

Rapport 1: Test af TrendCare i Region Midtjylland

Evaluering 2026



**Rapport 1: Test af TrendCare i Region Midtjylland
Evaluering 2026**

©DEFACTUM, Region Midtjylland, august 2026

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Nielsen, Pernille Bjørnholt; Boisen, Anne Sophie Steen; Cecilie Rud Budtz

Titel: TrendCare Evaluering

Aarhus: DEFACTUM, Koncern Kvalitet Region Midtjylland, 2026

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: perbjoe@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	4
1 Baggrund og formål	6
2 Rammer for testen og datagrundlag	6
3 Læsevejledning.....	7
4 Konklusioner	8
5 Resultater	9
5.1 Beskrivelse af deltagende afsnit	9
6 Dansk kontekst (A).....	13
6.1 Afspejles patienttyper og -behov tilstrækkeligt i TrendCare?.....	13
6.2 Tidsestimater og faglig genkendelighed i TrendCare	17
6.3 Sprog, opsætning og logik i TrendCare	19
6.4 TrendCare set i lyset af danske arbejdsgange og organisatoriske forhold	21
6.5 Afledte effekter af Trendcare	23
7 Understøtte beslutninger om plejebemanding (B).....	26
7.1 Adgang og anvendelse af rapporter i TrendCare.....	26
7.2 Overblik over plejebehov og ressourcer	27
7.3 Overensstemmelse mellem plejebehov og bemanding	31
7.4 TrendCare som ledelsesværktøj	33
8 Implementeringsprocessens betydning for brug og vurdering af TrendCare	35
9 Fremtidig anvendelse af TrendCare	37
9.1 Fremtidige anvendelsesperspektiver	37
9.2 Fremtidige udfordringer og opmærksomhedspunkter	40
9.3 Fremadrettede forudsætninger	41
10 Metode.....	43
10.1 Datagrundlag	43

Resumé

Region Midtjylland har i 2025-2026 testet TrendCare på 15 somatiske sengeafsnit på Regionshospitalet Gødstrup, Regionshospitalet Randers og Aarhus Universitetshospital. Formålet med evalueringen er at undersøge, om TrendCare kan anvendes i en dansk klinisk kontekst, og om systemet kan understøtte beslutninger om plejebemanding på sengeafsnit.

Datagrundlag og rammer for testen

Evalueringen bygger på spørgeskemabesvarelser fra medarbejdere på alle 15 afsnit, individuelle interview og fokusgruppeinterview samt registreringsark og systemdata fra TrendCare. De detaljerede analyser af systemdata er alene gennemført for de seks afsnit, der ved testens afslutning opfyldte kravet om minimum 90 % kategorisering og aktualisering af patienterne.

TrendCare er testet parallelt med eksisterende systemer og har derfor medført ekstra registreringsarbejde. Projektlederne på hospitalerne modtog én dags undervisning, inden den lokale undervisning skulle planlægges, og dele af opsætningen og registreringspraksis blev tilpasset undervejs. Implementeringsgraden har varieret betydeligt mellem afsnit og hospitaler. Resultaterne skal derfor ses i lyset af, at der er tale om en test af TrendCare og ikke et fuldt implementeret system.

Hovedresultater

Samlet viser evalueringen, at **TrendCare har potentiale som beslutningsstøtte til mere systematisk at synliggøre plejebehov, arbejdsbelastning og behov for plejebemanding**, men at potentialet kun i begrænset omfang er realiseret i testperioden. Systemet kan skabe et mere systematisk grundlag for overblik, dokumentation og dialog om plejebemanding og ressourcefordeling. Selvom afsnittene ikke har været forpligtet til at handle på data i testperioden er data i enkelte afsnit blevet anvendt til intern fordeling af personale og til at identificere tidspunkter med behov for ændret bemanding.

TrendCare kan samtidig bidrage til et **fælles sprog om patienternes plejebehov og plejekompleksitet** og synliggøre dele af sygeplejen, der ellers kan være vanskelige at dokumentere. Vurderingerne er dog delte, og flere centrale dele af dansk sygeplejepsiksis opleves ikke fuldt ud afspejlet i systemets kategorier, baseline og tidsestimater. TrendCare er baseret på gennemsnitsberegninger, og resultaternes anvendelighed afhænger samtidig af datakvaliteten og af, at systemet anvendes efter hensigten. Patienterne skal kategoriseres og aktualiseres, og de tilgængelige personaleresourcer skal registreres korrekt, hvis forholdet mellem plejebehov og bemanding skal kunne fortolkes meningsfuldt.

En del af **kritikken retter sig mod implementeringen snarere end mod systemets grundlæggende idé**. Manglende integration med eksisterende it-systemer, engelsk sprog, oplæring, kommunikation, løbende ændringer og lokale beslutninger har påvirket oplevelsen og anvendelsen af TrendCare. Kritik af selve systemet handler i højere grad om, hvad der er indeholdt i baseline og kategorierne, tidsestimaterne og systemets tilpasning til dansk klinisk praksis.

Implementeringsgraden varierer betydeligt på tværs af matrikler og har haft væsentlig betydning for vurderingen af TrendCare. Afsnit med høj anvendelse, bedre datakvalitet og aktiv lokal understøttelse vurderer generelt systemet mere positivt. Dette ses blandt andet på RRA, hvor systemdata viser højere kategoriserings- og aktualiseringsgrad, mens interviewene peger på mere aktiv anvendelse af data og rapporter, konkrete eksempler på ændret praksis og tydelig lokal ledelsesopbakning.

TrendCare opleves især værdifuldt som et ledelsesværktøj. Systemet kan give dokumentation og et mere systematisk grundlag for dialog om plejebemanding, arbejdsbelastning og ressourcer. Ledere og koordinatorsere ser især potentiale i overblik,

dokumentation og ressourceplanlægning, mens plejepersonalet i højere grad oplever registreringen som en ekstra belastning. Forskellen hænger blandt andet sammen med forskellige roller og adgang til data. Blandt nogle medarbejdere er der desuden bekymring for, om data kan blive anvendt som grundlag for besparelser eller lavere normering.

Systemets potentiale vurderes højere end den aktuelle nytte i testperioden.

Rapporterne er kun i begrænset omfang blevet anvendt som aktivt planlægningsværktøj, og 61 % af koordinatore og ledere angiver at de ikke har udtrukket rapporter. De, der har anvendt rapporter og data, ser imidlertid potentiale i TrendCare som grundlag for mere kvalificerede ledelsesmæssige beslutninger. Evalueringen viser dermed i højere grad, hvilket potentiale systemet kan have, end hvad der er realiseret i den aktuelle test.

Endelig viser evalueringen **ikke store forskelle mellem kirurgiske og medicinske specialer** i den generelle vurdering af TrendCare. Der er dog en tendens til, at flere på de medicinske afsnit vurderer, at TrendCare bør fortsætte i drift. Systemdata peger samtidig på større indbyrdes variation mellem de kirurgiske afsnit i forholdet mellem plejebehov og allokerede ressourcer, og det er også blandt de kirurgiske afsnit, at der findes afsnit med de laveste kategoriserings- og aktualiseringsgrader.

1 Baggrund og formål

I Region Midtjylland er igangsat et projekt, som skal afdække, hvorvidt TrendCares databaserede udregninger på plejeopgavens omfang (workload) og den dertilhørende forudsagte plejebemanding potentielt kan anvendes til at forudsige behovet for plejebemanding i en dansk kontekst på somatiske sengeafdelinger, herunder understøtte gennemsigthed, forudsigelighed og et fælles sprog til plejebemandingen. Resultatet af testen skal danne baggrund for, hvorvidt regionen ønsker at videreudvikle og anvende systemet.

Testen er foretaget på 15 udvalgte somatiske afdelinger på Regionshospitalet Gødstrup (RHG) – 9 afsnit/221 senge, Regionshospitalet Randers (RRA) – 4/91 senge samt Aarhus Universitetshospital (AUH) – 2/44 senge i efteråret 2025 til foråret 2026.

Nogle afdelinger på Regionshospitalet Gødstrup, som indgår i testen, har valgt at tage systemet i brug parallelt med den eksisterende patientplejevurdering i Klinisk Logistik, hvilket giver mulighed for at sammenligne de to systemer på udvalgte indikatorer. Denne del indgår i "Rapport 2: Sammenligning af TrendCare og Klinisk Logistik". DEFACTUM har gennemført begge evalueringer.

Evalueringens formål er at afdække, hvorvidt TrendCare kan:

- A. Anvendes i dansk kontekst på udvalgte somatiske sengeafsnit
- B. Understøtte beslutninger om plejebemanding i et sengeafsnit

2 Rammer for testen og datagrundlag

TrendCare testen udføres sideløbende med brug af eksisterende systemer og udløser dermed en ekstra registreringspraksis for plejepersonale og koordinatore/leder. Evalueringen forholder sig ikke til TrendCare som et fuldt implementeret system.

Projektlederne på hospitalerne har fået en dags undervisning i TrendCare, før de skulle planlægge undervisningen af hospitalets TrendCare koordinatore. Flere aspekter omkring setup er tilpasset undervejs og har således ikke været på plads ved opstart. Implementeringsperioden har været lidt kortere end TrendCare normalt kører med implementering på andre hospitaler, og der har været trukket lokale valg på matriklerne.

Datagrundlaget består af spørgeskemabesvarelser fra alle afsnit, personlige og fokusgruppeinterview samt systemdataudtræk. Derudover interview først og sidst med Digitalisering og it samt projektledere.

3 Læsevejledning

Rapporten indledes med en sammenfatning af evalueringens væsentligste konklusioner. Herefter følger resultatafsnittet, som indledes med en beskrivelse af de deltagende afsnit samt resultaterne af en række faktuelle spørgsmål. De efterfølgende afsnit præsenterer resultaterne opdelt efter evalueringens to hovedspørgsmål:

- A. Kan TrendCare anvendes i en dansk kontekst på udvalgte somatiske sengeafsnit?
- B. Kan TrendCare understøtte beslutninger om plejebemanding i et sengeafsnit?

For hvert tema sammenfattes de væsentligste gevinster og udfordringer i en oversigtstabel. Afslutningsvis beskrives informanternes perspektiver på TrendCares fremtidige anvendelsesmuligheder samt de udfordringer og opmærksomhedspunkter, de vurderer som væsentlige ved en eventuel videre anvendelse. I bilag er uddybet systemdata udtrukket fra TrendCare fra hvert afsnit.

4 Konklusioner

Evalueringen viser, at TrendCare rummer et potentiale som beslutningsstøtte til at synliggøre plejebehov, arbejdsbelastning og ressourcebehov, men at systemets anvendelighed i den aktuelle testperiode har været begrænset af implementeringsforhold og systemets tilpasning til dansk klinisk praksis. Seks af de 15 afsnit lever op til kravet om 90 % kategorisering og aktualisering ved testens afslutning (RHG: Blodsygdomme og Ortopædkirurgi, RRA: Kirurgisk, Medicinsk B, Medicinsk C og Ortopædkirurgi)

Kort opsummeret viser evalueringen:

1. TrendCare kan bidrage til en mere systematisk synliggørelse af plejebehov, arbejdsbelastning og plejebemanding
2. TrendCare understøtter et fælles sprog om patienters plejebehov og plejekompleksitet, men flere centrale dele af dansk sygeplejefraksis opleves ikke fuldt ud afspejlet i systemets kategorier og tidsestimater
3. En del kritik retter sig mod implementering nærmere end systemets grundlæggende idé. Særligt manglende integrationer, engelsk sprog, tilpasning til dansk kontekst, oplæring, kommunikation og lokale beslutninger har påvirket oplevelsen af implementeringen, mens kritik af selve systemet i højere grad handler om, hvad der er indeholdt i baseline, kategorier og forståelse i en dansk kontekst
4. Implementeringsgraden er forskellig på tværs af matrikler, og den har haft væsentlig betydning for vurderingen af TrendCare. Afsnit med høj anvendelse, bedre datakvalitet og aktiv lokal understøttelse vurderer generelt systemet mere positivt. Eksempelvis er der en mere positiv vurdering på RRA, hvor systemdata viser højere registreringsgrad, og interviewene peger på mere aktiv anvendelse af data og rapporter samt en tydelig lokal ledelsesopbakning
5. TrendCare opleves især værdifuldt som ledelsesværktøj til dokumentation og dialog om plejebemanding og ressourcer
6. Ledere og koordinatorer ser især potentiale i overblik, dokumentation og ressourceplanlægning, mens plejepersonalet i højere grad oplever registreringsopgaven som en ekstra belastning. Forskellen hænger blandt andet sammen med forskellige roller og adgang til data og for nogen en bekymring om, hvorvidt data bliver brugt i et besparelsesøjemed
7. Systemets potentiale vurderes højere end den aktuelle nytte i testperioden. Rapporterne er kun i begrænset omfang anvendt i testperioden som aktivt planlægningsværktøj, men de ledere og koordinatorer, der har brugt rapporterne, ser potentiale i systemet som grundlag for mere kvalificerede ledelsesmæssige beslutninger
8. Der er ikke store forskelle mellem de kirurgiske og medicinske specialer i vurderingen af TrendCare. Der er dog en tendens til, at flere på de medicinske afsnit vurderer, at TrendCare bør fortsætte i drift. Sammenligningen mellem plejebehov og allokerede ressourcer viser, at der er størst variation indbyrdes mellem de kirurgiske afsnit, og det også er her, vi finder afsnit med lavest andel kategoriserings- og allokeringsgrad.

Samlet peger evalueringen på, at en eventuel videre anvendelse af TrendCare forudsætter bedre integration med eksisterende systemer, fælles registreringspraksis og størst potentiale, hvis systemet implementeres på tværs af hospitalerne, tilpasning til dansk kontekst, og tydelig kommunikation om formålet med anvendelsen af data samt eventuelt bedre brugergrænseflade.

Det er værd at bemærke, at testen ikke nødvendigvis viser, hvad TrendCare kan i fuld drift, fordi implementeringen og anvendelsen ikke var fuldt modnet, og fordi kun dele af systemet

er testet. Dertil er der funktioner og nuancer af systemet, som alle interviewpersonerne ikke nødvendigvis har afprøvet og derfor ikke har indblik i. Grundlæggende finder vi, at ledere og koordinators ser flere gevinster ved systemet end medarbejderne, og det skal i den sammenhæng pointeres, at dels har de haft andre roller, men TrendCare har kun været som test – og der var ikke lagt an til, at der skulle ageres efter data. I de lande, hvor systemet er i drift, er det tilsyneladende en gevinst for personalet, at der er gennemsigtighed, overblik og sker en fordeling af personalet ud fra, hvor ressourcerne er mest påkrævet, hvilket ikke har været testet i Danmark.

Erfaringerne fra testperioden peger samtidig på, at det ved en eventuel videre implementering kan være relevant systematisk at følge udviklingen, fx gennem en opfølgende evaluering, der belyser, om de identificerede udfordringer reduceres over tid, og om de forventede gevinster realiseres i klinisk praksis.

5 Resultater

Første afsnit beskriver de deltagende afsnit og forholder sig til faktaspørgsmålene, mens de efterfølgende afsnit beskriver holdningsspørgsmålene i forhold til evalueringens todelte fokus; A) dansk kontekst og B) understøttelse af beslutningen om plejebemanding. Efterfølgende i afsnittene gælder, at først vises resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, systemdataudtræk og herefter suppleres med de kvalitative interviewresultater. Til sidst opsummeres i en tabel gevinster og udfordringer.

Det har været et valg i evalueringsdesignet at lade alle afsnit indgå i den kvalitative og kvantitative dataindsamling uanset erfarings-/implementeringsniveau, mens de detaljerede analyser for systemdata har været under forudsætning af at afsnittet har registreret deres patienter i tilstrækkelig grad (se krav i metodeafsnittet).

5.1 Beskrivelse af deltagende afsnit

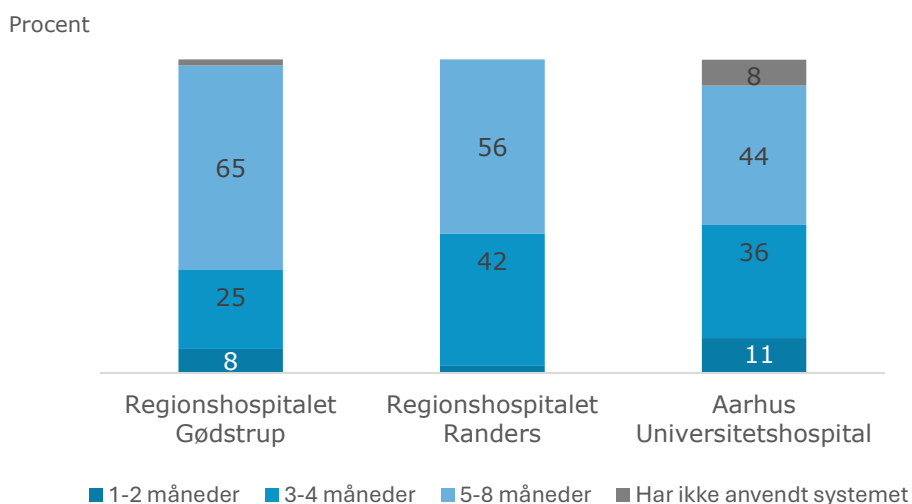
Generelt skelner rapporten mellem hospitaler, afsnitstype (medicinske eller kirurgiske afsnit) og rolle (plejepersonale eller leder/koordinator) de steder, hvor det er relevant.

Respondenterne i spørgeskemaet fordeler sig med 5 % ledere, 12 % koordinators og 84 % plejepersonaler, som har svaret, jf. nedenstående tabel, som også viser fordeling på en række andre relevante baggrundsvariable.

TABEL 1: FORDELING AF DELTAGERE I SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN

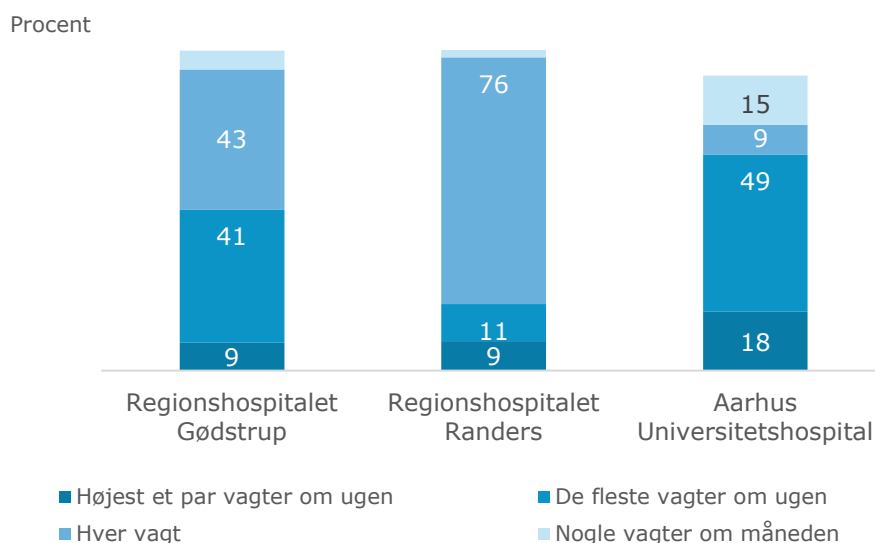
Fordeling af deltagerne			
Funktion	Leder	Koordinator	Plejepersonale
	5 %	12 %	84 %
Baggrund	Fysio-, ergoterapeut eller andet	SOSU-assistenten	Sygeplejersker
	0 %	12 %	88 %
Hospitaler	RHG	RRA	AUH
	71 %	21 %	9 %

Den skæve fordeling i forhold til hospitaler skyldes, at udvælgelsen af afsnit, der har indgået i testen, har været forskellig antalsmæssigt mellem de tre matrikler. Der indgår svar fra alle 15 afsnit, dvs. 8 medicinske afsnit og 7 kirurgiske afsnit. 65 % af respondenterne har gennemgået en IRR-test (Inter-rater Reliability-test, som viser, hvorvidt brugerne registrerer ens). Fra registreringsarket til de deltagende afsnits ledelser fremgår, at 12 afsnit har gennemført IRR test, et afsnit svarer at de ikke har og et andet at de delvist har (det sidste afsnit har ikke svaret). IRR test er en indlejret del af oplæring og skal sikre kendskab og ensartet facon blandt medarbejderne. Figur 1 viser, hvor lang tid respondenterne har anvendt TrendCare, mens figur 2 viser, hvor de har anvendt TrendCare på deres vagter.

FIGUR 1: HVOR LÆNGE HAR DU ANVENDT TREND CARE?

Samlet set er der 62 % af respondenterne, som har anvendt systemet i 5-8 mdr., og der er flest på RHG, som har været i gang længst, mens der er færrest på AUH. Ortopædkirurgisk sengeafsnit på RHG har 90 %, der svarer 5-8 mdr., mens RRA ortopædkirurgi ligger lavest med 41% i denne kategori. Afsnittene har derved forskelligt niveau af erfaring med programmet. Der er ikke signifikant forskel mellem kirurgiske og medicinske afsnit, hverken for hvor længe eller hvor ofte TrendCare anvendes.

FIGUR 2: HVOR OFTE HAR DU ANVENDT TREND CARE?



Der er 48 %, som svarer, at de har anvendt TrendCare i hver vagt (gennemsnit på tværs). Fordelt på matriklerne er der dog væsentlig forskel, hvor RAA ligger med 76 %, som svarer hver vagt, mens tilsvarende tal for RHG er 43 % og AUH 9 %. Igen er der også væsentlige forskelle afsnittene imellem. Fra systemdataudtræk ser vi tilsvarende mønster, hvor data bekræfter respondenternes svar om hyppigheden af anvendelsen af TrendCare.

Figur 3 viser et "heatmap" over, hvor mange procent, der er henholdsvis kategoriseret (forudsigelse af plejebehov de næste 24 timer) og aktualisering (gennemgang af, hvad der blev forudsagt, med tilføjelse eller ændring af indikatorvalg, hvis status ændrer sig) i perioden marts-april 2026 for hvert enkelt afsnit. Kortet skal læses således, at jo mere grønt, des højere andel har kategoriseret og aktualiseret. Figuren viser en klar tendens til, at alle afsnit fra RRA konsekvent har kategoriseret og aktualiseret over 90 % af patienterne. Fra RHG har fem afsnit kategoriseret over 90 % af patienterne, mens kun to afsnit har aktualiseret over 90 %; Blodsygdomme og Ortopædkirurgi (figur 3) i gennemsnit for perioden. Afsnittene fra AUH er ikke lykkedes med at kategorisere eller aktualisere 90 % af patienterne per uge i løbet af projektperioden.

FIGUR 3: HEATMAPS OVER KATEGORISERING OG AKTUALISERING

%-vis kategoriseret	Uge									Gns	Gns	Gns	Gns
Afdeling	10	11	12	13	14	15	16	17	18	marts/april	Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt
AUH - Ortopædkirurgi 2	50	81	78	74	77	80	76	75	61	71	68	59	88
AUH - Ortopædkirurgi 3	20	20	18	50	36	52	61	65	31	39	46	29	41
RHG - Blodsygdomme	96	96	98	99	99	96	97	95	99	97	97	96	98
RHG - Hjertesygdomme	96	96	94	95	98	97	84	90	99	94	95	92	95
RHG - Lunge- og Infektion	93	89	88	92	89	89	79	95	89	89	92	88	87
RHG - Mave- og Tarmkirurgi	94	93	94	93	96	93	93	96	92	94	95	92	94
RHG - Neurologi	97	95	89	94	92	94	86	75	91	89	90	88	91
RHG - Nyre, Tarm, Lever	83	88	82	84	77	83	78	85	84	83	82	76	90
RHG - Ortopædkirurgi	88	97	100	99	100	99	100	100	100	98	98	98	97
RHG - Urinvejssygdom	90	88	90	92	93	91	93	79	87	89	90	85	93
RHG - Ældresygdomme	90	86	96	95	96	95	90	84	93	91	95	88	91
RRA - Kirurgisk	100	100	100	100	100	100	99	99	98	99	100	100	99
RRA - Medicinsk B	99	100	100	100	100	99	98	100	95	99	100	99	99
RRA - Medicinsk C	100	100	99	100	100	100	100	98	100	99	100	99	100
RRA - Ortopædkirurgi	98	100	100	100	100	100	99	100	93	99	99	98	99

%-vis aktualiseret	Uge									Gns	Gns	Gns	Gns
Afdeling	10	11	12	13	14	15	16	17	18	marts/april	Dagvagt	Aftenvagt	Nattevagt
AUH - Ortopædkirurgi 2	38	69	57	61	62	62	59	50	49	55	46	40	80
AUH - Ortopædkirurgi 3	8	11	6	37	23	33	36	35	9	22	24	17	25
RHG - Blodsygdomme	86	84	92	97	97	91	93	88	97	91	86	91	95
RHG - Hjertesygdomme	82	84	85	78	92	87	67	64	82	80	80	78	80
RHG - Lunge- og Infektion	66	64	59	71	62	61	49	65	71	63	72	69	46
RHG - Mave- og Tarmkirurgi	84	87	80	84	90	89	90	95	86	87	91	84	87
RHG - Neurologi	89	84	72	85	83	83	73	54	81	77	73	77	81
RHG - Nyre, Tarm, Lever	67	65	64	71	65	63	63	64	72	66	57	62	79
RHG - Ortopædkirurgi	84	95	100	99	100	99	100	100	100	97	98	97	96
RHG - Urinvejssygdom	78	76	73	75	81	75	85	64	76	76	73	67	89
RHG - Ældresygdomme	68	70	89	88	85	91	79	83	91	82	91	82	73
RRA - Kirurgisk	100	100	100	100	100	100	99	99	98	99	100	100	99
RRA - Medicinsk B	99	100	100	100	99	99	98	100	89	99	99	99	98
RRA - Medicinsk C	100	100	99	98	100	99	99	90	100	98	99	98	98
RRA - Ortopædkirurgi	98	100	100	100	100	100	99	100	88	99	99	98	99

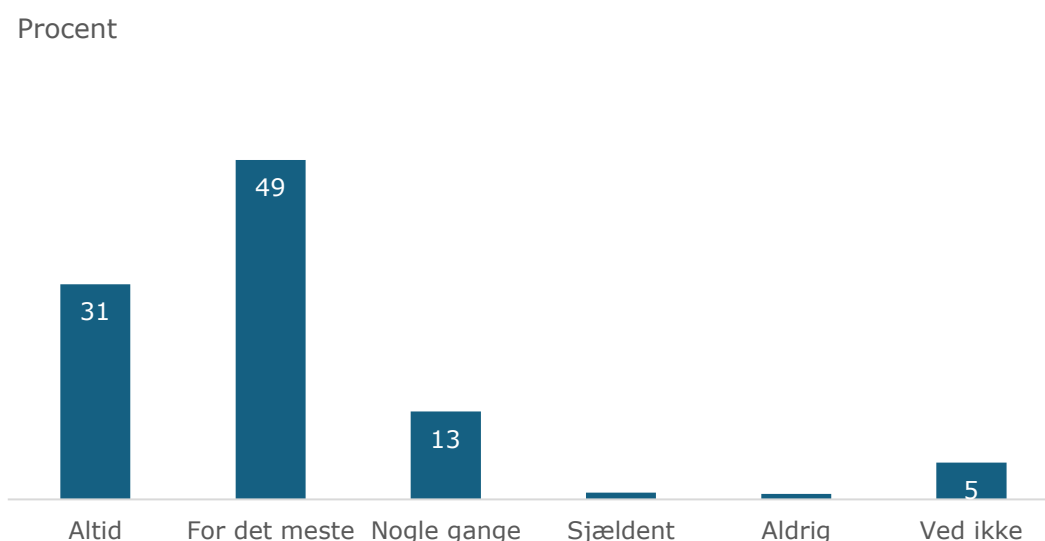
6 Dansk kontekst (A)

Evalueringen har grundlæggende to ben at stå på. Dels vurdering af systemet i en dansk kontekst og evnen til at understøtte beslutningen om bemandingsbehovet. Følgende afsnit forholder sig til TrendCares anvendelighed i en dansk kontekst på sengeafdelinger i Region Midtjylland.

6.1 Afspejles patienttyper og -behov tilstrækkeligt i TrendCare?

I spørgeskemaet har vi spurgt til, om der kan vælges alle relevante *patienttyper* i afsnittenes specialer.

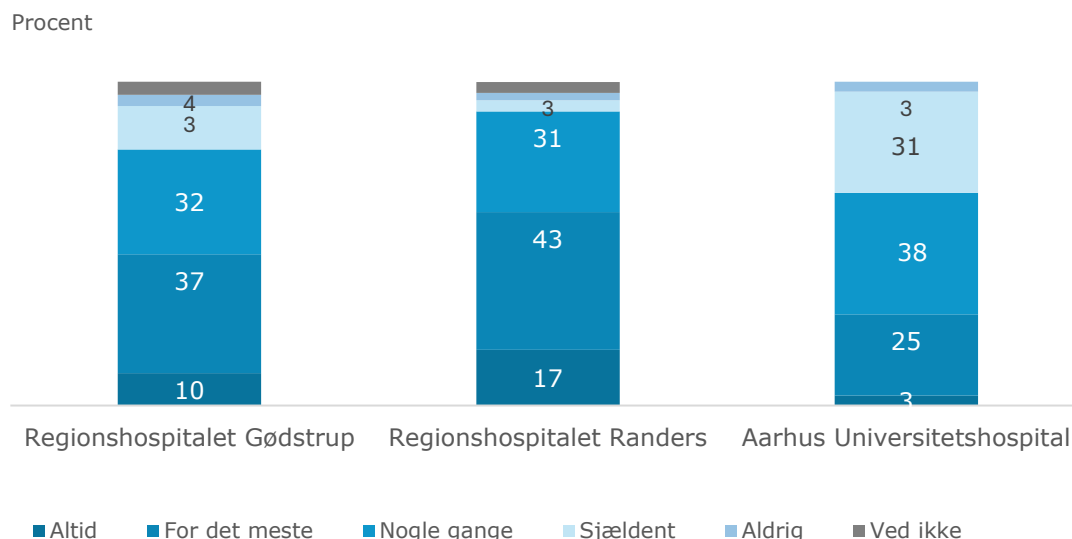
FIGUR 4: KAN DU VÆLGE ALLE RELEVANTE PATIENTTYPER INDEN FOR JERES SPECIALE I TREND CARE?



Der er ca. en tredjedel, som svarer altid, og knap halvdelen svarer for det meste. Her er der ingen signifikante forskelle mellem hospitaler, afsnit eller typer af afdelinger. Dog er der flere koordinatore/ledere, der svarer altid. Umiddelbart dækker systemet de behov for patienttyper, som afsnittene har.

Dernæst har vi spurgt til, om alle relevante *plejebehov* kan registreres. Samlet set er der 11 % som svarer altid, 37 % for det meste, mens 33 % svarer nogle gange (samlede oversigt ikke vist). Dette spørgsmål ligger derved lavere end spørgsmålet om *patienttyper*. Det er dog relevant at skelne mellem hospitalerne.

FIGUR 5: KAN ALLE RELEVANTE PLEJEBEHOV (FX. FYSISKE, PSYKOSOCIALE, ADMINISTRATIVE) HOS PATIENTER REGISTRERES I TREND CARE?



Her svarer RRA mest positivt, herefter RHG og AUH. Især ligger RHG Blodsygdomme og RRA Ortopædkirurgi højt på dette spørgsmål ved at have lidt over en tredjedel, der svarer altid (ikke vist).

Hvert afsnit har en række forskellige typer af patienter, som de kan anvende, alt efter hvilket speciale de er tilknyttet. TrendCare leverer benchmark tal for alle patienttyper. I tabel 2 er det derved muligt at se, om det enkelte afsnits tidsestimater på de konkrete patienttyper matcher med det internationale gennemsnit for den pågældende patienttype.

Af tabel 2 fremgår det, at afsnittene anvender imellem 2 og 7 forskellige patienttyper, og generelt ligger de fleste estimerede plejebemanningstimer indenfor benchmark, 11 estimerer ligger under benchmark og 1 estimat ligger over benchmark (bilag 2 viser oversigt over benchmark per afsnit). Det vil sige, at i de fleste tilfælde stemmer de danske resultater overens med de internationale gennemsnit.

TABEL 2: HPPD (HOURS PER PATIENT DAY) BENCHMARK

HPPD benchmark	
Afsnit	(antal patienttyper/antal inden for benchmark)
AUH - Ortopædkirurgi 2	4/3
AUH - Ortopædkirurgi 3	3/3
RHG - Blodsygdomme	2/2
RHG - Hjertesygdomme	2/1
RHG - Lunge- og Infektion	3/3
RHG - Mave- og Tarmkirurgi	3/3
RHG - Neurologi	4/3
RHG - Nyre, Tarm, Lever	4/4
RHG - Ortopædkirurgi	3/2
RHG - Urinvejssygdom	7/1
RHG - Ældresygdomme	3/2
RRA - Kirurgisk	6/5
RRA - Medicinsk B	6/6
RRA - Medicinsk C	2/2
RRA - Ortopædkirurgi	3/3
Note: Det er kun patienttyper som har en andel over 2 %, som indgår. Afspejler benchmark fra "TrendCare Projected Patient Type HPPD Benchmark Ranges 2025/2026"	

I de kvalitative interviews fremgår det i tråd med spørgeskemaresultaterne, at en stor del af plejebehovene kan registreres i TrendCare. Interviewene peger på tre forhold, der har betydning for, hvor godt TrendCare opleves at afspejle den kliniske praksis: om relevante plejeopgaver og patienttyper er dækket, om aktiviteter registreres efter systemets logik, og om systemets begreber forstås ensartet.

I flere af de deltagende afsnit har det været medarbejdernes opfattelse, at systemet ikke rummer plejebehovene tilstrækkeligt. Det gælder både konkrete kliniske og organisatoriske opgaver, såsom sygeplejerskers rolle i stuegang, tværsektoriel koordinering, ekstra blodprøver, sårpleje, pleje af CVK og stomi, væskeindtag, catering, klargøring, oprydning og løbende dataindsamling på patienten. Dertil kommer psykosociale og relationelle opgaver som emotionel støtte, nærvær, åndelig omsorg, smalltalk og pårørendekontakt, som ofte bliver beskrevet som "usynlig sygepleje".

Det skal i denne sammenhæng nævnes, at TrendCare ikke er opbygget omkring opgaver, men patientens tilstand (acuity), hvilket i udgangspunktet er en lidt anden måde at tænke på plejebehov og plejebemanding på.

Leverandøren af TrendCare fortæller bl.a., at intensionen bag systemet er, at stuegang hvor sygeplejersken er med som en støtte til lægen, skal kategoriseres som "ikke plejetid", således at det ikke tæller med i overblikket over plejeresressourcer, der er ledige, men går fra til administrativ tid. Det har krævet en særlig instruktion i, hvorledes det kan registreres i systemet. Ellers vil det give udslag i, at antal timer ikke passer med den oplevede tid. Det forudsætter dermed, at aktiviteterne registreres korrekt, hvis tidsopgørelsen skal give et retvisende billede.

I forhold til tid brugt på pårørende er der i baseline afsat et gennemsnitsforbrug pr. patienttype, og når der så afkrydses ekstra pleje, flytter niveauet sig ud fra tidsforbrug beregnet på en gennemsnitlig sygeplejerske.

Udfordringen knytter sig ifølge informanterne også til bestemte patienttyper, som de ikke oplever som tilstrækkeligt dækkende. Det gælder blandt andet forskellige kategorier af patienter med blødninger, geriatriske patienter med omfattende behov, kognitivt svækkede eller delirøse patienter, palliative patienter samt komplekse kirurgiske eller akutte patienter.

Det handler ikke kun om manglende kategorier i systemet, men også om begrebsforståelse; centrale begreber som fx selvhjulpethed, mobilisering og kommunikation forstås ikke nødvendigvis på samme måde i TrendCare som i klinisk praksis. Denne oplevelse af manglende nuancering kommer tydeligt til udtryk hos en koordinator:

Jeg kan godt se det smarte fra ledelsens syn. Jeg kan simpelthen ikke se det smarte i systemet fra sygeplejerskens syn. Jeg synes ikke, det måler godt nok på det, vi laver. [...] det er alt for kassetænkende og ikke nuancerende nok. (Koordinator, medicinsk, RHG)

Det er dog ikke alle, der er enige:

Jeg synes faktisk, at der er nogle gode indikatorer for emotionel support og education og relationsarbejde. Det synes jeg faktisk, der er. Så der er jeg ikke enig. Så nej, jeg synes ikke, jeg har manglet noget. (Oversygeplejerske, medicinsk, RRA)

Derudover har det i flere tilfælde været uklart for personalet, hvad der ligger i baseline. Det gælder især små eller kortvarige opgaver (under 30 minutter), som samlet kan fylde betydeligt i løbet af en vagt, men som ikke nødvendigvis bliver synlige i systemet, fordi plejepersonalet ikke ved, hvor det skal placeres. Samme pointe går igen i fritekstbesvarelserne fra spørgeskemaundersøgelsen. Det er dog fx muligt at anvende en one-on-one-care, men ikke alle har anvendt det, og en del skyldes sandsynligvis opstartsvanskeligheder. Samtidig er det heller ikke alle, som har anvendt at højreklikke for få hjælpetekster, hvilket var en del af oplæringen i IRR-testen. Af disse fremgår der mange eksempler. Hvis personalet har valgt de danske oversatte vejledninger, har de ikke nødvendigvis set alle disse beskrivelser, som forklarer, hvad der kan være indeholdt i opgaven, herunder at nogen kun har set eksempler på medicinske patienter, fordi andre typer ikke var beskrevet på dansk, og vejledningen derfor ikke var hjælpsom. Leverandøren forklarer, at hun ved besøg mødte denne frustration, men da hun instruerede dem i at højreklikke, kunne de dog både se og forstå de indlagte eksempler i systemet.

Flere informanter beskriver, at nogle udfordringer er blevet afhjulpet gennem justeringer af kategorierne i løbet af testperioden og i dialog med TrendCare. Når personalet samtidig er blevet mere fortroligt med, hvilke kategorier der rummer hvad, har det gjort det lettere at placere bestemte plejebehov korrekt.

Men der vil jo altid være variationer, og noget af det, som jeg forstår det, handler også om, at vi bliver gode til at vælge de rigtige kategorier og få tingene scoret på den rigtige måde, som jeg tænker, at vi fint ville kunne arbejde med for at tilpasse den virkelighed, vi arbejder i. Det tror jeg godt, man kan. (Chefsygeplejerske, kirurgisk, RRA)

Lokale vejledninger og nyhedsbreve er desuden blevet brugt til at skabe fælles forståelse af, hvordan patienttyper og plejebehov, der har været vanskelige at placere, skulle registreres. I

nogle afsnit beskrives det også, at personalet efterhånden har fundet måder at registrere små og ofte oversete opgaver på.

Det peger samlet på, at registreringsudfordringerne både handler om systemets kategorier og om afsnittenes fortrolighed med at anvende dem. Selvom IRR-testen anvendes til at undersøge, om medarbejderne kategoriserer ensartet, peger interviewene på, at der fortsat kan være forskelle i fortolkning og registreringspraksis i den daglige anvendelse.

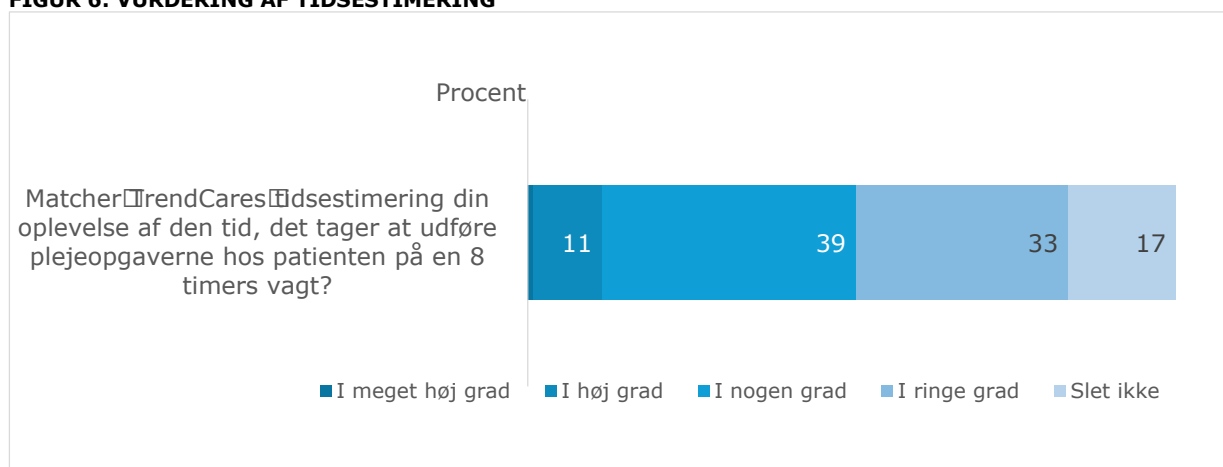
Nej, det synes jeg faktisk stadigvæk ikke, det er [tilpasset vores afsnit]. Så der er mange kompromisser, man indgår, og så tænker jeg jo lidt, er de data så valide til at skulle bruges til noget? Hvor man mange gange bare sidder og tænker, det her det putter vi ind her, eller det beslutter vi, at det må så kunne passe her. Så der er stadigvæk sådan noget gætværk i nogle af tingene, hvor det bliver meget, meget subjektivt. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Uklarheder i registreringen påvirker dermed datakvaliteten. Det afspejles også i plejepersonalets vurdering af selve registreringsarbejdet. Registreringerne opleves fortsat af nogle som tidskrævende og vanskelige. Hos enkelte informanter skaber den grundlæggende forskel i forståelsen af sygepleje desuden skepsis over for systemets anvendelighed i en dansk kontekst, særligt på grund af uklare kategorier og de mange afkrydsninger. Andre beskriver, at de gradvist har vænnet sig til systemet, og at registreringen efterhånden opleves som mere enkel og håndterbar. Denne variation synes til dels at hænge sammen med, hvordan de enkelte afsnit har grebet testen an, herunder oplæring, lokal organisering og løbende information til personalet. Dette uddybes i afsnit 7 om implementeringsprocessens betydning og kortere implementeringstid i Region Midtjylland end normalt.

6.2 Tidsestimater og faglig genkendelighed i TrendCare

Generelt har udsagnet om *tidsestimatet* et lavere gennemsnit (mere negativt) i forhold til de andre udsagn om TrendCare, som informanterne er blevet bedt om at forholde sig til i evalueringen. Fordelingen på udsagnet er vist på figur 6.

FIGUR 6: VURDERING AF TIDSESTIMERING



12 % (bemærk at 1% (i meget høj grad) ikke visuelt står på grafen) svarer i meget høj grad eller høj grad, mens 39 % svarer i nogen grad, 33 % svarer i ringe grad. Det er ligeledes et gennemgående tema i interviewene, at tidsestimaterne i TrendCare ikke er retvisende i

forhold til den tid, personalet oplever at bruge på patienterne. Det svækker den faglige genkendelighed, fordi personalet ikke nødvendigvis kan se deres arbejde og patienternes plejebestand afspejlet i systemets resultater:

Jeg tror, at lige meget hvor meget man end fik klikket af inde i systemet, og hvor mange kategorier man fik vinget af for sin enkelte patient, så synes man aldrig, at det timeantal den så boner ud med i sidste ende, det passer sammen med det, man reelt set har brugt. Selvom det har været en helt vildt krævende patient, så kan der ende med at stå to timer til sidst, og jeg har brugt meget mere...Og når det så ikke helt viser det, man gerne vil, så tror jeg, at luften går lidt af ballonen. (Sygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Systemleverandøren forklarer, at systemet er baseret på gennemsnitsberegninger, hvorved enkelte patientregistreringer derved vil variere fra gennemsnittet, hvilket kan være med til at forklare ovenstående oplevelse.

Udfordringen er ikke kun knyttet til forskellen mellem planlagt og aktueliseret tid. Disse to kan derfor godt hænge sammen internt i systemet, men samtidig afvige fra personalets oplevelse af, hvad plejen reelt krævede.

[...] i prediction får du tal, og så i aktualiseringen, der tror jeg egentlig mange gange, så passer det egentligt meget godt sammen. Men det, det ikke passer med, det er virkeligheden. [...] Der er noget af virkeligheden, der mangler i systemet. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Samtidig skal forskellen mellem TrendCares tidsestimater og den oplevede virkelighed ses i lyset af kvaliteten af de data, der indgår i beregningerne. Hvis Allocate Staff ikke er tilstrækkeligt ryddet og tilpasset de faktiske personaleressourcer, kan det påvirke opgørelsen af plejebemanding (supply). Tilsvarende afhænger opgørelsen af *demand* af, at patienterne er registreret og løbende aktueliseret. Hvis ikke alle patienter er kategoriseret eller aktueliseret, kan det således være en del af forklaringen på, at *demand* og *supply* ikke opleves at stemme overens.

Flere informanter pointerer desuden, at det for dem er vanskeligt at forholde sig til at opgøre sygepleje i tid, da det er svært at afgrænse præcist, fordi opgaverne ofte foregår løbende gennem dagen. Det kræver samtidig en anden måde at tænke sygepleje på, hvor fokus flyttes fra patientens behov til den tid, plejen tager:

Vi er vant til at sige, hvad har patienten brug for? Og her skal man score ud fra, hvad for en sygeplejetid tager det? Ikke hvad er patientens behov, men hvad for en tid tager det fra mig? Så det er lidt en anden måde at tænke på. (Oversygeplejerske, medicinsk, RHG)

Også forskelle i plejepersonalets kompetenceniveau kan påvirke tidsestimaternes genkendelighed. Den samme opgave kan tage forskellig tid afhængigt af plejepersonalets erfaring og faglige rutine, men denne variation indgår ikke tydeligt i systemets kategoriseringer. Dertil kommer, at tidsestimaterne ikke nødvendigvis afspejler personalesammensætningen i den konkrete vagt, eksempelvis om der er nyansatte, vikarer, gravide eller deltidssygemeldte medarbejdere. Leverandøren forklarer, at man i 'skill mix' kan se de forskellige typer personale, og det er muligt at lægge forskellige kategorier ind her, så der er flere end standard (i testen er der anvendt sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter). Regionen har valgt ikke at inkludere dette i testmodulet, men det er muligt at lægge flere kategorier af plejepersonale ind og få et overblik over fordelingen på en given vagt.

Når plejepersonalet ikke kan genkende deres arbejde i systemets tidsestimater, skaber det frustration og mindsker motivationen for at registrere i TrendCare. Flere informanter beskriver, at det er demotiverende, når en travl vagt eller en krævende patient kun "udløser" få timer i systemet. Den faglige genkendelighed er dermed vigtig for, om registreringerne opleves som meningsfuld og relevant i praksis.

Der er ikke nogen, der føler meningsfuldheden i det. Og vi vil så gerne være inde med vores patienter, i stedet for at dokumentere. I forvejen dokumenterer vi jo temmelig meget [...] Jeg tror også, at det der med alle punkterne vi skal igennem, at man bliver lidt sløset med det. Eller sløset... man formår ikke at få gået ind i dybden med alle de der punkter. (Sygeplejerske, medicinsk, RHG)

Manglende genkendelighed kan også føre til pragmatiske registreringer, hvor personalet forsøger at få systemets kategorier til at passe med den pleje, de har udført. Informanterne beskriver det som at "fifle sig frem" eller som at registrere noget, der ikke helt svarer til det faktiske arbejde, hvilket opleves som både utilfredsstillende og uhensigtsmæssigt - især i startfasen.

Endelig nævnes et paradoks i brugen af TrendCare, idet systemet skal bidrage til at synliggøre travlhed, men netop når der er travlt, kan registreringen blive nedprioriteret. Dermed risikerer de mest belastede vagter at blive mindst synlige i systemet. Dette kan dog skyldes, at der er tale om en test. Andre påpeger, at systemet er med til at synliggøre belastningen, når der netop registreres korrekt og tidstro (jf. afsnit 7.4 om ledelse).

Leverandøren beretter, at i driften i Australien nedprioriteres registrering i TrendCare ikke ved travlhed, da det netop er med til at påpege, hvis et afsnit har særlig travlt. Det forklares således:

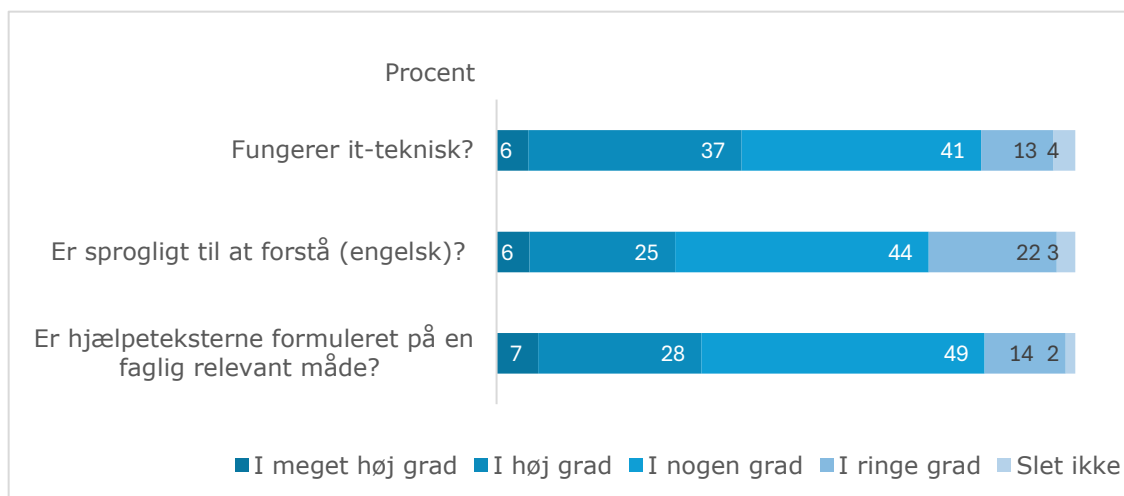
So they get to a point of knowing that if people are looking at the data. From the people who are organizing staffing, they keep looking at the data and seeing which wards are getting the busiest, even during the shift. When the nurses know they're doing that, the nurses do it and never miss. So transparency and a commitment to the using it to monitor workloads across the hospital will make sure that all the wards do it. Because if they don't do it, they're not demonstrating that their workloads going up. (TrendCare)

6.3 Sprog, opsætning og logik i TrendCare

Dataindsamlingen viser, at sprog, opsætning og systemlogik har haft betydning for, hvor let personalet kan forstå, navigere i og anvende TrendCare ensartet.

Medarbejderne er spurgt til i hvor høj grad, de oplever, at TrendCare fungerer it-teknisk, sprogligt, og der fremgår relevante hjælpetekster. Resultatet er vist på figur 7.

FIGUR 7: PÅ NUVÆRENDE TIDSPUNKT, I HVOR HØJ GRAD OPLEVER DU, AT TREND CARE:



At sproget er på engelsk, udgør en klar sproglig barriere for en stor del af medarbejderne. Hver fjerde, jf. figur 7, svarer i ringe grad/slet ikke til at sproget er til at forstå og 44 % svarer i nogen grad. Det er relativt mange, der ser det som udfordrende. I interviewene uddybes det, at det kræver flere kognitive ressourcer, tager længere tid, og kan fortolkes forskelligt selvom medarbejderne kan forstå engelsk:

Vi kan alle sammen godt engelsk, men det er nogle meget kringledede ord og forkortelser, som ikke giver intuitiv mening. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Generelt bliver det derved et benspænd, som måske har haft større betydning end forventet. Interviewpersoner peger på risiko for forskellige fortolkninger, og at en dansk version ville kunne målrettes bedre til dansk praksis. Engelsk gør det sværere og kan skabe tvivl om korrekt oversættelse. Dernæst kan der være tilfælde, hvor terminologien ikke altid giver direkte overførbare mening. Afsnittene har lavet deres egne danske vejledninger, som er tilpasset, hvilket så kræver, at medarbejderen slår op i denne fysiske variant for at se den danske tekst.

Selve brugerfladen og opsætningen i TrendCare beskrives desuden som tung og forældet. Informanter bruger ord som "håbløst gammeldags", "oldnordisk" og "ikke særlig intuitivt". Det gælder både antallet af klik, navigationen mellem funktioner og mulighederne for hurtigt at finde relevante rapporter i det store rapportbibliotek.

Dog beskriver mange informanter, at efterhånden som systemet bliver mere velkendt, fylder antallet af klik samt udseende og setup mindre i hverdagen:

Nu tænker jeg slet ikke over det. Heller ikke efter man flere gange har fået forklaret vigtigheden og meningen med selve programmet, så er det ligesom noget, man lægger bag sig. Men til at starte med, så synes jeg egentlig, det betød ret meget for ens indstilling for det. (Sygeplejerske, kirurgisk, AUH)

Det er muligt at udvælge rapporter og markere dem som favoritter, hvorved de relevante kommer frem først. Dette kan gøres individuelt for brugeren. Tilsyneladende er det dog relativt få som har afprøvet dette.

I nogle afsnit har opsætningen også haft betydning for, hvilke patienter der indgår i afdelingens aktuelle patientgrundlag. Det beskrives særligt i kirurgiske afsnit på AUH, hvor patienter kan være til operation eller undersøgelser andre steder og derfor ikke fremgår i

TrendCare, selvom de fortsat har betydning for afdelingens samlede arbejde og planlægning. Sådanne forhold beskrives som irritationsmomenter, men de påvirker også, om systemet opleves som pålideligt og meningsfuldt i den kliniske hverdag. På grund af anden opsætning/praksis på de andre matrikler, er dette et isoleret problem relateret til AUH's setup, mere end systemet i sig selv. Leverandøren oplyser, at hvis AUH ønsker at fastholde deres praksis, så kan der laves en work around, der håndterer problemet.

Endelig kan TrendCares tidsmæssige logik være vanskelig at forene med afdelingernes daglige rytme. I nogle afsnit var det en udfordring, at kategoriseringerne skulle gennemføres inden et bestemt tidspunkt på dagen, fordi det faldt sammen med perioder, hvor personalet i forvejen havde mange opgaver. Registreringen kunne derfor blive nedprioriteret og i værste tilfælde ikke udført. Generelt er kategoriserings- og aktualiseringsgraden steget på tværs af afsnittene som heatmaps viser i figur 3.

6.4 TrendCare set i lyset af danske arbejdsgange og organisatoriske forhold

Hvor de foregående afsnit har handlet om det konkrete indhold og logikken i systemet, retter dette afsnit fokus mod TrendCares samspil med de arbejdsgange og organisatoriske rammer, der kendetegner dansk klinisk praksis.

Flere informanter problematiserer, at TrendCare er udviklet i en anden kontekst end det danske sundhedsvæsen, og sætter spørgsmålstegn ved, om det direkte kan overføres til danske forhold. Det gælder blandt andet antagelser om sygeplejerskers kompetencer, opgavevaretagelse og plejestandarder på tværs af lande:

Vi ved jo ikke, om de australske sygeplejersker har de samme kompetencer, eller gør de samme ting inde ved patienter, og bruger lige så lang tid som vi gør. [...] Kan vi reelt 100 % køre det over i en dansk kontekst? [...] Er dokumentationsbyrden lige så stor i Australien? (Koordinator, medicinsk, RHG)

Vurderingerne i interviewene er dog ikke entydigt afvisende. Selvom det kan være svært at gennemskue, om det faglige grundlag fuldt ud matcher dansk klinisk praksis, fremhæver nogle informanter systemets omfattende internationale forankring som en styrke.

Forskellene viser sig også i den måde, sygepleje forstås og opdeles på. TrendCare kræver, at sygeplejen deles op i enkeltopgaver og kategorier, mens informanterne i praksis er vant til at tænke plejen mere helhedsorienteret. For nogle informanter medfører denne grundlæggende forskel i forståelsen af sygepleje en skepsis over for systemets anvendelighed i en dansk kontekst:

Vi er vant til at tænke sygeplejen som helhed, og så skulle vi pludselig splitte sygeplejen op i atomer og gå ind og vurdere hver enkelt opgave. Det er slet ikke en måde, vi tænker på. [...] Man mister helhedsoverblikket ind i opgaven, når man gør det på den måde. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Sygeplejersker er meget opgaveorienterede faktisk. De vil gerne vinge af, at jeg har lavet det, og det og det skal give så meget tid. (Medarbejder, it)

Et centralt eksempel på en organisatorisk forskel er stuegang, som i Danmark ofte er en tværfaglig opgave, hvor sygeplejersker deltager aktivt både under selve stuegangen og i det opfølgende arbejde. Den tid plejepersonalet bruger på stuegang er anderledes tilrettelagt og tidskrævende i forhold til baseline i TrendCare. Dette bekræftes på tværs af mange interview. I afsnit med *gruppepleje* bliver dette yderligere udfordret, fordi en gruppeleder

blandt andet kan bruge store dele af en vagt på stuegang, koordinering og opfølgning, uden at tiden nødvendigvis kan fordeles direkte på de enkelte patienter i systemet.

Opgave- og ansvarsfordelingen mellem faggrupper har også betydning for, hvordan systemet passer ind i en dansk arbejdsgang:

Lægens og sygeplejerskens arbejdsområde er måske også meget anderledes, end den er i Australien. Det er i hvert fald noget af det, som vi er kommet frem til i de drøftelser, vi har haft med [TrendCare] i sin tid. Hvor hun er blevet ført igennem nogle af vores patientforløb, hvor hun sådan har sagt; "Hold da op, kan I klare det her på én dag, og er det jer, der udfører de her opgaver?" osv., hvor jeg tænker; "Jamen altså ja, det har vi gjort i mange år". (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Det er muligt at flytte opgaver til undervisning, som de fx praktiserer i RRA. Det vil betyde, at tiden flyttes ud fra tilgængelige plejetid til rådighed, men det kræver at det kategoriseres korrekt. I modsat fald vil tiden ellers stå som være tilgængelige plejeresressourcer.

Forskelle kommer også til udtryk i opgaver relateret til ernæringsindsatsen/catering, hvor sygeplejersker i nogle danske afsnit bruger tid på at hente mad og evt. made patienterne. Tilsvarende nævner informanterne, at social- og sundhedsassistenter i Danmark varetager en væsentlig del af patientplejen. Begge dele illustrerer, at TrendCare skal kunne rumme en opgavefordeling mellem faggrupper, som ikke nødvendigvis svarer til organiseringen i andre lande.

I testperioden er systemet blevet tilpasset med eksempelvis komplekst ernæringskema, kompleks væskebalance registrering, udlevering af udskrivelsesmedicin og særlig registrering for ortopædiske dagpatienter.

I baseline er der indeholdt nogle opgaver i relation til ernæring, men ikke tilstrækkeligt i forhold til praksis på danske sengeafsnit. Det har betydet, at leverandøren har lavet tilføjelser i systemet, fx i forhold til et ernæringsmodul, hvor personalet bruger tid på at udfylde en formular som er særligt for Danmark omkring ernæring, hvorefter der er tilføjet en kategori med avanceret ernæringskema i TrendCare. Tilsvarende er der en række andre delopgaver, som omhandler ernæring, hvor det er vigtigt, at personalet registrerer det som *catering* ellers trækkes tiden ikke fra plejetiden.

Så væske og kostregistrering er noget, der er kommet på vores opfordring, fordi vi bruger faktisk ret meget tid på det. (Projektleder, AUH)

When the nurses/support workers have to plate/serve the food and/or deliver the tray to the patient, this is not considered as clinical care and is collected under the staffing area "Catering". [...] It's not in the baseline. It has to be taken out of the clinical hours and put into the staffing area of catering. Because this then enables them to identify how many hours of nursing time they're losing by not using the catering services. [...] That time will be in clinical and say it's available to care when it's not. (TrendCare)

Et andet forhold handler om akutte og uforudsigelige ændringer i plejebestand. Informanterne beskriver, at patienter først kan vurderes retvisende, når de fysisk er i afdelingen, og at plejebestanden kan ændre sig hurtigt, særligt i akutte og komplekse forløb. En kategorisering i TrendCare kan derfor ikke forudsige, hvornår en patient pludselig bliver mere plejekrævende.

Jeg har virkelig svært ved at se relevansen i det. Også fordi, at godt nok skal jeg ind og vurdere de her patienter. Men syge patienter de er bare som sådan nogle

tikkende bomber. Man ved ikke, hvornår de bliver meget krævende, og hvornår de er fuldstændig selvhjulpne. Så jeg kan slet ikke se meningen i det.
(Sygeplejerske, medicinsk, RHG)

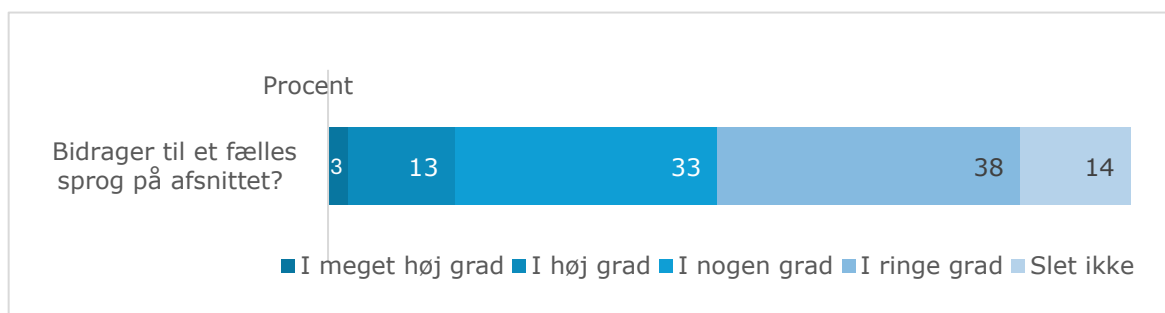
Hverken systemet eller personalet kan forudsige, hvornår akutte situationer opstår. TrendCares potentiale ligger ikke i at forudsige den enkelte akutte situation. Ved aktualisering kan akutte hændelser registreres, og systemet kan efterfølgende vise omfang og mønstre i disse. Data kan dermed retrospektivt synliggøre, hvilken betydning akutte hændelser har for plejebelastningen. Evalueringen afdækker ikke, om personalet har gjort brug af denne funktion.

6.5 Afledte effekter af Trendcare

Dette afsnit beskriver de afledte effekter af testen af TrendCare i afsnittene, forstået som de virkninger, der er opstået gennem arbejdet med systemet.

Interviewene viser, at TrendCare i nogle afsnit har påvirket den måde, plejebehov, travlhed og ressourcefordeling italesættes på. Selvom spørgeskemaundersøgelsen viser et forholdsvis lavt gennemsnit for udsagnet om fælles sprog (jf. figur 8), fylder temaet i den kvalitative del af evalueringen. Vurderingerne er dog delte: Nogle informanter oplever ikke, at TrendCare har ændret den faglige dialog, mens andre fremhæver et fælles sprog som en væsentlig gevinst.

FIGUR 8: PÅ NUVÆRENDE TIDSPUNKT, I HVOR HØJ GRAD OPLEVER DU AT TREND CARE:



I de interview, hvor fælles sprog beskrives som en gevinst, handler det især om, at begrebet *plejekompleksitet* har gjort sit indtog og trukket fokus væk fra *plejetyngde*, som flere oplever som et upræcist og mindre dækkende udtryk. En sygeplejerske beskriver, at TrendCare har skabt en anden type samtale om patienterne:

Som plejepersonale og gruppeleder kan jeg mærke, at det skaber noget dialog omkring patienterne. At vi får et fælles sprog, men i en anden forstand. Fordi vi lige pludselig har nogle ord for at tale om fx delir [...] Det skaber refleksion i forhold til kollegerne og forståelse for arbejdsgange omkring de enkelte patienter, er min opfattelse. (Sygeplejerske, medicinsk, RRA)

Der er også forskel på, om TrendCare opleves at have ændret praksis i afsnittene. Flere informanter peger på, at den daglige arbejdsdeling og samarbejdet i høj grad fortsat bygger på eksisterende kulturer og arbejdsgange, især da nogle opfatter data fra TrendCare som et "usikkert grundlag". Andre fremhæver, at TrendCare også kan synliggøre forhold, som ellers ofte bygger på erfaring eller "tavs viden". Synliggørelsen kan også handle om at få øje på, om oplevet travlhed skyldes manglende overblik eller behov for kompetenceudvikling:

Vi kan se på tallene, at der ikke er så travlt, som hun siger, der er. Men det vi så kan se er, at hun mister overblikket over nogle ting. Og så skal vi jo sikre, at hun har kompetencerne. [...] Så på den måde synes jeg også, vi kan bruge det til at sige, at der er noget, vi bliver nødt til at kigge lidt længere ind i. (Oversygeplejerske, medicinsk, RRA)

TrendCare kan også understøtte dialog med andre afdelinger:

[...] men har da stået i nogle aftenvagter og har haft koordinatortelefonen, og har også hørt meget det der med, at man nogle gange skal diskutere lidt med andre afdelinger, om vi egentlig har så tunge patienter, som vi siger. Og det kan man jo lidt komme udenom med det her system, føler jeg. (Sygeplejerske, kirurgisk, AUH)

Endvidere har tidsregistreringerne i nogle afsnit været med til at tydeliggøre, hvad tiden faktisk går med, og eventuelt give anledning til at overveje, om bestemte opgaver bør flyttes, ændres eller organiseres på en anden måde. Eksempelvis:

[...] at man skulle prøve at kigge lidt på, om det altid skal være en sygeplejerske, der serverer mad, hvis det er sådan, at patienten kommer ind med et brækket ben og i øvrigt er 24 år og ser velernæret ud. Altså det her med hvilke kompetencer, skal der være til stede. (Projektleder, RRA)

I denne sammenhæng nævnes det også på flere afsnit, at de har fået øje på, at den fysiske indretning ikke altid er optimal. Her bliver værdien af TrendCare samtidig tydeligere, fordi opgaver, som tidligere kunne forsvinde i den daglige vurdering af plejebestand, kan gøres synlige. Et andet eksempel hvor TrendCare dokumenter tid, som ellers ikke fremgår er:

Hvis jeg har været i dagvagt og har brugt en halv time på at snakke med patienten, det kan jeg registrere i TrendCare, men jeg kan ikke på Klinisk Logistik se, at jeg har brugt så lang tid på det. Og så kan det godt være, at man tænker, hvorfor har du gjort det? Han er jo selvhjulpne? Så kan man jo gå tilbage til dagvagt og se: Nå, det er det her, der har fyldt for patienten. (Driftsansvarlig sygeplejerske, medicinsk, RRA)

Nej, måske skal jeg også lige have en ispose, jamen så kan du vade hele vejen derned igen og tilbage igen. Altså om der rent faktisk er noget i indretningen her, der stjæler af vores tid? (Sygeplejerske, AUH)

Synliggørelse kan øge motivationen for at registrere, når personalet kan se, at data dokumenterer deres arbejde og understøtter relevante beslutninger. Omvendt viser interviewene også, at meningen med registreringerne ikke altid har været tydelig for personalet. Når formålet opleves uklart eller plejepersonalet ikke kan se, hvordan registreringerne skaber værdi for det sygeplejefaglige arbejde, falder motivationen:

Vi får det ofte påtalt, at vi nu skal huske at lave det [TrendCare] og sådan nogle ting, og alle sukker dybt. (Sygeplejerske, medicinsk, RHG)

Det er fortsat sådan et indsatsområde, som vi skal minde personalet på og huske at gøre. Det ligger lidt som en ekstra opgave, som folk nok synes er noget langt fra det, sygeplejerskens arbejde handler om. [...] Så folk ser det, for mig at se, stadigvæk som en ekstra byrde, og nok sådan helt uden at kunne se en dybere mening med det. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

En yderligere negativt klingende effekt af TrendCare-testen er usikkerhed om, hvordan TrendCare-data kan blive anvendt. Bekymringen går igen i flere interviews, og handler især om, hvorvidt data kan bruges som grundlag for besparelser, lavere normeringer eller kontrol af personalets arbejde.

Jeg tror, det har skabt noget usikkerhed. Jeg kan i hvert fald fornemme, at der har været meget snak om, hvorvidt det skulle anvendes til at skære ned og kigge på normeringer med lidt negativ omtale i det. Hvad er det egentlig, idéen er med det her? Og sådan lidt noget uigennemskueligt, så det har gjort noget ved folk på den måde. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Ja, altså det der bekymrer mig rigtig rigtig meget ved TrendCare, det er, at vi har åbenbart i kirurgisk afdeling ramt benchmark ret præcist i forhold til, hvad de siger der er af plejetimer i kirurgiske patienter. Men når vi så ser på bundlinjen, hvor mange timer vi skal have til at passe de patienter, så bliver jeg rigtig bekymret, for det kan vi ikke. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Leverandøren pointerer, at bekymringer kan skyldes, at man i testen ikke har skullet agere ud fra data, hvor plejepersonalet normalt ser fordele i, at patienternes fordeles efter scoringerne på en mere retfærdig og gennemsigtig måde.

Opsummerende kan der udledes følgende pointer om fordele og ulemper ved TrendCare set i en dansk kontekst.

Gevinster	Udfordringer
Understøtter et fælles sprog om plejekompleksitet, som er et mere nuanceret begreb end plejetyngde	Systemet er ikke på dansk og brugergrænsefladen opleves som forældet*
Kan skabe faglig refleksion og dialog om patienternes behov, arbejdsgange og opgavefordeling	Dele af dansk sygeplejepsikis afspejles ikke altid tilstrækkeligt i kategorier og baseline
Dokumentation for hvad tiden bruges på - spot på hvilke opgaver, og hvor der måske ikke burde bruges tid. Fx både i forhold til andre faggrupper, der kunne varetage opgaven og dels fysiske rammer, hvor ting der skal anvendes, er placeret langt væk og koster tid i hverdagen	Opgaver, der tager mindre end 30 min., er svære at registrere og risikerer at blive undervurderet
Kan synliggøre arbejdsbelastning og dokumentere bemandings- og ressourcebehov over for ledelse og organisation	Forskellig forståelse af TrendCares kategorier kan give variation i registreringspraksis og dermed påvirke datakvaliteten
Synliggørelse af opgaver og plejebehov, som bygger på tavs viden	Opretholde motivation hos personalet til at dokumentere, når mening og formål er uklart og de hellere vil prioritere tid på plejen

* Se evt. Rapport 2: Sammenligning af TrendCare og Klinisk Logistik, hvor der er vist visuelle prints fra TrendCare.

TrendCares potentiale som ledelsesinformation og grundlag for bemandingsbeslutninger uddybes i afsnit 6.4.

7 Understøtte beslutninger om plejebemanding (B)

For evalueringsspørgsmålet om, hvorvidt TrendCare kan understøtte beslutninger om plejebemanding, er det især et spørgsmål, som er målrettet koordinatore og ledere, da de har forudsætningerne for at svare herpå. Medarbejdere som ikke har haft adgang eller set rapporter har generelt sværere ved at se nytten af registreringsarbejdet end ledere og koordinatore.

7.1 Adgang og anvendelse af rapporter i TrendCare

I TrendCare er der forskellige adgangsniveauer, hvor bestemte brugere kan tildeles højere adgangsniveauer af funktionalitet. I praksis har Region Midtjylland valgt, at chefsygeplejersker og funktionsledere har haft lidt andre rettigheder end resten. I praksis er det primært tovholdere, koordinatore og ledere som har gjort brug af de udvidede muligheder for datatræk og rapportgenerering. Det betyder, at deres forudsætninger for indblik er væsentligt større. Fx kan der trækkes mange forskellige rapporter ud, de kan tildele personale ud fra vagtplaner ved get roster og allocate staff funktionen.

Sygeplejerskernes adgang har været noget, der er blevet ændret undervejs, og ikke alle steder er det lykket at få adgang for koordinatorene, selvom muligheden er tilgængelig i systemet. Der er 92 % af lederne og koordinatore, som svarer, at de har adgang til get

roster/allocate staff i TrendCare. I praksis har det nogen steder fungeret således, at fx tovholder har leveret rapporter til afsnittene med deres data, og koordinator ikke nødvendigvis selv har brugt systemet til at udtrække rapporterne. Interviewene viser, at adgang ikke i sig selv er ensbetydende med, at funktionerne anvendes systematisk. Flere beskriver, at testperioden i høj grad har været brugt på at få styr på kategorisering og aktualisering, mens arbejdet med rapporter og dataanvendelse først er kommet senere eller slet ikke er nået. Som en oversygeplejerske beskriver:

Der har nok været en udmelding til møderne om, at det handlede om at få dem predictedte og aktualiserede, og det var det, der lå i afprøvningen. Så vi har nok ikke understøttet personalet så meget med de rapporter ude, som man kunne ønske sig. Så det er jo egentlig utroligt, at vi har fået folk til at holde humøret oppe. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RRA)

Andre informanter pointerer tilsvarende, at rapporterne først bliver anvendelige, når der foreligger stabile og valide data over længere tid. Nogle er derfor først ved testperiodens afslutning begyndt at få øje på dataenes potentielle værdi.

Adspurgte om der er nogle rapporter, som leder eller koordinator har fundet særlig hjælpsomme, er der knap 20 %, som svarer ja og samme andel svarer nej. Det interessante er, at 61 % svarer, at de ikke har udtrukket rapporter, og vurderingen af rapporternes værdi bygger derfor samlet set på et begrænset erfaringsgrundlag. Det betyder derved også, at mange medarbejdere ikke kender til rapporterne.

Lidt over en femtedel har anvendt "help" funktionen, som beskriver hvad rapporterne viser, mens resten ikke har eller ikke husker det. Dette vidner om, at implementeringsgraden for nogen har været lav. Systemets mulighed for rapportudtræk er i relativ høj grad ikke udforsket og anvendt. Flere er først lige begyndt på det tidspunkt, hvor anvendelsen af systemet ophører. Som en oversygeplejerske beskriver, har det været svært at navigere i de mange rapportmuligheder:

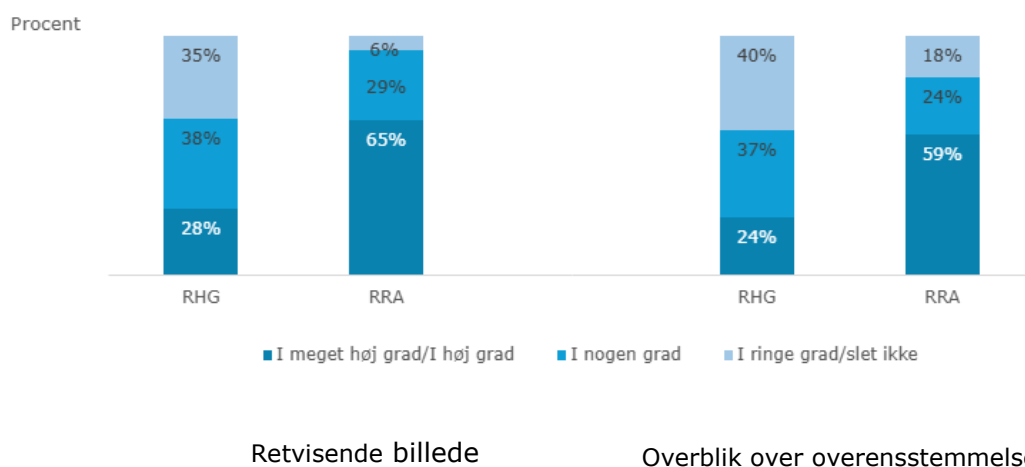
Især alle de der rapporter, det kan være sindssygt svært at gennemskue, hvor de ligger henne og under hvilken fane [...] Jeg har jo lederadgang, så der ligger et kæmpe bibliotek af rapporter derinde, men i virkeligheden kunne det jo have været gavnligt [...], at man i processen havde valgt ud og sagt, at det er de her ti rapporter, vi vil koncentrere os om. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Blandt dem, der har anvendt rapporterne findes følgende oversigter særligt gavnlige "Ward Activity", "Ward Actualisation", "Ward Acuity", "Ward Period Shift Variance" og "Ward Productive and Non productive Hours Report".

7.2 Overblik over plejebenhov og ressourcer

Dette afsnit omhandler anvendelsen af TrendCare i den daglige koordinering. Blandt de ledere og koordinatore, der har adgang til get roster/allocate staff, er der 28 %, som svarer i meget høj grad/i høj grad til; *Er det din vurdering, at TrendCare giver et retvisende billede af afsnittets plejebenhov og personaleressourcer?* Mens 5 % svarer slet ikke (ikke vist). Figur 9 viser dog, at der er væsentlig forskel på hospitalernes svar, hvor der i RHG er 28 %, som svarer i meget høj grad/i høj grad, mens det i RRA er 65 %. (AUH er ikke vist pga. lavt antal respondenter).

FIGUR 9: ER DET DIN VURDERING, AT TREND CARE GIVER ET RETVISENDE BILLEDE AF AFSNITTETS PLEJEBEHOV OG PERSONALERESSOURCER?



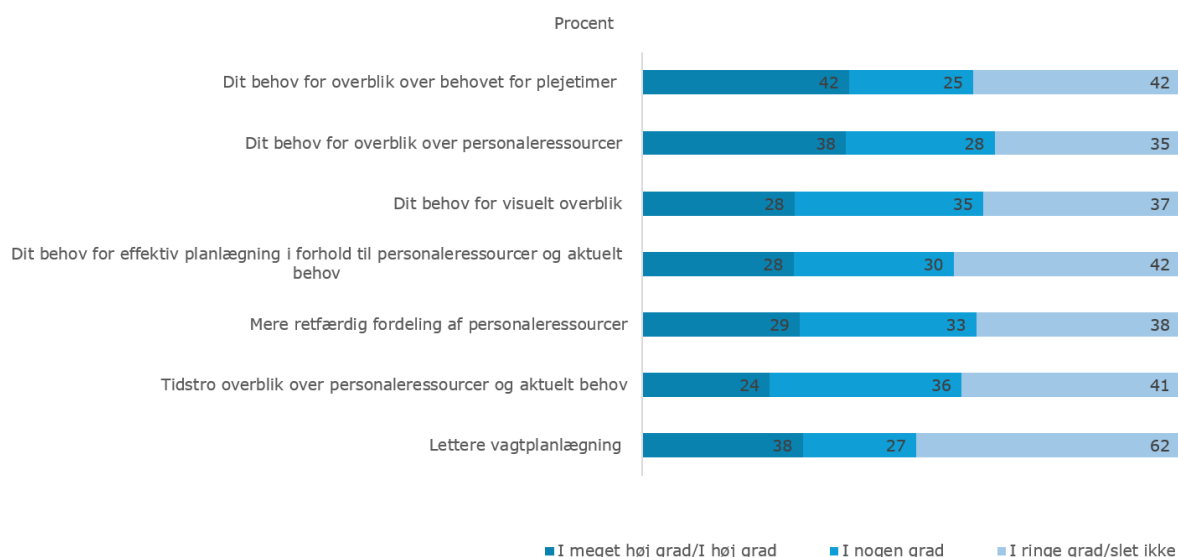
Figur 9 viser, at samme mønster går igen for spørgsmålet; *I hvilken grad giver TrendCare dig overblik over, hvorvidt der er overensstemmelse mellem estimeret behov for plejetimer og afdelingens faktuelle fremmøde?* Hvor 24 % i RHG svarer i meget høj grad/i høj grad, mens 59 % gør det i RRA. Niveauet af tilfredshed varierer derved alt efter, hvilket hospital som svarer.

Til spørgsmålet om, hvorvidt *TrendCares estimerede behov for plejetid kan anvendes som beslutningsstøtte til planlægning af personalefremmøde*, svarer 32 % i meget høj grad eller i høj grad, samme andel svarer i nogen grad. 35 % svarer i ringe grad eller slet ikke (ikke vist og der er ingen forskel på hospitalernes svar).

For spørgsmålet om, hvorvidt *TrendCares arbejdsgang med "prediction" af patienterne kan anvendes som beslutningsstøtte til planlægning af personalefremmøde i næste vagt*, svarer 27 % i meget høj grad/i høj grad, 29 % svarer i nogen grad og 43 % svarer i ringe grad/slet ikke (ikke vist og der er ingen forskel på hospitalernes svar).

Der er yderligere stillet syv spørgsmål i forhold til, hvorvidt TrendCare understøtter en række elementer, som vedrører koordineringsopgaven i afsnittet. Figur 10 viser resultaterne af disse svar.

FIGUR 10: OPLEVER DU AT TREND CARE UNDERSTØTTER:



*Figuren er sorteret fra top til bund efter gennemsnit gående fra højeste til laveste.

De to første spørgsmål omhandlende *overblik over plejebehov* og *personaleressourcer* har det bedste gennemsnit, mens *lettere vagtplanlægning* har det dårligste gennemsnit med 62 %, som svarer i ringe grad/slet ikke. I denne sammenhæng skal nævnes, at mange koordinatore har oplevet det som belastende med dobbeltregistreringer, fordi TrendCare ikke er integreret med andre it-systemer. Denne pointe er ikke bundet op på systemet i sig selv, men mere et valg i forhold til implementeringen, men det kan være med til at forklare, hvorfor scoren på spørgsmålet ligger lavt. Spørgeskemaundersøgelsen peger derfor på, at TrendCare i højere grad vurderes at kunne give overblik end at kunne anvendes direkte til lettere vagtplanlægning.

Det eneste spørgsmål, hvor der er forskel mellem hospitalerne, er, om TrendCare understøtter *overblik over behovet for plejetimer*, hvor figur 10 ovenfor viser, at 42 % svarer i meget høj grad/i høj grad, hvor dette tal for RHG ligger på 35 %, mens det hos RRA ligger på 65 %. Dette afspejles ligeledes i interviewene, hvor flere fra RRA er mere positivt stemt over for systemets muligheder. Der ses også forskelle mellem afsnittene, men på grund af få besvarelser på afsnitsniveau er sammenligning på tværs af afsnit behæftet med stor usikkerhed.

De kvalitative interviews viser, at TrendCare i nogle afsnit anvendes aktivt til at gøre forskelle i plejekompleksitet og belastning mellem teams mere synlige. Workload-overblikket kan eksempelvis bruges om morgenen til at vurdere, hvor der er størst behov for bemanning, og hvor der eventuelt er luft til at hjælpe andre:

Vi bruger det meget om morgenen, hvor nattevagten har lavet workloads. Vi har tre teams på vores afdeling, så kan vi se hvilke teams, hvor der kræves flest bemanningstimer. Så der kan vi se om morgenen og fordele personalet [...] Den giver dig et klart og tydeligt overblik over patienterne og den vurderede tider over teamsene, og hvor der mangler noget. Så på den måde har Trendcare gjort det nemmere for os, hurtigt at få et overblik over hvordan vi bedst kan fordele vores tid på afdelingen. (Sygeplejerske, medicinsk, RRA)

Tallene opleves ikke nødvendigvis som fuldt ud præcise og kan ikke stå alene som beslutningsgrundlag, men kan give et billede af tendenser, som kan understøtte den daglige koordinering. I enkelte afsnit indgår patienternes estimerede plejebehov også i fordelingen af personale til næste vagt. Anvendelsen retter sig mod den interne fordeling i sengeafsnittet, ikke mod flytning af personale på tværs af afsnit. Nogle informanter udtrykker, at det har givet tilfredshed blandt medarbejderne, når fordelingen i højere grad tog afsæt i plejekompleksitet frem for alene antal patienter.

I flere afsnit har TrendCare desuden været med til at synliggøre, hvornår på døgnet belastningen og patientflowet var størst. Det gjaldt blandt andet i forhold til "sammedagspatienter" i et ortopædkirurgisk afsnit, hvor modtagelse, postoperativ pleje og udskrivelse var samlet på få timer i aftenvagten. På den baggrund blev der sat en ekstra aftenvagt ind. I nogle tilfælde har TrendCare også kunnet bruges til at belyse et misforhold mellem bestemte patient-gruppers plejebehov og den eksisterende plejebemanding. Endelig er der også afsnit der har anvendt overblikket retrospektivt til at forstå særligt belastede vagter:

Fordelene er, at det er et super godt værktøj retrospektivt. Altså det er et super godt værktøj til at sige, hvad var det lige, der skete den her dag? Og så gå på jagt i det og sige, hvilke håndtag har vi så at dreje på for at undgå, at det sker igen? Så der synes jeg, at det fra min post er rigtig godt. Fordi man kan få så mange data ud af det. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Flere oplysninger om aktivitet, patientflow og bemanding findes også i eksisterende systemer som BI og Klinisk Logistik, men nogle informanter oplever, at TrendCare samler og præsenterer dem mere lettilgængeligt. Den ledelsesmæssige anvendelse af data som dokumentation behandles særskilt i afsnit 7.3 (Overensstemmelse mellem plejebehov og bemanding).

I andre afsnit vurderes TrendCare ikke at have ændret den daglige koordinering eller planlægning. Her disponerer koordinatorene fortsat ud fra deres vanlige kliniske overblik, dialog med personalet og kendskab til patienterne. Registreringerne opleves derfor som mindre anvendelige i planlægningsopgaven og reducerer ikke i væsentlig grad de mentale ressourcer, koordinatorene bruger på at skabe overblik. Enkelte fremhæver desuden, at TrendCare-overblikket ikke har været relevant hos dem, fordi kun koordinatoren har haft adgang, mens patientfordelingen i praksis foretages af sygeplejerskerne selv i teamet. Andre beskriver, at TrendCare i høj grad svarer til den fordelingsliste, de allerede anvender, og derfor kun i begrænset omfang tilfører noget nyt til koordineringen. Det har i testen ikke været en indlejret del, at personalet skulle agere ud fra TrendCare data, men blot foretage registreringen.

Som beskrevet i rapportens del A om dansk kontekst knytter en central begrænsning sig til tilliden til, om registreringerne afspejler den aktuelle kliniske situation. I relation til den daglige koordinering betyder det, at overblikket fra TrendCare kun opleves anvendeligt, hvis data er tilstrækkeligt opdaterede, komplette og fagligt genkendelige.

Hvis man stolede på systemet og tænkte, at det afspejlede faktisk meget virkeligheden, så tænker jeg faktisk godt, at man kunne bruge det til noget. Men nu her hvor vi er lidt skeptiske, "arghh", vi tror ikke på det. Vi kunne jo afskedige tre sygeplejersker per dag. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Mens andre oplever det mere positivt:

Så på den måde har TC gjort det nemmere for os, hurtigt at få et overblik over hvordan vi bedst kan fordele vores tid på afdelingen. (Sygeplejerske, RRA)

Andre igen formulerer den manglende gevinst ved TrendCare mere kritisk:

*Altså mange af de faktorer, som der egentlig anvendes her, dem har vi anvendt i forvejen og for mig at se, der er det her ekstra arbejde, det er ekstra tid i systemet, der ikke er tilpasset de systemer, vi har. Det er ren tidsspild uden, at jeg får noget, hvor jeg kan sige, okay, jeg kan så høste en gevinst af det.
(Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)*

Flere koordinatore beskriver yderligere arbejdsgangene omkring get roster og allocate staff som tidskrævende og sårbare. Opgaver, der allerede fremgår af arbejdsplanen, skal i nogle tilfælde registreres manuelt igen i TrendCare, og tiden skal både lægges ind og trækkes fra de samlede arbejdstimer. Samtidig skulle personalet i nogle tilfælde hentes dagligt, rettes manuelt og korrigeres, hvis systemet trak medarbejdere ind fra forkerte funktioner. Udfordringen knytter sig dog især til testopsætningen, hvor TrendCare ikke var fuldt integreret med øvrige regionale systemer.

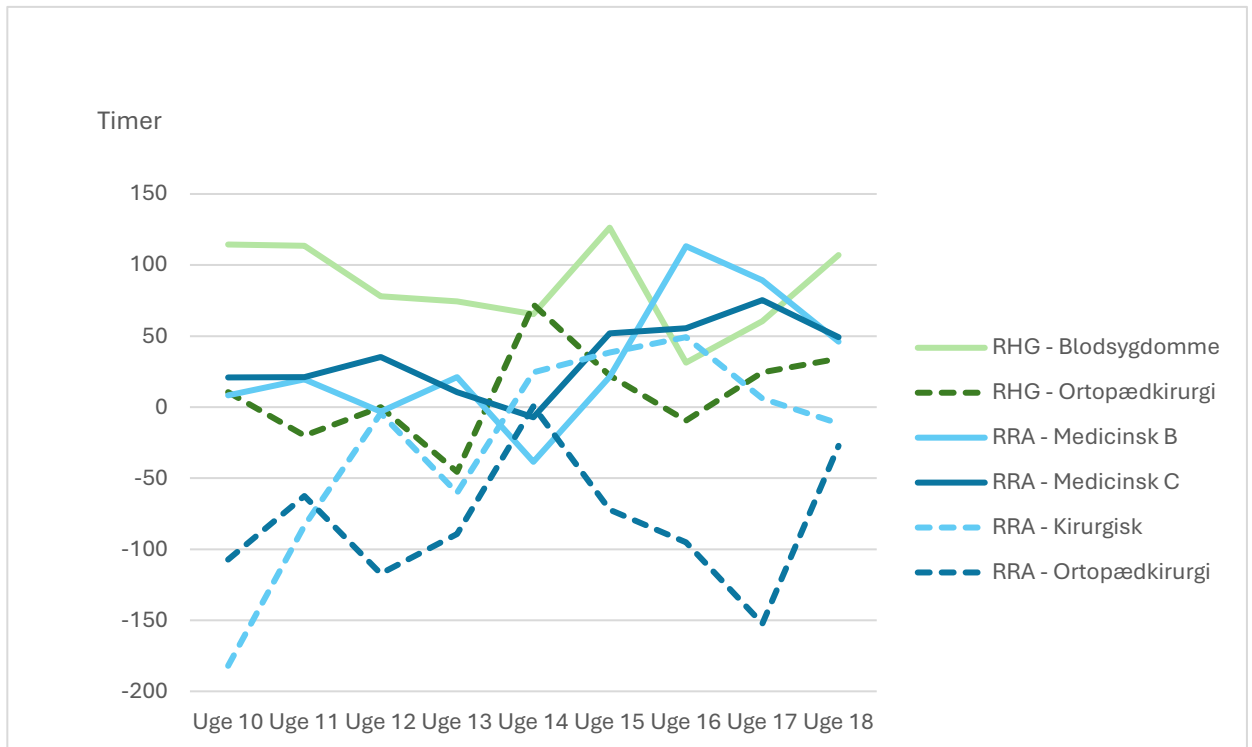
7.3 Overensstemmelse mellem plejebenhov og bemanning

Et delformål med at afdække, hvorvidt TrendCare kan understøtte beslutninger om plejebemanning handler om, hvorvidt der er overensstemmelse mellem estimeret behov for plejebenhov(workload) og afdelingens plejebemanning. Dette er belyst ud fra dataudtræk fra TrendCare, se efterfølgende figur 11 (dagvagt), 12 (aftenvagt) og 13 (nattevagt).

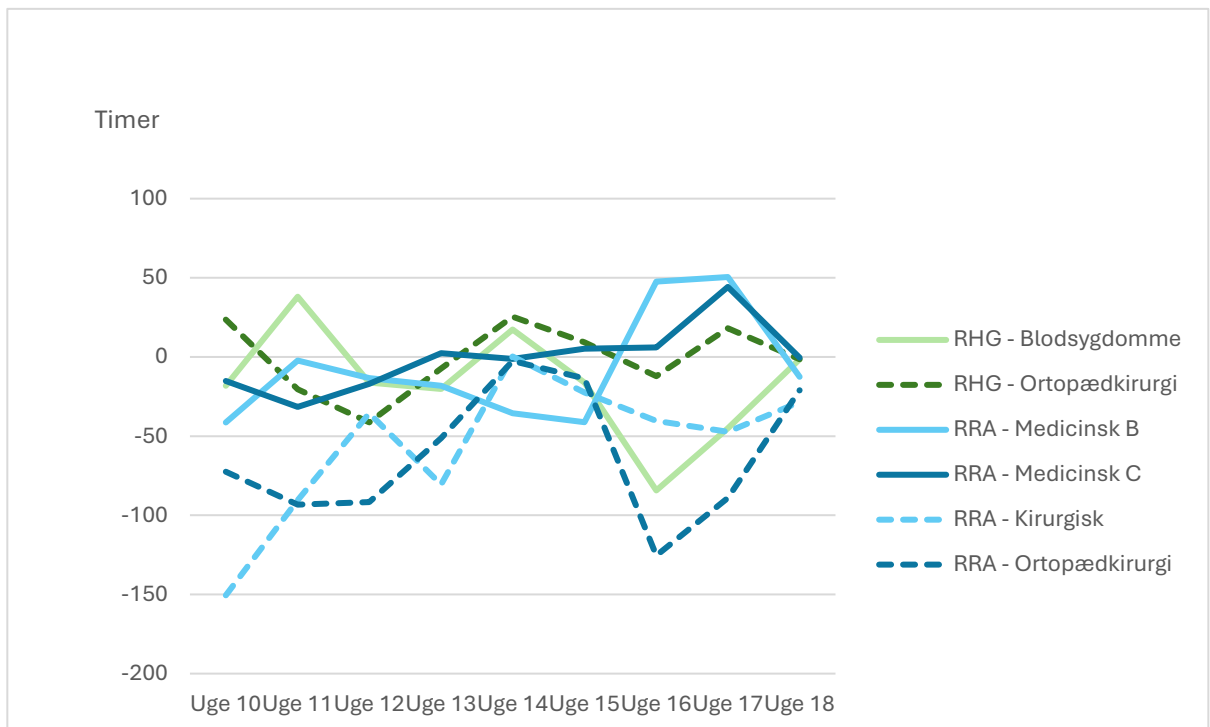
For de seks afsnit, der opnåede minimum 90 % kategorisering af deres patienter og aktualisering, ses meget forskellige differencer mellem plejebenhov og plejebemanning. Alle afsnit oplever i perioder negativ difference mellem plejebenhov og bemanning, og har derved færre ressourcer end deres plejebenhov kræver. De fleste afsnit balancerer over tid, men nogle afsnit (RRA Kirurgisk og RRA Ortopædkirurg) ligger konsekvent på negativ difference mellem plejebenhov- og bemanning.

I bilag 1 er vist en graf for hele døgnet samlet. Det er dog mest interessant at sammenligne vagttagene, da de varierer over døgnet, jf. de efterfølgende grafer. Generelt er det dagvagtens mønster, som dominerer det samlede billede (når dagvagten sammenlignes med hele døgnet, minder de to mønstre mest om hinanden). Generelt er der større udsving i dagvagten, både i forhold til positive og negative afvigelser, hvor flere afsnit har over 100 timers difference pr. uge. Nattevagten er den mest stabile af de tre vagttag. RRA Kirurgisk ser ud til at variere mest med store udsving i både dag- og aftenvagt. Ortopædkirurgisk, RRA har meget store negative afvigelser. RHG Ortopædkirurgi ligger mest stabilt og tættere på nul i perioden. Dagvagten betyder mest for det samlede mønster. Kirurgiske afsnit er vist med stiplede linjer, og RRA i blå, mens RHG er i grønne farver på de efterfølgende grafer.

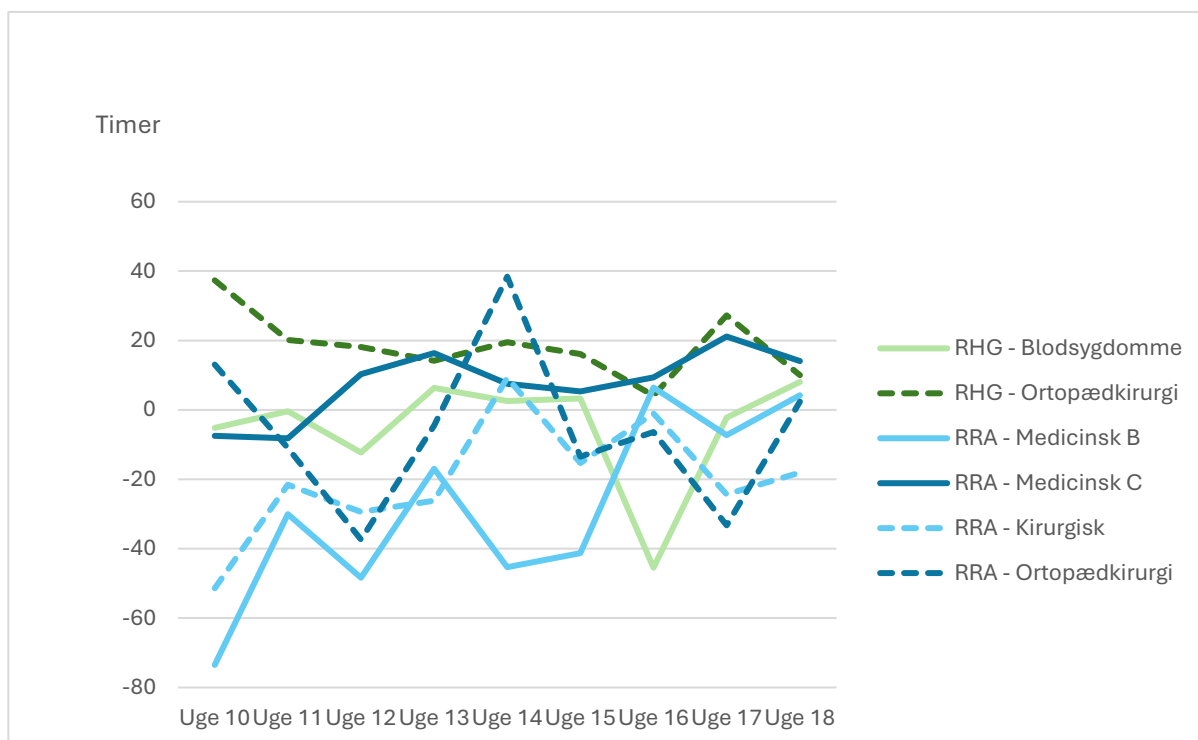
FIGUR 11: DIFFERENCE MELLEM PLEJEBEHOV OG ALLOKEREDE RESSOURCER (TIMER PR. UGE, DAGVAGT)



FIGUR 12 DIFFERENCE MELLEM PLEJEBEHOV OG ALLOKEREDE RESSOURCER (TIMER PR. UGE AFTENVAGT)



FIGUR 13 DIFFERENCE MELLEM PLEJEBEHOV OG ALLOKEREDE RESSOURCER (TIMER PR. UGE NATTEVAGT)



For hvert afsnit er analyseret nærmere på mulige årsager på den markante negative difference, se bilag 1. Her ses differencen på vagtlag, sammenholdt med belægningsprocent, og afsnittets ikke-kliniske arbejdstimer er angivet.

Systemdata kan således synliggøre forholdet mellem estimeret plejebæhov og allokerede ressourcer, men tallene kræver fortolkning, før de kan danne grundlag for beslutninger om bemanning. Interviewene viser, at det ikke altid er entydigt, hvilket niveau de enkelte afsnit bør tilstræbe. Som en oversygeplejerske formulerer det:

*Hvad er det, jeg skal gå efter? Hvad er det, der er meningen? Er det godt at være i nul? Eller er det meningen, vi skal være lidt i plus eller lidt i minus? [...]
Man belægger jo sengepladser forskelligt, afhængig af, hvad det er for en opgave, man er givet. (Oversygeplejerske, medicinsk, RHG)*

Vurderingen er, at systemdata først bliver brugbare som beslutningsstøtte, når der er en fælles forståelse af, hvad tallene betyder i den konkrete drift.

7.4 TrendCare som ledelsesværktøj

Mens anvendelsen i den daglige koordinering varierer, fremhæves TrendCare i interviewene mere entydigt positivt som et muligt redskab i ledelsesmæssige sammenhænge.

Set fra et ledelsesperspektiv kan TrendCare give et helhedsindtryk af, hvad afsnit og afdelinger bruger tid på, hvilke patienttyper der fylder, og hvordan arbejdsbelastningen udvikler sig over tid, herunder hvordan det næste døgn forventes at se ud. Systemet kan dermed give et mere systematisk grundlag for dialog om plejebemanning og ressourcefordeling, hvor vurderinger tidligere i højere grad har bygget på erfaring og lokale vurderinger:

Jeg synes også, at vi har fået nogle data om, hvordan aktiviteten og normeringen er i de forskellige vagter. Det synes jeg var utrolig interessant [...] Det stemte jo meget godt overens med de synsninger, der var. Nu var der bare sådan lidt dataunderstøttelse på det, og det synes jeg faktisk også, det kan noget. (Oversygeplejerske, kirurgi, RRA)

Flere ledere peger på, at TrendCare kan synliggøre mønstre både internt og på tværs, som har betydning for planlægning og prioritering. Det gælder blandt andet sæsonvariationer, perioder med mange komplekse patienter og forskelle i belastning mellem forskellige vagttyper.

TrendCare kan også give lederne et mere konkret grundlag for at argumentere for ekstra bemanning eller dokumentere, at der ikke kan trækkes yderligere ressourcer ud af et sengeafsnit. Systemet kan dermed fungere som databaseret "rygdækning" i dialoger med ledelsesniveauer højere oppe i organisationen. Det kan især være relevant i situationer, hvor oplevelser af høj belastning tidligere har været vanskelige at underbygge med data:

Jeg er helt vildt pro systemet. Jeg elsker det. [...] Der er jo lavet benchmark, vi passer med resten af verden, så det er ikke sådan, at vi overscorer dem. Vi har bare haft rigtig mange tunge, dårlige patienter. High dependency patienter. Det har jeg haft et sprog for, også opadtil, og jeg har faktisk også brugt det i forhold til at argumentere for min chef over, hvorfor jeg er nødt til at sætte ekstra på i nogle weekender. (Oversygeplejerske, medicinsk, RRA)

Det er simpelthen for, at vi kan synliggøre alle de opgaver vi løfter, som vi ikke synliggør andre steder. [...] Og at jeg også rent økonomisk kan gå over til min chef og sige, men I kan se her på tallene, f.eks. i sparerunder eller et eller andet, jeg kan simpelthen ikke trække mere ud af sengeafdelingen, fordi vi er allerede i minus. [...] Vi har ikke kunnet vise før, hvad vi har brugt tiden på. (Oversygeplejerske, medicinsk, RRA)

Samlet peger interviewene på, at TrendCare i testen kun er anvendt i begrænset omfang som aktivt planlægningsværktøj, men at de ledere og koordinatore, der bruger rapporter og data, ser betydelige fordele i systemet som grundlag for mere kvalificerede ledelsesmæssige beslutninger.

I forhold til at kunne understøtte beslutninger om plejebemanning, ses der opsummerende følgende gevinster og udfordringer ved TrendCare:

Gevinster	Udfordringer
Databaseret dokumentation og et mere systematisk grundlag for dialog om plejebemanning, ressourcefordeling og prioriteringer- især ligger overblik over plejebehov og personaleressourcer højt i vurderingen	Manglende integration med øvrige regionale systemer giver dobbeltregistrering og ekstra arbejde
Datatræk kan visualisere differencen mellem plejebehov og allokerede ressourcer i tre vagtlag. Dels som øjebliksbillede og forudsigelse de næste 24 timer samt retrospektivt	Rapportoverblikket opleves omfattende og vanskeligt at navigere i
Indsigt og bedre ledelsesoverblik over belastningstidspunkter, patientflow og forskelle mellem teams	Overblikket fra systemet er kun anvendeligt, hvis registreringerne er opdaterede og komplette
Kan understøtte mere retfærdig fordeling af patienter og personale ud fra plejekompleksitet frem for patientantal	
Sammenlignelige datatræk på tværs af afsnit	

8 Implementeringsprocessens betydning for brug og vurdering af TrendCare

Interviewene viser, at implementeringsprocessen i sig selv har haft stor betydning for, hvordan TrendCare blev modtaget, forstået og anvendt i afsnittene. It-medarbejdere beskriver, at tidligere løsninger i højere grad var drevet af lokale ambassadører, mens TrendCare er et mere top-down implementeret system. Størstedelen af informanterne beskriver opstarten som tungere og mere tids- og ressourcekrævende end forventet. Det handlede både om praktiske forhold som adgang, koder og tid til oplæring, men også om sproglige barrierer, uklart formål og sammenfald med andre tiltag i en travl klinisk hverdag. Flere efterlyser derfor en bedre indflyvning, mere tid til forberedelse og mere systematisk undervisning.

Et gennemgående tema er, at TrendCare ikke kunne tages i brug som et færdigt tilpasset system. Afsnittene måtte i høj grad selv omsætte systemets begreber og kategorier til lokal praksis gennem danske vejledninger mv. Samtidig peger nogle informanter på, at testopsætningen gjorde implementeringen tungere og kunne påvirke vurderingen af selve systemet:

Vi er nødt til at skelne de lousy integrationer, når man har lavet en testperiode, fra selve systemet. Selve systemet kan noget. Lige nu er det grimt, men jeg tænker, det bliver nok pænt. Jeg synes, det kan noget, men vi har fået sat nogle benspænd ind i testperioden, der godt kan være med til at diskvalificere systemet, og det er egentlig lidt unfair. (Oversygeplejerske, medicinsk, RRA)

Implementeringen havde desuden forskellige betingelser på tværs af afsnit. I nogle afsnit har personaleudskiftning, arbejdspress, mange vikarer og studerende påvirket mulighederne for at oplære alle ens og fastholde en stabil registreringspraksis. Modtagelsen af TrendCare afhang derfor ikke kun af systemet, men også af de lokale organisatoriske vilkår.

Det kom fuldstændig bag på os på hospitalerne, hvor tidskrævende det her var. Fordi i bund og grund noget af det arbejde, som vi er vant til, bliver håndteret i it-afdelingen, altså fx projektledelsen eller supporten, det er jo blevet skubbet ud til os. (Projektleder, RRA)

Implementeringen var i høj grad også afhængig af lokale nøglepersoner. Flere informanter beskriver, at registreringen kun kunne holdes i gang gennem tæt opfølgning og påmindelser. I nogle afsnit fungerede nøglepersoner som fanebærere, der både prioriterede opgaven højt og forsøgte at gøre formålet tydeligt for plejepersonalet. Der er også kompenseret for manglende registreringer ved, at koordinatore eller ledere efterregistrerede. Det bidrog til højere datakomplethed i testperioden, men har samtidig krævet en stor indsats:

Vores oversygeplejerske hun trækker et kæmpe læs, fordi hvis der er for travlt, og de ikke får det gjort [registreret i TrendCare], så er det jo hende, der sidder derhjemme om aftenen og efterregistrerer og sørger for tingene. Det er jo ikke holdbart i længden. Det er fordi, det har været en testperiode, så skal vi sørge for at få gode data. Men hun bruger ekstremt meget tid på det. (Chefsygeplejerske, kirurgisk, RRA)

Et andet centralt tema er meningsskabelse. I starten blev TrendCare flere steder oplevet som endnu en dokumentationsopgave, hvor formålet var uklart. Det gjorde det vanskeligt at motivere personalet til at prioritere registreringer i en travl hverdag:

Det er bare et slavearbejde. For det er hver dag, når vi koordinater går rundt til tavlemøde, så siger vi: "Husk TrendCare", og så er det bare sådan noget, "puha, det skal bare overstås". Men jeg tror, det handler meget om, at man simpelthen ikke har kunnet forstå meningen med det. Det er ikke ordentligt blevet meldt ud. (Koordinator, kirurgisk, AUH)

Det uklare formål gav samtidig plads til bekymringer om, hvorvidt TrendCare kunne blive brugt som grundlag for besparelser eller lavere bemanning, som tidligere beskrevet. I nogle afsnit fyldte denne bekymring så meget, at den overskyggede forsøgene på at forklare formålet med testen. Omvendt blev systemet lettere at acceptere i de afsnit, hvor ledere og nøglepersoner løbende viste, hvad data kunne bruges til, og koblede registreringen til afdelingens hverdag.

Flere giver også udtryk for at tidsforbruget hos plejepersonalet til indtastningsopgaven er dalet i takst med erfaringen med systemet, som en koordinator udtrykker det:

Det kræver virkelig også noget træning. Fordi dem, der er fast i sengeafsnittet, har jeg en fornemmelse af, at de virkelig blev skarpe i det til sidst og virkelig kunne gøre det lynhurtigt på de der to minutter pr. patient. Men for den gruppe vi har, som egentlig primært er i vores ambulatorium, jeg tænker, at det er lidt det samme for mave-tarmkirurgisk måske, at dem I har af sygeplejersker, der ligesom kun er i sengeafsnittet en gang imellem. De havde virkelig svært ved at få scoret patienterne korrekt, fordi de glemte simpelthen, hvad der lå inde under de forskellige, så de var inde og læse hver gang, og de brugte lang tid på at score patienterne. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Systemets manglende integration med andre RM-programmer har som tidligere beskrevet givet anledning til irritationer, fx i forhold til at vagtplaner kun har kunnet indlæses en gang om ugen, hvilket ligeledes handler om de systemer data kommer fra. Ved en egentlig adaption af systemet må der derfor forventes en anden løsning end det har været tilfældet i testen. Ligeledes har det været truffet lokale valg, hvor fx kirurgiske afsnit på AUH har oplevet store udfordringer med patienter, der var til operation eller undersøgelser andre steder, kunne mangle i overblikket, selvom de stadig havde betydning for afsnittets arbejde. (På AUH flytter patienten rent PAS og EPJ mæssigt opholdsadresse/overflytter når patienten sendes til operation og igen når patienten ryger tilbage til sengeafsnittet. I den forbindelse fremgår patienten ikke i TrendCare, og patientens data der tidligere er lagt ind forsvinder). Nogle interviewpersoner fortæller, at de til tider oplevede at næsten halvdelen af patienterne i perioder ikke fremgik af systemet, hvilket har reduceret disse afsnits oplevelse af anvendelige data. Udfordringen er udelukkende knyttet til den lokale arbejdsgang, der er anvendt i testperioden.

Motivationen blev også påvirket af, at TrendCare ikke alle steder levede op til de forventninger, personalet havde til systemet. Når værdien ikke blev tydelig i testperioden, faldt motivationen for at bruge tid på registreringer.

Inden TrendCare kom, havde jeg nok nogle lidt store forhåbninger til TrendCare, fordi jeg tænkte, at det kunne være et system, der kunne synliggøre vores sygepleje i det. Det har det ikke lige vist. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Jeg må også sige, at der går lidt af systemet, når man ikke kan bruge det helt. Så motivationen dalede jo meget i forhold til det. Fordi vores ønske var jo netop at kunne bruge et system, som man kunne se plejetyngden, og hvad er det så for ressourcer, der skal bruges til de enkelte forløb, så man får fordelt

kompetencerne rigtigt. Og det kunne vi jo ikke bruge det til. (Oversygeplejerske, kirurgisk, AUH)

Flere peger endvidere på, at testperioden sluttede på et tidspunkt, hvor nogle afsnit først var ved at have opbygget erfaring, rutine og forståelse for systemet.

Det er jo også lidt som om, at det er nu, vi er ved at have lært, hvordan man bruger det, og så stopper vi. Det er jo nu, vi er begyndt at være lidt gode til det. (Sygeplejerske, medicinsk, RRA)

Implementeringsgraden spiller derved en væsentlig rolle i vurderingen af systemet. RRA ligger generelt mere positivt i deres vurderinger af systemet. Systemdata viser som tidligere beskrevet, at RRA samtidig ligger højest i aktualiserings- og kategoriseringsscorene, flere af interviewe peger på nuancer hos nogle af medarbejderne, som har opnået en større indsigt i programmet, så generelt mere aktiv brug af data, rapporter og bedre implementeringsgrad samt konkrete eksempler på brug af data i praksis og ændring af praksis baseret på TrendCares overblik. Eksempelvis ved at kalde ekstra personale ind. Der er samtidig eksempler på stor entusiasme og ledelsesmæssig opbakning. Samlet set vurderes disse faktorer at have haft betydning for, at RRA ligger højere.

Opsummerende viser interviewene, at implementeringen af TrendCare har været en ressourcekrævende opgave på flere niveauer; for plejepersonalet, der skulle indarbejde endnu en registreringsopgave i hverdagen; for koordinatore og nøglepersoner, der skulle oplære, støtte og følge op; og for ledelsen, der skulle skabe mening, sikre datakomplethed og håndtere modstand.

9 Fremtidig anvendelse af TrendCare

Vi har spurgt til, om respondenterne vurderer, at TrendCare skal fortsætte. Størstedelen med 73 % svarer nej, 11 % svarer ja og 17 % svarer ved ikke. Der er ikke forskel på hospitalerne. For afsnittet Blodsygdomme (RHG) som ligger højest, er der 61 % som svarer ja. Skelnes mellem kirurgiske og medicinske afsnit er der flere blandt de medicinske, som svarer ja. Kigger vi på en samlet model, der medtager variablene; hospital, afsnit, type (medicinsk/kirurgisk), brugshyppighed og funktion (leder, koordinator eller plejepersonale), er det afgørende, om man er leder/koordinator samt speciale. Det vil sige, at sandsynligheden for at svare ja er størst blandt ledere/koordinatore og samtidig også, hvis man arbejder på et medicinsk afsnit. Dette stemmer meget godt overens med foregående afsnit, der beskriver, at ledelsen/koordinatore generelt ser andre gevinster ved systemet, men at de også har bedre forudsætninger herfor, da de har adgang til andre data og har anden funktion.

Svarene viser, at der samlet set er betydelig skepsis over for at fortsætte TrendCare i den form, systemet har haft i testperioden. De kvalitative interviews nuancerer dog billedet, idet mange informanter skelner mellem den aktuelle testopsætning og systemets mulige værdi ved en bedre integreret og tilpasset model. Følgende afsnit behandler derfor både fremadrettede potentialer, centrale opmærksomhedspunkter/bekymringer og de forudsætninger, der skal være på plads, hvis TrendCare skal fungere i drift.

9.1 Fremtidige anvendelsesperspektiver

Et centralt potentiale er, at TrendCare kan skabe en fælles referenceramme for vurdering og italesættelse af patienternes plejebestand på tværs af afsnit, afdelinger og hospitaler:

Jeg synes jo egentlig, hvis det ender med at blive sådan, at det bliver et vurderingsredskab, som vi ligesom taler samme sprog i, hvor tunge de patienter er, som vi har på afdelingen i et givent øjeblik, så synes jeg egentlig, at det giver vildt god mening, når man skal snakke med andre afdelinger, om vi har plads til nogen i forhold til, hvor meget bemanning vi har. (Sygeplejerske, kirurgisk, AUH)

Vi tror, vi gør tingene ens, men det gør vi ikke. Vi bruger vores systemer meget forskelligt, og det er jo det, TrendCare faktisk bliver en øjenåbner for. (Medarbejder, It)

Dette potentiale kan styrkes, hvis patienterne kategoriseres tidligere i patientforløbet, fx allerede i akutafdelingen. Det kan give sengeafsnittene et bedre grundlag for at planlægge modtagelse og plejeopgaver, hvis patientens forventede plejebehov følger med gennem forløbet. Samtidig kunne det også være en mulighed at sende patienter derhen, hvor plejekompleksiteten er lav frem for, hvor der er en ledig seng, som er praksis på nuværende tidspunkt. Hvis plejebelastningen er synlig, er det muligt at fordele ressourcerne bedre. Dette gælder også internt mellem gangene. På den måde kan TrendCare på sigt bidrage til bedre sammenhæng i overgange mellem afdelinger. Hvis data samtidig gøres mere tilgængelige i hverdagen, fx via tidstro skærmbilleder, kan de i højere grad understøtte fælles overblik og dialog.

TrendCare kan også bidrage til at synliggøre opgaver, der i dag ikke altid fremgår tydeligt i eksisterende systemer. Det gælder blandt andet samarbejde med primær sektor. I takt med at behandlingsansvaret i stigende grad går på tværs af sektorer, kan systemet give et bedre grundlag for at dokumentere, hvor meget tid hospitalspersonalet bruger på opgaver relateret til kommuner og almen praksis. Data kan samtidig give anledning til at se kritisk på eksisterende opgaver og arbejdsgange, herunder om nogle dokumentationsopgaver eller rutiner bør organiseres anderledes eller helt ophøre.

TrendCare-data kan også kvalificere afdelingernes selvforståelse. Data kan fx bruges til at undersøge, hvad der ligger bag oplevelser af travlhed. Dermed kan systemet blive et støtteværktøj i dialogen med medarbejdere om arbejdsmiljø og trivsel:

Hvis de kommer og siger, at vi har haft en vanvittig hård aften [...] Hvad var det? Var det en følelse, der væltede jer? Var det, at opgaverne kom inden for de samme to timer i stedet for spredt ud over otte timer? Eller hvad var det mon, der var på spil, siden det var så hård en aften? [...] Så på den måde kan det jo være et støtteværktøj. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

På sigt kan sådanne data også bruges som grundlag for læring og kompetenceudvikling, hvis fx bestemte patientgrupper eller særlige opgaver fylder mere over tid. I enkelte interviews kobles data fra TrendCare også til muligheden for at anvende "springere" eller flex-medarbejdere, som kan flyttes derhen, hvor belastningen er størst. Dette omtales dog ikke entydigt som en positiv løsning.

Flere informanter ser også TrendCare som en mulig løftestang for at synliggøre sygeplejerskers arbejdsbelastning i en bredere sundhedspolitisk sammenhæng:

Jamen, jeg tænker, hvis det kan komme ind i en dansk kontekst, så kan det faktisk godt også betyde noget i forhold til det der med, at ikke bare politisk, men også ude i samfundet måske. Ude i samfundet, der er vi ikke andet end den der højtråbende gruppe, der fortæller om, hvor travlt vi har, og hvad vi laver. (Sygeplejerske, kirurgisk, RRA)

Vi har nogle rapporter, hvor vi endelig kan vise dem, der rigtig godt kan lide tal, at der var en grund til, at folk bliver nedslidte og trætte. Så det er der, jeg tror, vi er med TrendCare. (Driftsansvarlig sygeplejerske, medicinsk, RRA)

Et særligt fremadrettet potentiale handler desuden om benchmarking og sammenligninger på tværs af hospitaler, regioner og eventuelt nationalt. Essensen er her, at data ikke blot kan synliggøre forskelle, men også danne grundlag for drøftelser af, hvordan ressourcer kan fordeles og organiseres anderledes:

Jeg synes også, det kan noget regionalt og nationalt [...]. Der er noget benchmark i det her, som man ikke har hverken kunnet eller villet tidligere, som jeg tror, man får svært ved at lukke øjnene for, når først der kommer nogle resultater, fordi det er jo tydeligt, at der er forskel. Og det er også det, jeg mener med, hvad vil man så med de data? Dem kan man jo ikke bare trække på skuldrene af. Det skal man jo sætte sig ned og arbejde aktivt med. Hvad gør forskellen? Kan man fordele tingene anderledes? Hvad ville være det gode for vores patienter og for at få mest sundhed for pengene? (Chefsygeplejerske, kirurgisk, RRA)

På den måde kan TrendCare-data give anledning til drøftelser af, om bemanning, fremmødeprofiler og ressourcefordeling bør organiseres anderledes, herunder om fælles normeringsprincipper i tilstrækkelig grad afspejler forskelle i patienternes kompleksitet og plejebæhov. Data kan samtidig indgå som grundlag for budgetdannelse både lokalt og på tværs af organisatoriske niveauer. Flere informanter peger i den forbindelse på, at sundhedsvæsenet i stigende grad skal lære at arbejde databaseret med sygeplejefaglig praksis. TrendCare kan her ses som et af de første systemer, der forsøger at omsætte sygeplejefagligt arbejde til data:

Jeg tror også på, at det er noget, sygeplejersker skal lære, at en del af deres arbejdsområde, det er at registrere ting, sådan vi får nogle data, vi kan bruge til at ændre vores praksis. [...] Nu har vi snakket om det her med data for sygeplejefaglighed i årevis. Og nu er der for første gang lidt noget, der ligner. (Chefsygeplejerske, kirurgisk, RRA)

Der bliver i en fokusgruppe også drøftet, at vi skal til at tænke nye plejeformer ind, inspireret af en publikation om kollaborativ læring og wicked problems, hvor pointen er, at TrendCare på flere måder imødekommer denne tankegang især med fokus på plejekompleksiteten;

[...] fordi Trendcare vil jo også gerne predicte, at det er jo netop, hvis vi kunne bruge den optimalt; "der er travlt i aften". Vi er de mennesker, vi er. Hvilken plejeform er det så, at vi skal planlægge med?. Så det kan godt være, at det har været en til en. Vi arbejder i makkerskaber med primary nursing og så en makker. Men om aftenen skal vi have en helt anden type plejeform, for at vi ikke bliver overbelastet i at være i en aftenvagte. (Oversygeplejerske, kirurgisk, AUH)

Vi kan faktisk komme af med alt den viden, vi har i forhold til, hvad er det egentlig, vi bruger vores tid på. Det er ikke bare den instrumentelle [utydeligt] sygepleje, det er også den mere bløde sygepleje, altså den relationelle del, at den rummer faktisk hele mennesket, og det faktisk også baserer sig på tidsstudier, på empiri osv. Så er det altså noget, der kan begynde at sælge billetter ude i klinikken. Men det har bare været pakket ind i nogle dårlige arbejdsgange, mange museklik, og det er ærgerligt. (Projektleder, AUH)

9.2 Fremtidige udfordringer og opmærksomhedspunkter

Informanterne peger ligeledes på en række opmærksomhedspunkter, hvis TrendCare skal anvendes i drift fremadrettet.

En central bekymring handler om registreringsopgaven. Flere informanter beskriver, at TrendCare tager tid fra andre patientnære opgaver som endnu en dokumentationsopgave i rækken af registreringskrav. I en travl hverdag kan registreringen derfor blive nedprioriteret, særligt hvis plejepersonalet ikke oplever, at systemet har direkte værdi for deres egen opgaveløsning. Hvis registreringerne ikke gennemføres systematisk, mister TrendCare samtidig en væsentlig del af sin værdi som beslutningsgrundlag.

Bekymringen handler ikke kun om, hvorvidt der registreres, men også om hvordan. Flere informanter peger på, at datakvaliteten kan blive svækket, hvis registreringerne foretages hurtigt, uensartet eller uden tilstrækkelig refleksion. Medarbejderne i it-fokusgruppen fremhæver ligeledes pointen med, at ensretning af registreringer er en forudsætning ved alle systemer. IRR-test kan ses som et tiltag, der kan sikre dette, men måske skal der mere til.

Jeg kan jo bare se i hvert fald, at der er forskel på, hvordan folk gør det, og hvor lang tid de har til det. De dage hvor de har god tid og ikke har så meget, så er der brugt flere kræfter på det. (Koordinator, medicinsk, RHG)

Ja, IRR-testen. Der var der ligesom et vendepunkt. Det var virkelig godt, at det var så grundig og systematisk en tilgang, selvom vi nok sådan stejlede lidt, fordi vi tænkte, "Arghh", kan det nu være rigtigt, at vi skal bruge så lang tid på det, men det gav faktisk noget. Den der sidemandsdel hvor man virkelig kunne tale og undre sig sammen, men også få justeret. Det betød noget i forhold til det fremadrettede. Så det var godt givet ud. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Pointen om, hvorvidt TrendCare kan fungere som et kontrol- eller besparelsesredskab, går igen i de fremadrettede perspektiver, hvor flere informanter fremhæver en frygt for, at timer i overskud kan blive brugt som grundlag for at reducere bemanningen. Informanterne pointerer i den sammenhæng, at perioder med luft i bemanningen ikke nødvendigvis betyder, at personalet "ikke laver noget", men kan give mulighed for udviklingsarbejde eller ekstra omsorg. Risikoen er derfor, at data fortolkes for snævert, så bemanningen presses helt ind til det beregnede minimum.

Der er også forbehold over for at bruge TrendCare-data som grundlag for at flytte personale på tværs af afdelinger eller specialer. Flere informanter er skeptiske over for en mekanisk omfordeling af medarbejdere, fordi fordeling af personale ikke kun afhænger af beregnet plejetid, men også af specialekendskab, teamstruktur, fysisk placering og kontinuitet for både patienter og personale. Hvis medarbejdere flyttes til ukendte kliniske enheder, kan det skabe utryghed og potentielt påvirke både arbejdsmiljø og patientsikkerhed:

Hvis jeg skulle bruge [workload] aktivt, så ville jeg jo skulle flytte medarbejdere til de steder, hvor der er brug for det. [...] Det synes jeg bare ikke, vi sådan er vant til. [...] Jeg har i hvert fald en opfattelse af, at det ville give en utryghed, hvis man ikke vidste som medarbejder; Hvor skal jeg være henne i dag? (Driftsansvarlig sygeplejerske, medicinsk, RRA)

Endelig peger interviewene på, at øget åbenhed om data både kan være en styrke og en sårbarhed. TrendCare kan skabe større gennemsigtighed om arbejdsbelastning og ressourcebehov, men det kan også opleves som grænseoverskridende at "lægge hånden på kogepladen" og vise data på tværs af afdelinger eller hospitaler. Bekymringen er, at data kan få konsekvenser for vurderingen af, om et afsnit har for mange eller for få ressourcer.

9.3 Fremadrettede forudsætninger

I det kvalitative materiale uddybes svarene med, at der er en række ønsker til forbedringer, hvis Region Midtjylland skal fortsætte med systemet.

En grundlæggende forudsætning er, at centrale registreringsprincipper besluttet og anvendes ens på tværs af hospitaler og matrikler. Det gælder eksempelvis måden, der registreres på i EPJ'en (Elektronisk patientjournal), da forskelle i registreringspraksis kan give udfordringer i de HL7-beskeder (Health Level Seven), der afsendes fra MidtEPJ og indhentes i TrendCare.

Dernæst at der sættes tid af til implementeringen, oplæring, træning og koordinatorernes opgaver. Derudover er der ønsker om;

Brugergænsefladen

Brugergænsefladen skal gøres mere moderne og smidig. Det gælder både layout, navigation og søgefunktioner. Listerne i systemet bør gøres kortere, så kompleksiteten reduceres, og brugerne lettere kan fokusere på det, der er mest relevant. Derudover efterspørges bedre søgefunktioner såsom mulighed for at søge i "allocate staff".

Bedre understøttelse af klinisk praksis

TrendCare ønskes i endnu højere grad tilpasset dansk klinisk praksis. Det gælder først og fremmest en dansk sprogversion af selve systemet og vejledningerne. (Leverandøren oplyser i den forbindelse, at den kommende '.net-version' inkluderer oversættelse til andre sprog, herunder dansk). Selvom der allerede er foretaget en række tilpasninger af kategorierne i testperioden, ses der også fortsat behov for flere relevante kategorier blandt andet under "non-operative treatment". Derudover er der ønsker om, at TrendCare-data gøres mere synlige og anvendelige i den kliniske hverdag. Det kan fx ske gennem visninger på tavler eller storskærme samt at dele de rapporter, som er interessante - også blandt plejepersonalet.

Tilpasningen handler også om, at systemets logik og de data, der produceres, skal være gennemsigelige for brugerne og kunne kobles meningsfuldt til den kliniske virkelighed:

[...] det er som om, det er os, der skal tilpasse os til systemet, og ikke omvendt. Og det er nok noget af det, vi efterspørger. Det er, hvordan kan vores data blive meget mere gennemsigtige? Og når de er objektive, så skal vi også kunne stole på dem. Men der er den kvalitative del af det, som er så svært at gøre til tal og tid. (Oversygeplejerske, kirurgisk, AUH)

Integration og automatisering

Et gennemgående ønske er bedre integration med Region Midtjyllands øvrige it-systemer, herunder Klinisk Logistik, EPJ, Silkeborg Data og Nursefinder, da det vil reducere manuelt arbejde, dobbeltregistreringer, irritation og fejlkilder. Der er også ønsker om, at oplysninger, der allerede registreres i andre systemer, i højere grad kan genfindes i TrendCare, ligesom der efterspørges mulighed for at tilføje oplysninger som SFI'er.

Derudover nævnes behovet for tekniske løsninger, der kan gøre integrationen lettere, fx levering af backend-kode til en ny kodebase. Problemer med overflytning af patienter mellem afdelinger, hvor patienter ryger ud af TrendCare og data skal genindtastes, fremhæves også som noget, der bør løses ved en eventuel videre anvendelse.

Styrket datakvalitet og fælles registreringspraksis

Det ses desuden som en forudsætning, at datakvaliteten styrkes og at der skabes en mere fælles registreringspraksis. Herunder betones behovet for fælles beslutninger på tværs af

matrikler om, hvordan centrale forhold registreres, så data bliver mere ensartede og sammenlignelige. Det gælder blandt andet håndtering af nyt personale, studerende, vikarer, gravide medarbejdere og andre forhold, der påvirker den reelle tilgængelige bemanning. Der efterspørges også løbende understøttelse af en fælles forståelse af kategorier, baseline og registreringspraksis. IRR-testen nævnes som noget, der med fordel kan gennemføres oftere end årligt fx for at se, om nye medarbejdere registrerer ens.

Organisering og lokal forankring

TrendCare skal forankres organisatorisk, hvis systemet skal fungere i driften fremadrettet. Det kræver ledelsesmæssig opbakning og lokale nøglepersoner, som kan understøtte implementering, opfølgning og anvendelse. Der skal samtidig afsættes tid til grundig oplæring og til de opgaver, som koordinatore og nøglepersoner skal varetage. Registreringerne skal desuden indlejres i de daglige arbejdsgange, så de bliver en fast del af vagten. Det kan fx understøttes af klare rammer for, hvornår prediction og actualisation skal gennemføres. Leverandøren oplyser, at systemet normalt sættes op med tilpasning af brugergrænsefladen og derefter uddannes plejepersonalet, hvor implementeringsperioden normalt ligger seks til ni måneder. I Region Midtjylland har der været en lidt kortere periode, som kan være med til at forklare, at de mere avancerede dele af systemet og brug af rapporter har været begrænset.

Kommunikation, formål og ledelsesforankring

Endelig er det centralt, at formålet med TrendCare og anvendelsen af data kommunikeres tydeligt. Medarbejderne skal kunne se, hvorfor registreringerne er nødvendige, hvad data skal bruges til, og løbende synliggøre de gevinster, som registreringerne giver for både medarbejdere, ledelse og patientforløb. Det kræver løbende dialog og gentagen kommunikation, fordi alle medarbejdere ikke er til stede samtidig. Den lokale ledelse og koordinatorene har derfor en vigtig rolle i, hvordan TrendCare omtales og prioriteres i hverdagen:

*Den måde vi taler om det på, det har bare en kæmpe indflydelse [...] Der ligger der et kæmpe ansvar, både hos koordinatore, men også hos os der er funktionsledere, i forhold til, hvordan snakker vi om det her? Snakker vi det op? Snakker vi det ned? Får vi det grebet? Får vi sat tiden af til det?
(Oversygeplejerske, medicinsk, RHG)*

10 Metode

Evalueringen bygger på kvantitative og kvalitative metoder og data er indsamlet fra september 2025 til maj 2026. Spørgeskemaet er udsendt i april og interview gennemført i maj-juni 2026.

10.1 Datagrundlag

Evalueringen har indsamlet data på følgende vis.

Datakilde	Antal respondenter/ interviewpersoner	Antal afsnit	Antal hospitaler
Spørgeskema: Udsendt/svaret	636/427	15	3
Telefoninterview	14	11	3
Fokusgruppeinterview 4 stk.	21	14	3
Registreringsark, Afdelingsledelsen	-	14	3
Dataudtræk fra TrendCare	-	15	3

Note: Der var et par afbud på selve dagen for fokusgruppeinterview. Bemærk at der i rapporten indgår enkelte kommentarer fra et fokusgruppeinterview med It, som er foretaget i forbindelse med sammenligningen mellem Klinisk logisk og TrendCare (Rapport 2 – Sammenligning af TrendCare og Klinisk Logistik). Dette er ikke vist i oversigten her.

Derudover har evaluator deltaget i forskellige kurser om TrendCare registreringsmodul og rapportmodul.

Opindeligt var der 19 afsnit, men fire afsnit er sprunget fra testen af TrendCare, se uddybning nedenfor.

Spørgeskemaet er udsendt til 636 gyldige e-mailadresser med en enkelt reminder og har en svarprocent på 67 %, svarende til 425 respondenter. Matrikelvist er svarprocenterne som følger; RHG 68 %, RRA 70 % og AAH 51 %. Højeste afsnit har en svarprocent på 81 % (RRA, medicinsk C) og laveste afsnit på 47 % (AUH, Ortopædkirurgisk 2). På tværs af alle afsnit er det en høj og tilfredsstillende svarprocent.

Afsnit som har meldt sig ud i testperioden

Begrundelser fra de afsnit, der er sprunget fra i testperioden, har været tid og udfordringer i forhold til ressourcer i en periode med betydelige ledelsesmæssige omstruktureringer. Det har været en udfordring, at der ikke var afsat timer nok til implementeringen, at systemet ikke har været integreret med PDC Vagtplan, EPJ mv. hvilket har givet dobbelt-dokumentation, som har været svært at se de gode argumenter for. Dernæst at det ikke har været muligt at agere på oplysninger og fx ændre på bemanningen, da overenskomster og arbejdstidsregler ikke tillader omrokeringer af ressourcer dagen. Samtidig blev hele opgaven ikke præsenteret fra start, men gav merarbejde undervejs, hvilket har påvirket motivationen hos medarbejderne, der i forvejen havde svært ved at se meningen med opgaven. Oplevelse af, at medarbejderne ikke scorede ens, hvilket har sået tvivl om kvalitet af systemet.

Derudover har et afsnit vurderet systemet mindre relevant i forhold til at være et mindre afsnit med højt flow og korte patientforløb, hvor afdelingsledelsen har vurderet, at det kan være vanskeligere at få værdi af systemet end ved større afsnit med mere stabile og længerevarende plejeforløb. (Øre, næse, hals, RGH).

Afsnittet har alle været med til introduktionsdagene og indtastede data i en kortere periode i efteråret 2025. (Nyresygdomme, AUH)

Registreringsark

Alle 15 afsnitsledelser er blevet bedt om at lave en kort beskrivelse af afsnittet ud fra en prædefineret skabelon med spørgsmål, 14 har svaret. (Bilag 1)

Interview

Individuelle telefon- og videointerview samt fysiske fokusgruppeinterview i Gødstrup og Randers. Alle interview er optaget på diktafoner og transskriberet med Goodtape samt gennemhørt efterfølgende og korrigeret.

Systemdata

Grundlaget for inklusion af systemdata har været (jf. designet) at inkludere data for to måneder under forudsætning af deres kategoriserings- og aktualiseringsgrad er på minimum 90 % eller højere. Dvs. at der er udtrukket data for alle afsnit og genereret heatmaps, men de mere detaljerede analyser kun er udført for de seks afsnit som opfyldt kravet. I testperioden er der sket en forlængelse af licensen af TrendCare, hvorved det har givet bedst mening at medtage data fra de to sidste måneder for at øge sandsynligheden for at flest mulige afsnit kunne indgå.

Følgende rapporter er brugt til at undersøge systemdata fra TrendCare:

Ward Actualisation Audit (på ugebasis og samlet for perioden 1/3-2026-30/4-2026): procentvis gengivelse af hvor mange patienter, der er kategoriseret (forventet plejebehov) og aktualiseret (reelt plejebehov) på hvert af de deltagende 15 afsnit. For at kunne anvende TrendCare systemdata retvisende, skal minimum 90 % af patienterne på afsnittet være kategoriseret og aktualiseret.

Ward Acuity HPPD per Patient Type (samlet for perioden 1/3-2026-30/4-2026): Baseret på kategoriserede patienter (forventet plejebehov) udregnes plejebemanding og denne sammenlignes med de angivne Benchmark standarder for TrendCare ("TrendCare Projected Patient Type HPPD Benchmark Ranges 2025/2026"). Det er kun patienttyper, der udgør minimum 2 % af plejetiden, der er medtaget.

Ward Period Shift Variance Report (på dags- og ugebasis for perioden 1/3-2026-30/4-2026): På de afsnit, hvor minimum 90 % af patienterne er kategoriseret og aktualiseret, vises differencen (timer, minutter) mellem plejebehov og plejebemanding.

