



capacent

MedCom

Evaluering af Sygehus-Kommune XML-
projektet

Indhold

1.	Forord	1
2.	Projektets baggrund og ide	2
3.	Evalueringens formål og metode	6
4.	Udbredelse og forankring	11
5.	Teknologiske og organisatoriske rammer	15
6.	Anvendelsen af adviser	20
7.	Kvalitet, brugbarhed, problemer og gevinster	25
8.	Projektets afvikling	32
9.	Konklusioner og anbefalinger	35
	Bilag og tabeller	39

1. Forord

I perioden fra 2003 til 2005 har MedCom arbejdet med det såkaldte Sygehus-Kommune XML-projekt, hvis formål har været at udvikle elektronisk kommunikation mellem sygehusenes systemer og kommunernes elektroniske omsorgsjournaler. Projektets fokus har fortrinsvis været udviklingen af standarder for simpel kommunikation om indlæggelser og udskrivninger og udbredelsen af disse til kommuner og sygehuse.

Projektet er delvist finansieret af Den Digitale Taskforce, som også har stillet krav om, at en evaluering udarbejdes ved projektperiodens afslutning den 31. december 2005.

Capacent A/S (tidligere KPMG Advisory) har gennemført evalueringen i perioden januar til juni 2006.

*Juni 2006
Capacent A/S*

2. Projektets baggrund og ide

Dette indledende kapitel beskriver Sygehus-Kommune XML-projektets baggrund og ide. Først beskrives projektets historie og baggrund. Dernæst redegøres for retsgrundlaget for advis-kommunikation samt for, hvad advis-kommunikation er. Endelig præsenteres projektets mål.

Projektets historie og baggrund

Baggrunden for Sygehus-Kommune XML-projektet er et ønske om at udvide brugen af tre elektroniske meddelelser: Indlæggelsesadvis, indlæggelsesvar og udskrivningsadvis. Alle tre meddelelser bidrager til at styrke kommunikationen mellem sygehuse og den kommune, hvor patienten er bosiddende – en type kommunikation, der traditionelt har været relativt problemfyldt. Indhold og funktionalitet i adviser og indlæggelsesvar er nærmere beskrevet i det efterfølgende delafsnit.

Sygehus-Kommune XML-projektet omfatter samtidig pilottest og pilotimplementering af en korrespondancemeddelelse og elektronisk udgave af varsling af færdigbehandling, som det sundhedsfaglige personale kan anvende til at udveksle kliniske data. Da disse meddelelser kun er udbredt i beskedent omfang, fokuserer evalueringen på advis-kommunikationen.

Projektet skal generelt medvirke til at lette arbejdsgange og sikre en bedre patientbehandling i kraft af benyttelsen af elektronisk kommunikation.

Forinden Sygehus-Kommune XML-projektets opstart pr. januar 2003 var kun 17% af landets befolkning dækket af disse elektroniske meddelelser.

Den primære målgruppe for projektet er derfor de sygehuse og kommuner, der endnu ikke benytter de elektroniske meddelelsesformer. Derudover søges at imødekomme et ønske om en udbygning af den elektroniske kommunikation i form af en mere løbende informationsudveksling før, under og efter en indlæggelse. Ønsket var fremsat fra en række af de sygehuse og

kommuner, der allerede ved projektets opstart benyttede de udviklede løsninger.

Ønsket om en udbygning af de udviklede elektroniske meddelelser kan i et vist omfang imødekommes ved et øget brug af de såkaldte korrespondancemeddelelser, der opfylder en lang række af de af sygehuse og kommuner efterspurte behov. Korrespondancemeddelelsen tilbyder et fritekstfelt, hvor der f.eks. kan indsættes eksisterende registreringer fra elektroniske omsorgsjournaler (EOJ), herunder medicin- og ydelsesoplysninger samt funktionsvurderinger. Fra sygehusenes side kan bl.a. indsættes handle- og genoptræningsplaner.

Sygehus-Kommune XML-projektet skal ses i sammenhæng med MedComs generelle arbejde med EDI-XML-oversættelser, som gennemføres under påvirkning af strukturreformen, og indførelse af ny teknologi i den tværsektorielle sundhedskommunikation med fokus på OIOXML og serviceorienteret arkitektur (SOA). De benyttede EDIFACT-standarder i forbindelse med adviser og indlæggelses svar er teknisk set relativt simple, hvorfor det er oplagt netop at benytte disse standarder til en første afprøvning af mulighederne i EDI-XML-oversættelser.

Projektet skal således også være med til at sikre, at der skabes en sammenhæng mellem udviklingen på sundhedsdatanettet og det overordnede arbejde med XML-standarder i regi af Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling. Samtidig skabes rammerne for udbredelsen af basale elektroniske kommunikationsløsninger mellem sygehuse og kommuner.

Retsgrundlaget for advis-kommunikation

Lov om patienters retsstilling (§§ 26 og 27) præciserer, at sygehuse og kommuner ikke kan udveksle oplysninger om patienters helbredsoplysninger uden samtykke. Da oplysninger om indlæggelse på og udskrivning fra sygehuse betragtes som helbredsoplysninger, beror mulighederne for advis-kommunikation på en undtagelse i § 12 c i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven).

En lovændring i 2003 gjorde det muligt for kommuner og sygehuse at udveksle adviser om indlæggelse på og udskrivning fra sygehuse uden borgere ns samtykke. Denne udveksling kan kun ske, når der er tale om tilrettelæggelsen af omsorgsopgaver samt til brug for opfølgning af sager om sygedagpenge og fødsel. Grænserne for denne udveksling er præciseret i en skrivelse fra Socialministeriet.¹

Med hjemmel i retssikkerhedsloven kan kommuner modtage advis i forhold til kapitel 14 i lov om social service, lov om forebyggende hjemmebesøg til

¹ Socialministeriet: Skrivelse med orientering om udveksling af advis mellem sygehuse og kommuner af 20. april 2005.

ældre m.v., lov om hjemmesygeplejerskeordninger og opfølgning af sygedagpengesager.

Det indebærer i praksis, at der kan udveksles advis om personlig og praktisk hjælp (hjemmehjælp), genoptræning og vedligeholdelsestræning, hjemmesygepleje, madservice og klientbetaling herfor samt sygedagpenge. Advis om borgere, som modtager hjælpemidler, kan ikke udveksles uden borgereens samtykke.

Advis-kommunikation

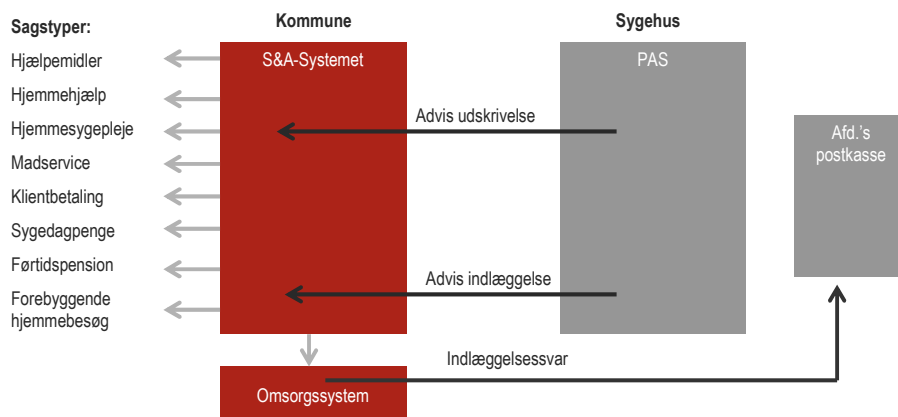
Sygehus-Kommune XML-projektet og dermed også evalueringen fokuserer overvejende på tre typer af adviser:

- *Indlæggelsesadvis.* Når en borger indlægges på et sygehus, bliver det registreret i sygehusets system. Herved bliver der automatisk sendt en elektronisk meddelelse om indlæggelsen til borgerens bopælskommune. Hvis borgeren er kendt i kommunens sags- og advis-system som modtager af eksempelvis dagpenge, hjemmehjælp eller hjemmesygepleje, får de relevante områder besked herom. Hvis borgeren ikke modtager nogen hjælp fra kommunen, modtages der ikke et advis om borgerens indlæggelse.
- *Indlæggelsesvar.* Når kommunen modtager et indlæggelsesadvis, sender kommunen automatisk et svar tilbage til sygehuset, der bekræfter modtagelsen af indlæggelsesadviset og indeholder kontaktoplysninger til kommunen.
- *Udskrivningsadvis.* Når patienten udskrives fra sygehuset, sendes ligeledes en automatisk meddelelse til kommunen, et såkaldt udskrivningsadvis.

Der er altså tale om, at kommuner modtager to meddelelser (indlæggelsesadvis og udskrivningsadvis) og afsender én meddelelse (indlæggelsesvar).

Adviser er den mest udbredte sygehus-kommune-kommunikation, mens kommunikation med korrespondancemeddelelser foregår som pilotforsøg. Som konsekvens fokuserer evalueringen alene på advis-kommunikationen.

Kommunikationen mellem kommune og sygehus er illustreret i nedenstående figur 2.1.



Figur 2.1
Advis-kommunikation
Kilde: MedCom

Projektets mål og aktiviteter

Projektets eksplicite målsætninger, som behandles nærmere i kapitel 3, har været at sikre en markant udbredelse af de tre simple adviser; indlæggelsesadvis, indlæggelsesvar og udskrivningsadvis. Dertil har projektet skulle sikre de tekniske forudsætninger for en markant udbredelse af anvendelse af korrespondancemeddelelsen og varsling af færdigbehandling.

Endelig har projektet skullet understøtte andre centrale initiativer med relation til sundhedssektoren, herunder KL/Socialministeriets videreudvikling af Fælles Sprog, opbygningen af den offentlige sundhedsportal og Den Digitale Taskforces arbejde med juridiske barrierer for digital forvaltning, samt opbygningen af Videnskabsministeriets XML-database og Sundhedsstyrelsens arbejde med GEPJ.

I forbindelse med projektets gennemførelse har MedCom haft ansvaret for følgende opgaver:

- Generel information om muligheder ved elektronisk kommunikation. Dette er primært sket via en kick-off konference, café-møder, målrettede møder samt pjecer.
- Vejledning til sygehuse, kommuner og andres arbejde med integration og opkobling til systemet. Dette er sket i form af teknisk assistance, forslag til kommunikationsmodeller og rådgivning om økonomiske perspektiver.
- Briefing og dialog med sygehusenes pleje- og terapeutpersonale i forhold til elektronisk kommunikation som et arbejdsredskab til understøttelse af arbejdsgange.
- Medvirken i forhold til en stigende udbredelse af de eksisterende meddelelsesformer.
- Aktiv understøttelse af pilotimplementeringer af korrespondancemeddelelsen hos kommuner, sygehuse og andre aktører på det sundhedsfaglige område.

3. Evalueringens formål og metode

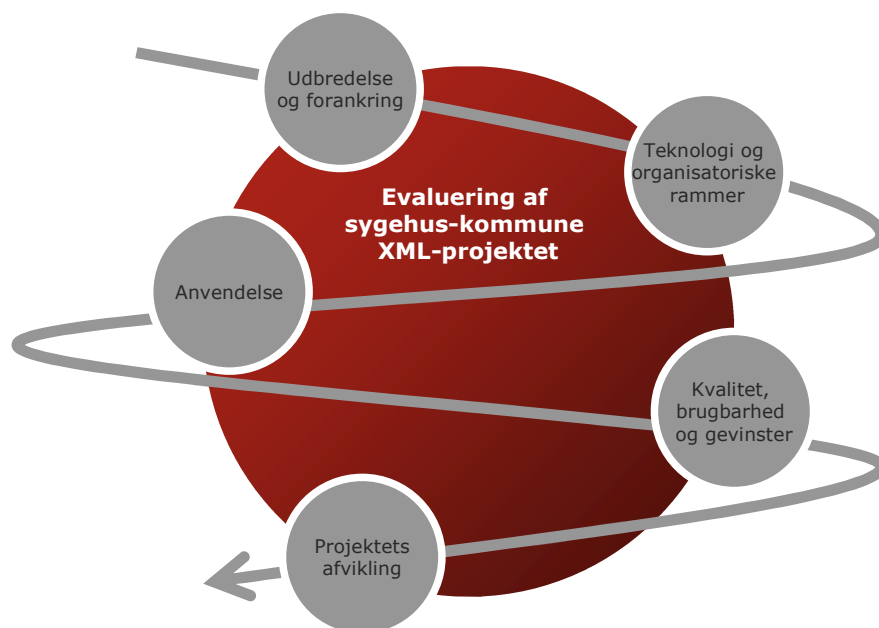
Dette kapitel beskriver kort evalueringens formål, og hvordan den er designet og forløbet. Desuden redegøres kort for de kriterier, som ligger til grund for evalueringens vurderinger.

Formål med evalueringen

Det overordnede formål med evalueringen har været at efterprøve, om og i hvilket omfang de opstillede målsætninger for Sygehus-Kommune XML-projektet (2003-2005) er blevet opfyldt. Projektets målsætninger, som udbydes i et senere afsnit, omfatter i hovedtræk:

- Om den ønskede udbredelse af den simple advis-kommunikation mellem sygehusafdelinger og kommuner er nået
- Om der reelt er sket en sikring af tekniske kompetencer til fremtidig anvendelse af elektronisk korrespondance og varsling om færdigbehandling
- Om projektet understøtter øvrige centralt initierede initiativer relateret til sundhedssektoren og til digital forvaltning generelt.

Evalueringen omfatter en vurdering af, om målene er indfriet, ligesom evalueringen ser nærmere på hensigtsmæssigheden og den praktiske anvendelse af de adviser, som projektet har søgt at udbrede. Desuden indeholder evalueringen en vurdering af selve projektafviklingen, anskuet ud fra de forskellige interessenters synsvinkel.



Figur 3.1
Evalueringens temaer

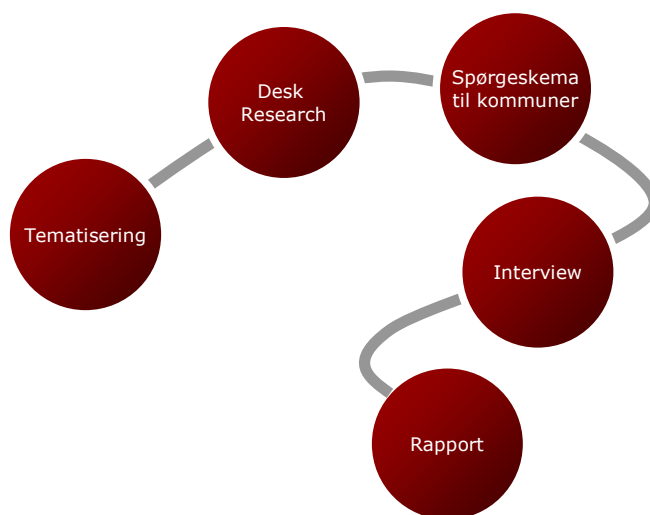
Tematisk vil evalueringen, jf. figuren ovenfor, behandle:

- *Udbredelse og forankring.* Projektet er baseret på en ganske håndfast målsætning om udbredelse af advis-kommunikation mellem kommuner og amter. Denne udbredelse blandt henholdsvis kommuner og amter, og dermed projektets landsdækkende forankring, vurderes i kapitel 4.
- *Teknologi og organisatoriske rammer.* Dette tema har overvejende en deskriptiv karakter og redegør for de teknologiske og organisatoriske rammer for anvendelsen af advis-kommunikationen i de kommuner og amter, der er omfattet af projektet. Disse rammer beskrives i kapitel 5.
- *Anvendelse.* I kapitel 6 redegøres for den daglige anvendelse af advis-kommunikationen i de kommuner og sygehuse, der er omfattet af projektet.
- *Kvalitet, brugbarhed og gevinster.* Den daglige anvendelse af advis-kommunikation har resulteret i iagttagelser blandt projektets deltagere om kvaliteten af informationen, af standarderne og deres brugbarhed samt af de mulige gevinster. Kapitel 7 behandler dette tema nærmere.
- *Projektets afvikling.* En række interessenter har været mere direkte involveret i projektet og har dermed erfaringer og synspunkter om projektets ide, mål, afvikling og resultat. Kapitel 8 behandler dette tema nærmere.

Det metodiske grundlag for vores behandling af de omtalte temaer beskrives nærmere i afsnittet nedenfor.

Evalueringens design og forløb

Evalueringen af Sygehus-Kommune XML-projektet er gennemført i perioden januar til maj 2006 og omfatter projektets levetid fra 2003 til 2005. Figuren nedenfor illustrerer evalueringens design og dens forløb.



Figur 3.2
Evalueringens design og forløb

Som illustreret har de centrale aktiviteter i evalueringen været:

- *Tematisering*. Som indledning til evalueringen blev der gennemført en workshop med MedCom, hvor projektets væsentligste interessenter blev kortlagt, og hvor evalueringens temaer og spørgsmål blev drøftet.
- *Desk research*. Som en del af grundlaget for evalueringen indgår et omfattende statistisk materiale samt statusnotater, publikationer, standarder og andet skriftligt materiale. Dette er dels gennemgået i forbindelse med vores arbejde med spørgeskema og spørgeguide, dels under rapport-skrivningen.
- *Spørgeskema til kommuner*. Evalueringens tyngde udgøres af en spørgeskemaundersøgelse rettet mod de kommuner, der aktuelt er koblet på det danske sundhedsnet til advis-kommunikation. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen har fortrinsvis været at indsamle oplysninger om anvendelsen af den simple advis-kommunikation mellem sygehusafdelinger og kommuner. Fakta om spørgeskemaundersøgelsen fremgår af tabellen på næste side.

Spørgeskemaundersøgelsen omfatter 64 ledere og medarbejdere inden for ældre- og pensionsområderne i 60 kommuner. I alt er der udsendt 177 spørgeskemaer til ledere og medarbejdere inden for ældre- og pensionsområderne i 96 kommuner. Blandt respondenter på ældreområdet har 65% helt eller delvist svaret, hvilket vi anser for tilfredsstillende. Blandt respondenter på bistandsområdet har blot 26% svaret. Blandt respondenterne har seks været direkte involveret som medlem af projektets kommunegruppe.

MedCom har leveret de lister med adresser og navne, som Capacent har udsendt skemaer efter. Desværre har vi efter rundringninger erfaret, at listerne ikke var helt præcise i forhold til målgruppen, ligesom listerne ikke var ajour. Vi har telefonisk kontaktet 96 af kontakterne på listerne, hvoraf:

- Otte ikke brugte MedCom-adviser
- Ni ikke havde tid til at svare på grund af strukturreformarbejde
- Fire var holdt op, var langtidssygemeldt eller fraværende i længere tid
- Vi måtte genudsende til 12, hvor den første mail ikke var kommet til rette vedkommende.

Blandt de resterende svarede mange ikke, var fraværende eller besvarede ikke opkald.

Tabel 3.1
Fakta om spørgeskemaundersøgelsen

- *Interview.* I tillæg til spørgeskemaundersøgelsen har vi gennemført tyve interview med udvalgte interessenter i projektet. Interviewene, som er foretaget personligt eller telefonisk, har indholdsmæssigt været meget varierende. Det skyldes overvejende interessenternes meget forskellige udgangspunkter. Fem interview har været gennemført med centrale beslutningstagere, tre med kommuner, to med amtslige interessenter, fem med sygehuspersonale og tre med systemleverandører. Desuden har vi gennemført to interview med praktiserende læger. Blandt de interviewede har syv været medlem af projektets kommunegruppe.
- *Rapport.* De tidligere omtalte aktiviteter har bidraget med materiale, synspunkter og iagttagelser, som er sammenfattet i denne rapport.

Der har gennem forløbet været dialog med MedCom om evalueringens centrale interessenter og temaer samt om udvælgelse af deltagere.

Succes eller fiasko – kriterierne for evaluering

Evaluering er vurdering, og enhver vurdering baseres nødvendigvis på et eller flere kriterier, der kan forklare, hvorfor genstanden for vurdering – Sygehus-Kommune XML-projektet in casu – viser sig at være positiv eller negativ; en succes eller en fiasko. Projektets målsætninger fremgår af tabellen nedenfor.

Projektets mål er:

- At sikre en markant udbredelse af indlæggelsesadvis, indlæggelsesvar og udskrivningsadvis, således at 75% af landets befolkning er "dækket" af disse meddelelsetyper ultimo 2004.
- At sikre de tekniske forudsætninger for en markant udbredelse af anvendelse af korrespondancemeddelelsen og varsling af færdigbehandling, således at 75% af amter/H:S, målt ved indbyggertal, tilbyder disse kommunikationsstrømme til interesserede kommuner ultimo 2004.
- At projektet understøtter andre centrale initiativer med relation til sundhedssektoren, herunder især opbygningen af Videnskabsministeriets XML-database, Sundhedsstyrelsens arbejde med G-EPJ, KL/Socialministeriets videreudvikling af Fælles Sprog, opbygningen af den offentlige sundhedsportal og Den Digitale Taskforces arbejde med juridiske barrierer for digital forvaltning.

Kilde: MedCom notat af 31. oktober 2002

Tabel 3.2
Formålet med Sygehus-
Kommune XML-projektet

Disse målsætninger er senere justeret for så vidt angår de to første punkter, hvor målsætningerne er strakt til 2005. Disse meget håndgribelige og eksplicite kriterier for at vurdere projektet fremgår af kapitel 4.

Det synes imidlertid relevant at vurdere projektet ud fra andre kriterier. Det sker bl.a. ved at betone advisernes anvendelse (kapitel 6) lige såvel som deres kvalitet og brugbarhed samt de gevinster, informationen i adviserne kan have for praksis (kapitel 7).

4. Udbredelse og forankring

Projektets mest eksplicite målsætninger knytter sig til udbredelsen af advis-kommunikation blandt kommuner og sygehuse. Dette kapitel redegør for udbredelsen og forankringen af den kommunikation, som projektet har sigtet på at udvikle og fremme.

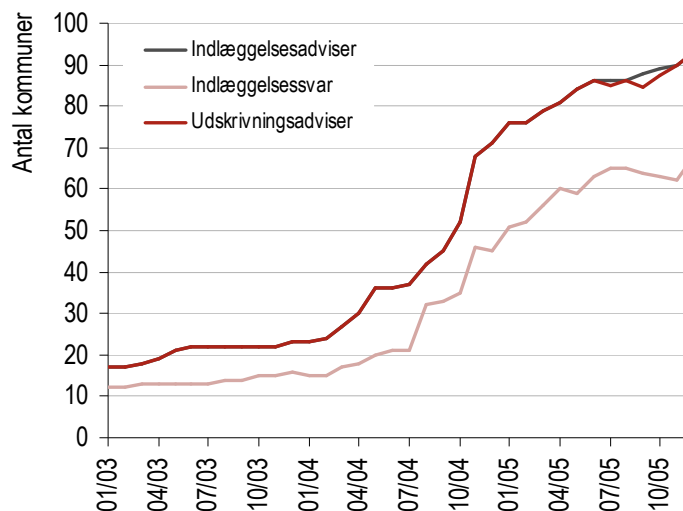
Kommuner

Det har været projektets mål at "sikre en markant udbredelse af indlæggelsesadvis, indlæggelsesvar og udskrivningsadvis, således at 75% af landets befolkning er dækket af disse meddelelsetyper."

Med udgangen af 2005 var 94 af landets 271 kommuner omfattet af projektet og udvekslede de tre simple advis-typer med sygehuse. 43% af landets befolkning er bosat i disse 94 kommuner.

Projektet har med andre ord ikke indfriet sit eget mål for udbredelsen af den simple advis-kommunikation. En væsentlig årsag hertil har efter vores opfattelse været, at projektet som et kombineret udviklings- og implementeringsprojekt kan have afholdt kommuner fra at medvirke, indtil standarder og teknologi var velafprøvede, og indtil der kan tilbydes mere kompleks advis-kommunikation, f.eks. korrespondance. Samtidig har arbejdet med realiseringen af strukturreformen været krævende for kommunerne, ligesom sygehuse tilsvarende har skullet arbejde intensivt med GEPJ. Projektets initiale mål synes at have været ganske ambitiøst, men også optimistisk.

Figuren nedenfor viser, hvordan antallet af kommuner, der modtager indlæggelsesadviser og udskrivningsadviser og sender indlæggelsesvar, har udviklet sig gennem projektperioden.



Figur 4.1
Udviklingen i antal medvirkende kommuner

Kilde: MedCom.

Note: Figuren er udarbejdet på grundlag af månedlige indberetninger fra systemleverandører til MedCom.

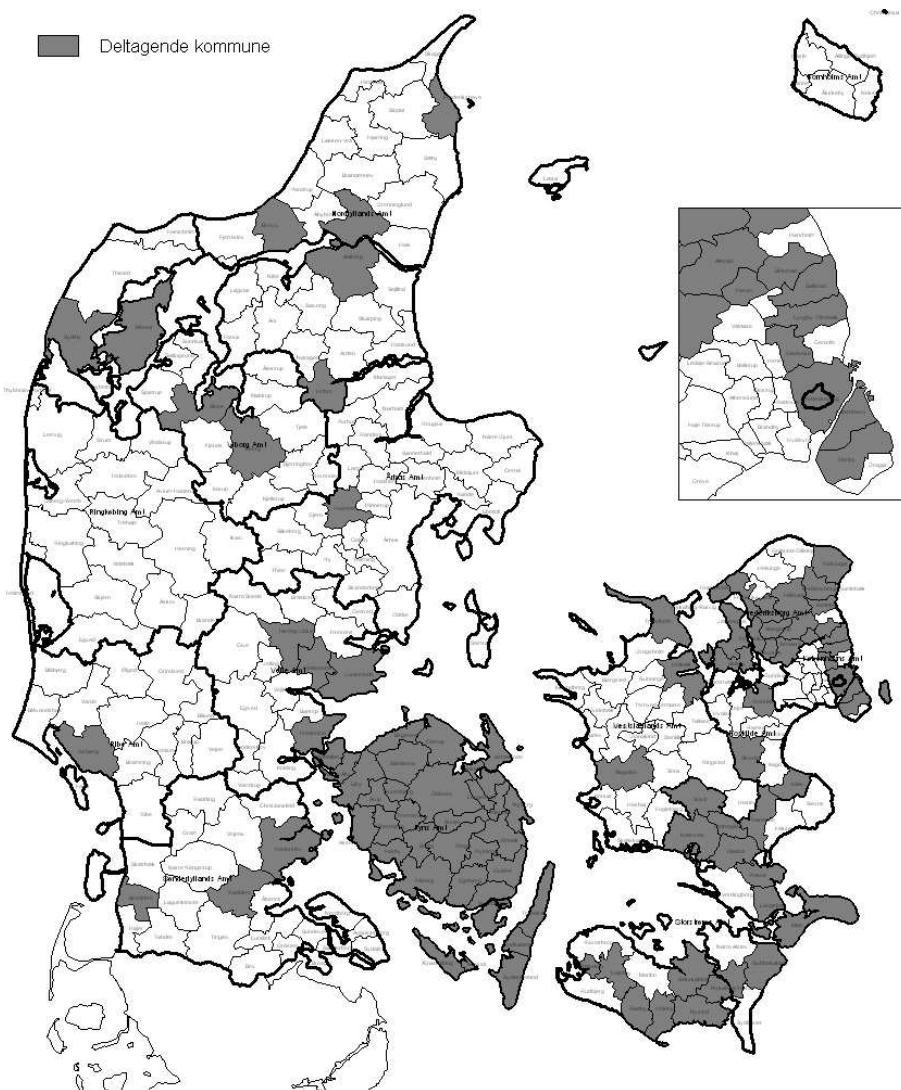
Der er to væsentlige iagttagelser at gøre fra figuren. For det første, at antallet af deltagende kommuner først steg markant, efter projektet havde været i gang i næsten to år.

Figuren viser for det andet, at der er flere kommuner, der modtager indlæggelses- og udskrivningsadviser fra sygehusene, end der er kommuner, der sender indlæggelses svar til sygehusene.

Et punktnedslag i december 2005 viser, at der er 25 kommuner, som ikke sender indlæggelses svar til sygehusene på de indlæggelsesadviser, de modtager. Det er næsten en fjerdedel af de deltagende kommuner, og det svarer til, at ca. 12% af indlæggelsesadviserne ikke besvares. Det er naturligvis ikke alle indlæggelsesadviser, der kræver svar (jf. beskrivelsen i kapitel 2). Men i de kommuner, hvor der gives indlæggelses svar, sker dette i gennemsnit for 34% af indlæggelsesadviserne.

Amter og sygehuse

Figuren nedenfor illustrerer, hvilke kommuner der med udgangen af 2005 medvirkede i projektet, og hvordan disse er fordelt blandt landets amter.



Figur 4.2
Kommuner, der deltager i
projektet med udgangen af 2005

Kilde: MedCom.

Note: Figuren er baseret på de kommuner, som ifølge indberetninger fra systemleverandørerne modtog indlæggelsesadviser i december 2005.

Betragter man forankringen i kommuner inden for amter, ses, at kun i Fyns Amt er projektet forankret i alle kommuner. Desuden er der en vis forankring i Frederiksborg Amt og Storstrøms Amt, hvor henholdsvis 84% og 67% af kommunerne er omfattet af projektet. Ses bort fra netop disse tre, er forankring af projektet i de øvrige amter noget sporadisk. Det udgør ikke et

problem fra kommunalt perspektiv, men fra sygehusenes perspektiv kan det imidlertid være problematisk. Det skyldes, at det i sygehusenes daglige praksis kan være vanskeligt at håndtere advis-kommunikation over for visse kommuner og anden kommunikation over for andre kommuner, hvilket kan medføre, at sygehusene har valgt andre kommunikationskanaler end advis-systemet, indtil samtlige kommuner i oplandet er koblet op til systemet og er begyndt at anvende det.

Målsætningen om at sikre de tekniske forudsætninger for markant udbredelse af korrespondancemeddelelser og varsling af færdigbehandling forudsætter dels, at MedCom godkender systemleverandører til at afsende og modtage meddelelserne, dels at amter og kommuner implementerer meddelelserne.

Ifølge et statusnotat fra MedCom fra begyndelsen af 2005 var PAS-systemerne FynSys, WM-data, GS, GS Åben/Opus godkendt til afsendelse og modtagelse af korrespondancemeddelelser, mens WM-data og FynSys tillige kunne sende varsling af færdigbehandling.

På kommunesiden var Rambøll Care eneste EOJ-system, der kunne anvende både korrespondance og Varsling af Færdigbehandling. Zealand Care var ved at godkendt begge meddelelser, VITAE var med intern test på begge meddelelser, Lyngsoe System/M-Care afventer markedet.

På det tidspunkt anvendte Nordjyllands Amt og Fyns Amt som de eneste amter både korrespondancemeddelelsen og varsling af færdigbehandling, mens Viborg Amt og Vejle Amt havde taget korrespondancemeddelelsen i brug – dog ikke i forhold til kommuner.

I forhold til projektets mål om at sikre de tekniske forudsætninger for udbredelse af disse meddelelser betyder det i begyndelsen af 2005, at leverandører af PAS-systemer teknisk dækkede 91% af befolkningen for så vidt angår korrespondancemeddelelser, og at 29% af amterne havde taget korrespondancemeddelelsen i brug. For så vidt angår varsling af færdigbehandling var de tilsvarende tal for PAS-leverandører 14%, som teknisk var dækket, og 9% havde taget dem i brug.

I september 2005 oplyser MedCom i et statusnotat, at tre leverandører af omsorgssystemer havde korrespondancemeddelelsen enten i drift eller test, mens den fjerde leverandør ikke foreløbig ville kunne levere meddelelserne.

Det vurderedes på det tidspunkt, at kun Nordjyllands Amt og Fyns Amt ville få erfaringer med varslingsmeddelelsen, som videre forventedes ikke at blive implementeret i alle PAS-systemer.

5. Teknologiske og organisatoriske rammer

Dette kapitel redegør for de teknologiske og organisatoriske rammer, som findes for advis-kommunikationen i de kommuner og ved de sygehuse, der omfattes af projektet.

Teknologiunderstøttelse

Den simple advis-kommunikationen foregår, som beskrevet i kapitel 2, i mange tilfælde mellem sygehusenes patientadministrative systemer (PAS) og kommunernes sags- og advis-system (KMD S&A) og eventuelt også kommunens elektroniske omsorgsjournal (EOJ). Tabellen nedenfor giver et indblik i, hvilke systemer personalet typisk benytter.

Kommunerne	Sygehuse
<p>KMD S&A Sygehusophold er teknisk set tilgængeligt i ca. 90% af kommunerne, men anvendes måske i 20-40% af dem.</p> <p>Elektroniske omsorgssystemer (EOJ) findes i ca. 78% af kommunerne, men udbredelse af disse blandt personalet i de enkelte kommuner er meget varieret.</p> <p>Papirbaseret kontaktbog og Office-programmer anvendes også, men omfanget kendes ikke.</p> <p>Løse papirskabeloner og -skemaer anvendes som enkeltstående dokumentation, plejereportter, genoptræningsplaner, varsel om udskrivning, men omfanget kendes ikke.</p>	<p>Elektroniske patientjournaler (EPJ) vurderes at dække ca. 20%. Anvendelsen af EPJ er meget udbredt blandt alle personalegrupper.</p> <p>Patientadministrative Systemer (PAS) anvendes til registrering af indlæggelser og udskrivinger, men personalets brug af it-systemet er begrænset.</p> <p>Papir-kardex, Office-programmer og løse papirskabeloner og -skemaer anvendes til enkeltstående dokumentation, plejereportter og genoptræningsplaner.</p>

Tabel 5.1
Personalets anvendelsen af systemer

Kilde: MedCom.

Note Disse oplysninger er gældende for ældreplejen.

Den systemmæssige understøttelse af adviser i kommunerne sker i de fleste tilfælde via et af disse elektroniske omsorgssystemer:

- CSC Scandihealth VITAE
- Ementor M-Care
- KMD Omsorg
- Lyngsø Omsorgssystem
- Rambøll Care
- Zealand Care Uniq.

To af systemerne, Lyngsø og M-Care, er ikke videre udbredte, mens især Rambøll Care, Uniq og CSC Scandihealth VITAE anvendes af mange kommuner. Der er ikke ét markedsdominerende system (se bilag A).

Det er imidlertid et skridt i den forkerte retning, når Københavns Kommunes nye ældresystem KOS ikke kan kommunikere direkte med advis-systemet, hvilket har medført, at København ikke længere rigtigt anvender advis-systemet.

To ud af fem kommuner i undersøgelsen oplyser, at de forud for MedCom-projektet har haft erfaringer med at benytte advis-kommunikation. Resten er begyndt at arbejde med advis-kommunikation inden for de seneste tre til fire år.

Næsten 60% af respondenter oplyser videre, at der inden for ældreområdet anvendes digitalt kommunikationsudstyr internt. Blandt disse er bærbare pc'er mest udbredt (60%), mens udbredelsen af avancerede mobiltelefoner (31%) og online PDA'er (31%) er begrænset og offline PDA'er (16%) meget begrænset. Flere kommuner oplyser, at de benytter flere af disse mobile kommunikationsmidler, og derfor er summen af procenttallene i parenteserne højere end 100%. Kun seks af de 32 kommuner oplyser, at de bruger mobilt kommunikationsudstyr, som de sender MedCom-adviser videre til.

Det er svært at ændre hjemmeplejens ruter, fordi de ikke har mobiltelefon eller direkte forbindelse via PDA. Vi udarbejder papirruter, så hvis der kommer en avis efter kl. 11, kan vi ikke ændre i ruten.

Kommentar fra interview med kommune

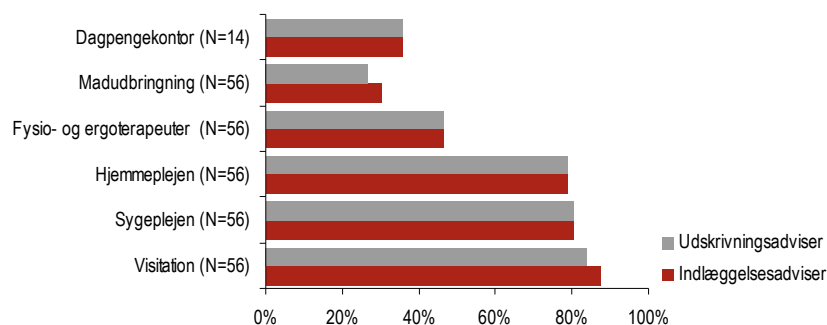
Den (endnu) beskedne integration mellem advis-kommunikationen og mobilt kommunikationsudstyr vil med tiden indebære, at kommunerne ikke har det fulde udbytte af tidstro registrering, om end det dog må forventes, at udviklingen indebærer, at udbredelsen – og formentlig så også integrationen – af mobilt kommunikationsudstyr hos kommunerne vil stige markant.

Kommunernes organisering af advis-kommunikation

Beskrivelsen af kommunernes organisering af advis-kommunikationen tager særligt afsæt i de mest udbredte, simple adviser og afklarer:

- Hvilken enhed og hvem der undersøger, om der er modtaget nye indlæggelses- og udskrivningsadviser
- Hvor tit det undersøges, om der er kommet nye adviser
- Om der er faste rutiner ved modtagelse af indlæggelses- og udskrivningsadviser
- Hvem der har ansvaret for at sikre, at informationerne i indlæggelses-svaret til sygehuset er rigtige.

Blandt de deltagende kommuner er det overvejende visitationen, hjemme-sygeplejen og hjemmeplejen, der undersøger, om der er modtaget nye indlæggelses- og udskrivningsadviser. Det fremgår af figuren nedenfor.



Figur 5.1
Hvilken enhed undersøger, om der er modtaget udskrivnings- og indlæggelsesadviser

Der er typisk flere, der undersøger, om der er modtaget nye beskeder. Men det er hyppigst visitator, der varetager den opgave, og dernæst ledere og sekretærer (se bilag B). Ifølge langt de fleste respondenter undersøges det flere gange i løbet af en vagt (39-41%) eller ved hver vagtstart (30-31%), om der er nye indlæggelses- og udskrivningsadviser. Der er imidlertid også respondenter, der oplyser, at det sker én gang dagligt (23%) eller kun et par gange om ugen (6%), hvilket alene er tilfældet på bistandsområdet.

Ni ud af ti har faste rutiner for, hvordan modtagelse af et indlæggelses- og udskrivningsadvis foregår. De faste rutiner for indlæggelsesadviser er i sigens natur meget forskellige blandt andet med hensyn til hvordan sags- og advissystemet og EOJ-systemet benyttes. Rutinerne indebærer blandt andet at:

- Modtager sender omgående besked til de udførende distrikter, grupper og fagpersoner, så de, der har kontakt til borgeren, ikke går forgæves til hjemmet eller venter forgæves på en borger til f.eks. en gentræning. Orienteringen sker til hjemmehjælp, hjemmesygepleje, fysio- og ergoterapeut, dagcenter, daghjem og madudbringning.

- Borgeren registreres fraværende i omsorgssystemet, og ydelser stilles i bero.
- Visse steder rundsendes eller noteres med navn og indlæggelsesdato på tavler, så alle i hjemmeplejen er orienteret.
- Eventuelle vagtplaner og kørelister omlægges.
- Indlæggelsesadviset kopieres ind i borgerens journal, og det noteres, at adviset er modtaget rettidigt.
- Gruppeledere tager kontakt til sygehuset, hvis der er behov for at samarbejde om det videre forløb, herunder om planlægningen af udskrivelser.
- Der kvitteres for, at den fremsendte avis er under behandling, men at en avis først afsluttes efter et døgn, for at sikre, at alle vagthold har adgang til aktuelle adviser.
- Advisen dobbelttjekkes visse steder i S&A-systemet for at sikre, at koderne er korrekte.
- Adviset markeres som behandlet, når indlæggelsesrapport er sendt retur.
- På dagpengeområdet og barselsområdet sendes adviset til sagsbehandlere, som inddrager dette i opfølgningen af dagpengesagen.

Rutinerne for udskrivningsadviser er nært beslægtede, om end nærmest med omvendt fortegn. De faste rutiner for indlæggelsesadviser indebærer, at:

- De udførende distrikter, grupper og fagpersoner orienteres, så ydelsernes til borgeren kan genoptages og dennes sag genaktiveres
- Adviserne rundsendes – eventuelt via omsorgssystemets avis-system – eller noteres med udskrivningsdato på tavler, så personale er orienteret
- Udskrivningsadvisernes supplerer eventuelle telefoniske udskrivningsmeddelelser, der er aftalt med sygehusene, og som sikrer, at kommunen får oplysninger om borgerens tilstand og behov
- Eventuelle vagtplaner og kørelister omlægges, så borgere på ny modtager besøg.

Efter kommunen har modtaget et indlæggelsesadvis og behandlet dette, sendes et indlæggessvar til sygehuset med oplysninger om kommunale kontakter med relevans for borgeren. Anvendeligheden af disse oplysninger er imidlertid betinget af, at kommunen vedligeholder lister over kontaktpersoner, telefonnumre og vagttider. Respondenter oplyser, at ansvaret for at vedligeholde informationerne i indlæggessvaret i de fleste tilfælde enten er placeret centralt i kommunen ved visitatorer eller superbrugere eller påhviler ledende medarbejdere eller andre udvalgte medarbejdere i de enkelte grupper.

Kommunernes beskrivelser vidner om ganske forskellige måder at organisere arbejdet med håndteringen af de simple adviser.

Sygehusenes organisering af advis-kommunikation

Når en patient indlægges, registreres denne i det patientadministrative system, som automatisk genererer et indlæggelsesadvis til den relevante kommune. Kommunens omsorgssystem genererer derpå automatisk et indlæggessvar til sygehuset. Det er imidlertid ikke alle sygehuse, der kan eller vælger at håndtere indlæggessvarene fra kommunerne. Vi har set eksempler, hvor adviserne er integreret i sygehusets EPJ-system i en udstrækning, så egentlige rutiner næsten er overflødige. Men vi har også set eksempler, hvor der ingen integration er mellem PAS-systemet og plejepersonalets systemer, og hvor disses kendskab til eksistensen af adviser er meget begrænset. Som konsekvens kommunikerer sygehusafdelingerne med kommuner via telefon og fax. Der er ikke altid formuleret regelsæt for anvendelsen af standardadviserne, fordi de kan være fuldt integreret systemmæssigt på sygehuse med EPJ.

Flere af kommunerne nævner i spørgeskemaundersøgelsen, at sygehusene ikke er så langt fremme it-mæssigt som kommunerne, og at implementeringen af advis-kommunikation og spredningen af information herom til afdelingsniveau har været langsommeligt.

Det nævnes også fra nogle kommuner, at sygehusenes registreringer ikke er tidstro, og at oplysningerne derfor kommer forsinket, og efter der har været telefonisk kontakt mellem sygehus og kommune. Kun tidstro registrering på sygehusene vil sikre, at adviserne fører til rettidig reaktion i kommunerne. Så længe det ikke er tilfældet, betragtes adviserne som et supplement og som en ekstra arbejdsgang. Et sygehus fremhæver, at dets informatikafdeling kontrollerer, om adviser sendes tidstro, og reagerer over for afdelingerne, hvis kommuner henvender sig på baggrund af manglende tidstro registrering.

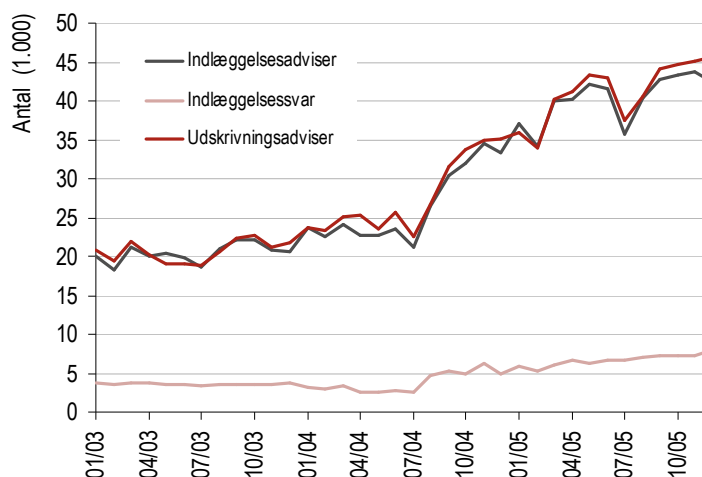
Desuden kan der opstå forvirring om adviser, som kommunerne modtager, i forbindelse med at borgere skifter sygehusafdeling. Det kan føre til ekstra administrativt arbejde og telefonisk kontakt mellem sygehus og kommune for at finde ud af, hvor borgeren præcist befinder sig.

6. Anvendelsen af adviser

Dette kapitel redegør for anvendelsen af advis-kommunikation. Igen fokuseres overvejende på de simple adviser, som er mest udbredt. Indledningsvis betragtes udviklingen i kommunikationsmængden gennem projektets levetid fra primo 2003 til ultimo 2005. Dernæst betragtes kommunernes anvendelse af adviser og endelig sygehusenes.

Kommunikationsmængde

Mængden af advis-kommunikation mellem sygehuse og kommuner er mere end fordoblet gennem projektets levetid fra primo 2003 til ultimo 2005. Det ses af figuren nedenfor.



Figur 6.1
Mængden af advis-kommunikation

Kilde: Månedstatistikker fra MedCom.

Figuren viser også, at mængden af udskrivningsadviser er en anelse større end mængden af indlæggelsesadviser. Det skyldes, at sygehusene også sender udskrivningsadviser, når borgere flyttes mellem afdelinger. Det er, som vi vil berøre nærmere i kapitel 7, et betydeligt problem for kommunerne, som dermed modtager adviser, der ikke kræver stillingtagen.

Mest iøjnefaldende er imidlertid mængden af indlæggelsesvar fra kommunerne. Som redegjort for i kapitel 4 er det ikke alle kommuner, der udsender indlæggelsesvar og dermed giver sygehusene relevant kontaktinformation. Anlægges en enkel gennemsnitbetragtning for en udvalgt måned, burde den samlede mængde af indlæggelsesvar være mere end 10% større (se beregning i bilag C).

Kommunernes anvendelse

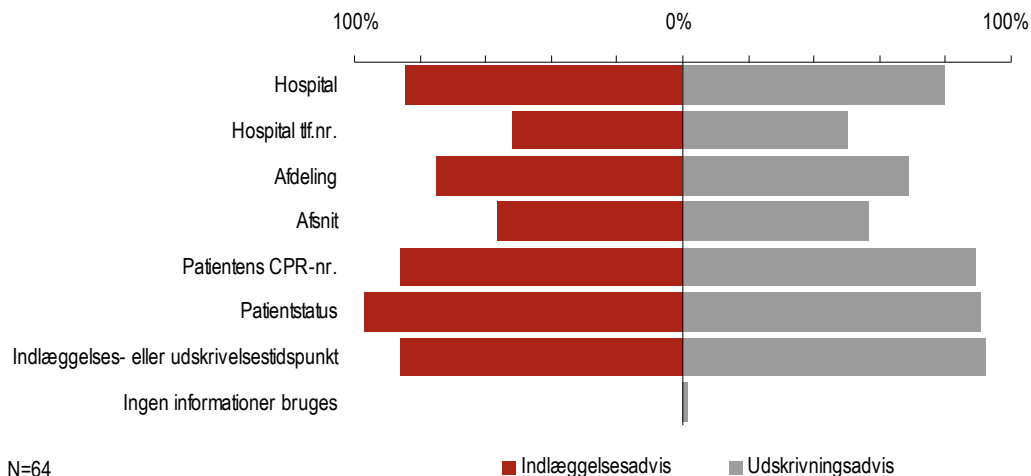
De indlæggelsesadviser og udskrivningsadviser, som kommunerne modtager, er højt strukturerede og udveksles fuldautomatisk mellem sygehusenes patientadministrative systemer og kommunernes sags- og advis-systemer. Oplysningerne i de to simple adviser fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 6.1
Oplysninger i indlæggelses- og
udskrivningsadviser

Hospital (inkl. SKS-klassifikation)
Hospital telefonnummer
Afdeling
Afsnit
Patientens navn og CPR-nummer
Patientstatus, dvs. indlagt eller død ved ankomst eller udskrevet
Indlæggelses- eller udskrivningstidspunkt

Kilde: MedCom.

I tilknytning til evalueringens spørgeskemaundersøgelse har kommunerne redegjort for, hvilke af disse oplysninger der anvendes. Som det fremgår af figuren nedenfor, benyttes oplysningerne i adviserne om patienten og indlæggelses- og udskrivningstidspunkt i meget vid udstrækning, om end kontaktoplysninger til sygehuset ikke benyttes i samme udstrækning. Det vidner om, at de meget basale oplysninger i adviserne anvendes og også er nyttige for kommunerne.

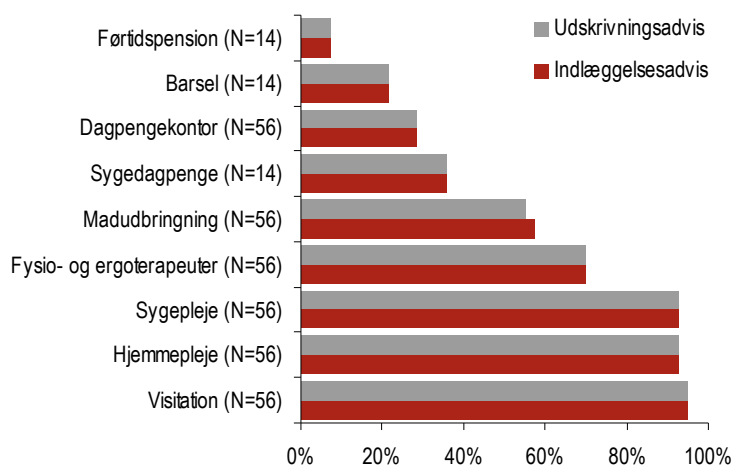


Figur 6.2
Kommunernes anvendelse
af oplysninger i indlæggelses- og udskrivningsadviser

Selv om de meget basale oplysninger anses for relevante og nyttige, indebærer manglende tidstro registrering på hospitalerne, at kommunerne kan risikere at reagere forgæves.

En række sygehuse tilbyder også korrespondancemeddelelser, hvor det er muligt at udveksle information mere fleksibelt. Disse adviser er endnu ikke så udbredte, og det nævnes, at disse kan give problemer på grund af de kommunale omsorgssystemer, der ikke kan dirigere disse adviser videre. Andre steder anvendes fax som korrespondanceadvis.

De oplysninger, der indgår i indlæggelses- og udskrivningsadviser, anvendes hovedsageligt af ældreplejen og i mindre omfang på pensions- og barselsområdet. Det fremgår af figuren nedenfor.



Figur 6.3
Hvilke fagområder anvender de oplysninger, der er i adviserne?

Det ses tydeligt, at visitationen er en central enhed i anvendelsen af advisorkommunikationen, og mange steder er det enten visitationen eller en centralt placeret sekretær, der sørger for at fordele adviser enten i omsorgssystemets postkasser eller ved at udskrive dem.

På dagpengeområdet er anvendelsen af adviser ikke så udbredt, da behovet for disse typer oplysninger ikke er så stort for behandlingen af sager om sygedagpenge. Adviserne kan bruges til at kontrollere indlæggelsesoplysninger fra borgere samt til at præcisere anmodninger til sygehusene, når der skal rekvireres journaler

Sygehusenes anvendelse

På sygehusenes kredser anvendelsen af MedCom-adviser om kommunernes indlæggelses svar og visse steder desuden om de mere indholdsrige korrespondancemeddelelser.

Fra sygehussiden nævnes bl.a., at anvendelsen af adviser er ganske beskedent. Det forklares med manglende kendskab på de enkelte afdelinger afledt af stor variation i sammenhængene mellem de patientadministrative systemer og plejepersonaliets systemer, for eksempel EPJ-systemer. For så vidt angår de mere komplekse adviser forklares den manglende anvendelse med, at ikke alle systemer kan håndtere dem.

Desuden har flere sygehuse det problem, at de modtager patienter fra kommuner, der ikke er omfattet af projektet, og som derfor ikke anvender MedCom-adviserne. Det komplicerer den daglige anvendelse af adviserne yderligere, ligesom det udelukker en del patienter.

Endelig kan der være problemer med, at kommunernes oplysninger i indlæggelses svarene ikke er korrekte eller er mangelfulde, hvilket gør det nødvendigt at kontakte kommunerne telefonisk eller på telefax.

Langt de fleste respondenter oplyser, at der kommunikeres mellem kommune og sygehus på andre måder end adviser. Mest hyppigt er telefon og telefax, og kun i meget begrænset omfang benyttes post eller e-post (se bilag D).

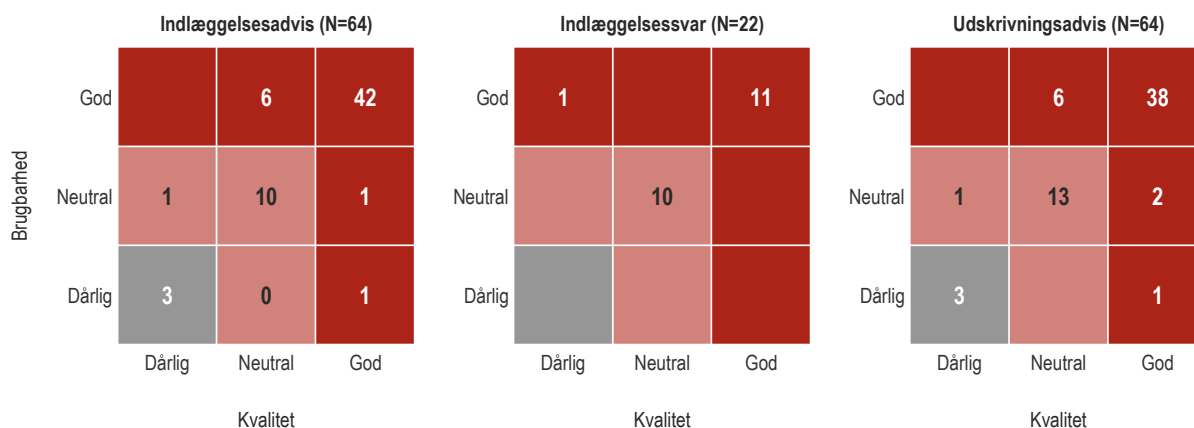
Der er ingen tvivl om, at de eksisterende adviser, og især de simple, IKKE kan erstatte anden kommunikation mellem sygehuse og kommuner. De mere komplekse adviser vil med tiden kunne erstatte telefon og telefax, men det vil næppe være et mål i sig selv og slet ikke realistisk, om al kommunikation sker via adviser.

7. Kvalitet, brugbarhed, problemer og gevinster

I dette kapitel betragtes kommunernes og sygehusenes oplevelse af advisorkommunikationens kvalitet og brugbarhed nærmere. Der kigges også nærmere på nogle af de problemer, som har været og er forbundet med brugen af adviser.

Kvalitet og brugbarhed

Det er få af de kommunale ledere og medarbejdere, der har udfyldt evalueringens spørgeskema, der finder, at adviserne ikke er brugbare og af høj kvalitet. Det ses tydeligt af figuren nedenfor.



Figur 7.1
Advisernes kvalitet og brugbarhed

Note: Respondenterne har haft mulighed for at svare Ved ikke om indlæggelsesvar. De, der har svaret Ved ikke, indgår ikke i figuren.

Som figuren også viser, er der en markant tilslutning til kvaliteten og brugbarheden af de simple adviser. Ikke desto mindre er der større forventninger til adviser og rapporter med fagligt indhold, såsom udskrivningsvarsler, genoptræningsplaner og ADL-vurderinger. Sådanne korrespondancemeddelelser vil have langt større nytte for kommunerne såvel som sygehusene og vil reelt kunne erstatte noget af den kommunikation, der i dag foregår telefonisk eller på telefax.

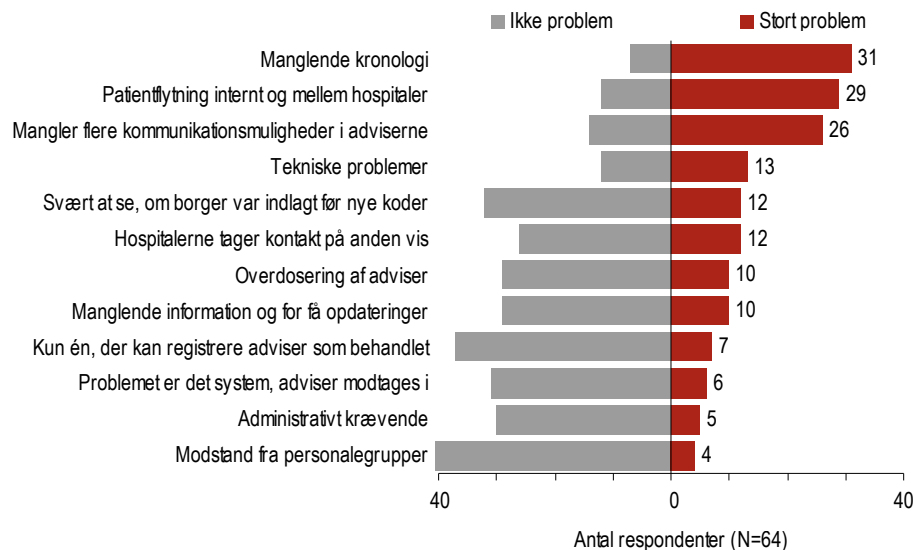
Det opleves dog fra kommunerne, at der udsendes alt for mange udskrivelses- og indlæggelsesadviser, når borgere skifter afdeling på sygehusene. Der er en risiko for, at man lokalt bliver "blinde", når der kommer så mange adviser, og det kan få personalet i kommunerne til at opleve, at adviserne giver for megen administration og udgør en ekstra arbejdsbyrde i stedet for at opleve de positive effekter, som en respondent har formuleret det over for os.

Kommunerne er ligeglade med udskrivningsadviser, når en borger overflyttes til andre afdelinger på et sygehus eller til andre hospitaler. Hvis de blev sorteret fra, ville mængden af overflødige adviser fremsendt til kommunerne kunne reduceres.

Også sygehusene finder de simple adviser gode og brugbare, men erkender, at det har været svært at få personalet til at bruge dem. Interessen for korrespondancemeddelelsen har været stor, men det opleves som besværligt, når ikke alle kommunerne deltager, fordi det gør det vanskeligt at følge forskellige rutiner.

Problemer

Vi har bedt ledere og medarbejdere i kommunerne vurdere en række kendte eller potentielle problemstillinger ved advis-kommunikationen. De tidligere afsnit peger allerede på nogle af de væsentligste problemer, og disse bekræftes i høj grad af figuren nedenfor.



Figur 7.2
Problemer med adviser

Note: Respondenterne er blevet bedt om at vurdere en række potentielle problemer ved adviserne på en skala fra 0 til 5, hvor 0 ikke er et problem, og hvor 5 er et meget stort problem. De grå felter mod venstre viser antallet af respondenter, der har svaret 0. De røde felter til højre viser summen af respondenter, der har svaret 4 eller 5.

Manglende kronologi. Langt det mest problematiske forhold ved adviserkommunikationen knytter sig til, om sygehusenes registreringer af indlæggelser og udskrivninger er tidstro. Det skaber "støj" i kommunerne, og der nævnes eksempler på, at indlæggelsesadviser kommer en til to dage efter indlæggelsen, så kommunen alligevel ikke undgår besøg hos borgeren. Der nævnes også eksempler på, at indlæggelsesadviser for borgere, der er indlagt fredag eller i weekenden, først sendes mandag. Konsekvensen af manglen på tidstro registrering er, at kommunerne opretholder andre former for kommunikation, hvorved adviserne bliver en dobbelt arbejdsang.

Patientflytning internt og mellem hospitaler. Et andet stort problem er omfanget af udskrivningsadviser ved flytning af patienter mellem afdeling og mellem sygehuse. Kommunerne er kun interesseret i, om borgeren er indlagt eller udskrevet til hjemmet. Alle mellemliggende oplysninger om flytninger er ikke nødvendige, og det giver for mange adviser. Det nævnes i den sammenhæng, at borgere fejlagtigt registreres som udskrevet, men at disse blot har flyttet afdeling.

En variation af problemet opstår desuden, når en borger indlægges og derefter sendes midlertidigt hjem, f.eks. i en weekend. Tilsvarende kan ambulante behandling give forvirring, hvis en kommune modtager et indlæggelsesadvis på en borger, som allerede er færdigbehandlet og udskrevet igen. Mange adviser handler netop om endagsindlæggelser, som i nogen udstrækning må anses for uvæsentlige for kommunerne.

Flere kommunikationsmuligheder. Det tredje store problem, der nævnes, knytter sig til advisers indhold eller nærmere manglen på indhold. Både kommuner, sygehuse og praktiserende læger efterspørger adviser, der indeholder yderligere kommunikationsmuligheder og således gør det muligt at

dele fagligt vigtige informationer mellem de tre parter. Det, der efterspørges, er dels muligheden for at skrive beskeder, dels at vælge flere statuskoder for en borger.

Tekniske problemer. Der er flere, som har oplevet eller oplever tekniske problemer, f.eks. nævnes det, at der kan være problemer med at læse adviser i weekenden.

Svært at se, om borger var indlagt. Det er blevet nævnt, at det, før der kom nye koder primo 2006, var svært at se, om en borger var indlagt. Denne problemstilling er forbundet med problemer ved interne flytninger og vil ikke blive behandlet yderligere.

Hospitalerne tager kontakt på anden vis. Der er som tidligere nævnt nogle problemer med sygehusenes håndtering af indlæggelsesvar og kvaliteten af disse. Særligt savner afdelingerne incitament til at indrette rutiner efter adviserne, så længe det ikke er alle kommuner i sygehusets optageområde, der anvender adviser. Derfor anvendes telefon og telefax fortsat i vid udstrækning. Dertil er der flere sygehuse, som aktuelt ikke kan modtage andet end indlæggelsesvar.

Overdosering af adviser. Som nævnt i sammenhæng med udskrivningsadviser for borgere, der flyttes internt eller er i ambulans behandling, oplever flere kommuner, at de overdoseres med adviser.

Manglende information og for få opdateringer. Et mindre problem er manglende introduktion og information om systemet og for få opdateringer af adviser og kørsler.

Kun én, der kan registrere adviser som behandlet. De fleste steder er registreringen af adviser i nogen grad centraliseret, f.eks. i visitationen eller ved en sekretær. Derfor er det en relevant formodning, at det er et problem, at der kun er én, der kan registrere adviser som behandlet og ikke flere. Som illustreret i figuren er det imidlertid et begrænset problem.

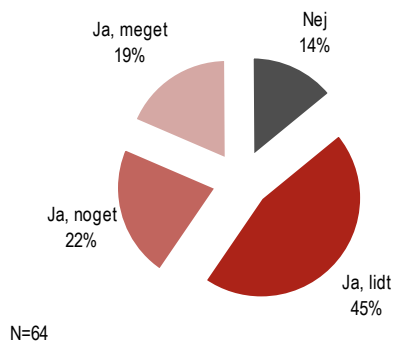
Problemet er det system, adviser modtages i. Det er nævnt af enkelte, at håndteringen af adviser har drillet i omsorgssystemet.

Administrativt krævende. Der er få, der oplever adviser som administrativt krævende at behandle. Alligevel fremhæver flere kommuner, at de er nødt til at kontrollere de fleste adviser med hospitalet. Dette vil ikke mindst opleves som et problem, hvis "overflødige" adviser distribueres til grupper og distrikter. Det er holdningen, at det er nødvendigt at opretholde manuelle arbejdsgange, så længe der er den mindste tvivl om troværdigheden af MedCom-adviserne.

Modstand fra personalegrupper. Der synes ikke at være belæg for at mene, at der er problemer med adviserne som følge af modstand fra forskellige personalegrupper.

Effektivitet i hverdagen

Der er nogle få, der ikke oplever hverdagen i kommunen mere effektiv efter indførelsen af MedCom-adviserne. Ganske få. Langt de fleste respondenter i kommunerne mener, jf. figuren nedenfor, at adviserne giver mere effektivitet.



Figur 7.3
Opleves hverdagen i kommunen mere effektiv efter indførelsen af MedCom-adviserne?

De, der mener, at hverdagen er blevet noget mere eller meget mere effektiv fremhæver, at:

- Advis-kommunikationen giver meget bedre overblik over klientens status
- Kommunen får hurtig information om borgere, der er indlægges eller udskrives, så det er muligt at agere hurtigere og mere fleksibelt, end det var uden adviser
- Den telefoniske kommunikation mellem visitator og udfører mindskes og bliver mere enkel
- Kommunen siden indførelsen af MedCom-advis ikke har "glemt" en borger eller er kommet til en låst dør
- Visitator er orienteret om dødsfald og om borgere med gentagne indlæggelser
- MedCom-adviserne modtages sammen med alle øvrige adviser, hvis der anvendes et EOJ-system.

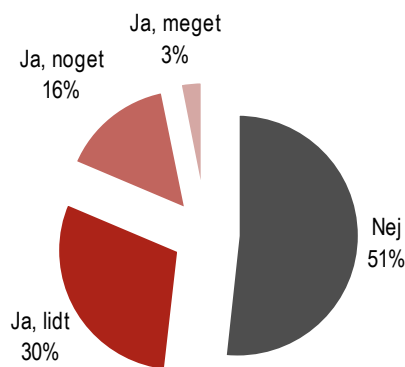
De, der mener, at hverdagen er blevet lidt mere effektiv, fremhæver, at:

- Adviserne ganske vist er med til at give et godt overblik, men at de ikke må erstatte det mundtlige samarbejde med sygehusene
- Effekten ikke er så stor, fordi personalet på sygehusene ikke selv registrerer
- Effekten først trænger igennem, når adviser og rapporter med fagligt indhold er indført
- Der kommer rigtig mange adviser inkl. ændrings- og annulleringsadviser, som kræver opmærksomhed uden at være relevante

- MedCom-adviserne er mere sikre end telefax, men mangler muligheden for at skrive kommentarer
- Effekten først bliver bedre, når adviserne er tidstro.

De, der mener, at hverdagen IKKE er blevet mere effektiv, fremhæver, at:

- Adviserne ikke er særlig relevante for opfølgning af sygedagpengesager
- Den manglende tidstro registrering begrænser effekten meget
- Advis-kommunikationen er tidskrævende og ikke tilstrækkelig præcis kommunikation
- EOJ- og EPJ-systemerne ikke er tilstrækkelig udviklede alle steder, så derfor vil der være en del dobbeltarbejde, indtil dette er på plads.



Figur 7.4
Opleves hverdagen mere effektiv
for borgeren efter indførelsen af
MedCom-adviserne?

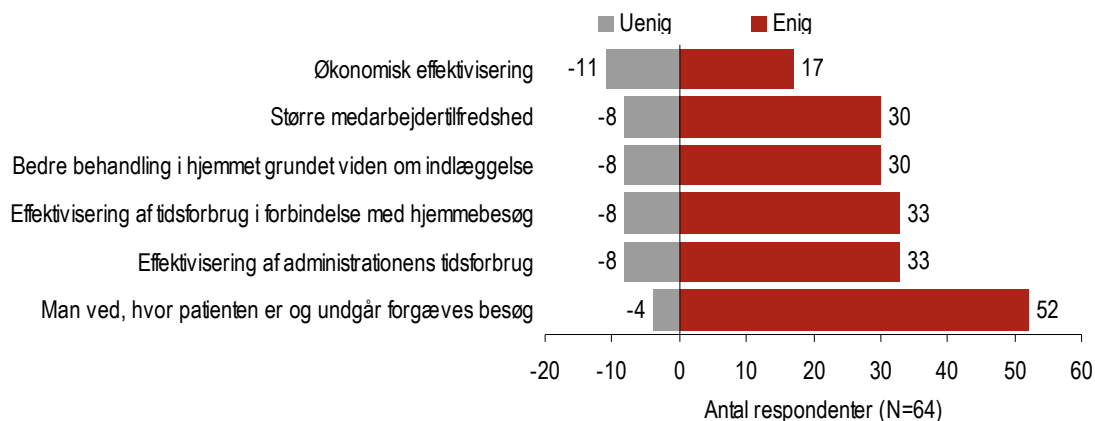
N=64

Der er udbredt enighed om, at advis-kommunikationen kun lidt eller slet ikke vil gøre hverdagen mere effektiv for borgeren som illustreret i figuren ovenfor. Det skyldes, at borgeren først og fremmest ikke berøres direkte af adviserne, da kommunikationen jo er af administrativ karakter. Dertil sørger borgerne i nogen udstrækning for selv at orientere kommunen om indlæggelse, medmindre det sker akut. Endelig har sygehusene jo tidligere ringet om udskrivelser.

Mere indirekte vil borgerne eller pårørende opleve, at kommunen er orienteret på forhånd om indlæggelser og udskrivelser. Desuden vil borgerne få hurtige respons i hjemmet, når kommunen ved, de er udskrevet.

Gevinster

Gevinsten ved advis-kommunikationen er først og fremmest den mere sikre viden om – forudsat at registreringerne er tidstro – hvorvidt en borger er indlagt eller netop udskrevet eller død. Figuren nedenfor viser dette.



Figur 7.5
Hvilke gevinster opleves?

Der er omvendt ingen særlig forventning om, at advis-kommunikationen bidrager til økonomiske effekter, om end en del dog forventer administrative gevinster og tidsmæssige besparelser som følge af undgåede besøg hos indlagte borgere. Det sidste kunne tidligere være ganske omstændigt, hvis låsemed og politi skulle tilkaldes til et tomt hjem.

Mange steder er der begrænset telefontid, og derfor kunne man tidligere bruge ganske meget tid på forgæves at kontakte hjemmeplejen, den praktiserende læge eller sygehuset. MedCom-adviserne er en meget fleksibel kommunikationsform, der er uafhængig af telefontid.

Med mere udbyggede adviser, f.eks. korrespondancemeddelelser og udskrivningsvarsler, vil borgerne ventes at kunne modtage mere rettidig og præcis behandling efter udskrivelse. De steder, hvor korrespondancemeddelelser er i brug, opleves store praktiske og administrative lettelser. Ligeledes er kommunikationen via adviser mere sikker, fordi den er nedskrevet og dokumenteret.

Adviserne vil med tiden erstatte telefaxen, men ventes ikke at overflødiggøre telefonen og behovet for en dybere, verbal kommunikation mellem fagpersoner.

8. Projektets afvikling

I dette kapitel betragtes deltagernes oplevelse af projektets afvikling. Kapitlet er baseret på interview og spørgeskemabesvarelser fra personer, der har haft en mere direkte tilknytning til projektet, f.eks. som medlem af kommunegruppen eller af leverandørgruppen.

Kapitlet indeholder vurderinger af projektets vision og målsætning, af dets organisering og afvikling samt af dets afkomme.

Vision og målsætning

Der er fuld tilslutning til, at sygehus-kommune-projektet har haft det rigtige fokus og de rigtige målsætninger. Samtidig fremhæves det også, at udfordringerne i MedCom IV har været større end tidligere, fordi de lavthængende frugter er høstet; det gælder generelt, ligesom det gælder sygehus-kommune-projektet. Dertil har den igangværende strukturreform dæmpet udviklingsaktiviteten i både kommuner og amter, ligesom mange beslutninger af samme årsag er udsat.

Satsningen på XML-standarder til tværsektoriel kommunikation falder helt i tråd med statens it-strategi på sundhedsområdet og understøtter derfor visionen om med tiden at anvende sundhed.dk som den fælles portal for både borgere og professionelle.

Det har, fremhæver en central interessant, krævet en større indsats for MedCom at overbevise alle interessenterne om værdien af dets forretningsplan. F.eks. kunne der være gjort mere for at synliggøre amternes gevinster ved samarbejdet og dermed etablere den fornødne incitamentsstruktur for sygehussiden. Det er imidlertid vanskeligt, fordi EDIFACT er blevet så udbredt blandt sygehuse.

Fra kommunal side anses målsætningen om at udskifte EDIFACT-kommunikation med XML-kommunikation som det eneste rigtige og fremtidssikrede. Samtidig er der skepsis over, om sygehuse er i stand til teknologisk at

følge med det skifte. Derfor har det også været acceptabelt at få den tekniske infrastruktur med simpel advis-kommunikation på plads først og så med tiden udvikle mere komplicerede meddelelsesformer. At projektet desuden afslører behovet for at optimere arbejdsgange, anses for at være yderligere en styrke.

Selv om der er tilslutning til målsætningerne, udtrykkes også, at nogle mål har været for højt sat; særligt med hensyn til udbredelsen (jf. kapitel 4).

Organisering og afvikling

Organiseringen af sygehus-kommune-projektet anses for at have været god, hvilket også gælder (sam)arbejdsprocesserne gennem projektet.

Det fremhæves f.eks., at MedCom er gode til at udvikle standarder fra et bottom-up-perspektiv og i samarbejde med leverandørerne, hvilket giver gode resultater. MedCom opleves som dygtige til at køre projekterne.

Det er oplevelsen, at projektet er godt forankret organisatorisk og har en god projektledelse. Organiseringen med mange parter omkring bordet giver momentan træghed, men er samtidig med til at sikre accept og forankring.

Et kritikpunkt, som nævnes, er, at der har været få møder i kommunegruppen i forhold til de udfordringer og problemer, man har stået over for. Det henføres bl.a. til, at projektledelsen har været involveret i for mange andre projekter, og at kommuneområdet ikke har haft samme prioritering i MedCom sammenholdt med eksempelvis praktiserende læger.

I forhold til projektets oprindelige plan skulle udbredelsen allerede med udgangen af 2004 være 75% af befolkningen. Det mål blev forlænget til udgangen af 2005, og på dette tidspunkt var udbredelsen 43%. Fra interview fremhæves det, at den manglende målopfyldelse skal tilskrives regeringskravet om implementering af EPJ ultimo 2005, som i amterne trækker på samme ressourcer som dette projekt. Tilsvarende har kommunalreformen hæmmet engagementet over for projektet i mange kommuner.

Projektets udkomme

Sygehus-kommune-projektet anses som sådan for godt nok, men det anses også for problematisk, at det ikke omfatter flere kommuner, og at sygehuse- ne teknologisk ikke opleves som værende på samme stadi som kommunerne. Det er imidlertid klart for alle, at projektet skal videreføres, så udbredelsen blandt kommuner bliver endnu mere markant. Det vil formentlig være nødvendigt for at øge sygehusenes incitament til også at medvirke fuldt ud.

Der er generelt enighed om, at kommunikationen er mere effektiv og sikker, og at den bekymring, som visse parter må have haft om at drukne i information, delvis er gjort til skamme. Adviserne er brugbare redskaber, som skaber sikkerhed og dokumentation.

Der er dog også eksempler på implementeringer, som er gået trægt, fordi der er anvendt mange ressourcer på at beskrive arbejdsgange og afdække rutiner samt udvikle snitflader mellem systemer og teste disse.

9. Konklusioner og anbefalinger

Dette kapitel afslutter og resumerer vores evaluering af MedComs Sygehus-Kommune XML-projekt. Indledningsvis behandles vores konklusioner og vurderinger på baggrund af kapitel 4 til 8. Dernæst præsenteres vores anbefalinger.

Konklusioner

Det er først og fremmest vores klare vurdering, at Kommune-Sygehus XML-projektet udgør en ret væsentlig aktivitet i udviklingen af den fremtidige tværsektorielle elektroniske kommunikation på sundhedsområdet. Derfor finder vi også, at projektet bør videreføres. Vores konklusioner baseret på de forudgående kapitler fremgår nedenfor.

Udbredelse og forankring. Projektets ønskede udbredelse af den simple advis-kommunikation mellem sygehusafdelinger og kommuner er ikke nået. Målet var, at 75% af landets befolkning var dækket, men med udgangen af 2005 var det kun tilfældet for 43% af befolkningen. Videre er der markant forskel mellem antallet af kommuner, der modtager adviser, og antallet af kommuner, der svarer.

Projektets forankring er meget varierende blandt amterne. I Fyns Amt, Frederiksborg Amt og Storstrøms Amt er alle eller næsten alle kommuner omfattet, mens forankringen i de øvrige amter er forholdsvist sporadisk. Det er problematisk, fordi de mindsker sygehusenes incitament til at medvirke; det er simpelthen for besværligt at skelne mellem forskellige kommunikationspraksiser over for kommuner, der er henholdsvis ikke er omfattet af projektet.

Teknologiske og organisatoriske rammer. Advis-kommunikationen foregår på kommunesiden i en række forskellige systemer, herunder enten i sags- og advis-systemet eller i EOJ-systemet eller i begge systemer. Meget få kommuner oplyser, at de videresender adviser til mobilt kommunikationsudstyr.

På sygehussiden anvendes det patientadministrative system og enkelte steder også sygehusets EPJ-system.

I kommunerne er organiseringen af advis-kommunikation fortrinsvis forankret i visitationen, sygeplejen og ældreplejen, som i langt de fleste tilfælde undersøger, om der er nye adviser flere gange under hver vagt eller mindst ved hvert vagtskifte. Fordelingen af adviser sker de fleste steder efter en hel fastlagt rutine. I enkelte kommuner anvendes advis-kommunikationen også på bistandsområdet, hvor praksis imidlertid er noget anderledes. F.eks. undersøges det meget sjældnere, om der er nye adviser.

Sygehusene synes ikke at anvende indlæggelsesssvarene i særlig stor udstrækning, hvilket bl.a. henføres til manglende viden om deres eksistens på afdelingerne.

Kommunerne har iagttaget, at advis-kommunikationen også sker, når en borger skifter sygehusafdeling. Det opleves u hensigtsmæssigt og som en kilde til irritation.

Anvendelsen af adviser. Fra primo 2003 til ultimo 2005 er mængden af adviser pr. måned næsten fordoblet. De meget basale oplysninger i adviserne anvendes i meget vid udstrækning af kommunerne, navnlig i ældreplejen.

På sygehusene er anvendelsen af adviserne meget afhængig af, hvor mange af kommunerne i området der er omfattet, og af, hvilke systemer der anvendes. Videre kan der være problemer med, om kommunernes oplysninger i indlæggelses svar ikke er korrekte eller er mangelfulde.

Derfor er der, og vil der fortsat være, behov for kommunikation mellem sygehus og kommune via telefon og telefax, selv om korrespondancemeddelelser med tiden vil mindske behovet.

Kvalitet og brugbarhed. På trods af de meget basale oplysninger, der indeholdes i de simple adviser, anses de generelt for gode og brugbare; også selv om det på sygehussiden erkendes, at anvendelsen endnu er beskedent. Samtidig er der store forventninger til de muligheder, som vil følge med korrespondancemeddelelser, udskrivningsvarsler osv.

Problemer. Advis-kommunikationen præges grundlæggende af tre problemer:

- Sygehusenes registreringer af indlæggelser og udskrivinger er ikke alle steder tidstro, hvilket giver "støj" i kommunerne og medfører, at andre former for kommunikation opretholdes.
- Kommunerne modtager adviser, når patienter flyttes mellem afdelinger og mellem sygehuse. Det medfører mange adviser, som kommunerne ikke skal forholde sig til, og som er inderligt overflødige for dem. Tilsvarende kan midlertidige udskrivelser og ambulante behandling give adviser, som kommunen ikke skal benytte, men som alligevel modtages.

- Både kommuner, sygehuse og praktiserende læger efterspørger adviser, der indeholder yderligere kommunikationsmuligheder og således gør det muligt at dele fagligt vigtige informationer mellem de tre parter.

Effektivitet. Alligevel er der tilslutning til advis-kommunikationen, og forventningerne er store. Allerede med den simple advis-kommunikation opleves effektivitetsforbedringer i hverdagen, såsom bedre overblik, hurtigere information, behov for mindre kommunikation via telefon og telefax samt sparet besvær blandt frontpersonalet. Det fremhæves imidlertid også, at effektivitetsforbedringerne først vil slå igennem, når nogle af de ovennævnte problemer er løst.

Gevinster. Efter respondenternes opfattelse er gevinsterne ved projektet først og fremmest fordelene ved at vide præcist, hvor borgerne befinder sig, så unødige besøg kan undgås. De afledte gevinster er mere effektiv planlægning og ressourceudnyttelse for både administrative og udførende enheder.

Projektets afvikling. Projektet synes at nyde stor tilslutning blandt de, der har haft en direkte tilknytning til dets afvikling. Det er opfattelsen, at projektet er fuldstændig afstemt med og understøtter andre lignende initiativer inden for sundhedssektoren i særdeleshed og inden for digital forvaltning generelt. Det fremhæves f.eks., at valget om at basere projektet på XML-standarderne er fremtidssikret; ikke mindst i forhold til EDIFACT-standarderne.

Projektet roses for at være velorganiseret, selv om der til tider har været mange omkring bordet. Et kritikpunkt er, at projektet ikke tilnærmelsesvist har nået sine mål for, hvor udbredt den simple advis-kommunikation skulle være med udgangen af 2005. Der vil formentlig være forskellige opfattelser af, om 75%'s udbredelse har været det rette mål for projektet, men en faktisk udbredelse på 43% er langt fra målet. Der er gode forklaringer – arbejdet med GEPI, teknologisk efterslæb på nogle sygehuse og strukturreformen – men alligevel synes målet at have været urealistisk fra begyndelsen.

Det er samtidig projektets akilleshæl: Sygehusene har først for alvor incitament til at medvirke, når alle kommuner i oplandet til et sygehus er omfattet. Men kommunerne har først for alvor udbytte af kommunikationen, når det er muligt at udveksle mere indholdsrig kommunikation.

Der er pilotprojekter med udveksling af korrespondancemeddelelse, så projektet er med til at sikre, at de tekniske kompetencer til den fremtidige anvendelse af mere indholdsrig kommunikation er til stede, om end kun i begrænset omfang i anvendelse.

Anbefalinger

Som nævnt indledningsvis i dette kapitel er det først og fremmest vores klare vurdering, at Kommune-Sygehus XML-projektet udgør en ret væsentlig aktivitet i udviklingen af den fremtidige tværsektorielle elektroniske kom-

munikation på sundhedsområdet. Derfor finder vi også, at projektet skal videreføres med det sigte at:

- Opnå landsdækkende udbredelse af den simple kommunikation snarest muligt mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger.
- Identificere, udvikle og implementere yderligere adviser med mere komplekst indhold, men uden muligheder for kommunikation i fri tekst.
- Afklare og eliminere eventuelle regulatoriske begrænsninger i anvendelsen af mere komplekse og indholdsrige meddelelsesformer.
- Fremme systemleverandørernes fokus på at understøtte denne mere komplekse kommunikation.
- Udbrede de mere komplekse og indholdsrige meddelelsesformer såsom korrespondancemeddelelsen og varsling om udskrivning baseret på de erfaringer, MedCom har fra de igangsatte pilotimplementeringer. Vi har iagttaget, at dette også er hensigten for MedCom V.

Efter vores vurderinger er projektets største udfordringer at opnå større forankring af projektet i amterne, dvs. de kommende regioner. Dvs. at flere kommuner tilslutter sig kommunikationsstandarder og får tilpasset administrative rutiner til den elektroniske meddelelsesform.

En anden væsentlig udfordring er at afklare, om meddelelsesformer, hvor det er muligt at skrive i fri tekst, er omfattet af undtagelsen i § 12 c i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven). Der er udfordringer i at beskytte personlige data, men samtidig kan det være svært at få samtykke i alle situationer.

Det er også en udfordring for projektet, at der er kommuner, der modtager adviser, men som IKKE sender indlæggelsesvar. Hele projektet hviler på en gensidig forpligtelse til at sende kommunikation, som en anden part kan have nytte af.

Anvendelsen af advis-kommunikationen inden for kommunen kan med fordel udvides, så også sundhedsplejerskerne kan være orienteret. Det vil ikke mindst være relevant, når egen læge også kommunikerer elektronisk med andre end sygehusene. Det vil ligeledes være relevant, når en borger efter indlæggelse for første gang har brug for hjemmepleje.

Bilag og tabeller

A. Kommunernes systemunderstøttelse

	Respondenter		Landsdækkende	
Intet (sic!)	4	-	-	-
KMD Sags- og advissystem KMD omsorg	9	15%	15	7%
Lyngsø Omsorgssystem	5	8%	11	5%
Ementor M-Care	1	2%	3	1%
Rambøll Care	14	23%	74	34%
CSC Scandihealth VITAE	15	25%	40	18%
Zealand Care Uniq	16	27%	77	35%
	64		220	

Kilde: MedCom og spørgeskemaundersøgelse.

Note: MedComs opgørelse af systemer omfatter 217 kommuner, dvs. at der er kommuner med mere end et system.

B. Organisering i kommunerne

Hvem inden for gruppen undersøger, om der er modtaget nye indlæggelses- og udskrivnings-adviser?

	Indlæggelses-adviser		Udskrivnings-adviser		N
Visitator	45	80%	45	80%	56
Gruppenleder/leder	37	58%	36	56%	64
Gruppesekretær/sekretær	23	36%	22	34%	64
Alle gruppemedarbejderne/medarbejderne	16	25%	16	25%	64

Hvor tit undersøges det, om der er kommet nye adviser?

	Indlæggelses-adviser		Udskrivnings-adviser		
Et par gange om ugen	4	6%	4	6%	
Én gang dagligt	15	23%	15	23%	
Ved hver vagtstart	19	30%	20	31%	
Flere gange i løbet af en vagt	26	41%	25	39%	
I alt	64	100%	64	100%	

C. Kommunikationsmængde

Formlen nedenfor beregner, hvor mange procent flere indlæggelsesvar der burde være givet, at alle kommuner sendte indlæggelsesvar. Beregningen er baseret på månedsstatistikken for december 2005 og på et simpelt gennemsnit for kommuner, der sender indlæggelsesvar.

$$\Delta N_{IS} = \frac{(n_{IS+}/n_{IA+}) \times n_{IA+}}{n_{IS+}} \times 100$$

$$\Delta N_{IS} = \frac{(8024/37351) \times 4919}{8024} \times 100$$

$$\Delta N_{IS} = 13\%$$

ΔN_{IS} : Antal procent flere indlæggelsesvar

n_{IS+} : Antal indlæggelsesvar i kommuner, der sender indlæggelsesvar

n_{IA+} : Antal indlæggelsesadviser i kommuner, der sender indlæggelsesvar

n_{IA-} : Antal indlæggelsesadviser i kommuner, der ikke sender indlæggelsesvar

D. Anden kommunikation end adviser

Kommunikeres der mellem kommune og sygehus på anden vis?		På hvilken anden vis kommunikeres der mellem kommune og sygehus?	
Ja	51	→ Telefon	48
Nej	13	Fax	40
		Post	8
		E-post	2
Gennemsnitligt antal medier			1,92

Note: Respondenterne har kunnet angive mere end et medie.