindelse med udskrivning. Tidspres samt stort patientflow beskrives som årsager til, at USR nedprioriteres.

Hvis jeg har lavet en PFP, så laver jeg ikke USR så udførligt. Det handler bare om at få det sendt. Fordi vi bruger tiden på PFP.

(Hospitalssygeplejerske)

Det er også generelt, fordi vi skal skrive de samme ting tre gange i forskellige systemer (KISO, PFP og USR), så et sted bliver det bare nedprioriteret – i dette tilfælde er det USR.

(Hospitalssygeplejerske)

Udlevering af USR til patienter ved udskrivelse

Ifølge interviewdeltagerne bliver USR i de fleste tilfælde udleveret til patienten i forbindelse med udskrivningen, og de ser den som en afsluttende status til patienten om det forløb, de har haft på hospitalet, samt eventuelle aftaler for efterbehandling. Enkelte fortæller i den forbindelse, at USR primært er et redskab i kommunikationen mellem hospital og kommune. Derfor understreger de, at USR ikke i sig selv bidrager til patientinvolvering og øget tryghed i forbindelse med udskrivelsen.

4.5 Korrespondancemeddelelser (KM) og telefonkontakt

MedCom meddelelserne og KM har skullet give mulighed for elektronisk kommunikation i ikke-akutte situationer og dermed færre afbrydelser forårsaget af telefonopkald.

Spørgsmålet er, i hvilken udstrækning de elektroniske MedCom meddelelser har opfyldt kommunikationsbehovet. Fagpersonerne er derfor blevet spurgt, i hvilken udstrækning de har haft kontakt ud over MedCom meddelelserne med henholdsvis patienternes hjemkommune og en hospitalsafdeling, hvor borgere har været indlagt. Svarenes fordeling er vist i tabel 4.9.

Tabel 4.9 Fagpersonernes vurdering af, hvor ofte de har supplerende telefonisk eller skriftlig kontakt med samarbejdsparter i et indlæggelsesforløb

	Hospital	Visitator (kommune)	Udfører (kommune)	Total
Stort set ved alle indlæggelser	22 %	23 %	7 %	18 %
Ved de fleste indlæggelser	30 %	38 %	12 %	27 %
Ved ca. halvdelen af indlæggelserne	25 %	27 %	31 %	27 %
Ved de færreste indlæggelser	14 %	8 %	35 %	18 %
Sjældent eller aldrig	3 %	1 %	13 %	5 %
Ved ikke	6 %	3 %	2 %	5 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %
Antal	119	66	68	253

I alt 45 % af alle fagpersonerne angiver, at de ved stort set alle eller de fleste indlæggelser er i telefonisk eller skriftlig kontakt med patienternes hjemkommune eller den hospitalsafdeling, hvor en borger har været indlagt. Knap en fjerdedel vurderer, at det sjældent eller aldrig sker, eller at det kun sker ved de færreste indlæggelser. En større andel blandt udførerne end blandt de øvrige faggrupper vurderer, at de aldrig, sjældent eller ved de færreste indlæggelser har haft telefonisk eller skriftlig kontakt ud over MedCom meddelelserne.

4.5.1 Korrespondancemeddelelser (KM) anvendes ikke

Parterne bag kommunikationsaftalen har en forventning om, at muligheden for at sende KM i ikke-akutte situationer kan bidrage til færre afbrydelser som følge af telefonopkald. Dette bliver imidlertid afkræftet i de gennemførte interview, hvor det fremgår, at KM ikke anvendes i kommunikationen om indlæggelsesforløb. Årsagen er for det første, at KM opfattes som besværlige at anvende. Især de problemer, der tidligere har været med at finde de rigtige lokationsnumre, fyldte meget i snakken om KM som illustreret i nedenstående citat:

Den er svær at starte op, når man vil oprette en korrespondance, det tager lang tid, og hvis man ikke lige ved, hvordan man gør, så bliver det ikke gjort og tjekket. Og så ligger de derinde og hænger flere dage. Det er mange klik, og det er ikke logisk opbygget.

(Hospitalssygeplejerske)

Indtrykket fra interviewene er, at de fleste fagpersoner har et perifert forhold til KM, og at mange ikke har prøvet at anvende meddelelsen. Herudover fremgår det, at mange fagpersoner mangler tillid til, at KM bliver modtaget, læst, og at der handles adækvat på dem. Enkelte for-

tæller således, at de med mellemrum har sendt 'prøveballoner' afsted – forstået på den måde, at de sender en KM om en ikke-akut problemstilling og afventer, om der reageres på den. De pågældende interviewpersoner har endnu ikke oplevet, at dette er tilfældet, og derfor anvender de ikke KM.

En tredje årsag til den manglende brug er, at tingene for det meste går så hurtigt i indlæggelsesforløb, at KM er for langsom en kommunikationsform. Til gengæld fortæller flere, at KM fungerer fint til at kommunikere med ambulatorier om planlagte tider etc.

Interviewpersonerne kan godt se potentialet for, at KM kan mindske behovet for telefonkontakt, men de ønsker bedre mulighed for a) at sende til specifikke modtagere, b) at svare som i en e-mail korrespondance og c) mulighed for at få kvitteringer for, at meddelelsen er modtaget og læst.

Telefonen er fortsat det vigtigste redskab til problemløsning og koordinering

En del interviewpersoner oplever, at den telefoniske kontakt er mindsket en smule. Generelt forventes det også, at telefonkontakten vil mindskes yderligere, hvis alle bliver bedre til at bruge de skriftlige meddelelser, og ikke mindst hvis alle stoler mere på, at den elektroniske kommunikation virker.

Telefonen fylder dog stadig meget i hverdagen – og fagpersonerne er enige i, at det skal den blive ved med. Der er dog, som illustreret i afsnit 4.2.4, en tendens til, at samarbejdspartnerne dobbelttjekker, om beskeder er nået frem, får bekræftet skriftlige aftaler mundtligt eller har afklarende spørgsmål om færdigbehandlingsdatoer etc.

Interviewpersonerne er ambivalente i forhold til disse telefonopkald. På den ene side opleves mange opkald som et irritationsmoment, der også ind imellem tolkes som manglende tillid eller manglende grundighed i læsning af plejeforløbsplaner o.l.; på den anden side er opkaldene med til at forebygge fejl, og de giver også en oplevelse af, at man har gjort sit arbejde ordentligt:

Jeg synes også, det er den anden vej rundt – at jeg gerne vil være sikker på, det er læst og forstået, og at patienten får den hjælp, de skal bruge, og det er jeg ikke, hvis hjemmeplejen ikke ringer.

(Hospitalssygeplejerske)

Vores brede erfaring er også, at man ikke kan undvære telefonen og dialogen, fordi man får vendt utroligt mange ting, som er vigtige, og som vil gå tabt, hvis du kun gør det skriftligt.

(Kommunal udskrivningskoordinator)

Afslutningsvis skal det understreges, at fagpersonerne oftest oplever, at de kan komme igennem til samarbejdspartnen og få afklaring på årsagen til opringningen – selvom der kan være ventetid.

4.6 Opsamling

Dette kapitel har givet en detaljeret gennemgang af, hvordan evalueringens fagpersoner oplever og anvender de nye MedCom meddelelser. Endvidere er fagpersonernes forslag til forbedringer løbende gengivet. Fagpersonernes perspektiver og forslag til justering af de forskellige typer af meddelelser er sammenfattet i tabel 4.10 nedenfor.

Tabel 4.10 Oplevede problemer og forslag til ændringer af de forskellige MedCom meddelelser

Meddelelse	Kommunale fagpersoner	Hospitalsansatte fagpersoner
ILR	Det er svært at sikre fyldestgørende oplysninger om funktionsniveau og optakt til indlæggelse. Ønsker bedre konvertering af oplysninger til og fra kommunale til regionale it-systemer.	Indeholder nyttige basisoplysninger om kontaktpersoner. Bliver ofte ikke åbnet og læst. Ønsker bedre oplysninger om funktionsniveau, forståelige oversigter over ydelser, hjælpemidler og medicinlister uden fejl – helst på indlæggelsesdagen. Ønsker bedre konvertering af oplysninger til og fra kommunale til regionale it-systemer.
PFP	Ofte godt afsæt for dialog om indlæggelse. 48-timers reglen giver mange PFP, som øger behovet for telefonisk kontakt. Ønsker at alle tydeligt gør opmærksom på, når der er usikkerhed omkring forventet færdigbehandling. Ønsker bedre og mere ens funktionsevnevurderinger. Ønsker bedre mulighed for hurtigt overblik over ændringer i nye PFP.	PFP er overordnet en forbedring, men oplever ofte opringninger fra kommune om oplysninger, der er indeholdt i PFP. Ofte svært at vurdere færdigbehandlingsdato og funktionsniveau inden for 48 timer. Genkender manglende fokus på funktionsniveau, men påpeger også, at det er svært at vurdere ændringer i funktionsevne uden kendskab til habituel funktionsniveau og baggrund for indlæggelse.
MOF	Oplever mange fejlfremsendte MOF, som nogle gange er svære at få trukket tilbage. Mange eksempler på MOF uden forudgående dialog. Oplever ikke at MOF bidrager positivt til udskrivningsplanlægning. Behov for opfriskning af reglerne for MOF blandt hospitalsansatte – særligt fokus på lægers rolle. Ønsker kvittering på at en MOF er trukket tilbage.	Antallet af MOF varierer meget fra kommune til kommune. De er nødvendige, fordi mange stadig har svært ved at hjemtage færdigbehandlede borgere. De fleste kommuner rykker hurtigt, når der kommer en MOF, og det er positivt. Travlhed på hospitalet kombineret med manglende tilgængelighed i kommunen nævnes som årsag. Herudover nævnes en ulogisk placering af MOF-feltet som fejlkilde. Manglende kendskab til kommunikationsaftalen blandt læger opleves flere steder som kilde til forkert MOF.
USR	Endelig bekræftelse – indeholder oftest ingen ny information i forhold til PFP. USR kunne med fordel integreres bedre med PFP.	Nedprioriteres til fordel for PFP. Den samme information gentages – ønske om at sammenlægge PFP og USR. Mangler relevante emnefeltet eller mulighed for at vedhæfte dokumenter.
Ad hoc kommunikation	KM anvendes ikke i indlæggelsesforløb. Opleves kompliceret at anvende, mangler tillid til systemet, og det opleves for langsomt. Telefonen er bedre egnet til ad hoc koordinering end KM.	KM anvendes ikke i indlæggelsesforløb. Opleves unødigt kompliceret at anvende, mangler tillid til systemet, og det opleves for langsomt. Telefonen er bedre egnet til ad hoc koordinering end KM.

Som det fremgår af tabellen, er fagpersonernes bud på problemer og årsagerne til disse i relativt stort omfang de samme. Dette er på den ene side positivt, fordi enigheden giver mulighed for justeringer og udviklingsaktiviteter, som har en fælles værdi på tværs af sektorsamarbejdet. På den anden side er det også klart, at der ikke findes enkle løsninger på de grundlæggende tekniske, organisatoriske og faglige problemstillinger, som fagpersonerne tilsammen peger på.

Kapitlet viser overordnet, at fagpersonerne er væsentligt mere kritiske over for funktionalitet, indhold og kvalitet i de konkrete MedCom meddelelser end de er til kommunikationsaftalen overordnet set. Fagpersonerne ser derfor et stort potentiale for at forbedre kvaliteten af de enkelte meddelelser i alle led af kommunikationskæden. På den anden side er det også en udbredt opfattelse, at det er vanskeligt at finde den tid og opmærksomhed, der skal bruges til det. Det fremstår således som en væsentlig ledelsesmæssig opgave at prioritere den tid og opmærksomhed, det kræver at efterleve kommunikationsaftalen i praksis.

Dette gælder især forhold til de brede grupper af udførere på hospitaler og i kommuner, hvor udskrivningssamarbejdet ikke fylder så meget i hverdagen. De fagpersoner, der forholder sig til mulige løsninger, hælder derfor til en form for funktionsdeling, hvor et mindre antal medarbejdere har ansvaret for sikre udfyldelse og kvalitet i fx MILR, PFP etc.

5 Konklusioner og anbefalinger

Formålet med evalueringen har været at skabe viden om implementeringen af kommunikationsaftalen og MedCom meddelelserne, som Region Hovedstaden og kommunerne kan bruge i det fremadrettede arbejde med at revidere og konsolidere aftalen. De overordnede positive konklusioner er:

- Den valgte implementeringsstrategi har virket efter hensigten, så kommunikationsaftalen og hjemmepleje-hospitalsmeddelelserne er teknisk set implementeret.
- Relevante fagpersoner vurderer, at de kender principperne i kommunikationsaftalen, og de fleste ved, hvilken information de er ansvarlige for at sende til relevante samarbejdsparter.
- Der er bred opbakning til aftalen, og særligt afskaffelsen af varslingsregler opleves som et vigtigt skridt på vejen mod bedre patientforløb.
- Fagpersonerne oplever for det meste et respektfuldt og ligeværdigt samarbejde – og overordnet oplever de også, at den gensidige respekt er stigende.
- Fagpersonerne oplever overordnet, at kommunikationsaftalen og MedCom meddelelserne understøtter de opstillede mål om mere præcis og rettidig kommunikation/planlægning af indlæggelse og udskrivning.
- Et stort flertal af fagpersonerne oplever, at kommunikationsaftalen i det mindste i nogen grad bidrager til bedre patientforløb.
- Kommunikation via MedCom opleves mere fleksibel og sikker end den tidligere kommunikation via fax.

På det overordnede niveau fremstår kommunikationsaftalen og implementeringen af denne således som en succes.

Evalueringen har dog også undersøgt den konkrete anvendelse af hjemmepleje-hospitalsmeddelelserne og den oplevede kvalitet i disse. På dette – mere konkrete – niveau viser evalueringen, at der stadig er et stort behov for at arbejde med kvalitet og rettidighed i kommunikationen. De udfordringer, som fagpersonerne oplever, knytter sig særligt til:

- Manglende brugervenlighed og manglende kompatibilitet mellem henholdsvis KISO, de kommunale omsorgssystemer og MedCom meddelelserne opleves som en kilde til frustration, nedsat kvalitet i kommunikationen og fejl.
- Der sættes i høj grad lighedstegn mellem kommunikationsaftalen og MedComs hjemmepleje-hospitalsmeddelelser. Teknik og praktiske rutiner fylder derfor mere end kommunikationsaftalens værdier og viden om, hvorfor/hvordan videregivet information anvendes. Dette fremstår som en barriere, som mindsker engagementet og forståelsen for samarbejdet og derved kvaliteten i den information, der sendes.
- Personaleudskiftning og uklar ansvarsfordeling blandt de udførende medarbejdere fremstår som en barriere for yderligere konsolidering af kommunikationsaftalen.
- Der opleves uhensigtsmæssig lokal variation, hvor enkelte kommuner og hospitalsafdelinger skiller sig negativt ud hvad angår evne og vilje til at efterleve kommunikationsaftalen i praksis.
- Læger fremstår som en fraværende, men til dels efterspurgt faggruppe i kommunikationen om indlæggelse og udskrivning.

De næste afsnit diskuterer de identificerede udfordringer og opstiller KORAs anbefalinger til det videre arbejde med at konsolidere kommunikationsaftalen.

5.1.1 Der er stadig mange problemer relateret til teknik og manglende brugervenlighed i MedCom

Arbejdet med at forbedre teknikken og funktionaliteten af de meddelelser, der skal understøtte kommunikationsaftalen, er en langvarig opgave. Og selvom der løbende sker fremskridt, viser evalueringen, at fagpersoner i alle led af kommunikationen om indlæggelse og udskrivning oplever tekniske problemer, som besværliggør og giver fejl i kommunikationen. De væsentligste kritikpunkter er listet nedenfor:

- Langsomme systemer, der går ned, giver ekstraarbejde og frustration – dette opleves særligt på hospitalerne.
- Der er problemer med konvertering af oplysninger fra kommunale omsorgssystemer til hospital og vice versa. Dette giver frustration, manglende anvendelse af sendte oplysninger og ekstra opgaver med at tjekke op på manglende information.
- De automatiske rapporter, der sendes fra kommunale omsorgssystemer ved indlæggelse, er en kilde til fejl. For eksempel når der sendes rapporter på borgere, der ikke er tilknyttet hjemme(syge)plejen, eller når oplysninger om funktionsniveau o.l. sendes i en form, der er uforståelig for modtageren.
- Korrespondancemeddelelser bliver ikke brugt, og fagpersonerne vurderer, at meddelelserne ikke er anvendelige i kommunikationen om indlæggelse og udskrivelse.

Som angivet løbende i præsentationen af resultater er der lavet justeringer, der imødekommer en del af de problemer, som fagpersonerne oplever. Evalueringen indikerer derfor, at viden om de nye muligheder¹⁷ enten ikke er nået frem til den brede kreds af fagpersoner, eller at fagpersonerne ikke forholder sig til de nye muligheder, når de introduceres. Begge dele peger på et behov for at styrke fagpersonernes viden og opmærksomhed på forbedringer, i takt med at de udmøntes.

5.1.2 Det fremstår som en væsentlig opgave at vende negative til positive spiraler i kommunikationen om indlæggelse og udskrivning

Evalueringen viser, at der opleves bristende kvalitet i alle led af den kommunikation og koordination, som skal understøttes af hjemmepleje-hospitalsmeddelelserne. Mange steder ser det ud til, at disse brister resulterer i selvforstærkende cirkler, der modvirker efterlevelse af kommunikationsaftalen.

Dette ses mest tydeligt i forbindelse med de ILR og MILR, der skal starte kommunikationskæden ved indlæggelse: Blandt hospitalsansatte er der afdækket en tendens til, at ILR og MILR ikke åbnes og læses, fordi informationen ikke opfattes som brugbar. Samtidig fortæller mange kommunale fagpersoner, at de opfatter opgaven med den manuelle opdatering som meningsløs, når MILR alligevel ikke læses og anvendes af modtageren. Problemstillingen har også afledte konsekvenser for arbejdet med funktionsevnevurderinger i PFP – her fortæller flere hospitalsansatte, at det er svært at lave en god plejeforløbsplan og funktionsevnevurdering, når man ikke kender patientens habituelle funktionsniveau, niveauet af praktisk bistand og historikken bag indlæggelsen.

Samarbejdspartens manglende efterlevelse af aftalen har således en tendens til at blive brugt som forklaring på, hvorfor man ikke selv lever op til aftalen. På samme måde ses det, at afsenderne af information konsistent vurderer deres viden om kommunikationsaftalen og kvaliteten af den information, de sender, markant højere end modtageren gør.

¹⁷ Der blev introduceret med en MedCom opdatering den 30. januar 2014.

Evalueringen viser derfor et behov for at ændre ovenstående negative mønstre i kommunikationen. På baggrund af evalueringen ser KORA to indgange til dette arbejde:

For det første vil det være relevant at gå selve kommunikationsaftalen kritisk igennem for at vurdere sektorer og fagpersoners reelle muligheder for at efterleve de indgåede aftaler om formidling af funktionsniveau, forventet færdigbehandlingsdato etc., samt hvorvidt disse oplysninger reelt imødekommer et vigtigt behov for modtageren. Eksempler på de konkrete forhold, som en sådan gennemgang – og gensidig forventningsafstemning – kan tage afsæt i, er:

- Er det realistisk, at kommunerne fremadrettet kommer til at levere fyldestgørende oplysninger om borgernes habituelle funktionsniveau og baggrunden for indlæggelsen for alle de borgere, der modtager kommunale omsorgsydelser?
- Er det muligt at forudsige et præcist færdigbehandlingstidspunkt i ikke-planlagte indlæggelsesforløb, som inden for de seneste år er blevet meget komprimerede?
- Er det muligt for hospitalspersonalet at lave en fornuftig vurdering af borgerens funktions-evne – og dermed kommende plejebehov, når hospitalspersonalet i de fleste tilfælde ikke har en fyldestgørende beskrivelse af borgerens habituelle funktion?
- Egner KM – og funktionaliteten omkring denne – sig til den kommunikation i indlæggelsesforløb, der lægges op til i kommunikationsaftalen, eller er det bedre at udelade KM til fordel for mundtlig kommunikation?

Hvis det viser sig, at aftaleteksten i sig selv skaber urealistiske forventninger til samarbejdet, eller der er mulighed for at introducere mere enkle løsninger, anbefaler KORA at revidere aftalen, så denne ikke kommer til at udgøre en barriere for samarbejde og kommunikation.

For det andet fremstår det relevant at fremme en bedre fælles forståelse for de forskellige sektorers arbejdsgange og præmisser. I den forbindelse indikerer evalueringen, at der blandt den brede kreds af fagpersoner ikke er refleksion og gensidig dialog om anvendelighed og formål med information mellem afsendere og modtagere.

KORA anbefaler derfor, at den eksisterende indsats med tværsektorielle erfaringsudvekslingsmøder mellem kommuner og hospitalsafdelinger bibeholdes og eventuelt opprioriteres, hvis der er mulighed for det. De ERFA-grupper, der er nedsat under de lokale samordningsudvalg, bør også fortsætte for at følge og støtte udviklingen. Endelig bør der fortsat være ledelsesbevågenhed for at sikre, at ERFA-gruppernes refleksioner og ideer bringes ind i de regionale og kommunale arbejdsgange.

5.1.3 Behov for at styrke efterlevelsen af kommunikationsaftalen på hospitalsafdelinger og blandt udførende enheder i kommunerne

Evalueringen viser, at der er særlige udfordringer (fx personaleudskiftning, treholdsarbejde og hurtige patientforløb med skift mellem afdelinger) ved at efterleve kommunikationsaftalen på hospitalsafdelinger. Efterlevelsen af kommunikationsaftalen fremstår således som et udfordrende – og permanent – indsatsområde for afdelingsledelsen såvel som de ansvarlige funktionsledere.

KORA anbefaler i den forbindelse, at der fortsat er mulighed for oplæring/genopfriskningskurser af nøglepersoner, som både er superbrugere af Medcom og ambassadører for de værdier, der ligger til grund for aftalen. I den forbindelse anbefaler KORA også, a) at muligheden for tværsektoriel undervisning overvejes for derved at styrke den fælles forståelse af samarbejdet på tværs af sektorer, og b) at undervisningen bør fokusere på, hvordan der kan anvendes et let-

forståeligt sprog uden forkortelser for at minimere antallet af afklarende telefonopkald fra kommunerne.

På samme måde fremstår det som en udfordring for kommunerne at efterleve den indgåede aftale for den information, der skal overleveres på kendte borgere ved indlæggelse. De kommunale fagpersoner har fortalt om forskellige mulige løsninger. Disse er præsenteret i afsnit 4.1.4, og vi anbefaler kommunerne i Region Hovedstaden at gennemgå deres eksisterende praksis for at vurdere muligheden for at øge den lokale efterlevelse og kvalitet.

5.1.4 Muligheden for at justere 48-timers reglen og integrere elementer af PFP og USR bør undersøges

Et klart flertal af fagpersoner fra begge sektorer efterlyser mere en fleksibel tilgang til 48-timers reglen, så det bliver tydeligt, hvornår der er usikkerhed omkring den forventede færdigbehandlingsdato. Vi anbefaler derfor, at fordele og ulemper ved dette afdækkes nærmere.

På samme måde anbefaler KORA at arbejde videre med fagpersonernes forslag om at øge integrationen mellem PFP og USR, så dobbeltarbejde minimeres, samtidig med at overblik og funktionalitet forbedres. Dog bør der tages hensyn til, at den kommunale visitation og de kommunale udførere har brug for forskellige oplysninger.

5.1.5 Der bør skabes større klarhed omkring anvendelsen af MOF

Fagpersoner fra begge sektorer er enige om en række af de forhold (særligt bristende rutiner/mangelfuld kommunikation mellem læger, sekretærer og sygeplejersker på hospitalet), der kan føre til fejlfremsendte MOF, og begge parter vurderer, at praksis kan forbedres. Men herudover er perspektiverne på MOF modsætningsfyldte:

De kommunale visitatorer oplever kommunikationen om MOF som en ressourcekrævende og nogle gange konfliktfyldt opgave. Ifølge visitatorerne skyldes det, at mange færdigmeldte borgere ikke er administrativt færdigbehandlede eller bliver færdigmeldt, selvom der er indgået en fælles aftale om en udskrivningsdato. Enkelte visitatorer har også en oplevelse af, at MOF bliver anvendt til at presse kommunerne til at tage komplekse borgere hurtigt hjem.

Heroverfor oplever de hospitalsansatte, at der er stor forskel på, hvor godt de enkelte kommuner er rustet til at hjemtage færdigbehandlede borgere. Det betyder, at nogle kommuner får mange MOF og andre stort set ingen. På den baggrund oplever de hospitalsansatte, at MOF er et nyttigt redskab, som bl.a. gør, at kommunerne reagerer og hurtigt hjemtager færdigbehandlede patienter, når de har modtaget en MOF.

Evalueringen og de data, som Region Hovedstaden på nuværende tidspunkt har tilgængelige om MOF, giver ikke mulighed for at konkludere, hvad der er op og ned i de forskellige perspektiver på MOF. Derfor anbefaler KORA, at parterne bag kommunikationsaftalen kortlægger og analyserer problemstillinger og data nærmere for at skabe yderligere klarhed over eventuelle problemer og løsninger.

5.1.6 Hvilke roller skal læger have i udskrivningsplanlægningen?

Region Hovedstaden har ikke inviteret læger til at deltage i evalueringens interview. Det skyldes en erkendelse af, at lægerne spiller en perifer rolle i udskrivningssamarbejdet. Lægernes manglende viden om kommunikationsaftalen er dog dukket op som en selvstændig problemstilling i de fleste interview og på tværs af sektorer.

På den ene side oplever en del hospitalsansatte sygeplejersker og kommunale visitatorer, at hospitalslægenes manglende viden og opmærksomhed på udskrivningsplanlægningen udgør et problem. Problemet kommer bl.a. til udtryk ved, at der sendes (for) mange plejeforløbsplaner med ændrede færdigbehandlingsdatoer, og ved at der sker fejl med patienter, der færdigmeldes til kommunen uden at være administrativt færdigbehandlede. De interviewede fagpersoner argumenterer for, at lægerne – qua deres ansvar for at vurdere, hvornår en patient er færdigbehandlet – er en vigtig aktør, som bør kende og have opmærksomhed på kommunikationsaftalen og de hensyn til det samlede patientforløb, der søges fremmet med denne.

Heroverfor argumenterede flertallet af hospitalssygeplejersker for, at det er fint, hvis lægerne koncentrerer sig om den lægelige vurdering, og plejepersonalet koncentrerer sig om at planlægge udskrivningen. Disse sygeplejersker vurderer overordnet, at de er lige så gode som lægerne til at vurdere en forventet færdigbehandlingsdato. Samtidig vurderer de, at rutinen omkring færdigmelding fungerer fint, så længe der er en arbejdsgang, som sikrer, at patienter kun kan færdigmeldes til kommunen af en udskrivningsansvarlig sygeplejerske, som sikrer, at patienten også er administrativt færdigbehandlet.

Da hospitalslægerne ikke selv er repræsenteret i evalueringen, er det er vanskeligt at drage konklusioner om ovenstående. KORA anbefaler derfor, at evalueringen anvendes som afsæt for yderligere dialog (som inkluderer læger) om problemernes udbredelse og eventuelle løsninger, der kan medvirke til velfungerende rutiner på tværs af hospitaler og afdelinger.

Anvendt litteratur

(1) Region Hovedstaden, KKR - Hovedstaden. Kommunikationsaftale - Aftale om tværsektoriel kommunikation og arbejdsgange mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivninger. Hillerød: Region Hovedstaden; september 2012.

(2) Medcom - Det danske Sundhedsdatanet. Guide for hjemmepleje-sygehus standarder - revideret udgave 2013. Odense: Medcom - Det danske sundhedsdatanet; juni 2013.

(3) Buch MS, Holm-Petersen C, Hansen EB. Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes. Evaluering af programmernes implementering i udførende led. København: KORA; 2013.

(4) Holm-Petersen C, Buch MS. Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

Bilag 1 Interviewguide – kommunalt ansatte

Introduktion til interviewform (anonymitet, optages digitalt, og Mia skriver referat).

Præsentation af interviewer og referent, samt kort præsentation evaluering/formål med interview.

Interviewet falder i to dele: a) går helt tæt på, hvordan I anvender plejemeddelelserne, i hvilket omfang de kommer til tiden, om I kan bruge indholdet, hvilken betydning de elektroniske redskaber har for jeres hverdag osv. b) handler om jeres perspektiver på kommunikationsaftalen, hjælpevejledningerne og implementeringen. Hvor langt er I kommet, forslag til justeringer og hvad der fremadrettet kan gøres for at komme helt i mål?

Vi gennemfører i alt 8 gruppeinterview med medarbejdere og ledere fra både kommunalt og regionalt regi.

Spillereglen er, at vi beder Jer om ikke at referere hinandens synspunkter uden for dette rum.

Spørgsmål inden vi går i gang?

Præsentation af interviewdeltagere (navn, stilling og eventuelt særlige opgaver med implementering af kommunikationsaftalen).

Indledning

Hvor godt kender I aftalen og de rutiner/procedurer, der lægges op til i forhold til kommunikation om indlæggelse og udskrivelse?

I hvilket omfang er I repræsentative for den brede kreds af medarbejdere, der er involveret i indlæggelse og udskrivelse?

Er der gjort nok i forhold til oplæring/behov for yderligere indsatser for at konsolidere rutiner i praksis?

Helt overordnet – i hvor høj grad vurderer I, at forudsætningerne for at efterleve aftalen er til stede?

- Hvis mangelfulde forudsætninger – hvad er det så, der mangler?

Del 1: Brug af meddelelser

De opgørelser, der er lavet over fremsendelse og rettidighed, viser, at aftalen efterleves ved næsten alle indlæggelser. Derfor koncentrerer vi os – med mindre I har et helt andet billede – om indhold og kvalitet.

Indlæggelsesrapport (IR) – automatisk: I hvilket omfang er I i stand til at videregive relevante oplysninger om

- Funktionsniveau?
- Ydelsesoversigt?
- Hjælpebidler?

- Medicin?
- Pårørendeoplysninger?
- Kommunale kontaktpersoner?

Manuelt opdateret indlæggelsesrapport (MILR)

- Hvornår og hvorfor bruger I manuelt opdateret indlæggelsesrapport?
- Gør I jer overvejelser om indhold og sprog i forhold til modtager på hospitalet?
- Er der oplysninger/behov på hospitalet, som I har svært ved at imødekomme?

Plejeforløbsplan (PFP)

De opgørelser, der er lavet, viser a) at der er mange genfremsendelser, b) at antallet af plejeplaner stiger i takt med indlæggelsens længde, og c) at rettidigheden – især ved indlæggelser over 72 timer, ikke er så god – derfor særligt fokus på disse udfordringer...

Funktionsevne ved udskrivelse i PFP:

- Er der oplysninger om borgers funktionsniveau (scoret)?
- Er der tekst?
- Er teksten forståelig og anvendelig?

Forventet færdigbehandlingsdato:

- Er der sammenhæng mellem færdigbehandlingsdato og behandlingsplan?

Yderligere koordinering:

- Hvor ofte er feltet udfyldt – hvad bruges det til, og hvordan foregår koordineringen?

Savner I oplysninger i PFP, hvilke og hvad skal de bruges til?

Opdateret plejeforløbsplan (PFP)

- Hvad er anledningen til, at der sendes opdaterede PFP?
- Giver PFP ny viden?
- Savner I oplysninger i opdateret PFP – hvilke og hvad skal de bruges til?
 - o (obs. sendes planen proforma uden at der er ændret i den?)

Oplever I generelt, at PFP bidrager til at planlægningen af udskrivelsen kan begyndes tidligere?

Har aftalen om PFP ændret hjemtagelsespraksis i kommunerne?

Oplever I generelt, at PFP bidrager til at udskrivelsen bliver bedre?

- Hvis ja; på hvilken måde?

Er der noget der kunne forbedre aftalen/brugen af PFP?

Melding om færdigbehandling

I det omfang den bruges, kan i så bruge den i jeres planlægning?

Er der nogen problemer knyttet til MOF/måden den bruges på?

Har der været dialog mellem hospital og kommune inden udsendelse af MOF?

Udskrivningsrapport (USR) – opgørelserne viser, at det går meget godt med rettidighed (97 % sendes rettidigt i snit)

Funktionsevne ved udskrivelse i USR:

- Er der oplysninger om borgers funktionsniveau (score)?
- Er der tekst, og er denne relevant og forståelig?
- I hvilken grad er der overensstemmelse mellem beskrevet funktionsniveau og det, I observerer, når borgeren er kommet hjem?
- Udfordringer i forhold til funktionsniveau?

Færdigbehandlingsdato:

- Bliver datoen ofte ændret i forhold til den udmeldte forventede dato?
- Årsager og udfordringer? Mulige løsninger?

Er USR udleveret til borger/pårørende ved udskrivningen?

Er der oplysninger, I mangler i udskrivningsrapporten? (fx medicinlister)

Oplever I generelt, at USR bidrager til, at udskrivelsesforløbet bliver bedre, herunder koordination over sektorgrænser?

Oplever I generelt, at USR bidrager til at udskrivelsen bliver bedre?

- Hvis ja, på hvilken måde?

Er der noget, der kunne forbedre aftalen om USR?

Ad hoc kommunikation og koordinering

Hvornår og hvordan bruger I korrespondancemeddelelser og telefon?

Oplever I, at samarbejdsparter i kommunen er tilgængelige, når I har brug for det – og ved I, hvor I skal henvende jer? Forstår I hinanden, når der kommunikeres?

I hvilket omfang oplever I, at korrespondancemeddelelser læses rettidigt af modtageren?

Oplever I, at de nye elektroniske kommunikationsmuligheder er med til at mindske behovet for telefonisk kontakt/er det relevant når man ringer til hinanden?

Del 2: Kommunikationsaftalen og MedCom standarderne – overordnet set

- Fungerer og anvendes de efter hensigten?
- Hvad har kommunikationsaftalen og de nye muligheder for elektronisk kommunikation betydet for Jeres daglige arbejde med plejekrævende patienter?
- Oplever I aftalen og de elektroniske meddelelser som en forbedring sammenlignet med tidligere aftaler og rutiner?
- Oplever I, at tilgængeligheden til samarbejdsparter på hospitalet er forbedret?
- Er det jeres oplevelse, at aftalen overordnet set bidrager til at sikre en tidlig afklaring af patientens behov ved indlæggelsen og udskrivelsen?
 - o Hvad kan eventuelt blive bedre?
- Er det jeres oplevelse, at kommunikationsaftalen bidrager til at koordinere samarbejdet på tværs af sektorer?

- o Hvis ja, kom gerne med eksempler.
 - o Hvis nej, kom gerne med eksempler.
- Oplever I, at der er nogle typer af indlæggelsesforløb ("patientgrupper"), som aftalen fanger bedre end de gamle aftaler?
- Oplever I, at der er nogle typer af indlæggelsesforløb ("patientgrupper"), som aftalen har vanskeligere ved at fange end de gamle aftaler?

Afrunding

Har I nogen råd til det fremadrettede samarbejde med indlæggelse og udskrivelse, som jeg skal tage med videre?

Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointer der skal uddybes?

Har I spørgsmål til os?



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00