



Analyse af data fra akutfunktioner

December 2020

Indhold

Resume	3
1 Indledning	6
1.1 Baggrund for pilotprojektet	6
1.2 Det samlede forløb for projektet	7
1.3 Formålet med fase 2 af pilotprojektet	9
1.4 FSIII-metoden	10
1.5 FSIII-klassifikationer og akutområdet	10
1.6 Kommunal gateway som kanal for akutdata	10
2 Faglig og teknisk meningsfuldhed	12
2.1 Faglig meningsfuldhed	12
2.2 Teknisk meningsfuldhed	17
3 Datamæssig meningsfuldhed	21
3.1 Sammenligning mellem de deltagende akutfunktioner	21
4 Forudsætninger for opsamling af data	26
4.1 Forudsætninger for national opsamling af data om leverancer fra kommunale akutfunktioner	26
4.2 Forudsætninger vedr. registrering af aktivitet i kommunale akutfunktioner i EOJ-systemerne	26
4.3 Forudsætninger vedrørende registreringspraksis	27
5 Videre forløb og input til roadmap	28
5.1 Registreringspraksis	28
5.2 It-understøttelse og implementering i EOJ-systemer	29
6 Bilag	31
6.1 Leverance i fase 1: Datamodel	31

Resume

Deloitte har for KL gennemført et projekt om udvikling af en model til indsamling af data fra kommunale akutfunktioner. Analysen viser overordnet, at der er værdi i en systematisk opsamling både lokalt og på nationalt niveau

Projektet er etableret som del af det samlede projekt om Synlige Kommunale Sundheds- og Ældredata og med afsæt i en tidligere udarbejdet rapport om dataunderstøttelse af kommunale akutfunktioner. Projektet er gennemført i to faser. Første fase fokuserede på afdækning af databehov, særligt tværgående/nationale behov, men også behovene set fra den enkelte kommune. I kombination med en beskrivelse af lokal registreringspraksis blev dette brugt som grundlag for at opstille en model for indsamling af data fra kommunale akutfunktioner. Modellen blev herefter afprøvet, og projektets anden fase har været en evaluering af den opstillede model, baseret på en pilotafprøvning af opsamling af data med afsæt i FSIII.

Analysens fokus og de omfattede kommuner

Denne rapport fokuserer på 1) værdien af en tværkommunal indsamling af data og 2) en evaluering af den opstillede model for indsamling af data. Rapporten behandler også sammenhæng til kommunale referencemodeller og forudsætninger for tværkommunal indsamling. Afslutningsvist præsenteres et oplæg til et muligt videre forløb. Grundlaget for evalueringen er en kombination af kvantitativ evaluering baseret på lokalt gennemført opsamling af data og kvalitativ afdækning med henholdsvis kommuner og EOJ-systemleverandører. Der har deltaget 6 kommuner i fase 1 og 5 kommuner i fase 2. Derudover er fase 2 blevet beriget med input fra en enkelt kommune, hvor akutfunktionen er integreret del af hjemmesygeplejen. Blandt kommunerne i fase 2 indgår et tværkommunalt samarbejde.

Evaluering af faglig meningsfuldhed

Evalueringen er baseret på dialog med de deltagende akutfunktioner, herunder en afsluttende opfølgning med dialog om forskellige fremstillinger og visualiseringer af data fra pilotperioden. For omfattede akutfunktioner har pilotperioden indebåret en række indskærpelser eller præciseringer af registreringspraksis. Tilbagemeldingerne fra kommunerne har været, at man har kunnet se en nytte i disse præciseringer og således forventer at forsætte med dem som en fast praksis. Dette viser, at der inden for rammerne af den gældende version af FSIII er mulighed for en bedre understøttet dokumentationsarbejdsgang. Analysen viser dog også, at akutfunktionerne generelt giver udtryk for, at de i sammenligning med hjemmesygeplejen har sværere ved at få akutindsatserne til at passe ind i de FSIII-kategorier, som de har mulighed for at registrere i. Kommunerne fremhæver derudover, at såvel deres opgavetyper som interaktionen med borgeren adskiller sig fra hjemmesygeplejens mere skemalagte og mindre akutte opgaver – men at denne forskel ikke kan ses i deres registreringer,

medmindre de lokalt vælger at gøre brug af muligheden for at supplere med egne kategorier.

I forhold til at sammenligne data fra akutfunktionerne på tværs af kommuner betyder disse forhold 1) at en tværgående sammenligning vil være på et overordnet niveau, og 2) at de samme kategorier (klassifikationer) kan dække over forskelligt indhold, alt efter om akutfunktionen eller hjemmesygeplejen har været udførende.

Selve systemernes opsætning er et andet væsentligt forhold for både den daglige registrering og for den efterfølgende datavisning. Her er der konstateret forskelle i hvordan, registreringen er understøttet i brugerfladen. I denne sammenhæng er det desuden væsentligt, at akutfunktionernes mere akutte opgavetyper tilsiger, at de er særligt følsomme over for registreringsarbejdsgange med mange klik. Endelig er der i evalueringen konstateret en række forhold, som hverken vedrører FSIII eller systemerne, men som stadig i nogen grad kan påvirke hvad, der datamæssigt kan spores som akutaktivitet. Det væsentligste forhold er her, at arbejdsdelingen mellem akutfunktion og hjemmesygepleje ikke ligger fast, men i praksis varierer, da kommunerne løbende tilpasser opgaveløsningen ud fra både kapacitet (tid) og kompetencer (hvor erfarne de pågældende sygeplejersker er).

Samlet er det således på den ene side konstateret, at de præciserende registreringsarbejdsgange giver mening og værdi for akutfunktionerne og på nationalt niveau, i kraft af at der etableres et nationalt datagrundlag, men dog samtidig også, at en række forhold begrænser mulighederne for at sammenligne på tværs uden yderligere kvalifikation af data. Således vil en sammenligning på tværs på nuværende tidspunkt være på et overordnet niveau. Alt efter kommunernes prioritering af tværgående ledelsesinformation og dataopsamling vil man kunne aftale dataelementer, hvor man arbejder for at gøre dem mere sammenlignelige på tværs.

Evaluering af teknisk meningsfuldhed

Opdraget for denne analyse var at identificere, hvordan indsatser leveret af akutfunktioner kan markeres. I dialogen med de kommunale systemforvaltere og EOJ-systemleverandørerne er der peget på, at leverandørbegrebet vil være en relevant måde at identificere, hvornår der løses en opgave som akutfunktion.

Det er konstateret, at alle EOJ-leverandører opererer med et leverandørbegreb, som bruges ved planlægning af indsatsen. På dette trin i processen angives en leverandør, hvor der er angivet en række valgmuligheder (forskellige teams, hvilket også kan repræsentere akutfunktionen).

I systemerne er der således tale om et eksisterende felt, som bliver brugt når der oprettes indsatser i EOJ-systemerne. For at etablere tværkommunal opsamling af data peger rapporten på dette punkt på behovet for en tilretning i EOJ-systemerne i form af en markering af leverandøren (med en tværkommunal klassifikation eller opmærkning), så leverandøren (akutfunktionen) på denne vis kan identificeres.

I en sådan tilgang identificeres akutfunktionen (som leverandør) på grundlag af en opmærkning som akutfunktion, frem for viden om det præcise navn på akutfunktionen i den konkrete kommune. I piloten har de lokale systemadministratorer identificeret og leveret data for akutfunktionerne manuelt og baseret på konkret viden. En landsdækkende løsning baseret på en opmærkning af akutfunktioner vurderes at være en

bedre og mere robust løsning end at basere løsningen på input fra lokale systemadministratorer om identifikation af akutfunktioner.

Det ovenfor omtalte leverandørbegreb findes i den kommunale rammemodel, som supplerer den fælleskommunale informationsmodel (FKI). Den skitserede løsning for opsamling af data vil dermed kunne fungere i samspil med FKI.

Evaluering af datamæssig meningsfuldhed

Samlet viser analysen således, at der på nuværende tidspunkt findes relevant data om de kommunale akutfunktioner, som vil kunne indsamles nationalt. Der er forskelle i de registrerede data, hvilket også er belyst gennem interviews, hvor kommunerne har redegjort for en række forskelle i lokale opgaver og lokal tilrettelæggelse af arbejdet. Som tidligere analyser også har vist, er der således variationer i registreringspraksis, hvilket for akutfunktionerne suppleres af forskelle i organisering samt forskelle i konkret tilrettelæggelse af opgaver.

Projektet har blandt andet ved præsentationer for ledere af akutfunktioner sandsynliggjort, at sammenstillingen af data for de deltagende akutfunktioner vil være relevant information, også lokalt. Tilbage meldingen fra lederne af akutfunktionerne har været, at en permanent ledelsesinformation med afsæt i den udarbejdede model vil have værdi, både til at belyse status og udvikling i egen aktivitet og som inspiration og oplæg til refleksion over forskelle og ligheder med andre akutfunktioner. Dette kan danne grundlag for en løbende kvalitetsudvikling og forbedring.

Værdien af opsamling af data om kommunale akutfunktioner

De deltagende akutfunktioner arbejder alle med intern ledelsesrapportering med forskellige perspektiver. Der er undervejs i projektet opsamlet input om mulige forbedringer af FSIII set fra akutfunktionens perspektiv. Alle har tilkendegivet, at det vil have værdi at have mere tværkommunale data om akutfunktionerne. Dette gælder også i kommuner, hvor akutfunktionen er en del af hjemmesygeplejen.

Forudsætninger og roadmap for systematisk opsamling af data fra akutfunktioner

Med det formål at kunne danne grundlag for KLs indstilling om et videre forløb afsluttes rapporten med en gennemgang af forudsætninger for opsamling af data om kommunale akutfunktioner, herunder også et udkast til roadmap for en eventuel fremtidig opsamling af data. Oplægget baseres på input fra systemadministratorer og EOJ-leverandører samt det parallelle projekt om en teknisk løsning til datadeling, KL-gateway.

Det udarbejdede roadmap er Deloitte's forslag til opgaver for en række forskellige aktører, både for kommunerne i samarbejde, for de enkelte kommuner, for EOJ-leverandørerne og endelig for den fremtidige forvaltning af KL-gatewayen.

1 Indledning

Pilotprojekt på registrering og opsamling

Dette projekt er en del af det samlede 'Pilotprojekt vedrørende udvikling af datamodel til fælleskommunal dataindsamling' og bygger på forudgående delprojekter under dette. Projektet er gennemført i to faser, som gennemgås i afsnit 1.2.

1.1 Baggrund for pilotprojektet

Som led i den fortsatte realisering af det nære sundhedsvæsen vil kommunernes rolle i den samlede patientbehandling blive øget. Med en større rolle til kommunerne og med flere forløb i eget hjem får kommunerne en vigtigere rolle i forhold til pludseligt opståede behov, hvilket i høj grad løses af de kommunale akutfunktioner. Det gælder blandt andet håndtering af henvisninger fra almen sektor, udskrivninger og generelt situationer hvor den almindelige hjemmepleje kan bruge akutfunktionen som alternativ til indlæggelse.

Pilotprojektet er sidste led i en længere række af projekter, hvor der blandt andet er gennemført en undersøgelse af implementeringen af akutfunktioner i en række kommuner¹. Her blev det beskrevet, at akutfunktionerne er implementeret på forskellige måder, hvilket umiddelbart gør, at der ikke med eksisterende data vil være en ensartet måde at identificere aktiviteter gennemført af akutfunktionen. Den væsentligste forskel i implementeringen består i, om en kommunes akutfunktion er etableret som et separat team, der er allokeret til at løse akutfunktionsopgaver eller om akutfunktionsopgaverne løses af hjemmesygeplejen.

Præmissen for pilotprojektet var, at akutfunktionen på grund af denne forskel i implementeringen ikke kan identificeres på konkret organisering. Det er også blevet konstateret, at akutfunktionens aktiviteter heller ikke kan identificeres på indsatser, da der ikke i FSIII, niveau 2 er indsatser, der kun er anvendt i akutfunktionen. Der blev derfor i det forudgående projekt peget på et forslag om at skabe en markering på indsatsen, som i forbindelse med leveringen kunne bruges til at anvende, om der var tale om en leverance som akutfunktion. Dette forslag var grundlag for opdraget til pilotprojektet.

Kommunale akutfunktioner og akutte indsatser

De kommunale akutfunktioner leverer indsatser på grundlag af en fastlagt kvalitetsstandard². De er oprettet til at yde bistand til borgere, der får akut behov for hjælp, hvilket fx kan være i forbindelse med en udskrivelse. De kommunale akutfunktioner leverer en række forskellige indsatser, i praksis dog med hovedvolumen på nogle få indsatsekategorier.

¹ <https://www.kl.dk/media/20848/dataunderstoettelse-af-kommunale-akutfunktioner.pdf>

² Sundhedsstyrelsen (2017): Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser.

Som hovedregel adskiller akutfunktionerne sig fra hjemmesygeplejen ved, at arbejdet modsat hjemmesygeplejen sjældent er skemasat, men derimod er præget af akutte og sub-akutte sager. Aktiviteten er således i høj grad drevet af umiddelbart opståede behov. Der er ofte tale om mere komplekse vurderinger og indsatser, fx hvor alternativet en indlæggelse.

Der er dog ikke fuldt ud lighedstegn mellem akutfunktioner og akutte indsatser, da akutfunktionerne i en række sammenhænge godt kan levere planlagte (og gentagne) indsatser. Dette gælder eksempelvis IV.

Tilsvarende kan akutte indsatser også leveres af den kommunale hjemmesygepleje bredt og disse er således heller ikke nødvendigvis afgrænset til levering fra akutfunktionen. En akut indsats vil ofte være karakteriseret ved, at hjemmesygeplejen vurderer et behov for umiddelbar hjælp, fx ved et nyt sår, pludselig forværring eller en anden konkret vurdering af borgerens tilstand og behov.

Samlet set er forholdet således, at selvom akutfunktionerne har deres egen kvalitetsstandard og et karakteristisk aktivitetsmønster, er det i begrænset grad muligt at opgøre deres aktivitet ud fra typen af indsatser – hvilket netop er en del af baggrunden for dette pilotprojekt, som skal undersøge, hvordan der i praksis kan opsamles data på akutfunktionernes aktivitet, når typen af indsatser ikke i sig selv kan bruges til at identificere aktiviteten. I stedet er fokus på muligheden for at identificere akutfunktionen som "leverandør" – i form af en registrering af, om den pågældende indsats konkret blev leveret af akutfunktionen.

Rapportens omtale af akutfunktioner og indsatser, leveret som akutfunktion

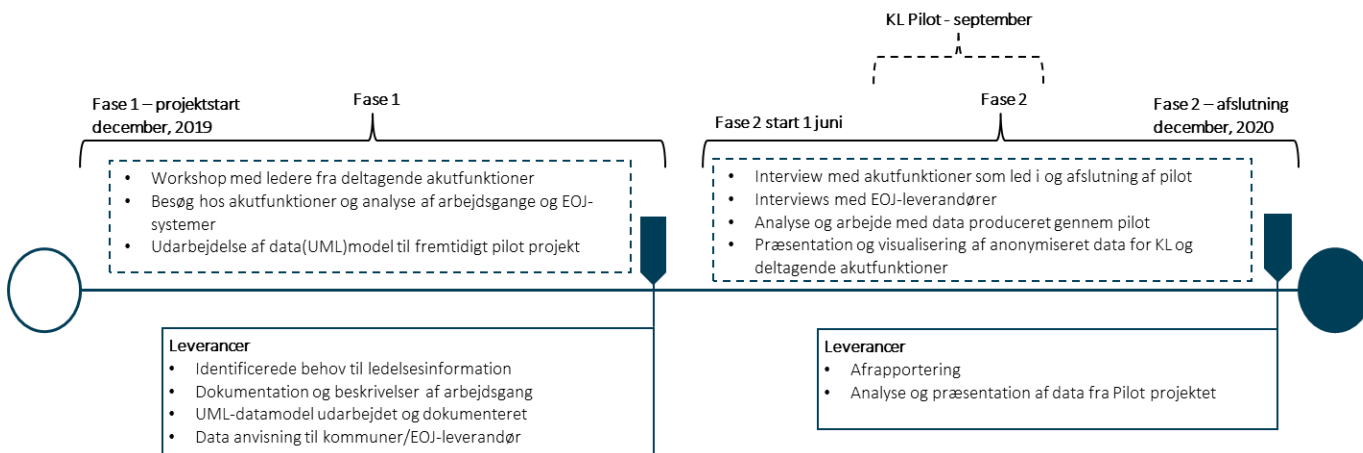
I foregående afsnit omtales kommunale **akutfunktioner**. Udtrykket bruges som betegnelse for både fysiske organisationer og de tilfælde, hvor det er hjemmesygeplejen, der dækker også disse indsatser, jf. at ikke alle kommuner har organiseret sig med selvstændige akutfunktioner. Udtrykket bruges for at kunne referere til de medarbejdere, der leverer indsatser dækket af begrebet kommunal akutfunktion, uanset konkret organisering.

Tilsvarende om indsatser, da der som beskrevet i foregående afsnit ikke er indsatser i FSIII, der er unikke for akutfunktionen. Det betyder, at der ikke er en generel måde at omtale de relevante indsatser på, der fuldt ud afspejler alle kommuner. I rapporten vil de relevante indsatser blive omtalt som **indsatser leveret som akutfunktion**, uanset om der er tale om en fysisk organisering eller at kommunen har valgt at lade leveringen ske via hjemmesygeplejen, hvor der er sikret kvalificering og udstyr bredt i hjemmesygeplejen. Tilsvarende vil vi også tale om akutfunktioner, uanset forskellene i lokal organisering.

1.2 Det samlede forløb for projektet

Samarbejdet mellem Deloitte og KL om denne del af det samlede projekt har kørt over to faser. Fase 1 startede i december 2019 og blev afsluttet kort før sommerferien 2020. Her var fokus på arbejdsgange, databehov og på at udvikle grundlaget for selve piloten, herunder i form af en datamodel samt anvisning på dataudtræk til de deltagende akutfunktioner. Fase 2 blev initieret juni 2020 og afsluttet i november 2020 i form af en samlet afrapportering fra Deloitte (nærværende rapport) samt en analyse og visualisering af data (i værktøjet Power-BI). Eksempler på visualiseringer er

medtaget i nærværende rapport. Tidslinjen nedenfor giver et samlet overblik over forløbet.



Fase 1

Pilotprojektets fase 1 har gennemført dialog med de deltagende kommuner om registreringspraksis og ledelsesmæssige behov for data til opfølgning. Der blev som optakt til besøg hos akutfunktionerne gennemført en workshop med repræsentanter for akutfunktionerne (ledere), hvor der blev drøftet eksisterende lokal ledelsesinformation og værdi af at etablere nationale data om akutfunktionerne mhp. tværgående videndeling. Der blev identificeret en række dataelementer som værdifulde for national rapportering, og disse dataelementer indgik i efterfølgende lokale besøg og drøftelser.

Efter workshopen blev der gennemført en afdækning af arbejdsgange i et mindre antal kommuner, udvalgt således at alle EOJ-leverandører er repræsenteret. Formålet med afdækningen var at undersøge om hypotesen om tilføjelse af en markering på indsatsen var realistisk og implementérbar, herunder på tværs af EOJ-systemer. Som del af fase 1 blev der identificeret et alternativt løsningsforslag, som udnytter eksisterende funktionalitet i EOJ-systemerne, ved at udnytte, at der registreres en leverandør på alle indsatser. Dette løsningsforslag er drøftet med EOJ-leverandører og kommuner i fase 2. Alle deltagende kommuner i dataopsamlingen i fase 2 af pilotprojektet har selvstændige akutfunktioner og har dermed allerede brug af leverandør-begrebet.

Der blev gennemført observationsbesøg hos fire akutfunktioner. Afrapporteringen omfatter tre akutfunktioner, da det pga. covid-19-beredskab samt en forestående udskiftning af EOJ-system blev besluttet ikke at gennemføre den afsluttende, planlagte workshop med den fjerde akutfunktion.

På grundlag af observationsbesøgene samt opfølgende workshop og uddybende dialog med akutfunktionerne er der leveret en sammenstilling og beskrivelse af dokumentationspraksis for akutfunktionerne med fokus på registreringen af FSIII-klassificerede informationer og vægt på de begreber, der er identificeret som væsentlige til ledelsesinformation. I kombination

med en specifikation af dataudtræk lagde dette grundlaget for den efterfølgende pilot, hvor KL indsamlede konkrete data fra EOJ-systemerne. Piloten havde bl.a. til formål at afdække, hvorvidt det ville være muligt at opsamle og analysere på data fra de kommunale akutfunktioner. Der blev desuden arbejdet med at udvikle en datamodel for opsamling af data fra EOJ-systemerne.

Fase 2

Fase 2 af pilotprojektet var en pilot med fokus på registreringspraksis i de deltagende kommuner og en levering af dataudtræk fra EOJ-systemerne mhp. at illustrere mulighederne for at analysere på data, såvel inden for kommunen som på tværs.

Fase 2 forløb fra august til november 2020 og havde fokus på at understøtte og evaluere pilotprojektet, hvor akutfunktionerne i en afgrænset periode skulle have en skærpet opmærksomhed på registreringspraksis. Som led i evalueringen blev akutfunktionerne interviewet før og efter pilotperioden: Før piloten særligt med fokus på arbejdsgangene omkring dokumentation, og efter piloten særligt med fokus på datavisninger og validering. Herudover blev EOJ-leverandørerne interviewet og der har været dialog med en repræsentant for den Fælles Kommunale Informationsmodel (FKI) samt en arkitekt fra KL. Gennem analyse af data fra pilotperioden og en serie af interviews har projektet gennemført en samlet evaluering af piloten, som afrapporteres med nærværende rapport.

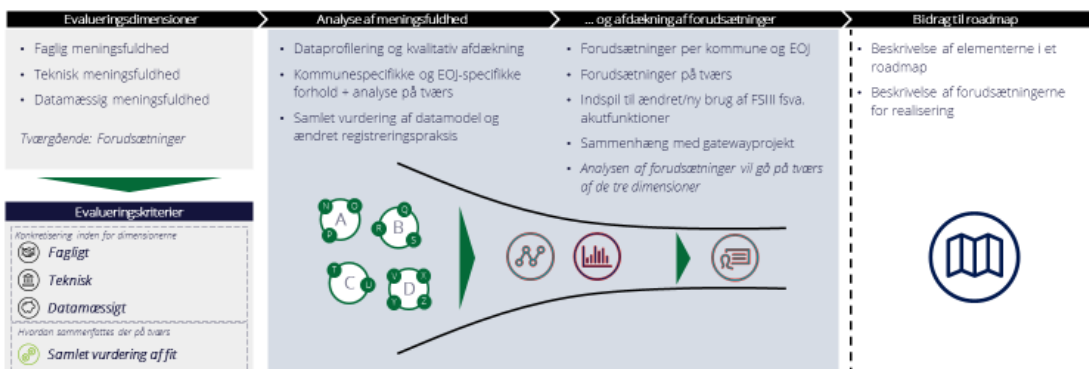
1.3 Formålet med fase 2 af pilotprojektet

Formålet med pilotprojektets fase 2 er at gennemføre en evaluering af, om der er basis for at etablere en dataopsamling af data om de kommunale akutfunktioner. Projektet skal undersøge i hvilken grad, det giver mening at indsamle data med nuværende eller let ændret registreringspraksis. Samtidig skal evalueringen bruges til at beskrive forudsætningerne for fuld udrulning, så der kan indsamles data for samtlige akutfunktioner.

For at belyse dette har analysen søgt at evaluere 1) om det giver mening for akutfunktionerne at dokumentere på en måde, hvor de efterspurgte data genereres, 2) om EOJ-systemerne kan generere og aflevere data, og 3) om data kan bruges til at lave de ønskede rapporttyper og visninger.

Figuren nedenfor viser evalueringens opbygning.

Evalueringsdesign



1.4 FSIII-metoden

FSIII er en fælles metode og standard for dokumentation på sundheds- og ældreområdet i kommunerne. FSIII skal bidrage til bedre sammenhæng og øget genbrug af data i kommunernes EOJ-systemer. Dette skal ske gennem implementering af ensartede begreber, klassifikationer og tilpassede arbejdsgange.

Målene med FSIII er:

- Øget effektivitet og lønsomhed
- Forbedret indsats på sundhedsområdet
- Øget borgertilfredshed
- Forbedret sammenhæng på tværs af sektorer
- Bedre grundlag for prioritering og styring
- Forbedret arbejdstilrettelæggelse

FSIII-klassifikationerne er i første udgave udviklet til at understøtte medarbejderes dokumentation for borgere, der modtager personlig pleje og praktisk hjælp, hverdagsrehabilitering, afløsning/aflastning og genoptræning under Serviceloven (§83, §83a, §84 og §86) samt sygepleje under Sundhedsloven (§138). Kravene til dokumentationen i FSIII afhænger af, om der dokumenteres efter Serviceloven eller Sundhedsloven.

1.5 FSIII-klassifikationer og akutområdet

FSIII-klassifikationerne er udtryk for et ønske om standardisering på tværs af de mange typer af borgervendte services, kommunerne leverer på sundheds- og ældreområdet. Akutfunktionerne har ikke deres egne klassifikationer, og som nævnt ovenfor er indsatserne heller ikke unikke for akutfunktioner, selvom både aktivitetsmønsteret og indholdet i de enkelte indsatser typisk adskiller sig fra hjemmesygeplejen.

Under gennemførelsen af pilotprojektet og særligt i dialogen med ledere og dokumentationsansvarlige i akutfunktioner er det blevet belyst hvordan, kommunerne i praksis arbejder med FSIII, både i det daglige og i forbindelse med rapportering (fx ledelsesinformation). Akutfunktionerne arbejder generelt meget med deres registreringspraksis og gennem interviews sammenholdt med data har analysen afdækket en række forhold, som har betydning for mulighederne for at opsamle og sammenligne data på tværs.

1.6 Kommunal gateway som kanal for akutdata

Pilotprojektet skal ses i sammenhæng med det parallelle projekt om etablering af en kommunal gateway, som KL aktuelt gennemfører – med det formål at udveksle data fra kommunerne. Eksempelvis til sekundær brug, fx viden om kommunal aktivitet, herunder i akutfunktionerne. Gatewayen etablerer en indberetningskanal med en standardiseret profilering af indberetning af data. Gatewayen er tænkt til at understøtte fremtidige nationale rapporteringer, hvor data om kommunale akutfunktioner kan være et eksempel. Gatewayen er derfor en naturlig infrastruktur at benytte sig af til en fremtidig løsning.

Gatewayprojektet forventer, at den kommunale gateway er sat op og klar til at modtage data i 2021. Indberetning af kommunale data til gatewayen

er afhængig af udvikling hos EOJ-systemerne samt efterfølgende lokal implementering i de enkelte kommuner. De endelige tidsplaner for dette er ikke kendt på nuværende tidspunkt. I forhold til nærværende pilotprojekt er det væsentligt, at gatewayen etablerer indberetning direkte fra EOJ-systemerne – hvilket betyder, at der er mulighed for at få de relationer i data med, som er i selve systemerne, men som ikke altid er tilgængelige for de enkelte kommuner i deres rapporteringsløsninger.

2 Faglig og teknisk meningsfuldhed

Pilotprojektet skal overordnet evaluere, om det giver mening at registrere, trække og sammenligne data på tværs af akutfunktioner. De faglige og tekniske aspekter heraf belyses i nærværende kapitel, mens de datamæssige efterfølgende belyses i kapitel 3.

Den faglige meningsfuldhed handler om dokumentationsarbejdsgangen; hvordan denne er understøttet og om det giver mening for akutfunktionerne at dokumentere på en måde, hvor de efterspurgte data genereres.

Den tekniske meningsfuldhed handler om hvorvidt, EOJ-systemerne kan generere og aflevere data. Her vil der være et dobbelt fokus: Dels inddata-siden (hvorvidt dokumentationsarbejdsgangen er understøttet i systemet) og dels uddata-siden (om de efterspurgte data kan genereres og afleveres).

2.1 Faglig meningsfuldhed









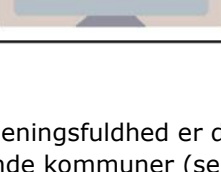
Evalueringen af den faglige meningsfuldhed i opsamling af data om de kommunale akutfunktioner har undersøgt, om opsamlingen af data kan understøttes af hensigtsmæssige dokumentationsarbejdsgange.

Tilretninger lokalt i piloten

Oprindeligt var forventningen, at der skulle være en række ændringer i de omfattede kommuners dokumentationsarbejdsgang, men det viste sig dog muligt at opsamle de ønskede data uden væsentlige ændringer. Der har således som hovedregel været tale om indskærpelser/præciseringer frem for egentlige ændringer – hvilket forventes at styrke datas validitet og relevansen i forhold til en evt. efterfølgende implementering.

Væsentligste registreringsmæssige ændring har været, at man i en af de omfattede kommuner systematisk skulle oprette henvisning, også på mere enkeltstående ydelser. Akutfunktionen tilkendegiver, at dette giver dem en væsentlig værdi og bl.a. kan være et bidrag til en forståelse af, hvor ofte akutfunktionerne forhindrer genindlæggelse (fx ved at tage ud og lave målinger hos borgeren).

Figuren nedenfor viser en oversigt over hvad, der er aftalt af lokale tilretninger for hver deltagende akutfunktion.

<p>"Hej, hver er CPR nummeret? Hvad drejer det sig om?"</p>	<p>"Nu skal jeg dokumentere samtalen i vores system"</p>	<p>"Jeg tjekker lige hvilken SPL, som skal besøge borger"</p>	<p>"Nu skal jeg dokumentere besøget. Borgers tilstand var.."</p>
			
<p>3.1 Første henvendelse</p>	<p>3.2 Dokumentation</p>		<p>6.1 Borgerdokumentation</p>
<p>"Nu skal jeg dokumentere samtalen i vores system"</p>		<ul style="list-style-type: none"> Ingen observerede behov for ændring 	
<p>3.2 Borgeroplysning (CPR)</p>			
<p>"Nu skal jeg dokumentere samtalen i vores system"</p>		<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for tilpasning ved de 2 akutfunktioner i pilot Akutfunktionerne registrerer henviser i henhold til FSIII, men arbejder med henviser uden for rammerne 	
<p>3.2 Henviser</p>			
<p>"Jeg skal tage stilling til hvilken indsats / ydelse som skal knyttes til besøget"</p>		<ul style="list-style-type: none"> En af akutfunktionerne registrerer ikke ydelse konsistent for hver indsats Mulighed for tilpasning i pilot 	
<p>3.3 Indsats / Ydelse</p>			
<p>"Jeg skal tage stilling til hvilken tilstand som skal knyttes til besøget"</p>		<ul style="list-style-type: none"> To af akutfunktionerne registrerer ikke helbredstilstande for borgerne En af akutfunktionerne registrerer tilstande i henhold til FSIII 	
<p>3.3 Tilstand</p>			
<p>"Jeg tjekker lige hvilken SPL, som skal besøge borger"</p>		<ul style="list-style-type: none"> For en af akutfunktionerne tildeles kontakten kun akutfunktionen hvis der oprettes et tilhørsforhold Resterende akutfunktioner registreres leverandøren i forbindelse med tildelingen 	
<p>3.4 Organisatorisk tildeling</p>			

Kvalitative interviews

For at belyse den faglige meningsfuldhed er der gennemført en serie interviews med de deltagende kommuner (se anonymiseret oversigt i Bilag). Konklusionerne herfra opsummeres nedenfor i fire kategorier:

- Forhold vedr. hvordan akutfunktionens dokumentationsarbejdsgang er understøttet af FSIII
- Forhold vedr. arbejdsgangens understøttelse i det specifikke EOJ-systems opsætning
- Generelle forhold som påvirker dokumentationsarbejdsgangen og muligheden for at sammenligne data
- Lokale forhold som påvirker dokumentationsarbejdsgangen

A. FSIII-klassifikationerne

Akutfunktionerne arbejder løbende med at videreudvikle deres anvendelse af FSIII. I de enkelte akutfunktioner har pilotperioden i overvejende grad haft fokus på indskærpelser eller præciseringer af registreringspraksis. En generel observation har her været, at akutfunktionerne har set en nytte i disse indskærpelser, herunder nogle steder opdaget muligheder, de ikke var opmærksomme på. Dette viser, at der inden for rammerne af den gældende version af FSIII er mulighed for en bedre understøttet dokumentationsarbejdsgang.

Indholdsmæssigt finder kommunerne nogle FSIII-elementerne mere relevante end andre – henviser bruges fx meget. Akutfunktionerne giver overordnet udtryk for, at FSIII passer bedre til den skemalagte hjemmesygepleje end den i sagens natur mere akutte indsats, som akutfunktionerne leverer. Dette skal også ses i sammenhæng med, at FSIII er udtryk for en ambition om fælles klassifikationer på tværs af ret brede opgaveområder, og at akutfunktionerne i denne sammenhæng har en række særlige kendetegn ved såvel opgavetyper som arbejdsform. Ved interviews har akutfunktionerne selv givet udtryk for følgende forhold:

- at akutfunktionerne i praksis kun bruger et mindre udsnit af de tilgængelige kategorier (specifikt en mindre del af klassifikationerne på det aggregerede og obligatoriske niveau 2 i FSIII) – medmindre de lokalt har valgt at definere egne niveau 3-klassifikationer (som FSIII åbner op for)
- at akutfunktionerne i en række sammenhænge på den ene side registrerer under de samme typer indsatser som hjemmesygeplejen, men på den anden side med et forskelligt indhold, der således ikke sætter sig spor i data (eksempelvis kateter – hvor hjemmesygeplejen håndterer skemasatte skift, og akutfunktionen håndterer akutte problemer, som er mere komplekse og også kræver en vurdering)
- at akutfunktionerne i begrænset grad "ejer" borgerens forløb og giver udtryk for, at de giver opgavernes akutte karakter snarere arbejder med kortsigtede forhold end ud fra FSIII's begreb om et mere længerevarende arbejde med borgerens tilstand
- at akutfunktionerne løser en række væsentlige opgaver "rundt om" selve den borgervendte service (særligt i form af bistand til hjemmesygeplejen), hvilket imidlertid ikke indfanges af FSIII-klassifikationerne (eksempelvis supervision, rådgivning, undervisning og tryghedskald til borgeren)
- at akutfunktionerne i de enkelte kommuner finder deres egne måder at anvende FSIII-klassifikationerne på – drevet af et kompromis mellem behovene for på den ene side bedst muligt at understøtte den daglige opgavevaretagelse (meningsgivende kategorier, nem registrering) og på den anden side behovene for ledelsesinformation og for standardiseret registrering på tværs af kommunen

I forhold til at sammenligne data fra akutfunktionerne på tværs af kommuner betyder disse tilkendegivelser for kommunerne umiddelbart, at en tværgående sammenligning vil skulle være på et overordnet niveau. Den samme registrering kan således dække over noget forskelligt, både på

tværs af to akutfunktioner (grundet forskellig registreringspraksis) og på tværs af akutfunktion og hjemmesygepleje (grundet forskellig type indsats).

Der er gennem analysen fremkommet en række forslag til tilpasninger. Den væsentligste observation her er et ønske om at adskille vagtlægehenviisning fra henviisning fra egen læge. Kommunerne har også foreslået en række mulige kategorier til at beskrive opgaver, hvor de på forskellig vis understøtter hjemmesygeplejen (fx rådgivning og supervision), samt tryghedskald til borgeren. Disse forslag er videregivet til KL. Projektets fokus har dog ikke været FSIII-videreudvikling, men muligheder indenfor de eksisterende rammer.

B. EOJ-systemernes opsætning

Det er væsentligt at skelne FSIII-standarden fra dens konkrete opsætning og implementering i de forskellige EOJ-systemer. Gennem interviews med akutfunktionerne er der fremkommet en række forhold vedrørende selve systemernes opsætning. Forholdene går særligt på hvordan, dokumentationsarbejdsgangen er understøttet i selve brugerfladen. Nedenstående gengiver de væsentligste vurderinger, som akutfunktionerne selv har givet udtryk for:

- Akutfunktionernes opgavevaretagelse er i sagens natur ofte akut, og akutfunktionerne er således særligt følsomme over for, om registrering kræver mange klik – derfor er det afgørende, hvordan brugerfladen er opbygget, herunder hvor let det er at tilgå de relevante klassifikationer, samt hvorledes de efterfølgende er tydelige på eksempelvis kørelister
- Dokumentationsarbejdsgangen omkring FSIII er opbygget gennem en række skemaer i EOJ-systemerne, hvilket for akutfunktionerne kan medvirke til at data i visse tilfælde ikke hænger sammen på tværs, fx henviisning og indsats
- Der er forskel på hvordan, FSIII er implementeret i de enkelte systemer (eksempelvis hvor mange felter, der er låst, så man kun kan vælge FSIII-klassifikationer) – og nyere EOJ-systemer er mere direkte bygget til at understøtte FSIII i brugerfladen
- Der er forskelle i hvor systematisk leverandørerne arbejder med FSIII og med uddata – herunder forskelle i hvor meget variation, der er på tværs af kommuner med samme leverandør og system
- Forløbstanken er generelt i begrænset grad understøttet i EOJ-systemerne, hvilket begrænser mulighed for opsamling af data om borgerens forløb, både indenfor kommunen og ved flere aktører (fx sektorskift)
- Undervisning i systemerne er ikke i alle kommuner i tilstrækkelig grad i fokus, fx bliver opdateringer i én kommune udrullet ved, at en 20 sider lang vejledning blot rundsendes til akutfunktionerne – dette betyder, at der sandsynligvis vil være unødigt høj variation i registreringspraksis

Samlet set vurderes disse forhold at give anledning til forskelle i data på tværs af leverandører og til en vis grad også på tværs af kommuner med samme leverandør, da systemernes opsætning bliver til i et samspil mellem

leverandør og kommune – og kommunerne kan have forskellige hensyn ift. den konkrete opsætning. En ambition om at opsamle og sammenstille data på tværs af kommunale akutfunktioner bør således ledsages af et øget fokus på, at de ønskede registreringer er hensigtsmæssigt understøttet i selve brugerfladen. Tilsvarende vil der være et behov for et tværgående fokus på uddata, hvilket behandles under pkt. 2.2 nedenfor.

C. Generelle forhold

Akutfunktionen indgår i et tæt samarbejde med hjemmesygeplejen, uanset organisering. Akutfunktionerne har bl.a. til formål at understøtte overgangen mellem sektorer (udskrivning), samt bistå med enkeltstående (akutte) opgaver, fx ikke-planlagt måling eller prøvetagning, efter henvisning fra borgerens praktiserende læge. Akutfunktionerne møder således oftere sub-akutte udredningsopgaver, og møder ofte en borger i starten af et forløb. Hjemmesygeplejen arbejder i forløb med håndtering af borgerens tilstand og forhåbentlig forbedring af denne, og er dermed karakteriseret ved en større andel af gentagne kontakter. Akutfunktionens opgave (konkret: valg af indsats) er i nogen grad er forudbestemt ved at borgeren er blevet udskrevet eller at der har været en henvisning til akutfunktionen om et aktuelt behov.

Selvom akutfunktionen har et anderledes fokus og aktivitetsmønster end hjemmesygeplejen, er der som beskrevet ovenfor i begrænset grad indsatsstyper, der er særlige for akutfunktionen. En væsentlig del af akutfunktionens arbejdet består i at støtte op om hjemmesygeplejen med afsæt i, at akutfunktionen har mere erfaring med komplekse forløb og akutte tilstande. Da både kapacitet og erfaringsniveau varierer på tværs af hjemmesygeplejen, betyder dette i praksis, at den konkrete arbejdsdeling mellem akutfunktionen og hjemmesygeplejen ligeledes kan variere. Den er bestemt af forskellige forhold som kapacitet, kompetencer, samarbejdsrelation, opmærksomhed på muligheder, fx for at trække kortvarigt på akutfunktionen og lokale retningslinjer. Dette forhold betyder, at hvorvidt en konkret indsats er leveret af akutfunktionen eller af hjemmesygeplejen ikke kun er et spørgsmål om borgerens tilstand og det konkrete behov – men også kan variere grundet praktiske forhold.

Ovenstående giver anledning til to konklusioner: Dels taler det for at identificere akutfunktionen ud fra andet end indsatsstyperne (hvilket også er konkluderet i tidligere analyser). Dels betyder det, at man ifm. en eventuel national afrapportering på akutfunktionernes virke bør have et forbehold om, at funktionen til en vis grad er støttende/supplerende og at såvel værdiskabelsen som aktivitetsomfanget skal ses i sammenhæng med den bredere hjemmesygepleje.

D. Lokale forhold

Ovenfor er det beskrevet hvordan tekniske og generelle forhold kan påvirke dokumentationsarbejdsgangen. Men interviewene viser derudover, at en række lokale forhold omkring opgavetilrettelæggelse, prioritering og aftaleforhold kan være med til at bestemme henholdsvis systemopsætning og registrering – og dermed sammenligneligheden af data. Konkret er der gennem interviews identificeret forhold som følgende:

- Forskellige aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med hjemmesygepleje, samt ligeledes forskelle i visitationsveje (fx hvorvidt den almindelige hjemmepleje kan visitere til akutfunktionen, eller om den skal via hjemmesygeplejen)

- Forskelle i om akutfunktionen er en særskilt organisatorisk enhed eller ej – hvilket både skal ses i sammenhæng med punktet ovenfor om arbejdsdelingen med hjemmesygeplejen, men derudover konkret gør det sværere at identificere aktiviteten i data, da der ikke skelnes mellem akutfunktion og hjemmesygepleje (behandles nærmere under pkt. 2.2 nedenfor)
- Forskellig praksis for tidsregistrering, hvilket påvirker muligheden for at sammenligne tidsforbrug på tværs
- Forskellig prioritering i kommunen af tværgående standardiseret anvendelse af FSIII kontra tilpasninger målrettet akutfunktionerne, herunder også forskelle i hvor meget FSIII niv. 3 bruges (hvor kommunerne kan definere deres egne indsatser, som en yderligere uddybning under de fælles/obligatoriske niv. 2-indsatser)
- Forskelligt fokus ledelsesmæssigt på ledelsesinformation og korrekt dokumentation
- Forskelle i hvordan aktivitet kobles til finansiering; eksempelvis hænger tilgangen til tidsregistrering sammen med, om det for kommunen er en del af grundlaget for deres aftale og afregning med regionen
- Forskelle i om man lokalt har defineret elementer, der bidrager til bedre understøttelse af akutfunktionen (en kommune har fx oprettet en særlig type kategori til observation for akutområderne, og en anden har etableret skabelonplaner, som kan bruges til at understøtte forløb)

Endelig er der også internt i de enkelte kommuner forskelle, fx mellem de enkelte distrikter.

Opsummering

Samlet er det således på den ene side konstateret, at de præciserende registreringsarbejdsgange giver mening og værdi for akutfunktionerne, men dog samtidig også, at en række forhold begrænser mulighederne for at sammenligne på tværs uden yderligere kvalifikation af data. Således vil en sammenligning på tværs på nuværende tidspunkt være på et overordnet niveau. Alt efter kommunernes prioritering af tværgående ledelsesinformation og dataopsamling vil man kunne aftale dataelementer, hvor man arbejder for at gøre dem mere sammenlignelige på tværs.

2.2 Teknisk meningsfuldhed

Begrebet teknisk meningsfuldhed dækker i denne evaluering den tekniske mulighed for at understøtte registrering og opsamling af data om aktiviteter udført af akutfunktionen, baseret på input fra EOJ-systemet. Teknisk meningsfuldhed omfatter i opdraget til evalueringen 1) om de ønskede data forventes at kunne opsamles og deles fra kommunerne, samt 2) om der er eller kan skabes sammenhæng med den Fælles Kommunale Informationsmodellering, der er blevet udviklet parallelt med nærværende pilotprojekt, og som KL forventer at bruge som reference (hhv. standard) i fremtiden.

Teknisk meningsfuldhed vedrører derudover også, om det vil være muligt at lave en tilretning i EOJ-systemerne for at muliggøre en markering af, at en

indsats er leveret af en akutfunktion, uanset hvordan en kommune har valgt at organisere sig i praksis.

EOJ-systemernes understøttelse af opsamling og deling af ønskede data

I projektets fase 1 blev der udarbejdet en beskrivelse af de ønskede data der er nødvendige for at besvare de spørgsmål, der er stillet i opdraget for dette projekt, samt de ledelsesinformationsbehov der blev identificeret ved dialog med udvalgte ledere fra akutfunktioner. Dette resulterede i en model (logisk datamodel). Understøttelsen af den udarbejdede logiske datamodel er derefter i fase 2 evalueret på grundlag af dialog med EOJ-leverandørerne samt de data, der er leveret til pilotprojektet. Der er konkret leveret data i to omgange, først en prøveleverance og derefter en leverance for pilotperioden.

Fælles for dataleverancerne er, at der er tale om udtræk fra de data, som de deltagende kommuner har adgang til, fx i deres ledelsesinformationssystemer. Udtrækket kan dermed være mere begrænset i indhold og match med det efterspurgte, end de muligheder der er for EOJ-leverandørerne selv. Hvis den fremtidige løsning bliver baseret på, at EOJ-leverandørerne skal stå for en målrettet dataleverance ind mod en permanent snitflade defineret af KL, er der således mulighed for, at nogle af de her omtalte begrænsninger kan mitigeres.

Datamodellen er baseret på FSIII, suppleret med oplysninger om aktører (borger, leverende enhed, henviser) samt kontakt. Med baggrund i, at modellen er baseret på FSIII, sammenholdt med at alle overordnede dataelementer er blevet leveret fra mindst én kommune, er det vurderingen, at EOJ-systemerne kan understøtte opsamling og deling af ønskede data, forudsat at der skabes en fælles identifikation af, hvornår indsatser er leveret som akutfunktion. Datamodellen findes i bilag 6.1 til illustration.

Da data i pilotprojektet er modtaget som udtræk fra kommunale ledelsesinformationssystemer har de haft forskellig struktur. Der er således en varians i, hvor meget af det efterspurgte data, der blev leveret.

Ud over disse data har kommunerne leveret data på antal indsatser mhp. at understøtte den ønskede optælling samt for nogle kommuners vedkommende tillige planlagt tid. Som det fremgår, har det ikke været muligt at få alle de efterspurgte data. I og med, at det gennemførte projekt er en pilot, har projektet vurderet at en efterspørgsel efter data der fuldt ud udfylder datamodellen vil kræve en større indsats og muligvis også eksterne udviklingsomkostninger hos de deltagende kommuner, hvilket ikke er prioriteret. Projektet har på grundlag af prøvedata væsentligst fokuseret på at få FSIII-klassificerede data med, fx at få det fælles klassificerede niveau 2 på indsatser med aht. at kunne sammenligne mellem kommuner. I prøveleverancen har nogle kommuner leveret både niveau 2 og niveau 3, mens andre har leveret niveau 3, og der er gennemført en manuel kategorisering i forhold til niveau 2. Dette er et eksempel på en begrænsning, der forudsættes at kunne mitigeres ved en permanent løsning. Forudsætningen i en fremtidig løsning er, at der leveres data, der følger de fælles klassifikationer. Løsningen vil kunne udvides til også at indeholde data med lokale klassifikationer, af hensyn til intern anvendelse i kommunen.

Et væsentligt element i den beskrevne datamodel er at afgøre, om data kan kædes sammen, fx for at kunne dokumentere aktiviteten i de kommunale akutfunktioner. Det er muligt i de modtagne data (for nogle af de deltagende kommuner) at lave en sammenkædning mellem henvisning og borger baseret på registreringen i EOJ-systemet samt sammenkædning mellem borger og kontakt, også baseret på registreringen i EOJ-systemet. Vi konstaterer, at der er en mange-til-mange relation mellem indsats og kontakt, hvor der på samme kontakt (typisk et besøg) ses, at der bliver leveret flere forskellige indsatses, særligt når der ses på niveau 3-indsatser, men der vil også kunne forekomme flere niveau 2-indsatser på samme besøg. Der er efter aftale med KL ikke leveret data om tilstande, herunder sammenhæng mellem indsats og tilstande. Fra den bilaterale dialog med kommunerne i fase 1 noteres, at akutfunktionerne ikke som standard foretager registrering af tilstand inden planlægning af indsatses. Der vil i nogle tilfælde ske en registrering af tilstande, men ofte vil det først ske, når borgeren overgår til kommunal sygepleje.

På trods af, at ingen kommuner har leveret samtlige de modellerede data, er det projektets vurdering at det primært skyldes de data, som kommunerne har adgang til i deres ledelsesinformationssystemer. I forhold til felter i den beskrevne datamodel findes en standardiseret identifikation af akutfunktioner ikke pt. i data, hvilket vil blive behandlet i senere afsnit vedrørende roadmap og implementering. Det er således projektets vurdering, at EOJ-systemerne vil kunne levere de ønskede data, hvis der skabes en identifikation af levering fra kommunale akutfunktioner.

Sammenhæng mellem datamodellen og FKI, den fælles kommunale informationsmodellering

Fordi datamodellen er baseret på FSIII-elementer er der for størstedels vedkommende god sammenhæng mellem datamodellen og FKI. FKI indeholder kun faglige begreber og indeholder ikke aktører, fx borger, leverandør etc. For at inkludere disse begreber er det nødvendigt at trække på den generelle kommunale rammemodel, hvor der findes aktører, herunder leverandørbegrebet.

Derfor har projektet været i dialog med en KL-arkitekt, for at afklare, at det vil være en mulighed at skabe en klassifikation på leverandør. Det betyder, at datamodellen og behovet for ledelsesinformation om kommunale akutfunktioner går ud over FKI, særligt på, hvem der leverer de konkrete indsatses, men at der ikke er identificeret konflikter.

I hvilket omfang er det muligt, registreringsmæssigt og teknisk i EOJ-systemerne, at markere indsatses udført af akutfunktioner

Pilotprojektet har diskuteret registreringsmuligheder i EOJ-systemet og brugt viden fra kortlægningen af registreringspraksis som input, sammen med dialog med input fra EOJ-leverandører. Emnet er blevet behandlet på dialogmøder (i fase 1 af projektet) med de deltagende akutfunktioner. Projektet har identificeret et løsningsforslag, som udnytter eksisterende variable i EOJ-systemerne. Der vil være behov for en yderligere specifikation, inkl. en fælleskommunal klassifikation for på tværs af EOJ-systemer at kunne identificere indsatses leveret af akutfunktioner. Det vurderes at være en fordel at basere en løsning på eksisterende elementer i brugergrænsefladen da det betyder mindre behov for tilretning i EOJ-systemet og i særdeleshed i dokumentationsarbejdsgangen overfor den sundhedsfaglige medarbejder.

Identifikation af akutfunktioner via angivelse af leverandør

Alle EOJ-leverandører opererer med et leverandørbegreb, som bruges ved planlægning af indsatsen. Her angives en leverandør, hvor der angives en række valgmuligheder (forskellige teams). Akutfunktionen vil kunne oprettes som leverandør og er oprettet for de tre organisationer, hvor der er observeret registreringspraksis. Dvs. dette findes i alle tre relevante EOJ-systemer og angives som del af deres arbejdsgang.

Der er forskelle i organiseringen af akutfunktionerne mellem kommuner, hvilket har betydning for registreringspraksis og hvor præcist det er muligt at registrere aktiviteter som akutfunktion vs. hjemmesygepleje. For de kommuner, hvor hjemmesygeplejen og akutfunktionen er samlet vil der i nogle tilfælde være en gråzone mellem de to funktioner, i yderste konsekvens, hvor der ved samme fysiske besøg hos en borger leveres som både hjemmesygepleje og som akutfunktion.

For at kunne sikre, at registreringen af leverandør kan bruges til at adskille akutfunktioner fra den øvrige kommunale sygepleje på landsplan, vil det være nødvendigt at kunne identificere på tværs af kommuner, hvilke(n) leverandør pr. kommune, der repræsenterer akutfunktionen. Derfor kan det være relevant at lave en klassifikation af leverandører, som kan sættes som stamdata på leverandøren og dermed bruges som en variabel, der viser at denne leverandør repræsenterer en akutfunktion.

Implementeringen af særskilte leverandører i akutfunktioner kan ske så snart at den enkelte kommune har besluttet at gennemføre dette, og er jf. observationer allerede implementeret, hvor der er tale om særskilte akutfunktioner. Klassifikationen eller opmærkningen af disse leverandører kan ske efterfølgende, når det er implementeret i EOJ-systemerne.

3 Datamæssig meningsfuldhed

En del af pilotevalueringen er som beskrevet i indledningen en opsamling af data fra tre akutfunktioner, som er blevet analyseret mhp. at vise muligheder for at lave tværgående analyser baseret på FSIII-data. Der er i løbet af pilotprojektet blevet lavet screening og profilering af data, som er drøftet med KL. Der er således lavet forberedende analyser samt eksempler på visninger, som del af projektet, hvor ikke alle visninger fremgår af denne afrapportering.

Dette kapitel gennemgår de leverede data fra pilotperioden, dels som sammenligning mellem akutfunktionerne, dels behandlet individuelt.

3.1 Sammenligning mellem de deltagende akutfunktioner

I tabel 1 ses data for antal borgere i kontakt med akutfunktionerne i perioden 9. september 2020 til 6. oktober 2020. Derudover ses antal borgere på 65 år eller ældre i kontakt med akutfunktionerne pr. 1.000 borgere i de omfattede kommuner der er 65 år eller ældre. Tallene er omregnet til antal pr. 1000 borgere i omfattede kommuner, hvilket er en standardiserings metode der gør det muligt at sammenligne akutfunktionerne selvom der er store forskelle i antal tilknyttede borgere. Det ses at akutfunktionerne i den pågældende periode på 28 dage har kontakt til mellem 5,1 og 7,1 borgere på 65 år eller ældre pr. 1.000 borgere i samme aldersgruppe i kommunerne.

Tabel 1. Antal unikke borgere som har været i kontakt med akutfunktioner

	Akutfunktion1	Akutfunktion2	Akutfunktion3	I alt
Antal borgere	Vises ikke	Vises ikke	Vises ikke	628
Antal borgere på 65+ pr. 1.000 65+ i omfattede kommuner	5,1	7,1	5,8	6,6

I tabel 2 ses et kønsfordelt kontaktmønster. For akutfunktion 2 og 3, har akutfunktionerne relativt set oftere kontakt til mænd ift. antallet i de omfattede kommuner, mens kontaktmønsteret er mere ens på tværs af køn for den sidste akutfunktion (1).

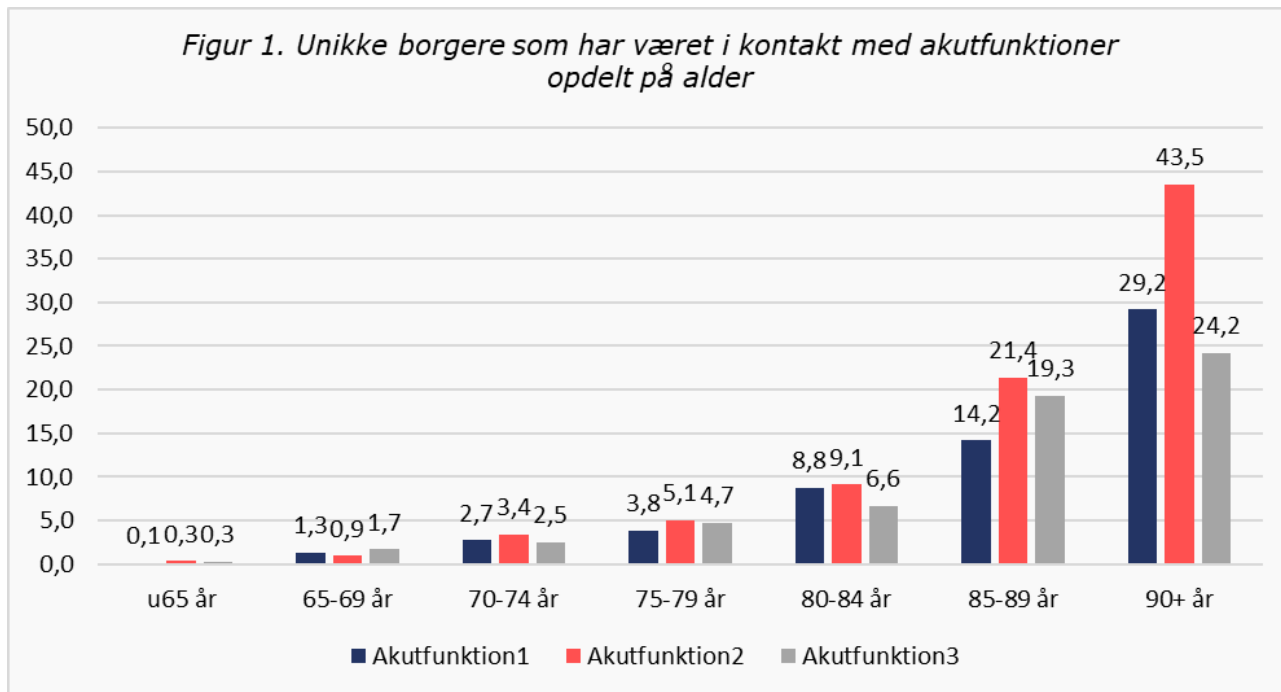
Tabel 2. Antal unikke borgere som har været i kontakt med akutfunktioner opdelt på køn

	Akutfunktion1		Akutfunktion2		Akutfunktion3		I alt	
	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand
Antal borgere	160	150	69	81	85	83	314	314
Antal borgere på 65+ pr. 1.000 65+ i omfattede kommuner	5,2	5,0	6,3	8,1	5,3	6,5	5,4	6,0

I figur 1 vises antallet af unikke borgere der har været i kontakt med akutfunktionen pr. 1000 borgere fordelt på aldersgrupper. Grafen viser en

næsten eksponentiel stigning i antallet af borgere i kontakt med akutfunktionerne.

Figur 1. Unikke borgere som har været i kontakt med akutfunktioner opdelt på alder (5 års-intervaller, u65 år, 65-69 år, 70-74 år, 75-79 år osv.)



Anvendelsen af Fælles Sprog III (FSIII) nomenklatur på ydelsesniveau 2

De 3 datasæt projektet har modtaget fra akutfunktionerne kan bruges til en række tværgående analyser på ydelsesniveau, for at give et indblik i ligheder og forskelle ift. registrering af indsatser (ydelsesniveau-2). Der er på tværs af de 3 akutfunktioner observeret udbredt brug af FSIII-nomenklatur på ydelsesniveau 2 på leverede indsatser. Det bemærkes, at en ydelse som 'Koordinering' benyttes hele 17% i perioden i data af Akutfunktion2, men hos Akutfunktion3 er den kun benyttet 5% på de leverede ydelser og i Akutfunktion1 er den slet ikke benyttet. Samme observation gælder ydelsen 'Sygeplejefaglig Udredning' som er den mest leverede indsats hos Akutfunktion1 (46%) og næstmest hos Akutfunktion2 (28%), men i Akutfunktion3 er den slet ikke benyttet som leveret indsats. Hos Akutfunktion3 kan man derimod aflæse at de har benyttet ydelsen 'Supplerende udredning' som den næstmest leverede indsats (26%), hvorimod Akutfunktion2 (0%) og Akutfunktion1 (0%) har benyttet den få gange eller slet ikke.

Tabel 3. Fordeling af tildelte indsatser for de 3 akutfunktioner

	Akutfunktion1	Akutfunktion2	Akutfunktion3
Ydelsesnavn (niveau-2)	Procent	Procent	Procent
Anlæggelse og pleje af kateter	4%	3%	6%
Generel 0-ydelse	-	-	4%
Iltbehandling	1%	-	-

Intravenøs medicinsk behandling	2%	6%	35%
Intravenøs væskebehandling	-	1%	4%
Kompressionsbehandling	-	1%	-
Koordinering	-	16%	1%
Medicinadministration	1%	3%	1%
Medicindispensering	2%	1%	-
Opfølgning	-	2%	-
Oplæring	-	0%	0%
Parenteral ernæring	-	0%	-
Personlig pleje	-	1%	-
Samarbejde med netværk	-	1%	-
Sondeernæring	1%	-	1%
Subkutan væskebehandling	1%	1%	-
Supplerende udredning	-	0%	26%
Sygeplejefaglig udredning	46%	27%	-
Sårbehandling	0%	1%	1%
Undersøgelser og måling af værdier	40%	29%	21%
Vejledning	-	1%	-
(blank)	2%	5%	-
I alt	100%	100%	100%

Akutfunktion1

For Akutfunktion1 er der observeret udbredt brug af FSIII-nomenklatur på ydelsesniveau 2 på leverede indsatser. Af de totale indsatser der er leveret data på, er det interessant at påpege at 2 niveau-2 ydelser repræsenterer 88 procent af alle indsatser noteret for den pågældende periode. Det drejer sig om henholdsvis 'Sygeplejefaglig Udredning' (46%) og 'Undersøgelser og måling af værdier' (40%).

Akutfunktion2

For Akutfunktion2 er der observeret udbredt brug af FSIII-nomenklatur på ydelsesniveau 2 på leverede indsatser. Akutfunktion2 har 3 ydelser der repræsenterer cirka 3/4 (75%) af alle leverede ydelser. Det er henholdsvis 'Koordinering' (17%), 'Sygeplejefaglig Udredning' (28%) og 'Undersøgelse og måling af værdier' (30%).

Akutfunktion3

For Akutfunktion3 er der observeret udbredt brug af FSIII-nomenklatur på ydelsesniveau på leverede indsatser. Akutfunktion3 har 3 ydelser der bliver benyttet markant hyppigere end de resterende. Det drejer sig om 'Intravenøs Medicinsk Behandling' (35%), 'Supplerende udredning' (26%) og 'Undersøgelser og måling af værdier' (22%), som til sammen repræsenterer 83% af alle indsatser leveret i perioden hos akutfunktionen

Anvendelsen af Fælles Sprog III (FSIII) nomenklatur på ydelsesniveau 2 i akutfunktion og hjemmesygeplejen i kommuner omfattet af akutfunktion 1

Det ses i tabel 4, at de indsatser som fylder mest i akutfunktionen (sygeplejefaglig udredning og undersøgelser og måling af værdier), fylder markant mindre i den øvrige sygepleje. Omvendt fylder de mest udbredte indsatser i den øvrige sygepleje (medicinadministration og kompressionsbehandling) ikke væsentligt i akutfunktionen.

Tabel 4. Fordeling af tildelte indsatser for henh. akutfunktion og hjemmesygepleje i samme kommuner. Tabellen indeholder de mest hyppigt leverede ydelser for henholdsvis akutfunktion 1 og Øvrig sygepleje i samme kommuner. Den fulde oversigt kan findes i bilag.

	Akutfunktion1	Øvrig Sygepleje (samme kommuner)
Ydelsesnavn (niveau-2)	Procent	Procent
Anlæggelse og pleje af kateter	4%	2%
Intravenøs medicinsk behandling	2%	0%
Kompressionsbehandling	-	17%
Medicinadministration	1%	59%
Medicindispensering	2%	3%
Respirationsbehandling	-	3%
Sygeplejefaglig udredning	46%	1%
Sårbehandling	0%	4%
Undersøgelse og måling af værdier	40%	5%
I alt	94%	95%

Anvendelsen af Fælles Sprog III (FSIII) nomenklatur på henvisning af borgeren

I tabel 5 sammenlignes kommunernes data ift. hvor akutfunktionerne modtager henvisninger fra. Det ses af tabellen, at langt de fleste henvendelser kommer fra almen praksis og fra kommunale enheder. Det er interessant at notere, at for Akutfunktion1 kan der observeres at 31% af alle henvisninger er henvist af 'Hjemmesygeplejen' – det falder i stor kontrast til Akutfunktion3, hvor det kun er 10%. Modsat kan det dog observeres at for Akutfunktion3 er 26% af alle henvendelser fra "Andre", hvor det ved Akutfunktion1 (3%) og Akutfunktion2 (5%) er markant færre.

Tabel 5. Fordeling af henvisningskilder for de 3 akutfunktioner

Henvendelse fra (FSIII)	Akutfunktion1	Akutfunktion2	Akutfunktion3
Andre	3%	5%	26%
Borger	7%	-	-
Egen læge/vagtlæge/speciallæge	43 %	38%	56%
Hjemmeplejen	7%	14%	1%
Hjemmesygeplejen	31%	19%	10%
Pårørende	-	2%	-
Sagsbehandler, anden forvaltning	-	2%	-
Sygehus - akutmodtagelse	0%	2%	-
Sygehus - kirurgisk	-	2%	2%
Sygehus - medicinsk	8%	14%	5%
I alt	100%	100%	100%

Sammenligningen i henvisning fra lægger op til yderligere kvalitative undersøgelser hos de deltagende akutfunktioner – specielt med henblik på at analysere brugen af henvendelseskategorierne individuelt hos akutfunktionerne.

4 Forudsætninger for opsamling af data

For at etablere en national opsamling af data om, hvad der leveres fra de kommunale akutfunktioner og dermed, på nationalt niveau svare på de opstillede spørgsmål er der nogle forudsætninger der skal være opfyldt. Det gælder nogle fælles forudsætninger, vedrørende den nationale opsamling, nogle forudsætninger vedrørende opsætningen af EOJ-systemer samt nogle forudsætninger vedrørende den lokale registreringspraksis.

Dette afsnit ser alene på forudsætningerne for opsamling af data på nationalt niveau om akutfunktionerne og ikke på forudsætninger for højere grad af standardisering af organiseringen af hjemmesygeplejen inkl. akutfunktionerne og den lokale registreringspraksis, jf. foregående afsnit om forskelle i opgavetilrettelse og registreringspraksis.

4.1 Forudsætninger for national opsamling af data om leverancer fra kommunale akutfunktioner

Udgangspunkt for national opsamling af data om levering fra akutfunktionerne er at sikre at der kan ske en adskillelse i EOJ-systemer samt at der sker en tilretning af arbejdsgangene, så kommunerne, uanset organisering, registreringsmæssigt adskiller levering som akutfunktion fra øvrig levering som hjemmesygepleje.

Ud over forudsætningerne om, at det skal være muligt adskille akutfunktionen fra hjemmesygeplejen er der en forudsætning om national opsamling af informationen. KL gennemfører et projekt om etablering af en kommunal gateway, som kan bruges til deling af data fra kommunerne blandt andet til tværgående rapportering. Det er således en mulighed at den nationale opsamling af information vil ske via den kommunale gateway. Datagrundlaget for at identificere, hvad der er leveret af de kommunale akutfunktioner, vil kræve en udvidelse i forhold til den eksisterende definition af data, der deles via den kommunale gateway. Hvis dette bliver den vedtagne løsning, vil det medføre en opgave med en videreudvikling af gatewayen.

4.2 Forudsætninger vedr. registrering af aktivitet i kommunale akutfunktioner i EOJ-systemerne

Fra observationerne af arbejdsgange og brug af skærmbilleder i den første fase af projektet konstaterer vi, at alle tre EOJ-systemer anvender et leverandørbegreb, som allerede anvendes til at angive hvilket team, en opgave allokeres til. Projektet har ikke konkret set i EOJ-systemerne, i hvilket omfang at der kan angives en kategori eller type på leverandørerne. Emnet har været drøftet med systemadministratorer og to EOJ-leverandører.

De observerede kommuner, der alle har akutfunktioner, har allerede oprettet akutfunktionerne som leverandør, og har derigennem været i stand til manuelt at identificere hvilke indsatser, der leveres af de pågældende leverandører. Hvis information om akutfunktionerne skal blive til en national rapportering vil det være relevant at understøtte at akutfunktionerne som leverandør kan identificeres på tværs af kommuner. Derfor vil det være hensigtsmæssigt med en angivelse i EOJ-systemerne af, hvilke leverandører, der er akutfunktioner, med en markering, der vil kunne anvendes i tværgående analyse og rapportering.

Opsætning af en leverandør som akutfunktion vil kunne ske, uafhængigt af om en kommune har organiseret sig med en fysisk akutfunktion eller funktionen dækkes som en del af hjemmesygeplejen. Hvor den kommunale akutfunktion er organiseret som en del af hjemmesygeplejen kan der dog være nogle gråzoner i forhold til, hvornår der er tale om indsatser leveret af akutfunktionen, som kan adresseres ved en præcisering af og vejledning i registreringspraksis.

4.3 Forudsætninger vedrørende registreringspraksis

For de kommuner, der har etableret selvstændige akutfunktioner og har opsat denne som en leverandør, er der ikke identificeret behov for ændringer i registreringspraksis for den sundhedsfaglige medarbejder i forhold til at kunne identificere akutfunktionens aktivitet. For kommuner, der har valgt at lade hjemmesygeplejen dække akutfunktionen, vil der omvendt være behov for en tilretning, hvor der i registreringen af indsatser tages stilling til, om dette er leveret som en akutfunktion eller som hjemmesygepleje. For at belyse denne variant, har projektet involveret en kommune med en fælles organisering om hjemmesygepleje og akutfunktion.

Tilbage meldingen på forslaget er, at det er teknisk muligt, men at det dog kan komplicere arbejdsgangen også at skulle tage stilling til, hvornår det vil være relevant at registrere som akutfunktion. Dette skyldes, at det ikke altid gælder for levering som akutfunktion, at der har været en henvisning, eller at der har været anvendt særligt udstyr (en akuttaske), hvorfor det kræver en særskilt vurdering og registrering at fastslå, om en indsats er leveret af akutfunktionen.

5 Videre forløb og input til roadmap

I dette afsnit beskrives Deloitte's forslag til et roadmap, organiseret i to spor i det videre forløb frem mod en løsning, der kan besvare de stillede spørgsmål fra projektoplægget. Det ene spor vedrører registreringspraksis lokalt, hvor identifikationen af aktiviteter i de kommunale akutfunktioner skal sikres, og det andet vedrører den national opsamling af data om kommunale akutfunktioner, her beskrevet under en forudsætning om, at udvidelsen af den kommunale datadeling sker via den kommunale gateway. Etablering af en tværgående og national viden om kommunale akutfunktioner berører en række forskellige aktører og interessenter og det anbefales at et roadmap forankres hos en koordinerende organisation, fx KL. Væsentlige aktører er de enkelte kommuner, EOJ-leverandørerne og den nationale opsamling og videreformidling (gatewayen + evt. visning).

Figuren nedenfor illustrerer de to spor samt væsentlige aktiviteter i hvert af sporene. Aktiviteterne gennemgås efterfølgende.

Registreringspraksis:



It-understøttelse:



5.1 Registreringspraksis

Sikring af, at der lokalt sker registrering af aktivitet som akutfunktion er illustreret med et særskilt spor i et overordnet roadmap. Sporet vedrører den lokale registreringspraksis og grundlaget for identifikationen af akutfunktionens aktivitet indeholder tre elementer plus den organisatoriske implementering. Dette spor kan igangsættes hurtigt, særligt for de EOJ-leverandører, hvor der allerede er en typebetegnelse på leverandør.

KL leverandørklassifikation

For nationalt og tværgående at kunne identificere de leverandører, der repræsenterer akutfunktionerne foreslås det, at KL definerer en type og en klassifikation, så der er en værdi, der entydigt identificerer hvornår en leverandør er en akutfunktion. Emnet er pt. ikke dækket af FSIII, som ikke indeholder denne dataentitet. Leverandørbegrebet er kendt i EOJ-systemerne og optræder i KLs generelle rammemodel. På grundlag af dialog med KL foreslås at der indføres en klassifikation af leverandør, så akutfunktionen kan markeres og dermed identificeres i forbindelse med en national dataindsamling.

EOJ: Mulighed for klassifikation af leverandør

For at kunne klassificere leverandøren som en akutfunktion er det hensigtsmæssigt at EOJ-systemerne kan markere leverandøren med reference til en klassifikation af leverandør, som beskrevet i det foregående trin i roadmap. For nogle EOJ-leverandører kan det allerede være en mulighed at angive en type i deres system, alternativt kan der være behov for en tilretning til i løsningen vedrørende stamoplysninger for leverandører. For hver EOJ-system gælder, at de kommunale kunder har behov for information om, hvor (hvilket felt) de skal opdatere, for at der bliver en mulighed for at identificere leverandøren som en akutfunktion.

Kommuner: Tilrette eller opdatere leverandøroplysninger

Når de foregående to trin er gennemført, vil det være muligt for alle kommuner opdatere stamoplysninger på eksisterende akutteams eller eventuelt oprette de 'virtuelle' akutteams som leverandører, så indsatser og evt. kontakter kan allokeres til denne leverandør og dermed identificeres.

Opdatering af registreringspraksis

Dette trin er den lokale organisatoriske implementering, hvis der ikke allerede er en praksis for at vælge en veldefineret leverandør for at identificere at der leveres som akutfunktion. Levering som akutfunktion kan være relevant ved registrering af planlagte indsatser, leverede indsatser og eventuelt også på enkelte kontakter, afhængigt af lokale forhold. Baseret på observationerne fra kommuner i pilotprojektet er det vurderingen, at i flertallet (måske alle) af de kommuner, hvor der allerede er dedikerede akutfunktioner er der ikke behov for tilretning af registreringspraksis. Hvor der ikke er dedikerede akutfunktioner kan der være behov for at tage den ekstra leverandør i anvendelse, efter en lokalt aftalt registreringspraksis, og med hensyn til, hvordan der registreres i tilfælde af, at der forekommer både hjemmesygepleje og opgaver som akutfunktion (fx IV-behandling) ved samme fysiske besøg.

5.2 It-understøttelse og implementering i EOJ-systemer

Hvor sporet vedrørende registreringspraksis i høj grad handler om at sikre den lokale registrering af data om akutfunktionens aktivitet, handler dette spor om opsamling og national sammenstilling af data.

FHIR-profilering og snitfladebeskrivelse

Udgangspunktet er, at data kan deles via den kommunale gateway, som KL er ved at udvikle og som planlægges i drift i løbet af 2021. Gatewayen har et generelt formål med at understøtte udveksling af data og herunder stille data til rådighed for tværgående analyse.

Grundlaget for gatewayen er, at der fra centralt hold defineres og udstilles en fast snitflade, baseret på en international standard (FHIR). Den eksisterende version af snitfladen indeholder en række af de oplysninger, der er relevante for at danne information om akutfunktionerne, men snitfladen indeholder ikke for nuværende alle relevante oplysninger, og i særdeleshed ikke den oplysning, der forventes at skulle bruges til at identificere akutfunktionen. Derfor vil der være behov for at snitfladen, FHIR-profileringen, opdateres og udvides med de ekstra oplysninger, der er identificeret i dette projekt som relevante for både lokal og national ledelsesinformation. Udvidelsen af FHIR-profileringen er forudsætningen for at de efterfølgende dele af sporet kan gennemføres, da profileringen fastlægger, hvilke data EOJ-systemerne skal levere til gatewayen.

Bestilling hos EOJ-leverandør

Når den opdaterede beskrivelse af snitfladen foreligger, vil det være kommunerne der, individuelt eller i grupper pr. EOJ-leverandør, kan bestille en udvidelse af dataleverancen til gatewayen baseret på den opdaterede snitfladebeskrivelse. Det anbefales, at der sker en koordinering af disse bestillinger aht. at opnå en fælles løsning og en koordinering af implementeringen.

Implementering af indberetning hos EOJ-leverandør

Efter at kommunerne har modtaget og godkendt løsningsforslag fra EOJ-leverandørerne på udvidelse af indberetning til gateway med data til at understøtte rapportering på akutfunktioner kan EOJ-leverandørerne igangsætte udviklingen af den udvidede snitflade.

Af hensyn til at EOJ-leverandørerne kan gennemføre udvikling og test koordineres dette med implementering af udvidelse af snitfladen hos gatewayen.

Igangsætning og opbygning af rapportering

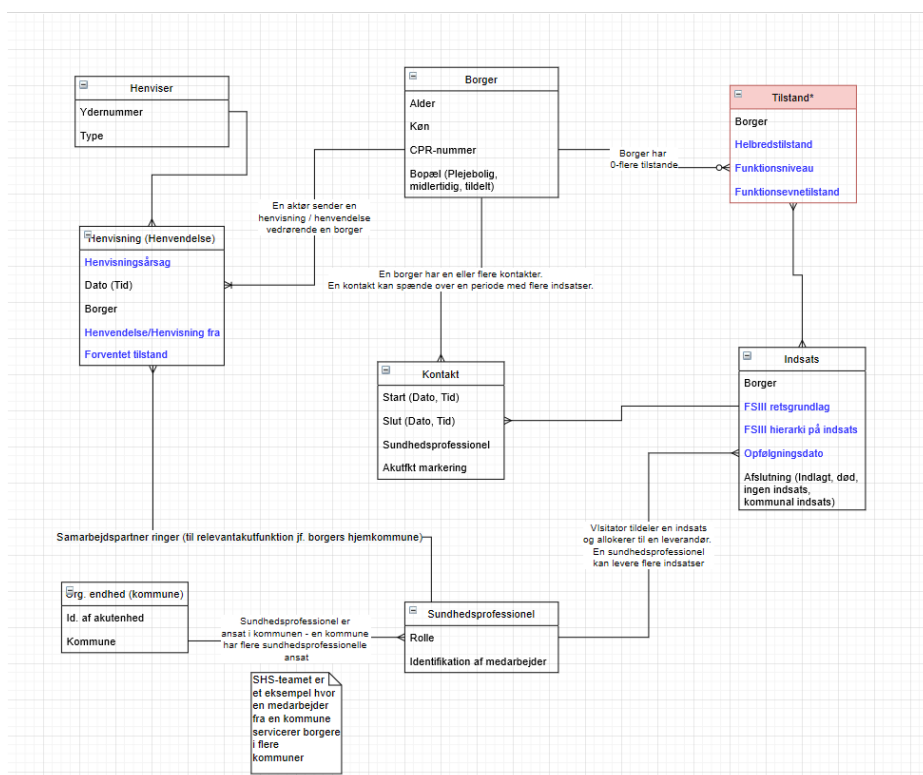
Igangsætning og opbygning af tværgående rapportering, samt at stille data om akutfunktionerne til rådighed i fx FLIS anbefales løst i ét, landsdækkende initiativ, som afslutning på en koordineret udviklingsaktivitet på tværs af kommuner og EOJ-leverandører.

Når en kritisk masse af kommuner har idriftsat den nye snitflade og dermed etableret et dataflow med viden om akutfunktionerne kan der gennemføres test og validering af et tværgående datagrundlag og tværgående rapportering. Væsentligt i dette er en validering af, om der er en tilstrækkelig sporbarhed og transparens i data, så de deltagende kommuner kan genkende og verificere deres oplysninger. Her kan det være relevant at lade både niveau-2 og niveau-3 indsatser indgå i snitfladen, så det på kommuneniveau bliver transparent, og med et detaljeringniveau der er relevant for den enkelte kommune.

6 Bilag

6.1 Leverance i fase 1: Datamodel

Som del af opdraget for fase 1 blev der udarbejdet en datamodel. Modellen er udarbejdet med afsæt i FSIII-begreberne, som er markeret med blå i modellen. Ud over FSIII-begreberne indeholder modellen variable, som er relevante for at kunne besvare de formulerede spørgsmål, jf. projektbeskrivelsen.





Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, consulting, financial advisory, risikostyring, skat og dertil knyttede ydelser til både offentlige og private kunder i en lang række brancher. Deloitte betjener fire ud af fem virksomheder på listen over verdens største selskaber, Fortune Global 500®, gennem et globalt forbundet netværk af medlemsfirmaer i over 150 lande, der leverer kompetencer og viden i verdensklasse og service af høj kvalitet til at håndtere kundernes mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Vil du vide mere om, hvordan Deloitte omkring 286.000 medarbejdere gør en forskel, der betyder noget, så besøg os på Facebook, LinkedIn eller Twitter.

Deloitte er en betegnelse for en eller flere af Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), dets netværk af medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder. DTTL (der også omtales som "Deloitte Global") og alle dets medlemsfirmaer udgør separate og uafhængige juridiske enheder. DTTL leverer ikke ydelser til kunderne. Vi henviser til www.deloitte.com/about for nærmere oplysninger.