



Den kommunale
sygeplejers behov
for diagnostiske
oplysninger

DEN KOMMUNALE SYGEPLEJES BEHOV
FOR DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Carve Consulting P/S, november 2019

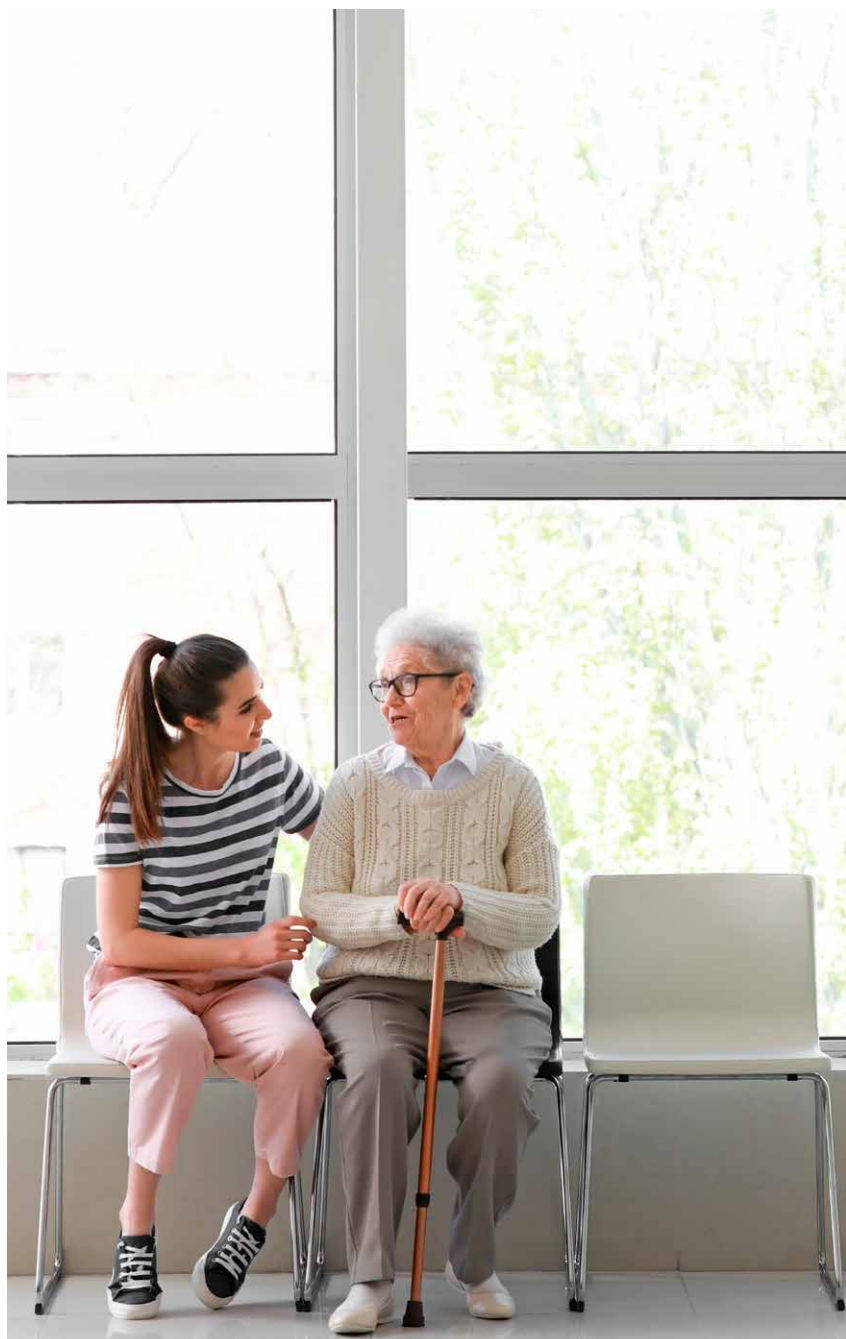
Rapporten kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes
henvendelse til:
CARVE CONSULTING P/S
Nørre Voldgade 11, 2 og 4. sal
DK-1358 København

Henvendelser angående rapporten bedes
rettes til Lise Adelvist, Partner,
på info@carve.dk.

Nærværende analyse og rapport
er gennemført af Carve Consulting
på vegne af KL.

DESIGN
amo design/ v. Anne Mette Dion
Beyer Design



Indhold

SAMMENFATNING	2	6. FREMADRETTET ADGANG TIL OG ANVENDELSE AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER ('TO BE')	24
1. BAGGRUND	4	6.1 Adgang til diagnostiske oplysninger via omsorgssystemet	25
1.1 Stigende efterspørgslen efter diagnostiske oplysninger	4	6.2 Fremtidig vedligehold af diagnostiske oplysninger	26
1.2 Diagnostiske oplysninger i kommunal praksis	5	6.3 Relevante patientpopulationer	26
1.3 Sundhedsdataprogrammet	7	6.4 Brug af diagnostiske oplysninger til sekundært brug	27
2. FORMÅL MED ANALYSEN	8	6.5 Opgaveflytning til den kommunale sygepleje	29
2.1 Afgrænsning af opgaven	8	6.6 Efterspørgsel efter de handlingsanvisende	31
3. MÅLGRUPPE	9	7. OPSAMLING	32
4. METODE	10	7.1 Fælleskommunal model der understøtter den kommunale sygeplejes behov for diagnostiske oplysninger	34
4.1 Afgrænsning af genstandsfelt	10	8. ANBEFALINGER	36
4.2 Dataindsamling	11	9. PERSPEKTIVERING	38
4.2.1 Udvælgelse af informanter	11	9.1 Øget synlighed af sygeplejens opgaveløsning	38
4.2.2 Gennemførelse af interviews	12	9.2 Anvendelse af avancerede analytiske modeller	40
4.3 Databehandling	13	BILAG 1	42
4.4 Verificering af rapportens fund og anbefalinger	13		
5. SYGEPLEJENS ANVENDELSE AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER ('AS IS')	14		
5.1 Indhentning af diagnostiske oplysninger	15		
5.2 Notering af diagnostiske oplysninger	16		
5.3 Verificering af de diagnostiske oplysninger	18		
5.4 Vedligehold af diagnostiske oplysninger	21		
5.5 Anvendelse af diagnostiske oplysninger	22		

Sammenfatning

FORMÅL

Nærværende analyse har til formål at belyse, hvilke oplysninger om borgernes diagnoser, primært fra kontakter med praksissektoren og hospitaler, som den kommunale sygepleje efterspørger og på sigt ønsker systematisk tilgængelige i de kommunale Elektroniske Omsorgs Journalsystemer (EOJ).

Der ønskes udarbejdet en afdækning af de behov, som de sundhedsfaglige medarbejdere i den kommunale sygepleje har, for oplysninger om borgeres/patienters diagnoser fra almen praksis og hospitaler. Med behov, menes både behov i forbindelse med den sygeplejefaglige indsats overfor den enkelte borger samt behovet for anvendelse af informationen til statistiske formål.

METODE

I analysen deltog i alt otte casekommuner (Kerteminde, Rødovre, Kalundborg, Sønderborg, Roskilde, Herning, Aalborg og København).

Der blev gennemført i alt seks fokus-gruppeinterviews, mens de øvrige fire interviews blev gennemført som telefon- eller skypeinterviews. Der blev i alt interviewet 33 driftsansvarlige/ledere af sygeplejen og chefer for sundhedsforvaltningen med ansvar for hjemmesygeplejen samt sygeplejersker. Der deltog 3-6 nøgleinformanter ved hvert fokusgrubeinterview.

RESULTAT AF ANALYSEN

Sygeplejens anvendelse af diagnostiske oplysninger ('as is')

Samtlige casekommuner anvender aktuelt diagnostiske oplysninger om borgerne i et vist omfang og afhængig af, om oplysningerne kan indhentes.

Sygeplejerskerne i casekommunerne anvender mange og forskelligartede kilder til at få information om borger-

nes diagnostiske oplysninger. Dette kan fx være fra udskrivningsrapporter, plejeforløbsplaner, henvisninger, genoptræningsplaner (GOP'er), vurderinger foretaget af visitationen, det Fælles Medicinkort (FMK), epikrisen (såfremt den er til rådighed), ved at spørge borgeren eller pårørende, ved korrespondance med hospitalet/sygehuset eller via den praktiserende læge.

Der er på tværs af casekommunerne forskel på, hvorvidt de indhentede diagnostiske oplysninger, må indtastes i den enkelte casekommunes EOJ-system – og i så fald hvordan.

Såfremt de diagnostiske oplysninger indtastes i EOJ-systemet, er dette typisk under feltet helbredsoplysninger eller under feltet helbredstilstande (jf. bilag 1), hvor oplysningen almindeligvis indtastes som prosatekst eller med en diagnosekode efterfulgt af prosatekst.

Størsteparten af casekommunerne – men ikke alle – har udformet procedurebeskrivelser, som foreskriver, at hvis de diagnostiske oplysninger er indhentet fra fx borgeren skal disse verificeres via egen læge eller hospitalet (mundtligt eller skriftligt), førend de må indtastes i EOJ-systemet.

Samtlige casekommuner beskriver procedurerne med indsamling og verificering af de diagnostiske oplysninger som uhensigtsmæssige, da de både er tids- og ressourcekrævende.

Casekommunerne peger på, at den manglende systematisering og standardisering ved såvel indsamling og håndtering af diagnostiske oplysninger medfører en øget risiko for, at den enkelte sygeplejerske i en travl hverdag enten ikke får verificeret oplysningerne, eller at de indsamlede oplysninger er ukorrekte eller mangelfulde.

Vedligehold og anvendelse af diagnostiske oplysninger

De deltagende casekommuner har aktuelt ingen kortlagte procedurer for, hvorledes de indtastede diagnostiske oplysninger vedligeholdes såfremt de er indført i EOJ. Som følge heraf foregår det aktuelt ikke systematisk.

Samtlige casekommuner anvender udelukkende de diagnostiske oplysninger til at understøtte den sygeplejefaglige indsats i håndteringen af den enkelte borger og ikke til statistiske formål.

Fremadrettet adgang til og anvendelse af diagnostiske oplysninger ('to be')

De medvirkende casekommuner beskriver alle et behov for, og efterspørger en mere systematisk adgang til diagnostiske oplysninger om den enkelte borger.

Casekommunerne ønsker, at de diagnostiske oplysninger gøres tilgængelige på en enkel, systematisk og standardiseret måde. Oplysningerne skal således, ifølge casekommunerne, samles et sted i EOJ-systemet, som muliggør et hurtigt overblik og systematisk vedligehold.

Oplysningerne bør, ifølge casekommunerne, præsenteres som koden (fx SKS-koden) efterfulgt af dertilhørende prosatekst.

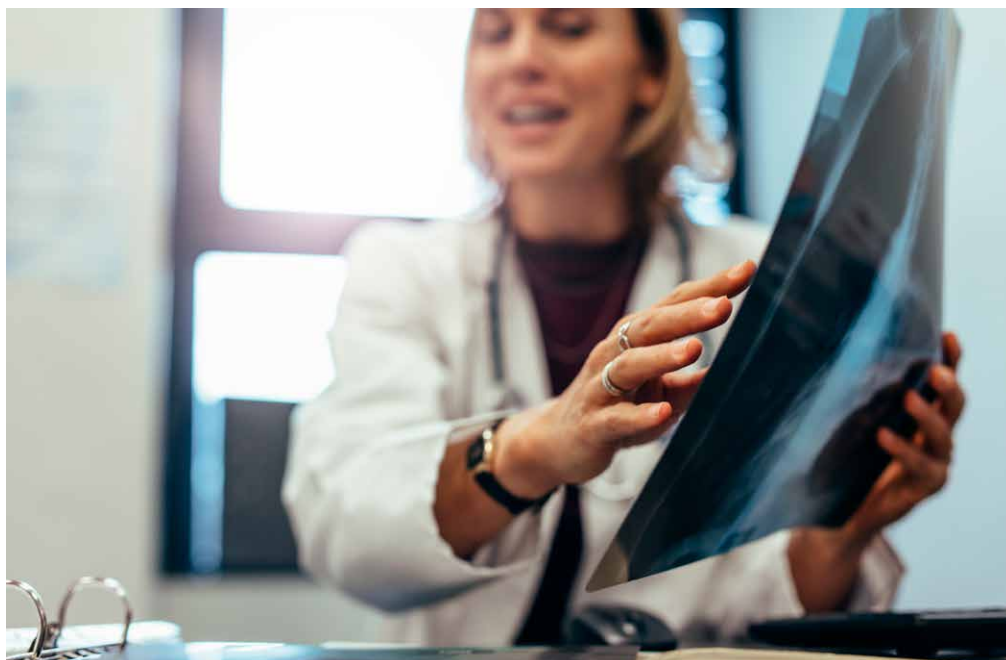
Ved elektronisk integrering af de diagnostiske oplysninger i de kommunale EOJ-systemer er det for casekommunerne en forudsætning, at oplysningerne er valide, så sygeplejerskerne ikke skal bruge tid på at verificere oplysningerne via lægen. Casekommunerne efterspørger således, at der oprettes en valideringsprocedure, som løbende sikrer, at de angivne diagnostiske oplysninger er korrekte.

Casekommunerne peger på, at vedligehold af diagnostiske oplysninger er et lægeligt ansvar. De diagnostiske oplysninger skal derfor ikke kunne slettes eller redigeres af sygeplejerskerne i EOJ-systemet. De skal, ifølge casekommunerne, udelukkende kunne ændres eller opdateres af den behandlingsansvarlige læge, som har oprettet oplysningen i almen praksis eller på hospitalet. Casekommunerne ønsker ligeledes, at der udarbejdes procedurebeskrivelser, som på standardiseret vis beskriver, hvordan oplysningerne skal oprettes samt præcise procedurer for vedligehold.

Generelt udtrykker casekommunerne et ønske om at have systematisk adgang til diagnostiske oplysninger om alle patientpopulationer. Såfremt det ikke er muligt, ønsker casekommunerne systematisk adgang til de kroniske somatiske sygdomme, såsom diabetes, hjerte-kar-sygdomme, neurologiske sygdomme som fx demens og Parkinsons sygdom samt KOL. Derudover efterspørges særligt psykiatriske diagnoser.

Foruden at anvende de diagnostiske oplysninger til understøttelse af den sygeplejefaglige praksis, ønsker casekommunerne at anvende de diagnostiske oplysninger til sekundært brug i aggregerede form til statistiske formål.

Diagnostiske oplysninger i aggregeret form vurderes af casekommunerne at kunne bidrage til mere målrettet styring i den enkelte casekommune, herunder økonomisk styring og et mere oplyst grundlag for fx prioritering af borgerne. Casekommunerne vurderer ligeledes, at oplysningerne i aggregeret form kan medvirke til udvikling af den kommunale sygepleje, herunder fx kompetenceudvikling af sygeplejerskerne såvel som indretning og udbygning af plejecentre.



ANBEFALINGER

Nærværende analyse har fundet, at der blandt casekommunerne er et udtalt behov for og efterspørgsel efter en mere systematisk og enkel adgang til diagnostiske oplysninger i den kommunale sygepleje. Ønskes det at udvikle en fællesoffentlig model, der kan imødekomme den kommunale sygeplejes behov for diagnostiske oplysninger, er der en række væsentlige faktorer, der er nødvendige at tage i betragtning, inden den endelige løsning udvikles.

Ved udvikling af en konkret løsning skal der tages højde for, hvor de diagnostiske oplysninger og andre helbredsoplysninger fødes, og hvordan de i dag deles tværssektorielt, for således at kunne pege på hvilken løsning, der bør udvikles.

Da der aktuelt ikke er en struktur for vedligehold af diagnostiske oplysninger, er der behov for at klarlægge, hvor vedligeholdelsesansvaret skal placeres og hvordan det implementeres ift. hospitalssektoren, speciallægerne og

særligt ift. de praktiserende læge. I forhold til de kommunale behov er det vigtigt for casekommunerne, at sygeplejerskerne ikke fortsat skal bruge tid på fx verificering af oplysningerne via praktiserende læge.

Sygeplejerskerne i casekommunerne har primært fokus på det handlingsanvisende, som udløses af en given diagnose, og de skelner generelt ikke mellem, om der er tale om fx aktionsdiagnoser eller henvisningsdiagnoser. Det skal klarlægges, om en standardiseret, strømlinet og målrettet deling af eksisterende informationer tværssektorielt i sundhedsvæsenet kan imødekomme sygeplejerskernes behov.

Endelig er det væsentligt, at man i udviklingen af en fælleskommunal løsning tager højde for de juridiske retningslinjer, der vil være i forbindelse med deling og anvendelse af diagnostiske oplysninger tværssektorielt og til flere forskellige formål.

1. Baggrund¹

Diagnoser anvendes, ifølge det medicinske paradigme, til at beskrive årsagsforhold, sygdomsudvikling, karakteristiske symptomer, forløb, forudsigelse og behandling. At stille en diagnose består dermed i at bestemme en sygdoms art. Diagnosen skal således udgøre en skelnen mellem sygdom og ikke sygdom, og herunder, på baggrund af de kliniske tegn og symptomer, afgrænse de individer, der måtte have et behandlingsbehov².

Diagnosen opfattes traditionelt primært som et arbejdsredskab for læger, men i takt med diagnosers udbredelse og anvendelse i andre dele af sundhedsvæsenet og samfundet, er diagnosen ikke længere afgrænset til lægelig anvendelse.

Klassifikationssystemer

Diagnoser kan inddeles i klassifikationer, hvis formål er at bidrage til klinisk anvendelighed. Formålet er at skabe klarhed og gennemskelighed i anvendelsen af diagnoser, som forudsætning for en egnet behandling. Derudover er formålet med de internationale diagnoseklassifikationer at udbrede en ensartet klassifikation verden over og derigennem at fremme internationalt samarbejde.

International Classification of Diseases

I hospitalsvæsenet anvendes primært Klassifikation af Sygdom, som er en dansk tilrettet version af ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Dette er et diagnosesystem af sygdomme – og andre helbredsrelaterede

tilstande – udformet af World Health Organisation (WHO). Diagnoseklassifikationen indeholder koder for diagnoser, symptomer, helbredsproblemer og andre årsager til patientens kontakt med sundhedsvæsenet. Ifølge ICD-10 kan der anvendes hoved- og bidiagnoser ved samtidig tilstedeværelse af to (eller flere) syndromer³.

Der anvendes forskellige diagnosearter, fx "aktionsdiagnoser", der er den diagnose, som har ført til en given indlæggelse, et plejebehov eller fx et ambulantly forløb. Aktionsdiagnosen er således den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Har patienten flere konkurrerende diagnoser ift. en given undersøgelse og behandling, betragtes den diagnose, der vurderes som værende alvorligste – også for prognosen på længere sigt – som aktionsdiagnosen. Diagnostiske oplysninger, der udover aktionsdiagnosen supplerer beskrivelsen af patientkontakten som fx en tilgrundliggende sygdom, anføres som bidiagnoser.

Den diagnose, som fremgår af en henvisning, registreres som en henvisningsdiagnose. Der arbejdes desuden med en midlertidig diagnose (arbejdsdiagnose), der anvendes som hypotese i det kliniske undersøgelses- og behandlingsforløb.

International Classification of Primary Care⁴

I almen praksis anvendes overvejende et internationalt klassifikationssystem til beskrivelse af helbredsproblemer

kaldet International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). Dette klassifikationssystem er et hierarkisk opbygget system, som beskriver de helbredsproblemer – henvendelsesårsager, symptomer og diagnoser – der udgør almen praksis' arbejdsopgaver. Klassifikationssystemet er udviklet i regi af World Organization of Family Doctors (WONCA), herunder WONCA's International Classification Committee (WICC). Systemet er accepteret af WHO, som en del af WHO's Family of International Classifications.

ICPC-2-DK er den danske version, som anvendes i de Elektroniske Patient Journalsystemet (EPJ). Det er en opdatering af ICPC-e, hvori ca. 2500 praksisrelevante ICD-10-diagnoser er integreret.

1.1 STIGENDE EFTERSPØRGSEL EFTER DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Indlæggelsestiden på hospitalet er i de senere år afkortet, hvilket bl.a. er drevet af de organisatoriske omlægninger, som hospitalssektoren har undergået med omlægning fra stationær til ambulantly behandling. For patienter +65 år er antallet af indlæggelser på under 12 timer fx steget med 59% i perioden fra 2009 til 2014⁵.

Kortere indlæggelsestid medfører, at opgaver flyttes mellem hospitaler, almen praksis og kommuner, hvilket stiller større krav til den kommunale sygepleje. Den skal i dag varetage langt flere borgere med komplekse sygdomsforløb, som i mange tilfælde fortsat modtager fx sundhedslovsydelse

¹ Det Ethiske Råd 2016. Diagnose som begreb og praksis. Version 1.0 (baseret på Erik Simonsen og Bo Møhl. Grundbog i Psykiatri, 2010, Hans Reitzel).

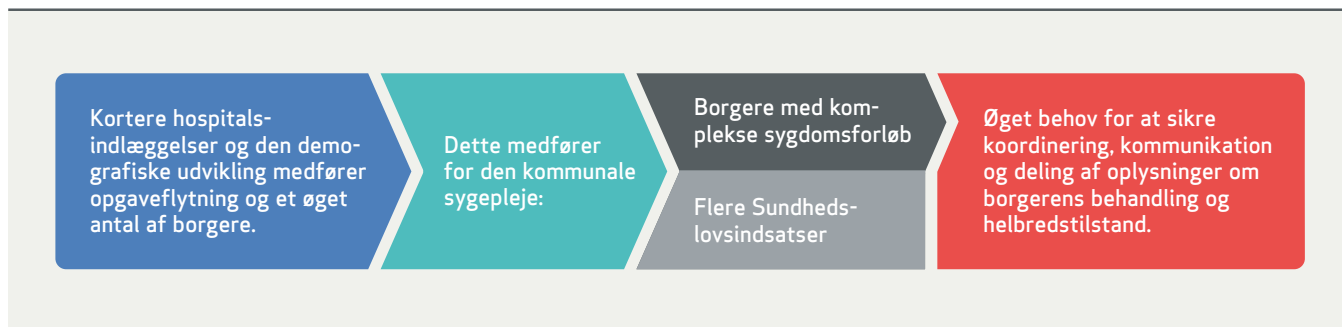
² www.denstordanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sundhedsvidenskaber/terminologi/diagnose (website tilgået den 30. oktober, 2019)

³ International classification of diseases for oncology (ICD-O), second ed. Geneva, World Health Organization, 1990.

⁴ www.dsam.dk/flx/kvalitet/icpc_link_til_dak_e/om_icpc (website tilgået den 8. august, 2019).

⁵ Dansk sygeplejeråd, 2016 – Notat: flere korttidsindlæggelser blandt ældre patienter

FIGUR 1.
KONSEKVENSER AF OPGAVEFLYTNING



Figur 1 skitserer konsekvenserne af opgaveflytningen fra hospitalet til den kommunale sygepleje.

(§138) (bilag 1), end hvad tidligere var tilfældet⁶. Denne opgaveflytning er, foruden de organisatoriske ændringer på hospitalerne, også foranlediget af en udvikling i teknologier og behandlingsformer, som muliggør, at flere sundhedslovsydelser kan løses uden for hospitalerne. Den demografiske udvikling med en øget ældrebyrde giver endnu en effekt i forhold til et øget antal af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver⁷ (figur 1).

I en Momentum-rundspørge fra 2016 svarede samtlige af de adspurgte kommuner, at sammenlignet med 5 år tidligere løses der i kommunerne i dag flere sundhedslovsindsatser, som tidligere blev løst på hospitalet. Hele 99% af de adspurgte kommuner svarede, at der udføres opfølgende kompleks sygepleje efter udskrivelsen fra hospitalet, mens 95% svarer, at der er et øget antal af koordinationsaktiviteter som følge af, at borgerne er mere svagelige efter udskrivelse fra hospitalet⁸.

I takt med denne udvikling øges behovet for at sikre koordinering, kommunikation og deling af oplysninger om borgerens behandling og helbredstilstand. Kommunerne påpeger, at udover kompetenceløft og flere ressourcer er bedre kommunikation og videndeling mellem sektorerne en forudsætning for, at sundhedsydelserne kan løftes⁶.

1.2 DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER I KOMMUNAL PRAKSIS

Behovet for en effektiv kommunikation mellem hospitaler, almen praksis og den kommunale sygepleje er, som beskrevet ovenfor, øget væsentligt i takt med den generelle opgaveflytning fra hospitalssektoren til det primære sundhedsvæsen.

Der beskrives i mange tilfælde vanskeligheder i overgangen inden for sektorer og i særdeleshed mellem sektorer. Patienterne oplever særligt overgangsproblemer i sundhedsvæsenet i forhold

til en manglende eller u hensigtsmæssig deling af oplysninger igennem behandlingsforløbet. De beskriver, at der efter udskrivelse fra hospitalet ikke i tilstrækkelig grad udveksles informationer mellem hospitalsafdelingen, praktiserende læge, hjemmeplejen og eventuelle speciallæger. Tilsvarende beskriver kommunerne, at overgangsvanskelighederne bl.a. opstår som følge af, at de ansatte, der skal varetage behandlingen efter udskrivelse, ikke har adgang til relevante oplysninger om borgerens helbredstilstand, herunder diagnostiske oplysninger⁶.

En ny rapport om borgernes tilfredshed med sektorovergange på sundhedsområdet peger på, at borgernes tilfredshed med kontakten til kommunen efter udskrivelse fra hospitalet er lavere end tilfredsheden med kontakten til almen praksis. Over halvdelen af de adspurgte svarede, at de generelt var tilfredse med kontakten med kommunen efter

⁶ DEFACTUM*, Region Midtjylland, marts 2018 - Fortællinger om sektorovergange

⁷ Dansk Sundhedsinstitut, 2009 - Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling

⁸ Kommunernes Landsforening, 2016 - Momentum-undersøgelse blandt de kommunale sundhedschefer



udskrivelse, men en stor del af de adspurgte var mindre positive og vurderede, at kommunens medarbejdere ikke i tilstrækkelig grad var informeret om, hvilken behandling de havde modtaget på hospitalet og det videre forløb¹⁰.

Patienter, der udskrives til den kommunale hjemmepleje, er ofte ældre borgere med komplekse sygdomsforløb, hvilket er afspejlet ved flere borgere med kroniske lidelser og kognitive udfordringer som følge af fx demens⁸. Disse patienter har en betydelig kontakt med mange forskellige sundhedsaktører og behov, der skal varetages af hospitalsvæsenet såvel som praktiserende læge og det kommunale sundhedsvæsen¹¹. De aktuelle it-systemer er historisk udviklet til at understøtte de enkelte sektors opgaver og ikke til at varetage en tværgående kommunikation, der kan sikre en koordinering af patientens behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Den øgede opgavekompleksitet i kommunerne har medført, at der i dag er et større behov for informationsdeling, herunder deling af patientinformationer om helbredstilstand og diagnostiske oplysninger. Undersøgelser peger på, at det tværsektorielle samarbejde med fordel kan understøttes af flere fælles elektroniske systemer, da deling af diagnostiske oplysninger bl.a. er med til at skabe en bedre opfølgning på borgeren¹².

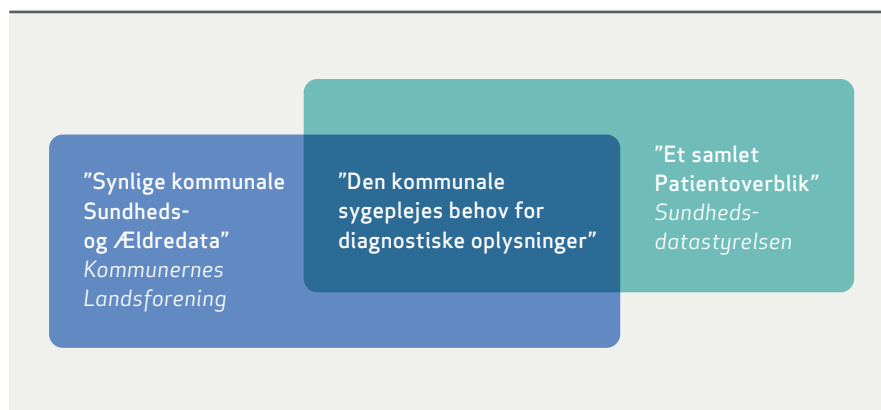
I takt med den ovenfor beskrevne opgaveflytning, hvor dele af indsatsen flyttes fra hospitalssektoren til den kommunale sygepleje, ændres behovet

for oplysninger om borgerens helbreds-tilstand og diagnoser tilsvarende. Hvor diagnostiske oplysninger tidligere primært har været anvendt af læger, bruges oplysningerne i dag i højere grad på tværs af sundhedsvæsenet¹. Der er derfor behov for at kortlægge, om den kommunale sygepleje efterspørger diagnostiske oplysninger og i så fald hvilke diagnostiske oplysninger fra kontakter med almen praksis og hospitalerne, som den kommunale sygepleje efterspørger. Ligeledes bør det belyses, hvilke fremadrettede ønsker, der er til at få stillet diagnostiske oplysninger til rådighed for på mere effektiv og målrettet vis at kunne løse de kommunale sundhedsudfordringer.

1.3 SUNDHEDSDATAPROGRAMMET

Sundhedsdataprogrammet er igangsat af Sundheds- og Ældreministeriet og er et nationalt udviklingsprogram med fokus på udvikling af IT-infrastruktur og samarbejde omkring brug og deling af sundhedsdata på tværs af stat, regioner og kommuner. Som en del af Sundhedsdataprogrammet er der iværksat en række projekter, der skal afdække, hvordan uddata på sundheds- og ældreområdet kan gøres tilgængelige tværkommunalt. Sundhedsdataprogrammets formål er at sikre stabile og relevante nationale sundhedsdata om kvalitet, aktivitet

FIGUR 2.
ANALYSENS POLITISKE OPDRAG



Figur 2. Illustration af det bagvedliggende politiske opdrag for analysen.
Kilde: Carve Consulting 2019.

og økonomi til sundhedspersonale på tværs af sektorer samt til beslutningstagere i sundhedsvæsenet. Det skal være enkelt og nemt at få adgang til sammenhængende sundhedsdata, og nationale data skal formidles ensartet og forståeligt via én brugerflade med mulighed for levering af data til digitale løsninger på tværs af sektorer¹³.

Et Samlet Patientoverblik

Sundhedsdatastyrelsen har igangsat programmet for et samlet patientoverblik, som blev etableret på baggrund af de behov og udfordringer, der blev kortlagt i afklaringsprojektet 'Digital understøttelse af komplekse,

tværgående patientforløb'. Et Samlet Patientoverblik har det overordnede formål at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ved at sikre digital adgang til oplysninger om patientens samlede situation.

Nærværende analyse er gennemført på vegne af projektgruppen bag Sundhedsdataprogrammet "Synlige kommunale sundheds- og ældredata" i Kommunernes Landsforening (KL), som på foranledning fra programstyregruppen 'Et Samlet Patientoverblik' under Sundhedsdatastyrelsen har varetaget gennemførelsen af nærværende analyse (figur 2).

¹⁰ Social- og indenrigsministeriets benchmarkingenhed, oktober 2019 – Borgernes tilfredshed med overgange på sundhedsområdet

¹¹ VIVE, 2018 – Komplexitet i den kommunale sygepleje – en analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen

¹² Sundhedsdatastyrelsen, 2016 – Digital understøttelse af komplekse tværgående patientforløb – sammenfattende rapport

¹³ Sundhedsdatastyrelsen, 2015. Vision Sundhedsdataprogrammet af 8. september 2015.

2. Formål med analysen

Nærværende analyse har til formål at belyse, hvilke diagnostiske oplysninger, primært fra kontakter med praksissektoren og hospitaler, som den kommunale sygepleje efterspørger og ønsker stillet til rådighed i de kommunale Elektroniske Omsorgs Journalsystemer (EOJ).

Der ønskes udarbejdet en afdækning af de behov, som de sundhedsfaglige medarbejdere i den kommunale sygepleje har for diagnostiske oplysninger om borgere/patienter for derved på effektiv vis at kunne løse de kommunale sundhedsopgaver. Med behov menes både behov ifm. den sygeplejefaglige indsats overfor den enkelte borger samt behovet for anvendelse af informationen til statistiske formål, så som planlægning, styring m.m.

På baggrund af analysens resultater udarbejdes der anbefalinger til en eller flere fælleskommunale modeller, som kan indfri den kommunale sygeplejes behov for diagnostiske oplysninger.

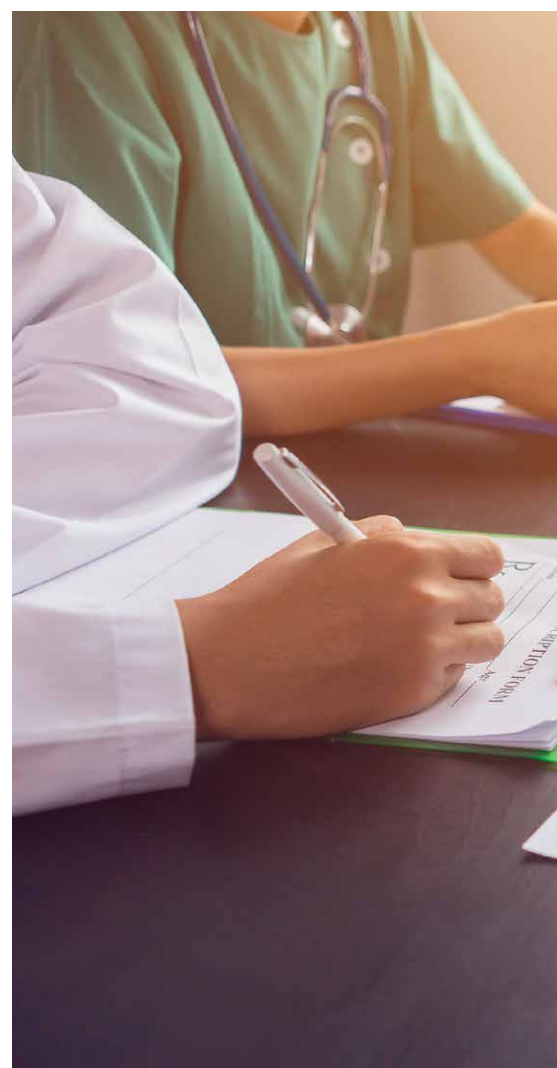
2.1 AFGRÆNSNING AF OPGAVEN

Nærværende analyse fokuserer udelukkende på den kommunale sygepleje. Analysen belyser derfor ikke fx

sygeplejerskers eller andre ansattes behov i hjemmeplejen, socialområdet eller tilsvarende. Analysens resultater og anbefalinger henvender sig derfor også navnlig til den kommunale sygepleje.

Analysen er ligeledes afgrænset til at belyse problemstillingen ud fra et sygeplejefagligt og ledelsesmæssigt perspektiv alene, og indeholder således ikke fx en gennemgang af de systemtekniske løsninger anvendt af den kommunale sygepleje. Analysen afdækker ikke konkrete mulige datamodeller ved hjælp af mulige dataudtræk fra sygeplejen. Analysen undersøger derfor ikke, hvorledes informations- og videndeling aktuelt foregår på tværs af sundhedssektoren. Der er desuden udelukkende anvendt interviewundersøgelser til at afdække sygeplejerskernes behov for diagnostiske oplysninger, og disse er ikke underbygget af fx observationer af praksis i nuværende arbejdsgange, anvendelse af systemtekniske løsninger mv.

Disse afgrænsninger er foretaget af KL med input fra relevante aktører (jf. afsnit 4.1).



3. Målgruppe



Nærværende udgivelse retter sig primært mod KL og de deltagende organisationer i Sundhedsdata-programmets styregruppe samt Sundhedsdatastyrelsens 'Et samlet patientoverblik's styregruppe.

Derudover kan analysen være af interesse for kommuner og individer med særlig interesse for tilgængeligheden af diagnostiske oplysninger

4. Metode

I nedenstående afsnit beskrives, hvilket design og metoder, der blev anvendt til afgrænsning af genstandsfeltet, dataindsamlingen og databearbejdningen samt udarbejdelsen af rapporten.

4.1 AFGRÆNSNING AF GENSTANDSFELT

I afsnittet nedenfor belyses metoden anvendt til afgrænsningen af analysens genstandsfelt for behovsafdækningen. Med behov refereres både til behov i forbindelse med den faglige indsats i klinisk praksis overfor individuelle borgere, samt statistiske behov i forbindelse med planlægnings- og styringsmæssige behov med udarbejdelse af fx ledelsesinformation baseret på aggregerede data.

Afgrænsning

Behovsafdækningens genstandsfelt ønskedes afgrænset til ét kommunalt sundhedsfagligt fokusområde med en vis volumen, så afdækningen kan skabe den størst mulige relevans for den kommunale praksis. Ydermere var det ønskeligt, at de sundhedsfag-

FIGUR 4.
DE FIRE METODEFASER



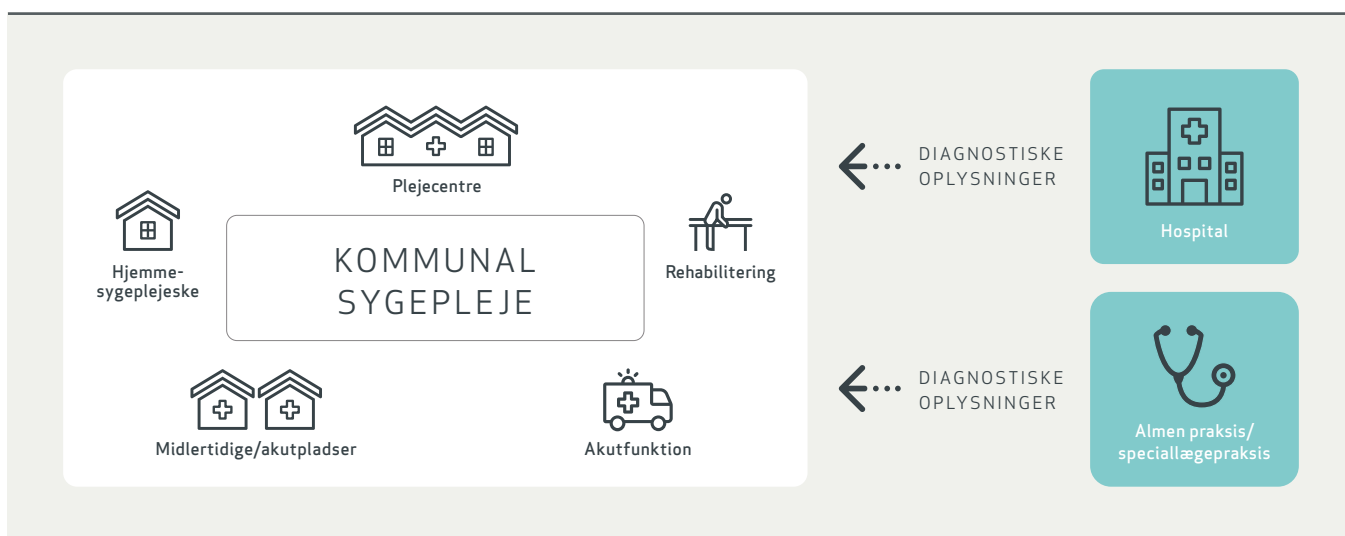
lige medarbejdere omfattet af det givne genstandsfelt havde kompetencerne til at håndtere de diagnostiske oplysninger mhp. at understøtte den sundhedsfaglige praksis. Dette bevirker, at behovsafdækningen kortlægger et område, som også reelt har et fagligt behov for adgang til oplysningerne.

Som et led i afgrænsningen blev relevante rapporter, handlingsplaner, nationale retningslinjer, partnerskaber, anbefalinger m.fl. indledningsvist gennemgået. Derudover blev centrale fagpersoner (specialister, sundhedsfagligt personale, faglige udvalg mv.) og relevante organisationer (Danske

Regioner, Sundheds- og Ældreministeriet, MedCom, Sundhedsdatastyrelsen, Sundhed.dk, Praktiserende Lægers Organisation (PLO)) konsulteret. Dette blev gjort med henblik på at kortlægge relevante resultater fra tidligere gennemførte undersøgelser, igangværende projekter og initiativer samt en indledende undersøgelse af relevante barrierer og muligheder for adgangen til diagnostiske oplysninger (særligt fra praksissektoren og hospitaler).

Med udgangspunkt i ovenstående kriterier, konsultationer og materiale er såvel forvaltningsområder, som faggrupper blevet undersøgt som mulige

FIGUR 3.
DET SYGEPLEJEFAGLIGE GENSTANDSFELT



Figur 3. Illustration af analysens sygeplejefaglige genstandsfelt. Kilde: Carve Consulting 2019.

afgrænsninger for genstandsfeltet. Disse er ligeledes vurderet i forhold til allerede igangværende tiltag indenfor et givet område samt vurderet i lyset af resultaterne fra eksisterende undersøgelser på området.

Genstandsfeltet for behovsafdækningen er endeligt drøftet med en referencegruppe nedsat specielt til at understøtte nærværende analyse. Referencegruppen består af deltagere fra Sundhedsdatastyrelsen (Et samlet patientoverblik), Danske Regioner og KL samt projektledelsen af projektet "Synlige kommunale sundheds- og ældredata". På baggrund af den eksisterende viden om området ved analysens igangsættelse, projektets opdrag i form af projektets initiativbeskrivelse samt processen beskrevet ovenfor, blev den kommunale sygepleje valgt som genstandsfelt (figur 3).

Analysen blev gennemført over fire faser (figur 4). I det følgende afsnit beskrives, hvorledes dataindsamlingen, databehandlingen og udformningen af rapporten blev gennemført.

4.2 DATAINDSAMLING

Dataindsamlingen blev gennemført via henholdsvis 1) fokusgruppeinterviews og 2) telefon- eller skypeinterviews.

Der blev gennemført i alt seks fokusgruppeinterviews, mens de øvrige fire interviews med informanter fra casekommunerne blev gennemført som telefon- eller skypeinterviews. Dette skyldes dels tidsmæssige og geografiske hensyn, dels ønsket om på bedst mulig vis at sikre en fyldestgørende afdækning af problemstillingerne vedrørende såvel organiseringen af den pågældende casekommune, informanternes begrebsforståelse, sygeplejens nuværende anvendelse af diagnostiske oplysninger

KOMMUNE(R)	REGION	INDBYGGERTAL, SAMLET FOR OPGAVEROMRÅDET (2018)	STØRRELSE, SAMLET
KERTEMINDE	Syddanmark	23.756	Lille
RØDOVRE	Hovedstaden	39.343	Mellem
KALUNDBORG	Sjælland	48.982	Mellem
SØNDERBORG	Syddanmark	74.650	Mellem
ROSKILDE	Sjælland	87.382	Mellem
HERNING	Midtjylland	88.733	Mellem
AALBORG	Nordjylland	213.558	Stor
KØBENHAVN	Hovedstaden	613.288	Stor

Tabel 1. viser en oversigt over casekommunerne. Størrelsen på områdeoptaget er defineret på følgende vis: Stor >100.000, Mellem <100.000 og >25.000 og Lille <25.000.

samt fremtidige ønsker til rådigheden og opbevaringen af oplysningerne.

4.2.1 Udvalgelse af informanter

De otte medvirkende casekommuner blev udvalgt på anvisning fra KL (tabel 1). Udvalgelsen af casekommunerne er baseret på ønsket om geografisk spredning og antallet af indbyggere i den pågældende casekommunes optageområde. Det blev ligeledes vægtet, at de udvalgte casekommuner tidligere havde medvirket eller på anden vis bidraget til projekter, initiativer mm., hvor brugen af diagnostiske oplysninger i den kommunale sygepleje var blevet drøftet. Derved sikredes det, at casekommunerne havde gjort sig nogle refleksioner om udbyttet ved og behovet for adgangen til diagnostiske oplysninger.

Nøgleinformanter i casekommunerne blev udvalgt af den pågældende kommune på baggrund af faglig ekspertise indenfor sygeplejen og indgående

kendskab til og interesse indenfor sygeplejens (mulige) arbejde med diagnostiske oplysninger. Det blev ligeledes sikret, at informanterne var bredt repræsenteret indenfor sygeplejen på tværs af den pågældende kommune, hvorved sygeplejens behov i fx hjemme-sygeplejen, plejecentre, på rehabiliteringstilbud, akutsygeplejen, midlertidige og akutpladser var repræsenteret.

Der blev udvalgt nøgleinformanter på såvel ledelsesniveau som medarbejderniveau. Dette sikrede, at problemstillingen blev belyst ud fra såvel forskelligartede faglige interesser og perspektiver som kompetencer ift. potentialet og efterspørgslen ved brugen af og behovet for diagnostiske oplysninger. Samlet sikrede udvælgelseskriterierne en forskelligartethed blandt de deltagende casekommuner, som blev vurderet afgørende for en indgående afdækning af den kommunale sygeplejens behov på tværs af casekommunerne.

4.2.2 Gennemførelse af interviews

Forud for gennemførelsen af fokus-gruppeinterviews samt telefon- og skypeinterviews blev der udformet en semi-struktureret interviewguide. Interviewguiden blev struktureret omkring seks temaer og indeholdt spørgsmål, hvis overordnede formål var at kortlægge organiseringen af den pågældende casekommune, informanternes begrebsforståelse, sygeplejens nuværende anvendelse af diagnostiske oplysninger, potentialet samt fremtidige ønsker til rådigheden og opbevaringen af diagnostiske oplysninger, herunder brugen af oplysningerne til ledelsesinformation (jf. figur 5).

FIGUR 5.
OVERORDNEDE TEMAER FOR INTERVIEWGUIDE



Figur 5 illustrerer de overordnede temaer, som interviewguiden var baseret på.



Dette ønskedes belyst såvel ud fra et forvaltningsmæssigt perspektiv som et sygeplejefagligt perspektiv.

Interviewguiden blev derfor løbende justeret ift. fokus, således at de respektive spørgsmål var tilpasset til de deltagende nøgleinformanter i det pågældende interview. Deltog der fx udelukkende sygeplejersker var hovedfokus overvejende på de sundhedsfaglige perspektiver ved adgangen til og brugen af diagnostiske oplysninger.

Interviewguiden blev derfor løbende justeret for at sikre, at den viden, som blev opsamlet undervejs, blev videreført i løbet af dataindsamlingen.

Forud for interviewene modtog informanterne en spørgeguide, så de havde mulighed for at orientere sig i materialet forud for interviewet og stille evt. afklarende spørgsmål.

Der blev i alt interviewet 33 driftsansvarlige/ledere af sygeplejen og chefer for sundhedsforvaltningen samt sygeplejersker, herunder også fx udviklingssygeplejersker, placeret på tværs af casekommunernes sundheds- og ældreområde. Der deltog 3-6 nøgleinformanter ved hvert fokusgruppeinterview.

Nøgleinformanterne havde følgende funktioner: Udviklingssygeplejerske, risk manager, sygeplejerske, hjemme-sygeplejerske, projektsygeplejerske, akutsygeplejerske, økonomisk konsulent, implementeringskonsulent, (sundhedsfaglig) konsulent, projektleder, udviklingskonsulent, risikomanager, afdelingsleder af sygeplejen, faglig

FIGUR 6.
VERIFICERING AF RAPPORTENS FUND OG ANBEFALINGER

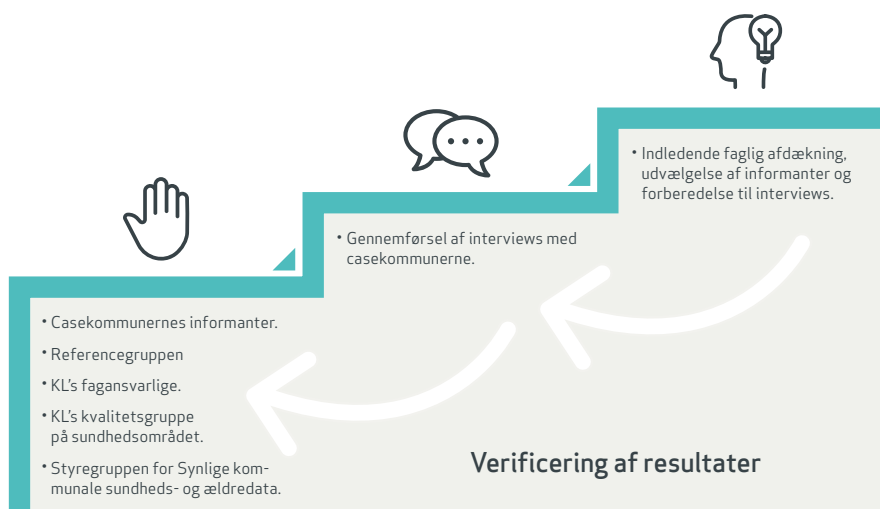


Illustration af metoden anvendt til verificering af analysens resultater og anbefalinger.
Kilde: Carve Consulting 2019.

sygeplejeleder, (daglig) leder af sygeplejen, (sygeplejefaglig) leder af akuttilbud, leder af døgnrehabilitering, centerleder, chef for sygeplejen, sundhedschef, områdechef, områdeleder, distriktsleder af sygeplejen og distriktschef.

Interviewene blev gennemført i perioden 17. juni 2019 - 4. september 2019.

Samtlige interviews blev gennemført af den samme interviewer. Ved tre af fokusgruppeinterviewene deltog en observatør fra KL.

4.3 DATABEHANDLING

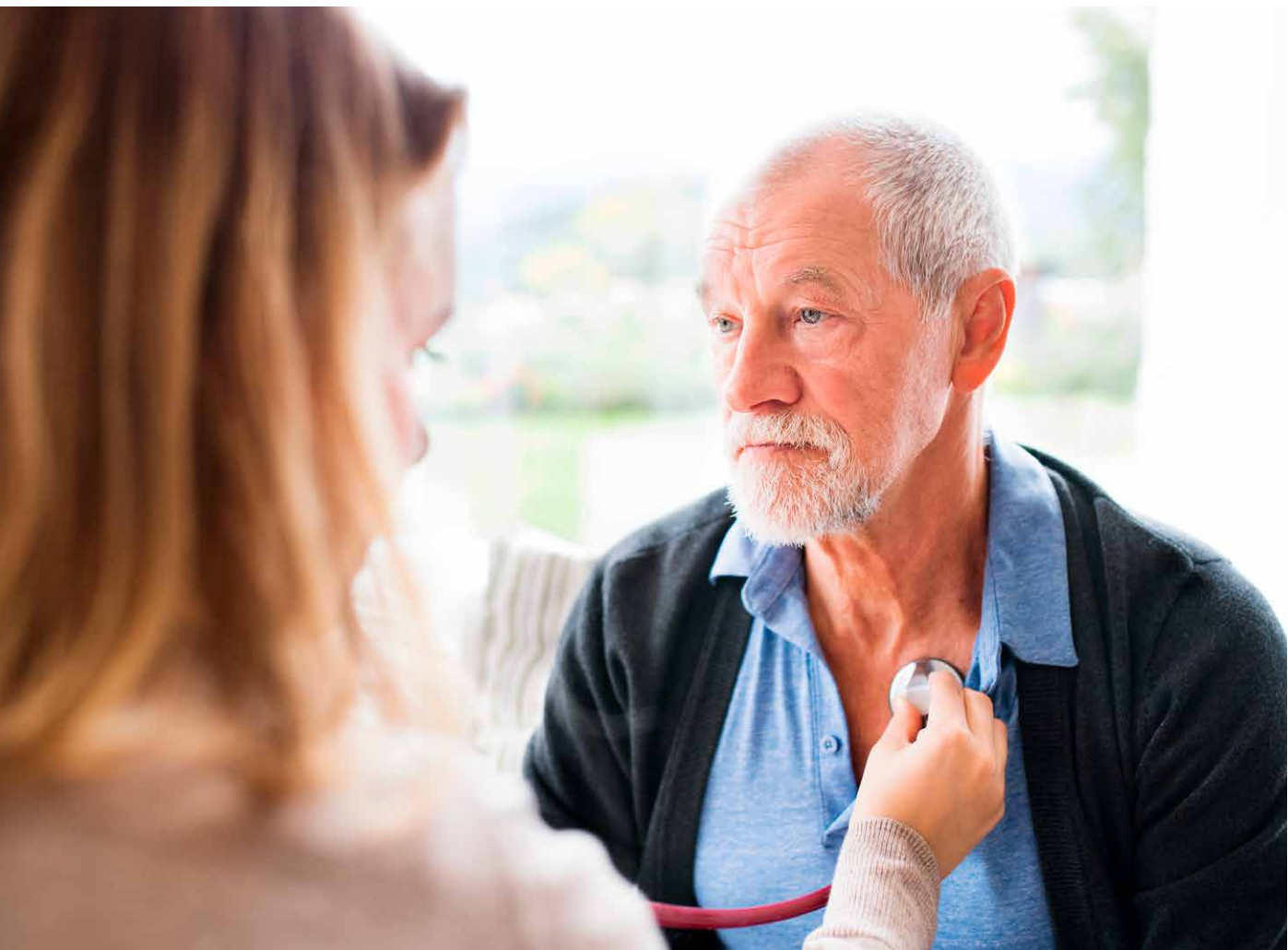
Der blev udformet interviewnotater under gennemførelse af hvert enkelt interview, som blev endeligt sammenfattet umiddelbart efter det enkelte interview. I forlængelse heraf blev informantens(ernes) udsagn organiseret i forskellige tematikker (fx indhentning af diagnostiske oplysninger (jf. afsnit 5.1).

Efter gennemførelsen og behandlingen af samtlige interviews blev data-materialet samlet i forhold til diverse temaer, som blev sammenholdt. De tværgående tematikker i materialet blev efterfølgende identificeret. På baggrund heraf blev de endelige resultater sammenfattet i rapporten.

4.4 VERIFICERING AF RAPPORTENS FUND OG ANBEFALINGER

Analysens afgrænsning, fund og resultater blev drøftet med eller verificeret af informanterne fra de respektive casekommuner, af referencegruppen samt af KL's fagansvarlige repræsentanter og styregruppen for både 'Synlige kommunale sundheds- og ældredata' og Sundhedsdatastyrelsens styregruppe for 'Et samlet patientoverblik' (figur 6).

5. Sygeplejens anvendelse af diagnostiske oplysninger ('as is')



Blandt de interviewede sygeplejersker i casekommunerne var det væsentligste ved adgang til diagnostiske oplysninger det handlingsanvisende element, som denne oplysning naturligt medfører ift. at kunne levere en optimal behandlingsindsats. Det var således mindre vigtigt for sygeplejerskerne at skelne mellem diagnosetyper (aktionsdiagnoser, henvisningsdiagnoser m.v.), eller om diagnosen var baseret på ICD-10 eller ICPC-2, og der blev generelt ikke skelnet imellem disse.

I de følgende afsnit præsenteres de fund og tematikker, som er afstedkommet på baggrund af interviews med casekommunerne. Generelt er det gældende for samtlige casekommuner, at alle sygeplejersker arbejder med diagnostiske oplysninger om den enkelte borger som en del af den faglige praksis, men at dette gøres på et mere eller mindre struktureret grundlag.

I afsnittene nedenfor præsenteres, dels hvorledes casekommunerne aktuelt arbejder med diagnostiske oplysninger ('as is') (jf. figur 7), dels hvilke ønsker og behov casekommunerne har til fremtidig adgang og anvendelse af diagnostiske oplysninger ('to be'). Afslutningsvist præsenteres en række supplerende iagttagelser, som er identificerede generiske temaer.

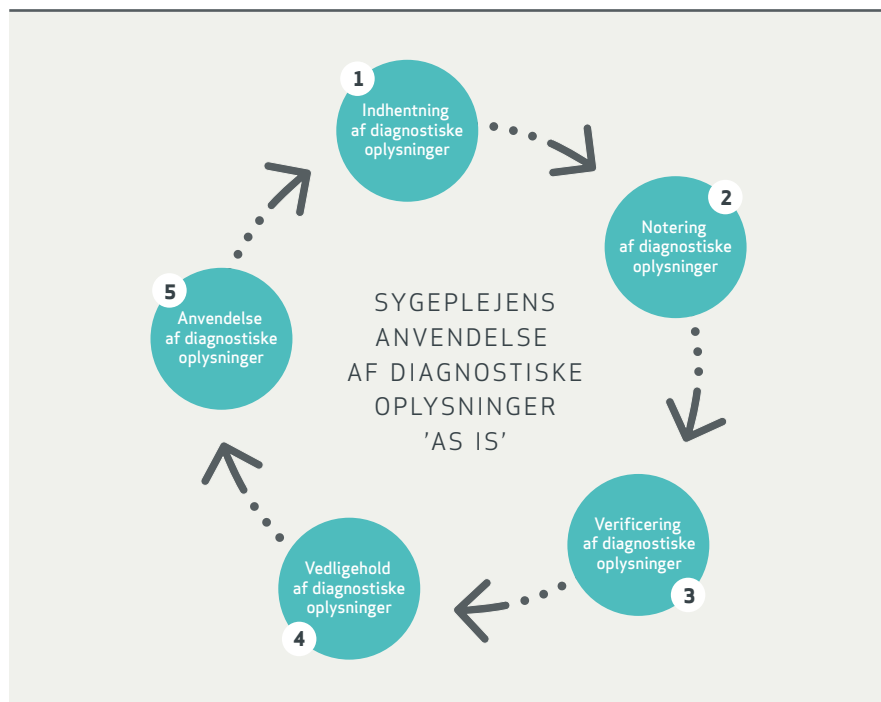
5.1 INDHENTNING AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Sygeplejerskerne i casekommunerne anvender mange og forskelligartede kilder til at få diagnostiske oplysninger om borgerne, hvilket er en tids- og ressourcekrævende opgave

Samtlige casekommuner anvender aktuelt diagnostiske oplysninger i behandlingen af den enkelte borger. Anvendelsen sker dog i varierende grad, og sygeplejerskerne oplever, at det er tidskrævende at få overblik over oplysningerne, og at der generelt ikke er en systematik omkring håndteringen af diagnostiske oplysninger.

Sygeplejerskerne i casekommunerne anvender forskellige kilder til at få diagnostiske oplysninger om borgerne. Kilderne afhænger af, hvad der er til

FIGUR 7.
TEMAER FOR 'AS IS'



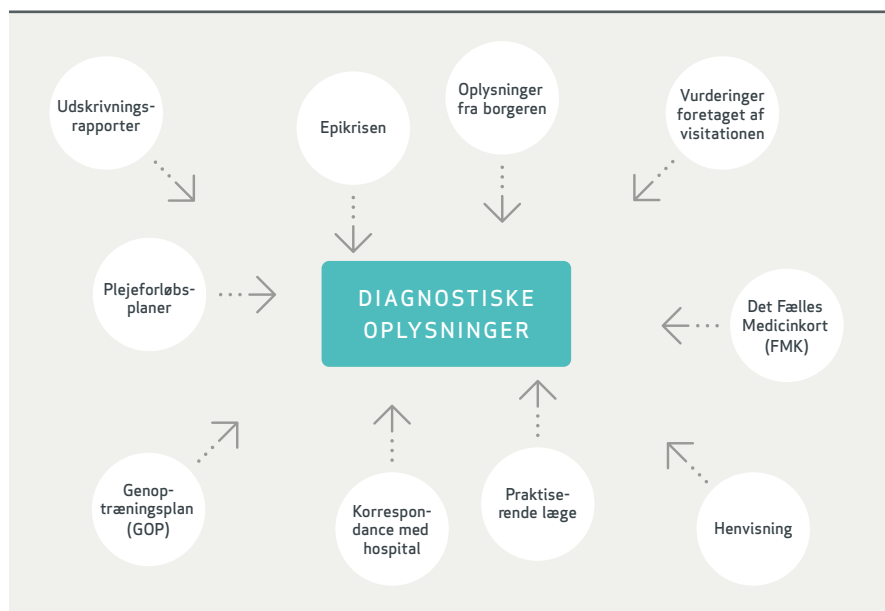
Figur 7 illustrerer de identificerede temaer omhandlende den aktuelle situation ('as is') ift. den kommunale sygeplejes indhentning, indføring og anvendelse af diagnostiske oplysninger.

rådighed eller kan indhentes, ligesom de generelt er mange- og forskelligartede. Sygeplejerskerne har i et vist omfang diagnostiske oplysninger til rådighed i eksisterende kilder fra hospitalet, herunder fx udskrivningsrapporter, plejeforløbsplaner, henvisninger og genoptræningsplaner (GOP'er), men de diagnostiske oplysninger er ofte vanskeligt tilgængelige. Sygeplejerskerne beskriver det som en tidskrævende proces at orientere sig i de mange dokumenter og oplever, at de diagnostiske oplysninger er tilgængelige i begrænset omfang. Det beskrives således af sygeplejerskerne som tidskrævende, dels at finde frem til de rette dokumenter, dels at orientere sig i flere dokumenter og finde den rette oplysning i fx længere PDF-dokumenter, såfremt den er tilstede.

Desuden beskriver sygeplejerskerne, at de yderligere indhenter diagnostiske oplysninger via kilder som; det Fælles Medicinkort (FMK), epikrisen (såfremt den er til rådighed), vurderinger foretaget af visitationen, ved at spørge borgeren eller pårørende, ved korrespondance med hospitalet eller via dialog med den praktiserende læge (figur 8 - næste side).

Fælles for casekommunerne er, at de diagnostiske oplysninger er til rådighed i varierende grad. Der findes derfor ikke en standardiseret måde, hvormed oplysningerne fremskaffes og anvendes af sygeplejerskerne i casekommunerne. Resultatet er, at det overvejende er op til den enkelte sygeplejerske at håndtere med deraf følgende manglende standardisering.

FIGUR 8.
KILDER TIL DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER



Figur 8 illustrerer de mange kilder, som sygeplejerskerne i casekommunerne aktuelt anvender til at få fremskaffet diagnostiske oplysninger om den enkelte borger.

5.2 NOTERING AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Casekommunerne vurderer, at manglende systematik i noteringen af diagnostiske oplysninger resulterer i en øget risiko for ukorrekte eller mangelfulde diagnostiske oplysninger

Der er på tværs af casekommunerne forskellige regler for, hvorvidt de indhentede diagnostiske oplysninger, må indføres i den enkelte casekommunes EOJ-system – og i så fald hvordan. Eksempelvis er der casekommuner, hvor oplysningerne, der er indhentet fra GOP'en eller visitationen, ikke må indtastes i EOJ, mens diagnostiske oplysninger, der er til rådighed via udskrivningsrapporter fra hospitalet eller praktiserende læge, er tilladte at indtaste i EOJ-systemet.

Såfremt de diagnostiske oplysninger, der er indhentet via fx GOP'en, ikke indtastes i EOJ-systemet, kan dette medføre, at der ved overdragelse af borgeren til en ny sygeplejerske på ny bruges tid på at indhente oplysningen, hvilket beskrives af sygeplejerskerne som uhensigtsmæssigt.

De kommunale EOJ-systemer indeholder fleksible registreringsrammer, hvilket medfører, at brugergrænsefladerne i EOJ-systemet er opsat forskelligt på tværs af landets kommuner. De screenshots, som er præsenteret i figur 9-12, er eksempler fra en casekommune på, hvordan de diagnostiske oplysninger kan registreres i EOJ-systemet. Disse eksempler er imidlertid ikke nødvendigvis gældende for alle casekommuner eller på tværs af landets øvrige kommuner.

De diagnostiske oplysninger indtastes typisk af sygeplejerskerne i

EOJ-systemet under feltet helbredsoplysninger eller under feltet helbredstilstande, hvor oplysningen almindeligvis indtastes som prosatekst eller med en diagnosekode, såfremt den er til rådighed, efterfulgt af prosatekst (figur 9).

Diagnosen kan enten skrives som fritekst (figur 9) eller præsenteres sammen med andre relevante oplysninger via en valgliste (figur 10).

I enkelte casekommuner udfyldes diagnosen under feltet helbredsoplysninger eller under feltet helbredstilstande i EOJ-systemet, hvor der både kan indskrives diagnosekoden (ICD-10 eller ICPC-2 koder) med den dertilhørende tekst, eller oplysningen kan skrives som prosatekst (fx SKS-koden: DI70 Arteriosklerose).

SKS-koden: DI70 Arteriosklerose

D = Diagnosekoden

I70 = ICD-10 koden

I disse tilfælde er diagnosefeltet sat op til, at feltet selv foreslår de respektive diagnoser, når feltet påbegyndes udfyldt med en given kode (figur 11).

Er oplysningen indhentet via borgeren, skriver sygeplejerskerne i prosafeltet under fx helbredsoplysninger eller helbredstilstande eksempelvis: "Borger er kendt med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (KOL). Er i medicinsk behandling for...," hvorefter det påføres, hvem der er den behandlingsansvarlige eller patientansvarlige læge. En enkelt casekommune har integreret deres EOJ-system med hospitals elektroniske patientjournal (EPJ-system), hvilket medfører, at udskrivningsdiagnosen fra hospitalet automatisk udfyldes i diagnosefeltet under helbredsoplysninger (figur 12).

FIGUR 9.
INDTASTNING AF DIAGNOSER I EOJ

Figur 9 illustrerer, hvordan det er muligt at vælge diagnoser, indskrevet som fritekst, i feltet 'årsag', der her er placeret under feltet helbredstilstande i EOJ-systemet.

FIGUR 10.
VALGLISTE MED DIAGNOSER

Figur 10 illustrerer, hvorledes det eksempelvis er muligt via en valgliste at registrere diagnosen i en casekommunes EOJ-system.

FIGUR 11.
REGISTRERING AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Figur 11 illustrerer, hvorledes det i en casekommune er muligt at registrere diagnosen, efter at den er verificeret af egen læge.

FIGUR 12.
AUTOMATISK INTEGRERING AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Figur 12 illustrerer, hvordan diagnoser, sendt fra hospitalet til en casekommune, automatisk lægges ind i omsorgssystemet.

5.3 VERIFICERING AF DE DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Casekommunerne oplever, at verificeringen af de diagnostiske oplysninger er en tids- og ressourcerekrævende opgave

Størsteparten af casekommunerne har udformet procedurebeskrivelser, som foreskriver, at de diagnostiske oplysninger, der er indhentet fra fx borgeren eller visitationen, skal verificeres via egen læge eller hospitalet (mundtligt eller skriftligt), førend de må indtastes i EOJ-systemet. Enkelte casekommuner har ligeledes beskrevet, at det kun er sygeplejersker, som må indtaste oplysningerne i EOJ-systemet.

Dette er imidlertid ikke gældende for alle casekommuner – og for et mindretal af casekommunerne foreligger der aktuelt ikke procedurebeskrivelser for, hvorledes oplysningerne skal håndteres såvel ift. indskrivningen i EOJ-systemet som ift. verificeringen via egen læge eller hospitalet. Disse casekommuner har et standpunkt, som foreskriver, at sygeplejen ikke arbejder med diagnostiske oplysninger. Dette er indført for at sikre, at sygeplejerskerne ikke selv kommer til at stille en diagnose, hvorfor der heller ikke er beskrevet standarder for håndteringen eller indhentningen heraf. Sygeplejerskerne i disse casekommuner beskriver imidlertid, at de fortsat efterspørger oplysningerne. Som en del af den sygeplejefaglige praksis indhenter sygeplejerskerne

derfor alligevel oplysningerne løbende, men ikke systematisk, for derved på bedst mulig vis at kunne understøtte den indsats, som borgeren modtager. I tilfælde af, at sygeplejerskerne selv indhenter oplysningerne, indskrives de typisk under feltet helbredstilstande eller feltet helbredsoplysninger i EOJ-systemet som prosatekst. Hertil tilføjes, hvorfra oplysningerne er indhentet (fx via det fælles medicin-kort) – og om muligt, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

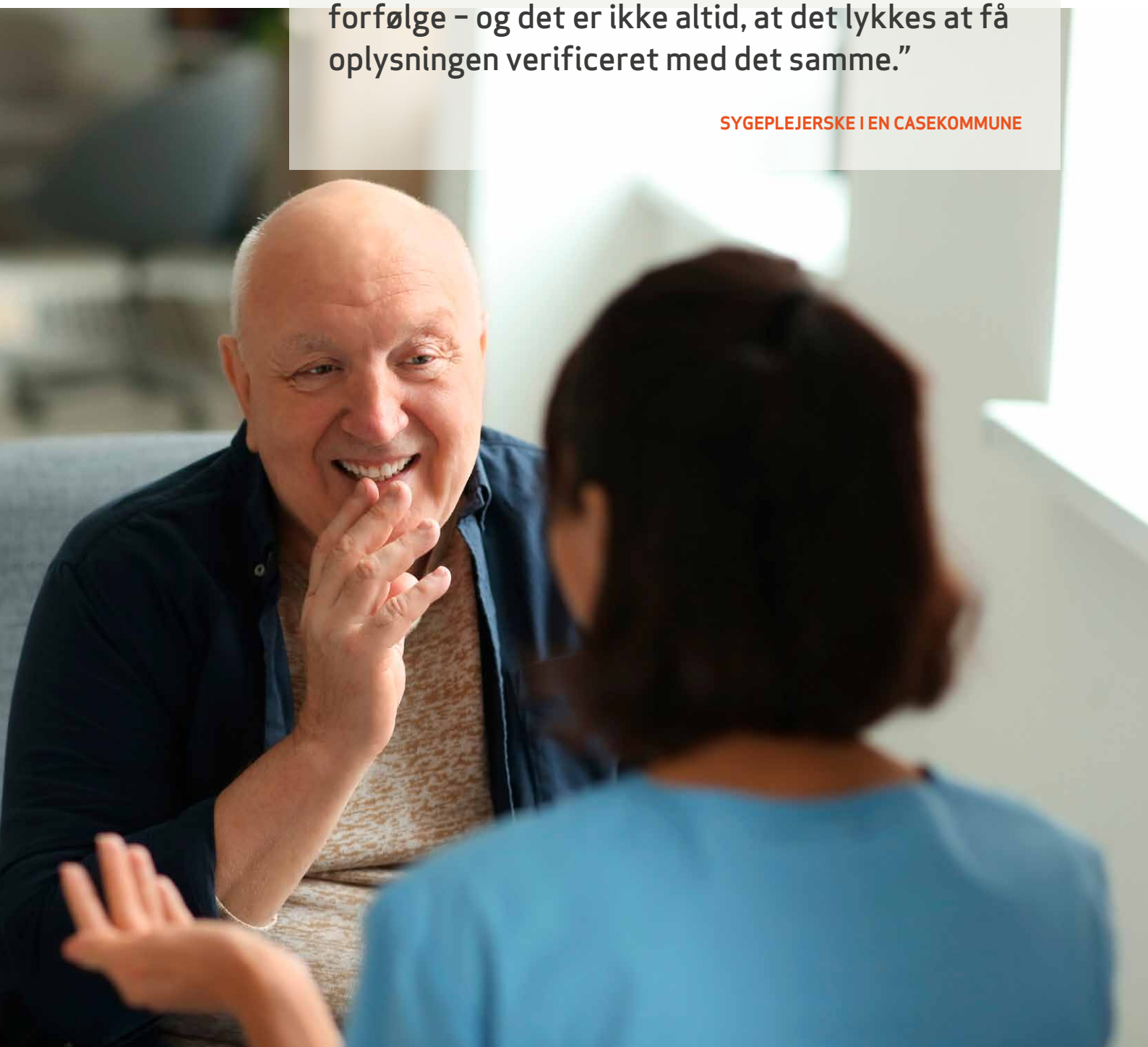
Samtlige casekommuner beskriver procedurerne med at fremfinde og verificere de diagnostiske oplysninger som uhensigtsmæssige, da det både er meget tids- og ressourcerekrævende. Sygeplejerskerne bruger fx meget tid på at rette telefonisk henvendelse til hospitalet eller praktiserende læge. Det kræver ofte flere henvendelser, før det lykkes at opnå kontakt og få verificeret oplysningerne. På samme vis er der også forskel på, hvorvidt det er tilstrækkeligt at få oplysningerne verificeret mundtligt eller skriftligt af en læge. Hos nogle casekommuner skal verificeringen foreligge skriftligt, førend oplysningen må indtastes i EOJ-systemet, mens det i andre casekommuner er tilstrækkeligt med en mundtlig verificering fra lægen.

Tilsammen beskriver casekommunerne, at ovenstående medfører en øget risiko for, at den enkelte sygeplejerske i en travl hverdag enten ikke får verificeret oplysningerne, eller at de indhentede oplysninger ikke er korrekte eller mangelfulde.



”Oplysningen lægges ikke ind i EOJ med mindre, at den er verificeret, men det er tidskrævende at forfølge – og det er ikke altid, at det lykkes at få oplysningen verificeret med det samme.”

SYGEPLEJERSKE I EN CASEKOMMUNE





”Oplysningen bør kun stå et sted i systemet. Står den flere steder, for eksempel både i diagnosefeltet og i fritekstfeltet, er der risiko for, at det ikke vedligeholdes alle steder og derfor ikke er retvisende.”

SYGEPLEJERSKE I EN CASEKOMMUNE

Fælles Medicinkort

Alle casekommunerne anvender det Fælles Medicinkort (FMK) som en mulig vej til indhentning af diagnostiske oplysninger om den enkelte borger, men dette foregår ikke systematisk eller standardiseret.

Dette gøres fx i forbindelse med medicindispenseringen, hvor det bl.a. er lovpligtigt for kommunerne løbende at dokumentere, hvad den pågældende medicin er ordineret på baggrund af. Giver fx tabletbehandling for reguleringen af blodsukkeret, konkluderer sygeplejerskerne på baggrund heraf, at borgeren er diagnosticeret med type-2 diabetes. Den diagnostiske oplysning indføres efterfølgende i EOJ-systemet under fx helbredsoplysninger som prosatekst, hvorefter det ligeledes påføres, hvem der er den behandlingsansvarlige læge. I dette tilfælde beskriver sygeplejerskerne, at det typisk er den læge, som har ordineret den pågældende medicin.

Sygeplejerskerne peger imidlertid på, at det kræver særlige kompetencer hos den enkelte sygeplejerske at kunne gennemskue hvilken sammenhæng, der er mellem det ordinerede medicinske præparat og den bagvedliggende sygdom. Også på trods af muligheden for fx at slå de medicinske præparater op.

Håndteringen af de indhentede oplysninger sker derfor ikke på systematisk vis, hverken blandt sygeplejerskerne i den enkelte casekommune eller på tværs af casekommunernes sygepleje.

Det fremhæves ligeledes af casekommunerne, at det ikke altid er muligt at fastlægge en diagnose på baggrund af medicinske præparater. Dette er fx tilfældet ved smertestillende eller vanddrivende præparater, hvor den tilgrundliggende sygdomsårsag ikke nødvendigvis er kendt. Dernæst er det ikke ualmindeligt, at en enkelt borger får ordineret mellem 10-12 forskellige medicinske præparater, hvilket øger risikoen for, at der drages ukorrekte konklusioner på baggrund af de indhentede oplysninger. Sygeplejerskerne i casekommunerne understreger, at dette ligeledes er en tidskrævende proces, som kan lede til en fejlagtig vurdering af diagnosen.

Sygeplejerskerne beskriver, at mange ældre borgere ligeledes lider af co-morbiditet og som følge heraf også ofte polyfarmaci, hvor borgeren har andre sygdomme end den primære diagnose og derfor får flere medicinske præparater. Dette er svært at gennemskue via FMK. Der kan tilsvarende forekomme sygdomme, som der (aktuelt) ikke medicineres for, hvilket ikke fremgår ved opslag i FMK, eller der er tilfælde, hvor FMK ikke er opdateret, hvilket tillige øger risikoen for at foretage fejlvurderinger.

Sundhed.dk

Ingen af de medvirkende casekommuner anvender Sundhed.dk som en mulighed for i samråd med borgeren at få adgang til diagnostiske oplysninger.

I de få tilfælde, hvor sygeplejerskerne har været involveret i anvendelsen af Sundhed.dk, er det udelukkende med

hjælp ift. at logge på. Generelt oplever sygeplejerskerne ikke, at borgeren har hverken spørgsmål hertil eller er specielt vant til at indhente oplysninger herfra. Det samme gør sig gældende for pårørende.

I en enkelt casekommune er det påkrævet, at mindst to sygeplejersker er tilstede, hvis de i samråd med borgeren skal logge på Sundhed.dk – også selvom der er indhentet samtykke fra borgeren. Dette er ifølge den pågældende casekommune af hensyn til patientsikkerheden. I praksis medfører det, at det ikke er en reel mulighed at indhente diagnostiske oplysninger via Sundhed.dk, da der kun sjældent er to sygeplejersker tilstede samtidigt i fx borgerens eget hjem.

5.4 VEDLIGEHOLD AF DIAGNOSTISKE OPPLYSNINGER

Casekommunerne vurderer, at manglende systematik for vedligehold af diagnostiske oplysninger øger risikoen for ukorrekte oplysninger

Ingen af de deltagende casekommuner har aktuelt kortlagte procedurer for, hvorledes diagnostiske oplysninger skal vedligeholdes. Som følge heraf, foregår det aktuelt ikke systematisk.

I en enkelt casekommune kan sygeplejen slette tidligere aktionsdiagnoser, hvis det er verificeret af lægen, mens der ikke foreligger procedurebeskrivelser for de øvrige kilder til diagnostiske oplysninger.

Enkelte sygeplejersker beskriver fx tilfælde, hvor borgeren har været udskrevet med en pneumoni, som i EOJ-systemet efterfølgende er blevet oprettet som en diagnose. Diagnosen er sidenhen 'afsluttet' af sygeplejersken, når borgeren ikke længere er syg. I disse tilfælde verificeres oplysningen ikke af egen læge, da lægen ikke tilser den raske borger.

Da indtastningen af de diagnostiske oplysninger i EOJ-systemet overvejende foregår usystematisk, medfører dette, at der findes tilfælde blandt casekommunerne, hvor oplysningerne såvel er indskrevet fx under feltet helbredsoplysninger, som under feltet helbredstilstande. Ved opdatering af oplysningerne er der derfor en overvejende risiko for, at dele af de indførte oplysninger overses og derfor kun opdateres et af stederne i EOJ-systemet. Dette medfører sidenhen tvivl hos sygeplejerskerne, om hvorvidt opdateringen er korrekt.

Mange af casekommunerne beretter ligeledes, at det er muligt løbende at (til)rette de indtastede diagnostiske oplysninger, hvilket medfører, at der kan foretages (fejl)ændringer eller slettes oplysninger. Dette kan øge risikoen, for at oplysningerne ikke er korrekt opdaterede.

5.5 ANVENDELSE AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

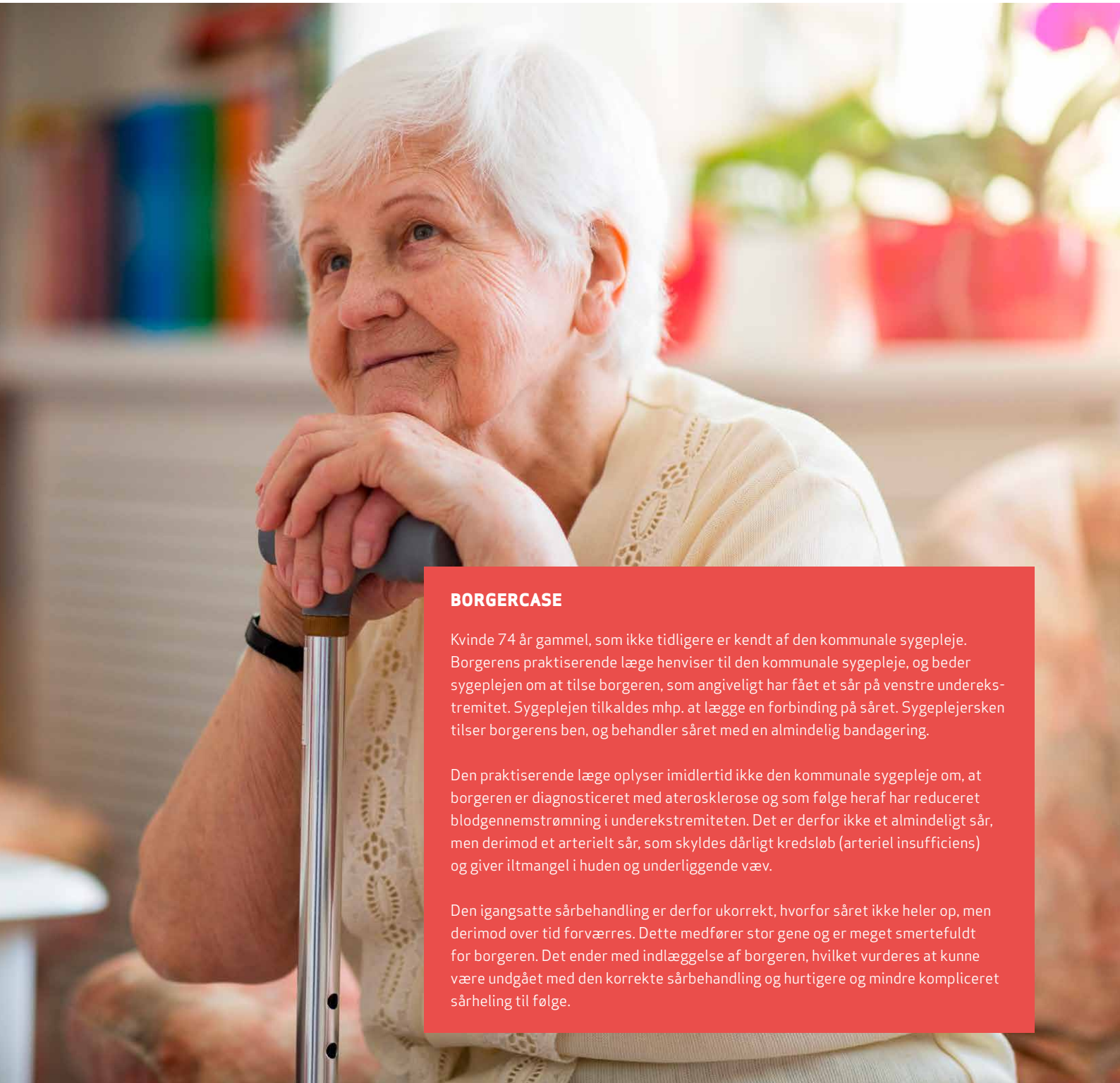
Sygeplejerskerne i casekommunerne vurderer, at kvaliteten i den sygeplejefaglige indsats øges, når de kender de diagnostiske oplysninger

Samtlige casekommuner anvender udelukkende de diagnostiske oplysninger til at understøtte den sygeplejefaglige indsats i håndteringen af den enkelte borger.

Sygeplejerskerne påpeger alle, at de er bedre klædt på til at udføre en mere målrettet behandlingsindsats eller pleje af den enkelte borger, når de diagnostiske oplysninger er kendte. Tilsvarende kan alle sygeplejerskerne beskrive scenarier, hvor de formentligt ville have behandlet borgeren anderledes, hvis de havde kendt de diagnostiske oplysninger (jf. borgercase).

Tilstedeværelsen af de diagnostiske oplysninger forbedrer ligeledes sygeplejerskernes kommunikation med fx den praktiserende læge, hospitalet samt med borgeren, da det bidrager til en fælles terminologi og forståelsesramme, som medvirker til at understøtte håndteringen af den enkelte borger.





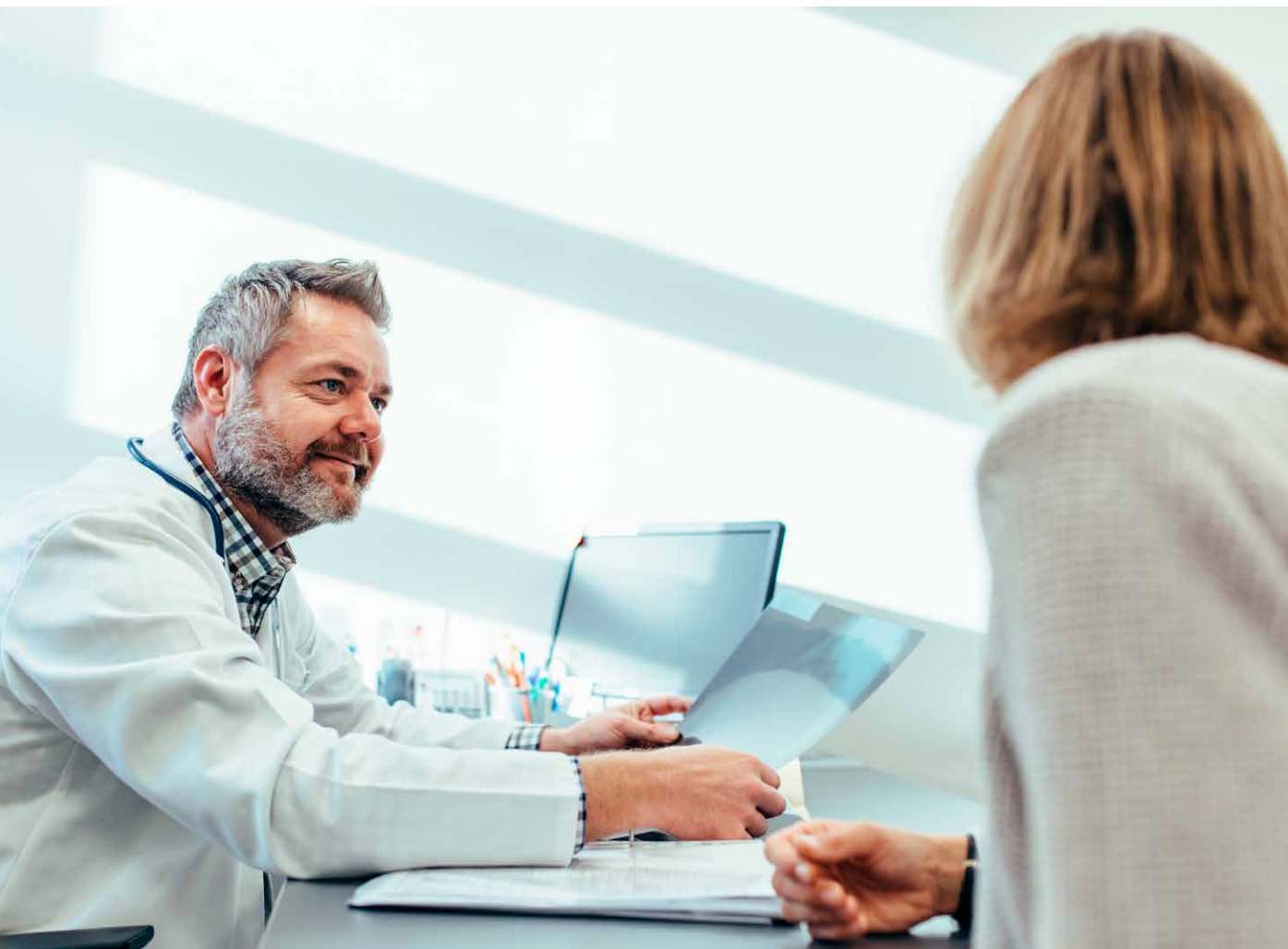
BORGERCASE

Kvinde 74 år gammel, som ikke tidligere er kendt af den kommunale sygepleje. Borgerens praktiserende læge henviser til den kommunale sygepleje, og beder sygeplejen om at tilse borgeren, som angiveligt har fået et sår på venstre underekstremitet. Sygeplejen tilkaldes mhp. at lægge en forbindelse på såret. Sygeplejersken tilser borgerens ben, og behandler såret med en almindelig bandagering.

Den praktiserende læge oplyser imidlertid ikke den kommunale sygepleje om, at borgeren er diagnosticeret med aterosklerose og som følge heraf har reduceret blodgennemstrømning i underekstremiteten. Det er derfor ikke et almindeligt sår, men derimod et arterielt sår, som skyldes dårligt kredsløb (arteriel insufficiens) og giver iltmangel i huden og underliggende væv.

Den igangsatte sårbehandling er derfor ukorrekt, hvorfor såret ikke heler op, men derimod over tid forværres. Dette medfører stor gene og er meget smertefuldt for borgeren. Det ender med indlæggelse af borgeren, hvilket vurderes at kunne være undgået med den korrekte sårbehandling og hurtigere og mindre kompliceret sårheling til følge.

6. Fremadrettet adgang til og anvendelse af diagnostiske oplysninger ('to be')



Blandt de interviewede sygeplejersker i casekommunerne var det væsentligste ved adgang til diagnostiske oplysninger det handlingsanvisende element, som denne oplysning naturligt medfører ift. at kunne levere en optimal behandlingsindsats. Det var således mindre vigtigt for sygeplejerskerne at skelne mellem diagnosetyper (aktionsdiagnoser, henvisningsdiagnoser m.v.), eller om diagnosen var baseret på ICD-10 eller ICPC-2 og der blev generelt ikke skelnet imellem disse.

I de følgende afsnit præsenteres, hvilke ønsker og behov casekommunerne har til den fremtidige adgang til og anvendelse af diagnostiske oplysninger ('to be') (jf. figur 13).

6.1 ADGANG TIL DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER VIA OMSORGSYSTEMET

Sygeplejerskerne i casekommunerne ønsker, at de diagnostiske oplysninger gøres tilgængelige på en enkelt, systematisk og standardiseret måde

Ifølge sygeplejerskerne i casekommunerne er det væsentligt, at de diagnostiske oplysninger gøres tilgængelige på en enkelt, systematisk og standardiseret måde. Oplysningerne ønskes derfor samlet ét sted i EOJ-systemet.

Hovedparten af de medvirkende informanter peger på, at hvis de diagnostiske oplysninger skal være digitalt tilgængelige for sygeplejerskerne, skal oplysningerne vises i 'diagnosefeltet' under helbredsoplysninger. Alternativt kan de diagnostiske oplysninger præsenteres i borgeroverblikket under stamdata.

Oplysningen ønskes præsenteret som koden (fx SKS-koden) efterfulgt af dertilhørende tekst - som fx: D170 Arteriosklerose. Dette vurderes af casekommunerne at gøre oplysningen

anvendelig ift. at understøtte den daglige sygeplejefaglige praksis, og samtidigt muliggør det anvendelse til sekundær brug i aggregerede form.

Krav til deling af diagnostiske oplysninger

Såfremt de diagnostiske oplysninger integreres digitalt i de kommunale EOJ-systemer, er det for casekommunerne en forudsætning, at oplysningerne er valide, så sygeplejerskerne ikke fortsat skal bruge tid på at verificere oplysningerne via lægen.

Den ene casekommune, hvis EOJ-system aktuelt modtager elektroniske udskrivningsdiagnoser direkte i diagnosefeltet under helbredsoplysninger, har eksempler på, at de præsenterede oplysninger i EOJ-systemet, er ukorrekte. Fx har udskrivningsdiagnosen lydt på 'skift af PEG-sonde' (Percutan Endoskopisk Gastrostomisonde), hvilket ikke er udskrivningsdiagnosen, men derimod den indsats, som sygeplejersken skal varetage.

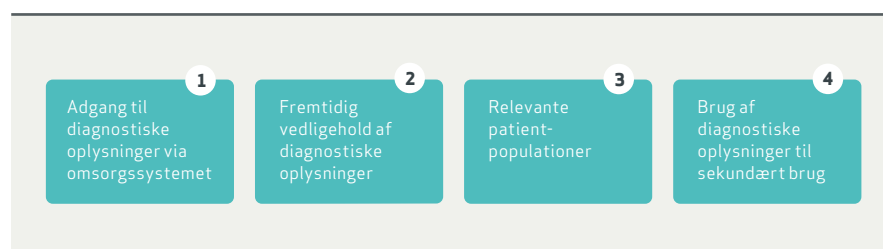
Dette medfører et behov for verificering af oplysningen, og for at sygeplejerskerne skal kunne have tillid til de videregivne oplysninger, er det derfor essentielt, at de er korrekte og opdaterede.

Hoved- og bi-diagnoser

Blandt sygeplejerskerne i casekommunerne skelnes der generelt ikke mellem hoved- og bi-diagnoser. Sygeplejerskerne er derimod optaget af hvilke diagnostiske oplysninger, der bidrager til det bedste helhedsbillede af den enkelte borger, da deres tilgang til borgeren er baseret på det hele menneske.

Dertil kommer, hvorvidt de diagnostiske oplysninger har direkte eller indirekte betydning for den behandling eller pleje, som skal ydes overfor borgeren. Det er ifølge sygeplejerskerne i casekommunerne fx både relevant at vide, at en given borger er diagnosticeret med KOL, såvel som at borgeren som følge heraf er diagnosticeret med en pneumoni.

FIGUR 13.
TEMAER FOR 'TO BE'



Figur 13 illustrerer de identificerede temaer omhandlende den kommunale sygeplejers fremadrettede adgang til og anvendelse af diagnostiske oplysninger.

En række af de deltagende informanter mener, at sygeplejen bør have adgang til både hoved- og bi-diagnoser. Andre mener, at det udelukkende bør være de diagnostiske oplysninger, som direkte vedkommer kommunen ift. en given indsats, som bør være tilgængelig for sygeplejen. Denne skelnen mellem hoved- og bi-diagnoser er således vanskelig, da der formentlig vil være tilfælde, hvor fx en psykiatrisk diagnose ikke vil have betydning for plejen, mens oplysningen i andre tilfælde vil have stor betydning.

6.2 FREMTIDIG VEDLIGEHOLD AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER

Casekommunerne vurderer, at vedligehold af diagnostiske oplysninger er et lægeligt ansvar

Vedligehold af diagnostiske oplysninger er for samtlige casekommuner en væsentlig opgave, som alle informanter vurderer, er et lægeligt ansvar. Sygeplejerskerne har derfor heller ikke et ønske om at skulle vedligeholde de diagnostiske oplysninger. De peger imidlertid på, at vedligehold er væsentligt for at kunne anvende oplysningerne på bedst mulig vis – såvel i forhold til den enkelte borger, som ift. mulighederne for sekundær brug af oplysningerne til fx ledelsesinformation.

De diagnostiske oplysninger skal ifølge casekommunerne derfor ikke kunne slettes eller redigeres i EØJ-systemet, men udelukkende ændres

eller opdateres af den behandlings-/ patientansvarlige læge, som måtte have oprettet oplysningen. Derfor vurderes det af casekommunerne, at det er væsentligt, at diagnosticeringsdatoen fremgår, idet denne kan medvirke til at vurdere relevansen af en given oplysning.

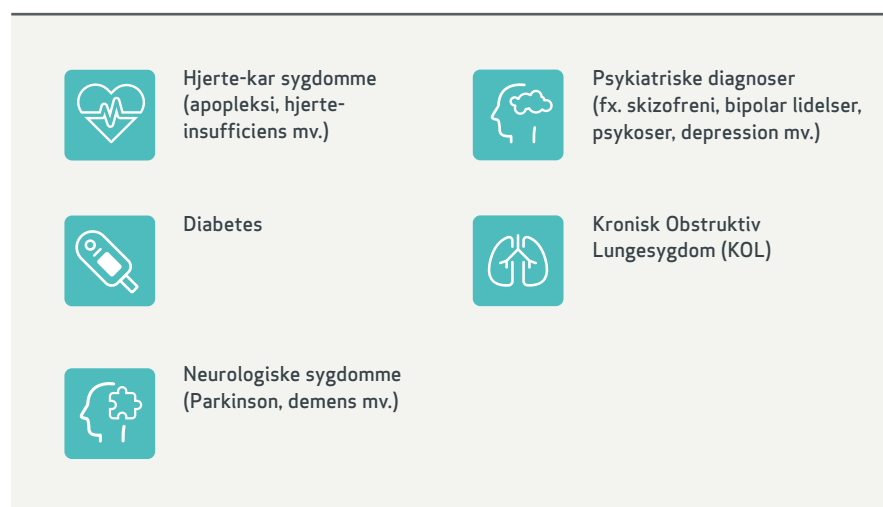
6.3 RELEVANTE PATIENTPOPULATIONER

Casekommunerne ønsker systematisk adgang til diagnostiske oplysninger om samtlige patientpopulationer, men det er særligt væsentligt at få have oplysninger om kroniske og psykiatriske diagnoser

Generelt udtrykker sygeplejerskerne i casekommunerne et ønske om at have systematisk adgang til diagnostiske oplysninger om alle patientpopulationer. Der er imidlertid patientpopulationer, som det af casekommunerne vurderes er særligt væsentlige at have enkel og systematisk adgang til oplysninger om. Det drejer sig særligt om de kroniske sygdomme såsom diabetes, hjerte-kar-sygdomme, neurologiske sygdomme fx demens og Parkinsons sygdom samt KOL (figur 14).

Der er ligeledes stor efterspørgsel efter psykiatriske diagnoser blandt casekommunerne. Dette skyldes overvejende, at disse borgere er komplekse, og at den pædagogiske tilgang til borgeren ofte vil være anderledes, hvis sygeplejersken er bekendt med, at borgeren fx er diagnosticeret med skizofreni.

FIGUR 14.
RELEVANTE PATIENTPOPULATIONER



Figur 14 illustrerer eksempler på relevante patientpopulationer, hvor diagnostiske oplysninger særligt efterspørges (ikke udtømmende).

6.4 BRUG AF DIAGNOSTISKE OPLYSNINGER TIL SEKUNDÆRT BRUG

Casekommunerne ønsker at anvende de diagnostiske oplysninger til sekundært brug i aggregeret form til statistiske formål

Casekommunerne har alle et ønske om at kunne anvende de diagnostiske oplysninger til sekundær brug i aggregeret form til fx ledelsesinformation. Derfor er det væsentligt for casekommunerne, at oplysningerne er valide og nemt kan trækkes ud til statistiske formål.

Forbedret planlægning og styring

Diagnostiske oplysninger vurderes at kunne bidrage til bedre og mere målrettet styring i den enkelte casekommune. Med adgang til oplysningerne vurderes det af casekommunerne, at de fx kan udvikle mere kvalificerede og målrettede indsatser samt skabe et endnu bedre grundlag for prioritering af borgerne.

Der foreligger aktuelt begrænset viden, om hvordan sygdomssammensætningen er i den kommunale sygepleje. I dag anvender casekommunerne landsgennemsnit for forekomsten af en given sygdom indenfor en given alderspopulation (fx +65-årige) samt de fremskrevne sygdomsbyrder til at estimere, hvor mange borgere den givne casekommune har – og forventes at få i fremtiden – med fx demens.



”De diagnostiske oplysninger er vigtige i overleveringen af borgeren – hvis du ved, hvad borgeren fejler, er det nemmere at forberede sig. Eksempelvis hos demente eller borgere med psykisk sygdom – den pædagogiske tilgang vil være anderledes hos sådanne patienter.”

SYGEPLEJERSKE I EN CASEKOMMUNE





Det er imidlertid tænkeligt, at der er demografiske forskelle på tværs af landet ift. sundhedstilstanden og befolkningssammensætningen og dermed også forekomsten af sygdomme. Casekommunerne vurderer, at adgangen til diagnostiske oplysninger vil muliggøre, at der kan igangsættes mere fokuserede og målrettede indsatser, end det aktuelt er tilfældet. Som casekommunerne ser det, vil det tilsvarende skabe mulighed for fx at følge udviklingen i andelen af en given patientpopulation over tid. Samlet forventes oplysningerne at medvirke til en øget transparens ift. fx styringen af såvel indsatser som økonomi.

Som eksempel på bedre økonomisk styring, angiver casekommunerne, at oplysningerne kan medvirke til bedre prioritering af midlerne brugt på indretning og bygning af plejecentre. I dag anvendes, landsgennemsnit og fremskrevne sygdomsbyrder til at estimere andelen af afskærmede plejeboliger forbeholdt fx svært demente borgere. Det er imidlertid ikke utænkeligt, at der vil være demografiske forskelle på tværs af landet, hvorfor et bedre kendskab til hvilke patientpopulationer, der håndteres af den kommunale sygepleje, kan bidrage til et mere oplyst grundlag at træffe beslutningerne på baggrund af.

Identifikation af behov for kompetenceudvikling og -sammensætning

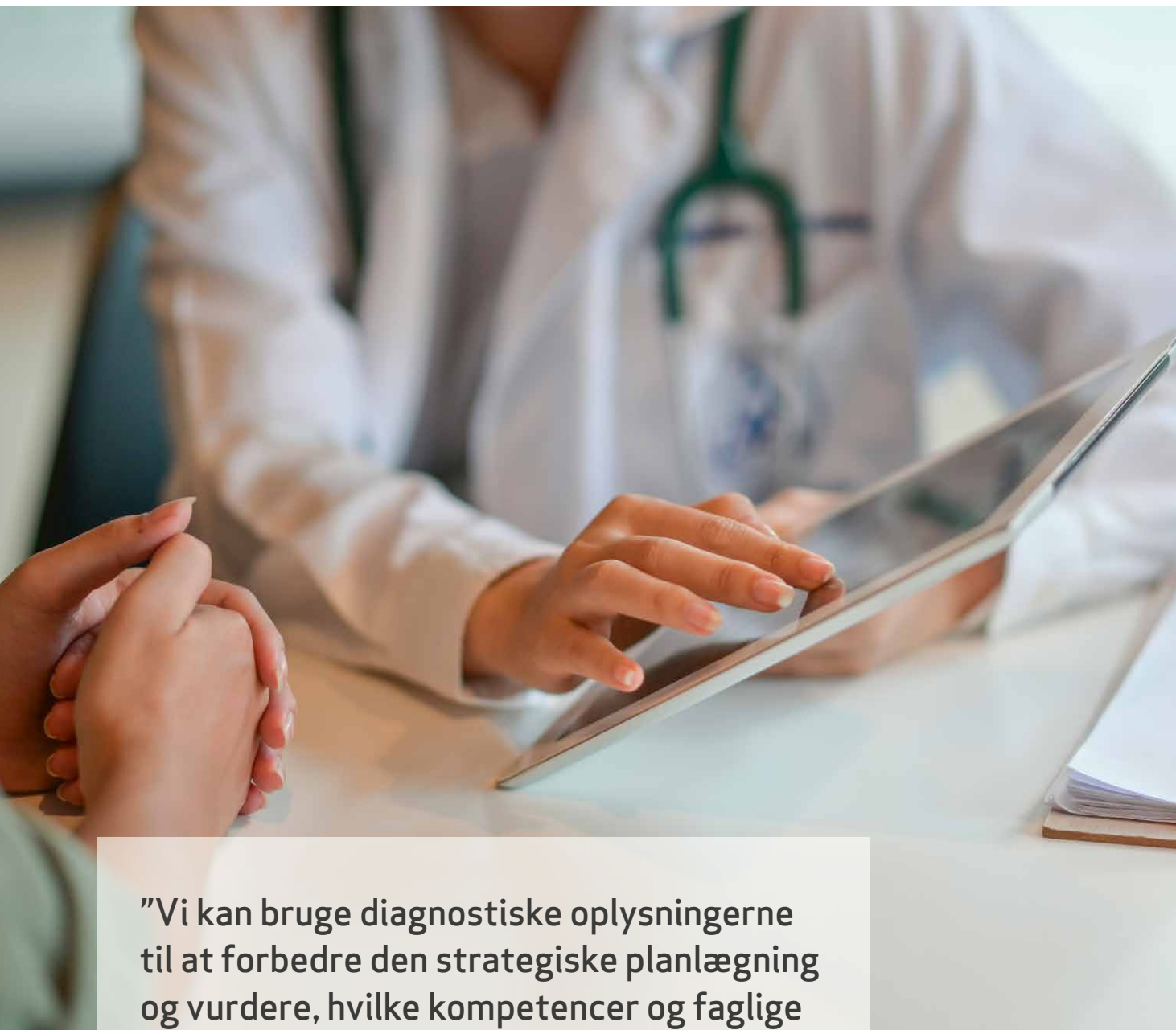
Casekommunerne vurderer, at muligheden for at tilgå diagnostiske oplysninger om en given kommunes borgere skaber rum for bedre at kunne tilrettelægge, hvilke sygeplejefaglige kompetencer, der er behov for. Det kan derfor, ifølge casekommunerne, være med til at understøtte den korrekte kompetenceudvikling af sygeplejerskerne og sikre, at nye medarbejdere har de helt rigtige faglige kompetencer.

6.5 OPGAFLYTNING TIL DEN KOMMUNALE SYGEPLEJE

Casekommunerne vurderer, at opgaveflytningen fra sekundær- til primærsektoren har øget kravet til den kommunale opgaveløsning, og dermed sygeplejerskernes behov for adgang til diagnostiske oplysninger.

En række af casekommunernes sygeplejersker skildrer, at de igennem de senere år har oplevet en opgaveflytning indenfor sygeplejen fra sekundær- til primærsektoren. Dette tilskrives bl.a. redueringen i antallet af indlæggelsesdage på hospitalet fx som følge af mere standardiseret og accelererede patientforløb.¹⁴

¹⁴ Dansk Sundhedsinstitut 2010 (nuværende VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd). Fremtidens plejeopgaver i sundhedsvæsenet. Version 1.0.



”Vi kan bruge diagnostiske oplysninger til at forbedre den strategiske planlægning og vurdere, hvilke kompetencer og faglige indsatser kommunen skal have og fremadrettet iværksætte.”

SYGEPLEJERSKE I EN CASEKOMMUNE

Sygeplejerskerne har derfor også en oplevelse af, at borgerne aktuelt er mere syge ved udskrivningen fra hospitalet og i højere grad ikke er færdigbehandlet, når de overdrages til den kommunale sygepleje¹⁵. Dertil kommer, at forekomsten af multisyge tilsvarende er stigende, samtidigt med, at den demografiske udvikling medfører, at flere borgere med komplekse sygdomsforløb henvises til den kommunale sygepleje^{16, 17}. Opgaveløsningen i den kommunale sygepleje indeholder derfor også mere komplekse opgaver og betyder, at andelen af borgere, der skal modtage hjemmesygepleje, er stigende¹⁸. Samlet set mener casekommunerne, at det stiller en række andre krav til den kommunale sygepleje.

Diagnostiske oplysninger vurderes af casekommunerne således at kunne medvirke til at skabe en bedre transparens ift., hvilke sygdomme borgerne, som den kommunale sygepleje varetager, har. Det vurderes af casekommunerne, at kendskab til diagnostiske oplysninger kan være medvirkende til at skabe et mere sammenhængende forløb for borgeren, og understøtte sektorovergange på tværs af sundhedsvæsenet.

Sygeplejens koordinerende funktion

I takt med opgaveflytningen beskrevet ovenfor angiver sygeplejerskerne, at de har fået en mere koordinerende funktion ift. understøttelse af den enkelte borgers sygdomshåndtering. Det kan fx være; at hjælpe til, at borgeren husker et kontrolbesøg hos lægen, understøttelse af kommunikationen med den praktiserende læge eller indhentning af prøvesvar fra fx blodprøver.

Sygeplejerskerne beskriver dette som en tovholderfunktion, der tidligere i højere grad blev varetaget af den praktiserende læge, men, som i takt med at sygeplejerskerne i mange tilfælde tilser borgeren hyppigere end den praktiserende læge, i højere grad tilfalder dem end lægen. Også her vurderer sygeplejerskerne, at de diagnostiske oplysninger kan være medvirkende til at understøtte håndteringen af den enkelte borger.

6.6 EFTERSPØRGSEL EFTER DET HANDLINGSANVISENDE

Casekommunerne vurderer, at en bedre deling af informationer på tværs af sektorer vil øge kvaliteten i plejen og behandlingen af den enkelte borger

Samtlige sygeplejersker i casekommunerne peger på, at den viden overdragelse, som foregår fra almen praksis eller hospitalet til casekommunerne, generelt er utilstrækkelig. Deling af diagnostiske oplysninger vil således være en forbedring af den nuværende viden-overdragelse på tværs af sektorer, men det vil ikke i sig selv være tilstrækkeligt. Der efterspørges derfor generelt større viden-overdragelse

som fx den information, der aktuelt er indeholdt i epikrisen, og som videregives fra hospitalet til almen praksis.

På trods af, at epikrisen indeholder megen lægefaglig information, som ikke direkte er målrettet sygeplejerskerne, er det sygeplejerskernes klare opfattelse, at de er væsentligt bedre klædt på til håndteringen af den enkelte borger, i de tilfælde hvor epikrisen er til rådighed enten via den praktiserende læge eller via borgeren selv. Sygeplejerskerne efterlyser i særdeleshed det handlingsanvisende, som er indeholdt i epikrisen.

Udfordringen med anvendelsen af epikrisen er imidlertid, at epikrisen skal foreligge indenfor 4 dage efter udskrivning fra hospitalet, hvilket ofte er for sent ift. igangsættelse af et forløb i kommunal praksis.

Sygeplejerskerne beskriver alle situationer, hvor borgeren giver udtryk for, at de er uforstående overfor, hvorfor sygeplejersken er uvidende om, fx hvilken diagnose de netop har fået stillet i forbindelse med en hospitalsindlæggelse. Flere af sygeplejerskerne beskriver, at dette giver dem en direkte følelse af manglende professionalisme og utilstrækkelighed i håndteringen af borgeren.

¹⁵ VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd 2018. Komplexitet i den kommunale sygepleje - En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen. Version 1.0.

¹⁶ Sundhedsstyrelsen 2018. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Version 1.0.

¹⁷ Danmarks Statistik 2019. Befolkningsfremskrivninger 2019-2060. Hentet via: www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28592 (18.08.19).

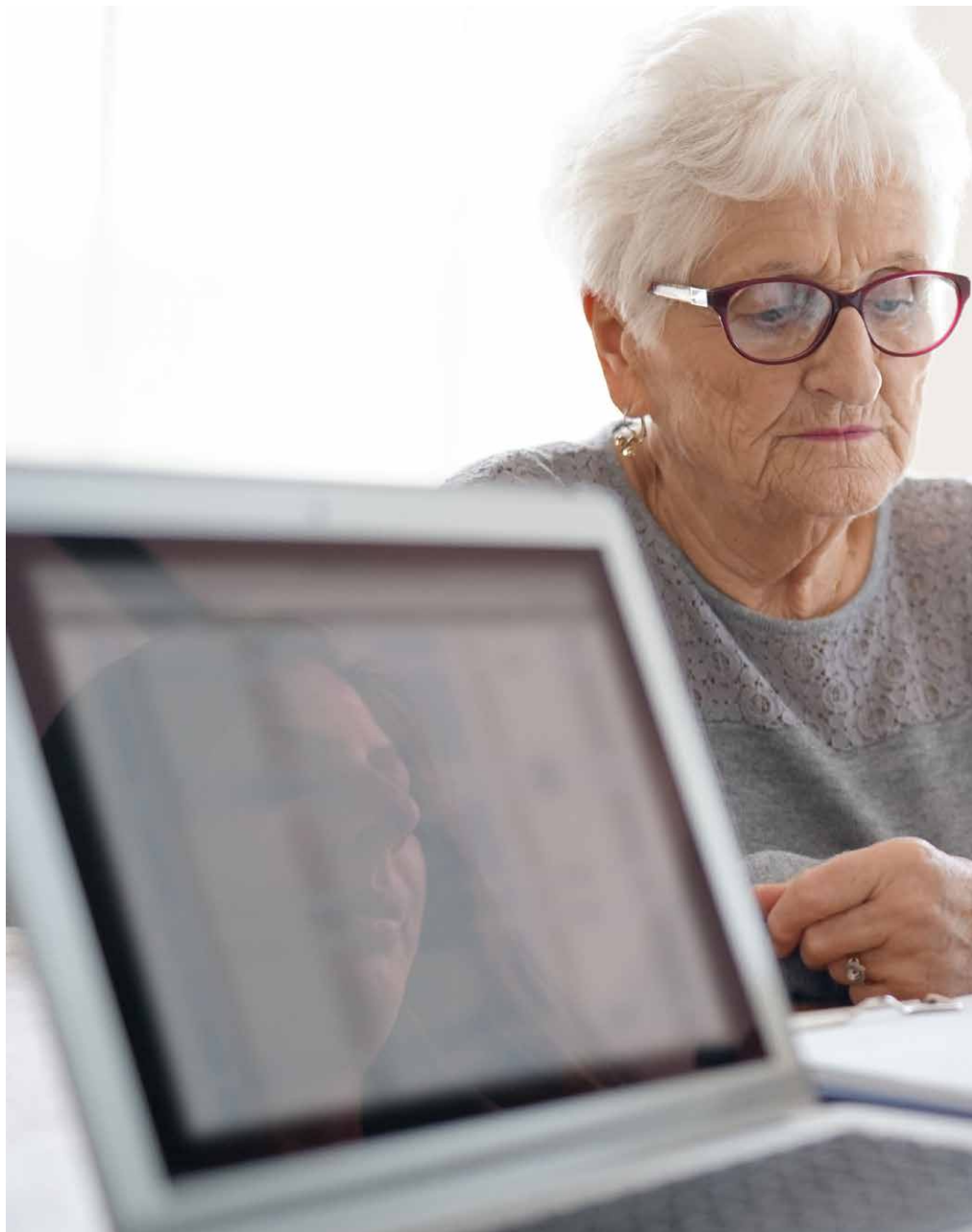
¹⁸ Dansk Sygeplejeråd 2011. Fremtidens hjemmesygepleje - Statusrapport. Version 1.0.

7. Opsamling

Det primære formål med nærværende analyse var at afdække hvilke diagnostiske oplysninger om den enkelte borger, som den kommunale sygepleje efterspørger fra almen praksis og hospital og på sigt ønsker systematisk adgang til i de kommunale EOJ-systemer.

Casekommunerne efterspørger en fællesoffentlig model for, hvorledes den kommunale sygeplejes behov for diagnostiske oplysninger kan indfries.

I figur 15 opsummeres de væsentligste fund præsenteret i afsnit 5 og 6.



FIGUR 15.
OPSAMLING AF VÆSENTLIGE FUND

'AS IS'

Nuværende praksis for anvendelse af diagnostiske oplysninger i casekommunerne:

- Sygeplejerskerne i casekommunerne anvender mange og forskelligartede kilder til at få diagnostiske oplysninger om borgerne, hvilket er en tids- og ressourcekrævende opgave
- Manglende systematik i noteringen af diagnostiske oplysninger resulterer, ifølge casekommunerne, i en øget risiko for ukorrekte eller mangelfulde oplysninger, samt fejl i valget af pleje- og behandlingsindsatser.
- Når diagnostiske oplysninger er til rådighed, er det casekommunernes vurdering, at det øger kvaliteten i den sygeplejefaglige indsats.

'TO BE'

Casekommunernes behov og de forventede opnåede effekter ved bedre systematik i anvendelsen af diagnostiske oplysninger

- Casekommunerne ønsker de diagnostiske oplysninger tilgængelige på en enkelt, systematisk og standardiseret måde.
- Vedligehold af diagnostiske oplysninger vurderes af casekommunerne at være et lægeligt ansvar.
- Casekommunerne ønsker adgang til samtlige diagnostiske oplysninger
- Hvis dette ikke er muligt, vurderes det af sygeplejerskerne væsentligt, at få oplysninger på kroniske og psykiatriske diagnoser.
- Casekommunerne ønsker at anvende diagnostiske oplysninger til sekundært brug i aggregeret form til fx statistiske formål
- Opgaveflytningen fra sekundær- til primærsektor har, ifølge casekommunerne, øget kravet til den kommunale opgaveløsning, og som følge heraf sygeplejerskernes behov for adgang til diagnostiske oplysninger.
- En bedre deling af information på tværs af sektorer vurderes, ifølge casekommunerne, at kunne øge kvaliteten i plejen og behandlingen af den enkelte borger.

7.1 FÆLLESOFFENTLIG MODEL

Nærværende analyse har fundet, at der blandt casekommunerne er et udtalt behov for og efterspørgsel efter systematisk adgang til diagnostiske oplysninger i den kommunale sygepleje.

En mere systematisk anvendelse af diagnostiske oplysninger kan ifølge casekommunerne bidrage til følgende positive effekter (figur 16):

Primær brug af diagnostiske oplysninger:

- Mere målrettet sygeplejefaglig indsats overfor den enkelte borger.
- Forbedret kommunikationen på tværs af sektorer, hvor en fælles forståelsesramme og terminologi medvirker til at understøtte håndteringen af den enkelte borger.

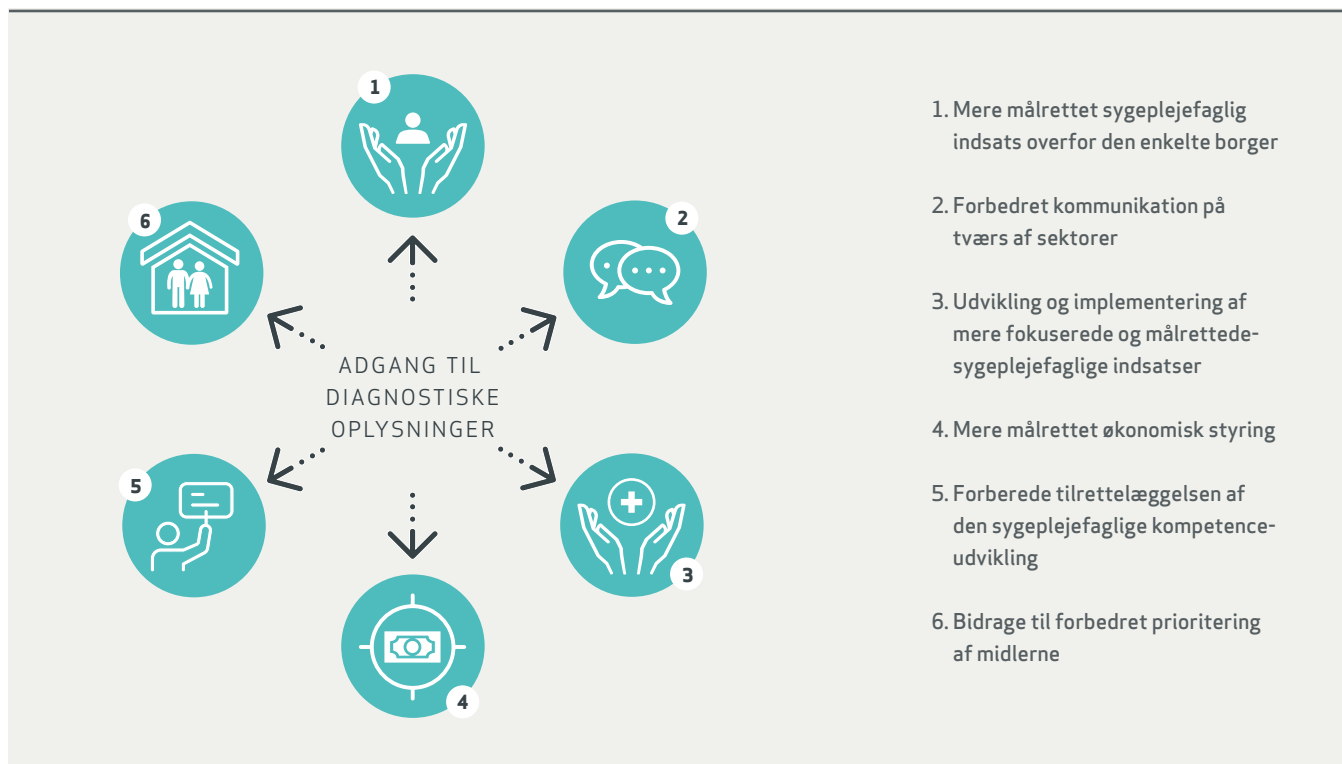
Desuden kan en fællesoffentlig model potentielt bidrage til en effektivisering af den kommunale opgaveløsning, da sygeplejerskernes tids- og ressourcer brug på fx indhentning og verificering af diagnostiske oplysninger nedbringes.

Sekundær brug af diagnostiske oplysninger:

- Udvikling og planlægning af mere fokuserede og målrettede sygeplejefaglige indsatser i den kommunale sygepleje.
- Øget transparens og dermed mere målrettet økonomisk styring.
- Forbedre tilrettelæggelsen af den sygeplejefaglige kompetenceudvikling.
- Bidrage til forbedret prioritering af midlerne brugt på fx indretning og bygning af plejecentre.

Følgende punkter bør i følge casekommunerne overvejes (jf. figur 17):

FIGUR 16.
FORVENTEDE POSITIVE EFFEKTER



Figuren illustrerer casekommunernes forventede positive effekter, som adgangen til diagnostiske oplysninger vil kunne bidrage til.

1. Casekommunerne ønsker, at de diagnostiske oplysninger gøres digitalt tilgængelige i de kommunale EOJ-systemer. Casekommunerne foretrækker overvejende, at dette gøres i det eksisterende diagnosefelt under helbredsoplysninger.
2. Den diagnostiske oplysning ønskes ifølge casekommunerne præsenteret som diagnosekoden (fx SKS-koden) efterfulgt af den dertilhørende prosatekst (fx DI70 Arteriosklerose). Derudover ønsker casekommunerne, at den behandlingsansvarlige læge fremgår sammen med oprettelsesdatoen.
3. Casekommunerne mener, at det skal være den behandlingsansvarlige læge, som er ansvarlig for selve oprettelsen og vedligeholdelsen af de diagnostiske oplysninger. Derfor ønsker casekommunerne, at der udarbejdes procedurebeskrivelser, som på standardiseret vis beskriver, hvordan oplysningerne skal oprettes samt præcise procedurer for vedligehold.
4. Casekommunerne efterspørger, at der oprettes en valideringsprocedure, som løbende sikrer, at de angivne diagnostiske oplysninger er korrekte.
5. Såfremt adgangen til de diagnostiske oplysninger ønskes implementeret gradvist, ønsker casekommunerne, at der indledningsvist gives adgang til alle større kroniske sygdomme inklusive hyppigst forekomne psykiatriske sygdomme.

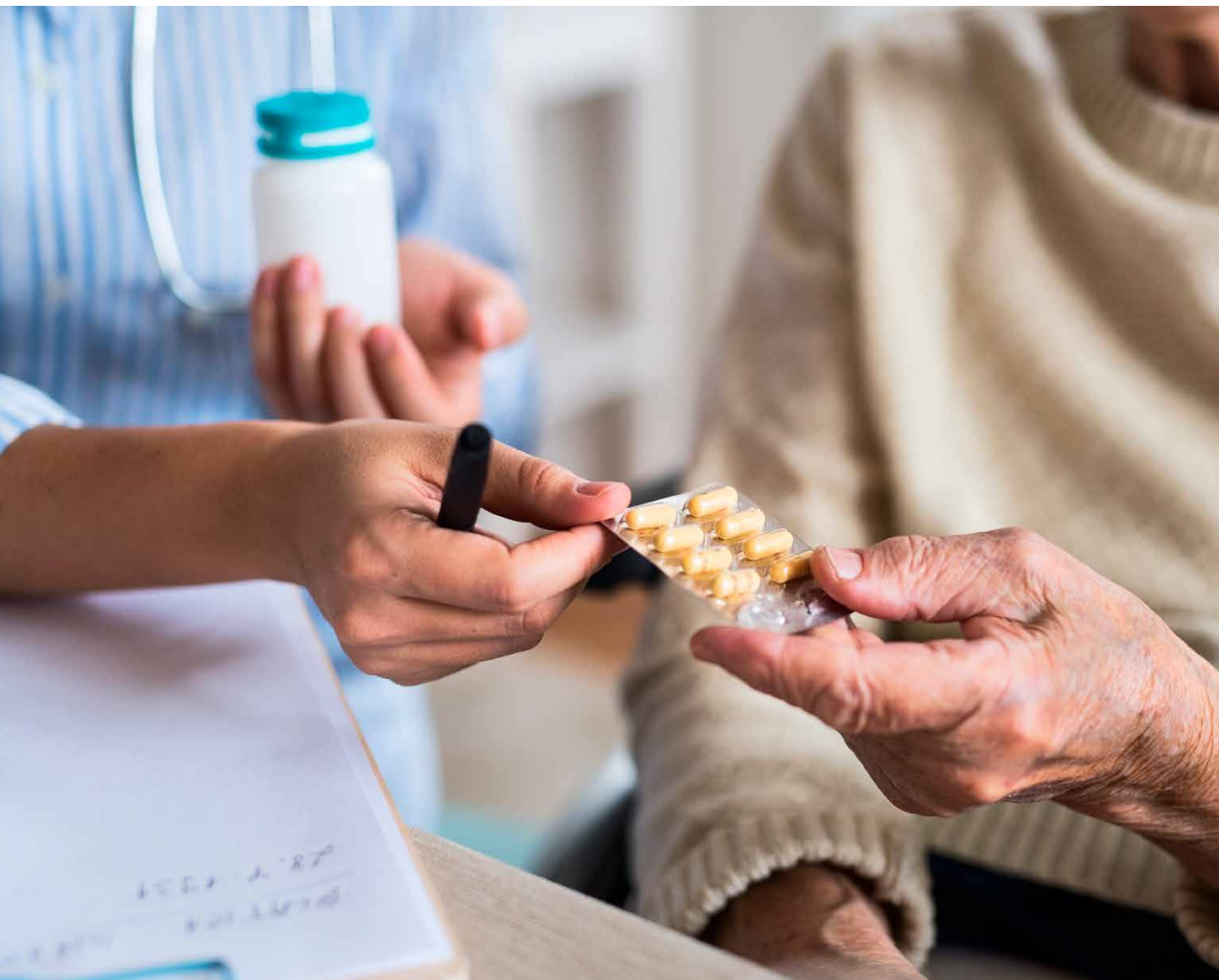
FIGUR 17.
OVERORDNEDE OVERVEJELSE



Figur 17 Illustrerer de overordnede behov og ønsker, som casekommunerne har til integrering af de diagnostiske oplysninger i kommunernes EOJ-systemer.



8. anbefalinger



Som en del af afgrænsningen, beskrevet i afsnit 4.1, havde nærværende analyse til formål at afdække den kommunale sygeplejes behov for diagnostiske oplysninger. Analysen er således udarbejdet på baggrund af dialogen med otte casekommuner. Denne afgrænsning af genstandsfeltet er foretaget på baggrund af opgavens ramme, og der er således ikke foretaget en afdækning af andre sektorer i sundhedsvæsenet, herunder hospital og almen praksis. Det er derfor

ikke afsøgt, hvordan informationen i praksis deles på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, men derimod fokuseret på, hvilke diagnostiske oplysninger om den enkelte borger, som den kommunale sygepleje efterspørger fra almen praksis og hospital og på sigt ønsker præsenteret i de kommunale EOJ-systemer.

Ønsker man, via en fællesoffentlig model som beskrevet i afsnit 7, at gøre diagnostiske oplysninger systematisk

til rådighed i kommunernes EOJ-systemer, er der en række væsentlige faktorer, der er nødvendige at tage i betragtning, inden den endelige løsning udvikles.

I dette afsnit præsenteres en række af de faktorer, der vurderes væsentlige for udviklingen af en fællesoffentlig model. Ydermere skal erfaringer og viden fra andre igangværende projekter naturligvis drages med ind i overvejelserne, før

der igangsættes eventuel udvikling til at dække sygeplejerskernes behov i kommunerne.

Struktur og organisering ift. diagnostiske oplysninger tværsektorielt

Ved udvikling af en konkret løsning skal der tages højde for, hvor de diagnostiske oplysninger og andre helbredsoplysninger fødes, og hvordan de i dag deles tværsektorielt, for således at kunne pege på hvilken løsning, der bør udvikles. Der er aktuelt ikke en fælles struktur og organisering på tværs af regioner, kommuner og almen praksis for denne videndeling. Der er derfor behov for, at dette kortlægges helt ned til praksisniveau, mhp. at kunne vurdere om en automatisk integrering af oplysninger fra hospital og almen praksis til kommunernes EØJ-systemer, som foreslået af casekommunerne, er en mulig løsning. Dette skal sammenholdes med data fra andre igangværende projekter omkring tværsektoriel deling af sundhedsdata for således at kunne pege på hvilken løsning, der bør udvikles og mest enkelt kan implementeres.

Ydermere er der ikke klarhed om, hvordan vedligeholdelsen af diagnostiske oplysninger skal håndteres. Sygeplejerskerne i casekommunerne peger på, at vedligehold af diagnostiske oplysninger er et lægeligt ansvar, men der er aktuelt ikke en fast praksis for dette. Som udgangspunkt vil vedligeholdelsesansvaret ligge der, hvor oplysningen er født, altså hos den dataansvarlige. Før igangsættelse af udviklingen af en ny løsning, skal man være opmærksom på, at der pt. eksisterer forskellige incitamentsstrukturer for vedligehold af diagnostiske oplysninger hos de praktiserende læger og på hospitalet. Det bør således undersøges, hvordan dette kan imødekommes i en fremtidig løsning på en både effektiv og økonomisk måde helt ned til sygepleje- og lægelig praksis.

Data stillet til rådighed enkelt og handlingsanvisende

Gennem klarlægning af sygeplejerskernes behov for adgang til diagnostiske oplysninger er det blevet tydeligt, at der blandt sygeplejerskerne i casekommunerne generet ikke skelnes mellem, hvor i sundhedssystemet den diagnostiske oplysning er født (almen praksis, hospitalet mv.), eller om hvorvidt, der fx er tale om en aktions- eller henvisningsdiagnose. Der fokuseres blandt sygeplejerskerne overvejende på det handlingsanvisende, som udløses i forlængelse af at have adgang til den diagnostiske oplysning, mhp. at kunne varetage den enkelte borgers helbredstilstand bedst muligt. Det beskrives behov for adgang til diagnostiske oplysninger kan som følge heraf, heller ikke blot løses ved fx at give adgang til alle aktionsdiagnoser.

Behovet for adgang til diagnostiske oplysninger bør derfor evalueres i forbindelse med en vurdering af, hvordan viden aktuelt overdrages fra almen praksis, speciallæger og hospitalet til kommunen, og om denne eventuelt kan struktureres anderledes og dermed imødekomme sygeplejerskernes behov.

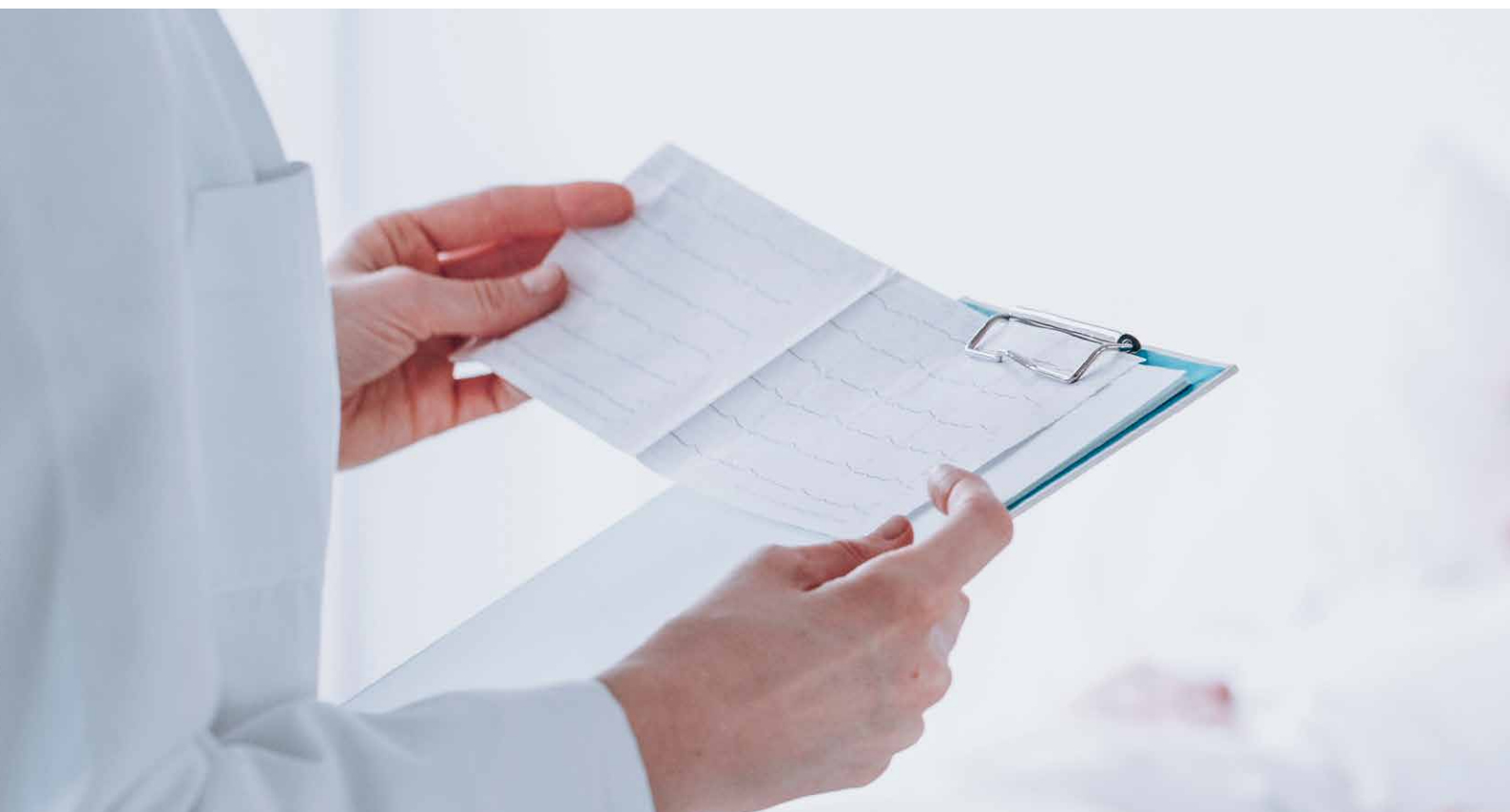
Nærværende analyse peger desuden på, at alene adgangen til diagnostiske oplysninger ikke nødvendigvis er tilstrækkeligt for at imødekomme den kommunale sygeplejes behov. Derimod peger resultaterne på, at der tilsvarende er et behov for en større grad af standardisering og strømlining af den information, som aktuelt deles på tværs af sektorerne. Der indsamles store mængder information på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet, og det er således væsentligt, at disse strømlines og gøres tilgængelige dér, hvor de kan skabe øget kvalitet i behandlingen af borgeren. Den digitale dokumentation, som kan understøtte denne vidensdeling

findes allerede, herunder fx plejeforløbsplaner, udskrivningsadvis og epikriser. Det er derfor relevant at undersøge, hvorvidt en forbedring og standardisering af den eksisterende kommunikation kan imødekomme sygeplejens behov for ikke bare diagnostiske oplysninger, men ligeledes for det handlingsanvisende, som følger deraf. Sammen med praksisundersøgelsen skal det undersøges om og hvor data allerede findes. Det skal sikres, at kun den information som sygeplejersken har behov for i forhold til konteksten (fx en aktuell behandling af borger eller visitation af en ny pt. ukendt borger), stilles præcist til rådighed i en enkel, nem overskuelig måde.

Håndtering af diagnostiske oplysninger ift. lovgivningen

Diagnostiske oplysninger er personfølsomme data, som er underlagt såvel Sundhedsloven som GDPR. Dette område er udenfor scope af nærværende analyse og er derfor ikke berørt. Det er dog nødvendigt at tage med ind i overvejelserne, hvis det besluttet at gå videre henimod at finde en løsning på sygeplejerskerne identificerede behov for diagnostiske oplysninger. Autoriseret sundhedspersonale er ifølge sundhedsloven berettiget til at indhente oplysninger om patientens helbredsforhold, herunder diagnostiske oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuell behandling af patienten. Det er således væsentligt, at der i en fremtidig løsning tages højde for, at adgang til diagnostiske oplysninger udelukkende gives til de sundhedspersoner, der er berettiget til adgangen. Desuden skal det sikres, at hvis data skal anvendes til fx statistiske formål, skal disse kun kunne udtrækkes i aggregeret form, så oplysningerne beskyttes. Endeligt skal det sikres, at formålsbestemmelser er tænkt ind helt fra starten i udviklingsprocessen.

9. Perspektivering



Organisatoriske ændringer i hospitalssektoren samt nye behandlingsmuligheder og teknologier betyder, at patienter i dag udskrives hurtigere fra hospitalerne, hvilket stiller større krav til den kommunale opgaveløsning. Resultatet af nærværende analyse peger på, at sygeplejersker i den kommunale sygepleje har diagnostiske oplysninger til rådighed i varierende grad men at indsamling, registrering, vedligehold og verificering af oplysninger ikke foregår systematisk eller standardiseret. Det er ifølge casekommunerne en tids- og ressourcekrævende opgave og der er som følge heraf, en efterspørgsel efter en mere systematisk adgang

til diagnostiske oplysninger blandt sygeplejerskerne i casekommunerne.

Potentialerne ved en mere systematisk brug af diagnostiske oplysninger er i følge sygeplejerskerne i casekommunerne, som illustreret i figur 16, stort og perspektiverne mange. I afsnittet nedenfor præsenteres yderligere, dels hvordan en mere systematisk brug af diagnostiske oplysninger kan bidrage til at øge synligheden af den kommunale opgaveløsning, dels hvordan avancerede analytiske modeller kan anvende data. Herunder diagnostiske oplysninger fra kommunernes EOJ-systemer, til at udvikle fx

beslutningsstøtteværktøjer, der kan understøtte den kommunale sygepleje i håndteringen af borgerne.

9.1 ØGET SYNLIGHED AF SYGEPLEJENS OPGADELØSNING

De kommunale sygeplejersker spiller, i takt med udviklingen i sundhedsvæsenet, en mere og mere central rolle i det nære sundhedsvæsen. Det er derfor væsentligt, mere præcist at kunne belyse hvilke ressourcer, som den kommunale sygepleje skal have stillet til rådighed, samt hvilke opgaver de kan byde ind med for at sikre kvalitet og sammenhæng i fremtidens kommunale sundhedsforvaltning.



Målrettede indsatser

Den manglende systematik i registreringen af diagnostiske oplysninger betyder, at kommunerne ikke er i stand til at opgøre hvor mange borgere i en given kommune, der lider af fx KOL, diabetes, cancer mv. Dette medfører, at kommunerne heller ikke har mulighed for at se, om der fx er dele af indsatserne leveret i sygeplejen, som er givet til særligt tunge patientpopulationer. Derved har de heller ikke mulighed for at udforme målrettede indsatser til netop disse borgere. Kendskab til diagnostiske oplysningerne kan således medvirke til at skabe en styringsmæssig transparens, som aktuelt ikke er tilstede.

Øget sammenlignelighed på tværs af kommunerne

En mere systematisk registrering af diagnostiske oplysninger vil ligeledes styrke kommunernes mulighed for at sammenligne den kommunale drift og resultatskabelse på tværs af kommuner.

Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er et af de fagområder, hvor kommunale sundheds- og ældrechefer i en undersøgelse, foretaget af KL, vurderer, at der er behov for en bedre anvendelse af data til sammenligning.¹⁹

Benchmarking af kommunale sundheds- og ældredata kan, foruden muligheden

for sammenligning på tværs af kommuner, medføre potentielle forbedringsmuligheder både i forhold til praksis og effektiviteten på sundheds- og ældreområdet.

Desuden vil andre kommunale områder, som fx forebyggelsesområdet, formentlig også kunne drage nytte af diagnostiske oplysninger til sekundær brug, som dimensionering og vurdering af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Tværsektoriel kommunikation

Behovet for mere effektiv kommunikation på tværs af aktører i sundhedsvæsenet er øget væsentligt i takt med den generelle opgaveflytning fra hospitalssektoren til det primære sundhedsvæsen. Der er et stort fokus på, hvordan det i overgange mellem sektorer i sundhedsvæsenet kan sikres, at relevant information om borgerens helbredstilstand følger med.

Som tidligere beskrevet peger flere undersøgelser på, at patienter, såvel som pårørende og sundhedsfagligt personale oplever udfordringer i sektorovergange, hvor særligt kommunikationen mellem hospitalsafdelingen, praktiserende læge, hjemmeplejen og eventuelle speciallæger opleves som problematisk.²⁰

¹⁹ Kommunernes Landsforening, 2019. Kortlægning af kommunernes anvendelse af sundheds- og ældredata, analyseresultater og konklusioner.

²⁰ DEFACTUM*, Region Midtjylland, marts 2018 - Fortællinger om sektorovergang.

Særligt kontakten til kommunen efter udskrivelse fra hospitalet vurderes af borgerne som mangelfuld.²¹ Der er mange igangværende digitale initiativer, der skal sikre en god kommunikation mellem relevante aktører i sundhedsvæsenet, bl.a. sundhed.dk, et samlet patientoverblik, min læge mv. Der er således et behov for, at disse initiativer koordineres på tværs som muliggør imødekomelse af de kommunale sygeplejerskers udfordringer med indsamling, registrering, vedligehold samt verificering af diagnostiske oplysninger som en tids- og ressourcetrækkende opgave.

Et eksempel på et igangværende initiativ, der skal forbedre den tværsektorielle kommunikation, er 'forbedring af epikriser'. Initiativet har til formål at højne kvaliteten af epikriser til almen praksis, der oplever disse som uoverskuelige og mangelfulde²². Epikriserne indeholder meget fritekst, og der skelnes fx ikke tydeligt mellem epikriser til orientering og epikriser, der kræver handling. Dette medfører, at de praktiserende læger bruger unødigt tid på at vurdere, om der skal igangsættes en handling, og i så fald hvilken²⁰. Det er derfor afgørende, at den information, som videregives til den kommunale sygepleje, er relevant, så effektiviteten og kvaliteten ikke påvirkes af, at sygeplejerskerne skal forholde sig til yderligere (potentielt overflødig) information.

9.2 ANVENDELSE AF AVANCEREDE ANALYTISKE MODELLER

Som led i styrkelsen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen arbejder kommunerne på at gøre sundheds- og ældredata mere tilgængelige i og på tværs af kommunerne. En bedre adgang til kommunale sundheds- og ældredata skal bl.a. give medarbejdere og beslutningstagere viden om effekter og resultater af behandlingen, og derigennem bidrage til at forbedre kvaliteten af behandlingstilbuddene til gavn for borgeren. I de følgende afsnit præsenteres bud på, hvordan data fra kommunale EOJ-systemer kan anvendes til avancerede analytiske modeller, der kan understøtte den kommunale opgaveløsning.

Løsningerne er baseret på data fra såvel den enkelte borger indhentet på tværs af relevante sundhedsinstitutioner, som fra de forskellige kommuner, hvor data fra lignende borgere giver et aggregeret risikobillede af borgeren, der på forskellig vis er sammenlignelig med den aktuelle borger. Det muliggør etableringen af løsninger, der skaber et meget individualiseret billede af borgerens aktuelle situation, og samtidigt giver den kommunale sygepleje oplysninger om, hvordan andre med en tilsvarende helbredtstilstand er håndteret. Rammerne for at handle proaktivt, og i visse situationer præventivt, er således tilstede.

En præventiv indsats kan gøres både som en individuel udvælgelse af

borgere til specifikke præventive programmer med stor sandsynlighed for effekt, og som en prioritering af indsatser, ud fra hvilke borgerprofiler, der er tilstede i kommunen. Derudover kan det gøres på baggrund af hvilke erfaringer, der er gjort andre steder og/eller på andre tidspunkter med samme udfordringer.

Automatiseret beslutningsstøtte

Den kommunale sygepleje modtager en borger på henvendelse fra praktiserende læge, hospitalet mv. Henvisningsårsagen beror på en faglig vurdering, men det er op til den kommunale sygepleje at indsamle den tilstrækkelige information om borgeren til at kunne udføre den rigtige behandling, herunder diagnostiske oplysninger. Dette er både tidskrævende og kræver klinisk erfaring. Det er imidlertid muligt at understøtte denne proces med forskellige grader af automatisering i form af en automatiseret beslutningsstøtte.

I praksis vil den kommunale sygepleje kunne se et felt i EOJ-systemets eksisterende skærbillede, hvor de fem væsentligste faktorer ved netop denne borger er fremhævet. Det kunne fx være anamnesticke oplysninger, om at borgeren tidligere har været indlagt på psykiatrisk afdeling, eller at borgeren er diagnosticeret med type 2 diabetes. Den virtuelle assistentfunktion vil kunne forkorte sagsbehandlingstiden ved at præsentere væsentlige informationer om borgeren, som

sygeplejersken ikke skal bruge tid på at indhente og afklare. Samtidigt vil det give sygeplejersken et værktøj til at sikre en fælles standard og udveksling af viden på tværs af såvel den enkelte kommune, som tværkommunalt. Den virtuelle assistentfunktion vil komme med en række anbefalinger til hvilke faktorer, som sygeplejersken skal være opmærksom på, som han eller hun måske ikke selv havde bemærket, men

som kan være af signifikant betydning for borgeren.

Ligeledes vil informationer indsamlet ensartet på tværs af kommuner og regioner åbne muligheden for, at forebyggende kommunale indsatser kan anvende prædiktive avancerede analyser til segmentering og sortering af borgerne efter risikobilledet ift. at få visse typer af sygdomme som KOL, diabetes mv.

²¹ Social- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed, oktober 2019 - Borgernes tilfredshed med overgange på sundhedsområdet.

²² MedCom, februar 2018 - Forbedring, prioritering og målretning af epikriser. Version 1.0.



Bilag 1

Definitioner

Aktionsdiagnose er den diagnose, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant forløb, og som er den væsentligste årsag til de gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogrammer. Hvis patienten har flere diagnoser, der kan være konkurrerende som årsager til undersøgelse og behandling, må den diagnose, som vurderes som den alvorligste, også for prognosen på længere sigt, betragtes som aktionsdiagnosen¹.

Henvisningsdiagnosen er den diagnose, som fremgår af henvisningen¹.

Færdigbehandlet patient er defineret som: En patient er færdigbehandlet i stationært regi, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling²³.

Sundhedslovsydelser er defineret som ydelser leveret under Sundhedsloven §138.

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, som er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på hospitalet. Den patientansvarlige

læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men har en funktion som koordinator og bagstopper/tovholder for det samlede udrednings- og behandlingsforløb. Endvidere skal patienten kunne søge til sin patientansvarlige læge, hvis han eller hun er i tvivl om noget i forhold til sit udrednings- og/eller behandlingsforløb på hospitalet. Hertil kommer, at der kun kan være én patientansvarlig læge for en patient ad gangen, men at der godt kan være flere læger, der hver især har et behandlingsansvar²⁴.

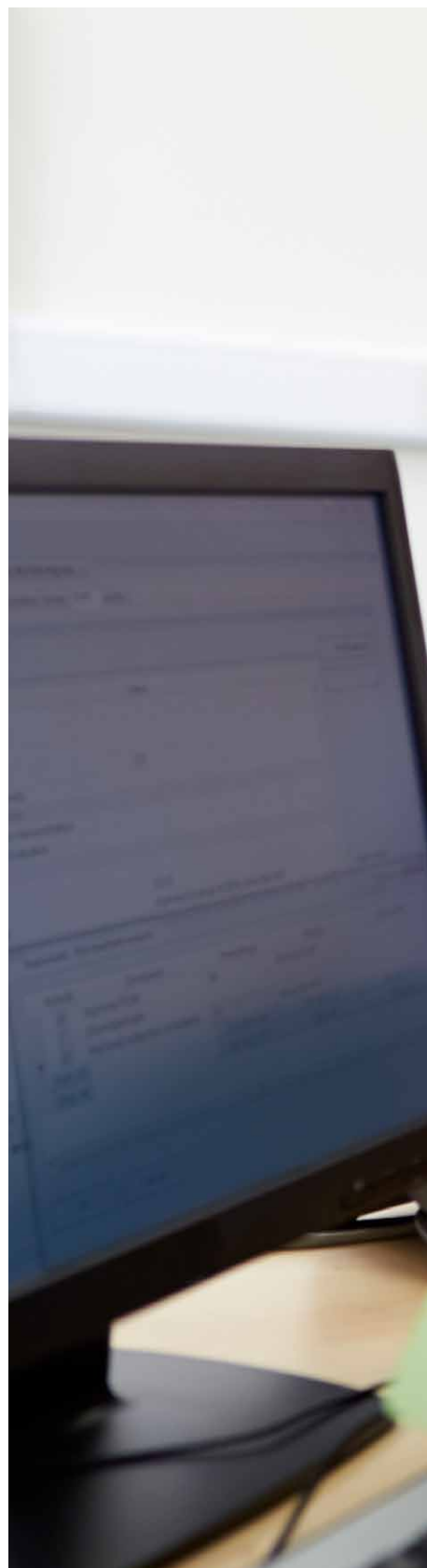
Helbredsoplysninger er aktuelle eller tidligere sygdomme og handicap der har betydning for borgerens situation. Her kan borgerens sygdomme og handicap, dokumenteres for at give et samlet overblik. Hvis oplysningen kommer fra borgeren eller pårørende, skal dette fremgå²⁵.

Helbredstilstande beskriver borgerens aktuelle og/eller potentielle helbredsproblemer inden for 12 sygeplejefaglige problemområder. Derudover beskrives borgerens ressourcer i forhold til borgerens helbredsproblemer, og hvordan de kan understøttes eller styrkes. Helbredstilstanden beskrives både ud fra borgerens egen oplevelse af helbred og sygeplejens faglige vurdering af helbredet.²⁵

²³ Sundhedsstyrelsen 2016. Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter. Version 1.0

²⁴ Danske Regioner 2017. Hvidbog for den patientansvarlige læge. Version 1.0.

²⁵ Fælles Sprog III - Metodehåndbog version 1.61





CARVE CONSULTING
Nørre Voldgade 11, 2.
DK-1358 Copenhagen K

info@carve.dk
CVR: 35 21 19 42

