

Rapport 2: Sammenligning af TrendCare og Klinisk Logistik

2026



Rapport 2: Sammenligning af TrendCare og Klinisk Logistik
2026

©DEFACTUM, Region Midtjylland

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, august 2026

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Nielsen, Pernille Bjørnholt, Boisen, Anne Sophie Steen
Aarhus: DEFACTUM, 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

1 Baggrund og formål	4
1.1 Baggrund	4
1.2 Formål med evalueringen	4
1.3 Rammerne for evalueringen	4
2 Resultater af sammenligningen	5
3 Visuelle illustrationer af dataudtræk og visninger	6
3.1 Arbejdsgange og beregningsprincipper	12
3.1.1 Udregningsmetode	12
3.1.2 Registreringspraksis i hverdagen	13
4 Brugeroplevelse af systemerne	15
4.1 Oplevet brugervenlighed og støtte til arbejdsgange	15
4.2 Implementering	18
4.3 Oplevede gevinster og værdi	19
4.3.1 Beslutningsstøtte	19
4.3.2 Datagrundlag og dokumentation	19
4.3.3 Fælles sprog og beslutningsstøtte	19
4.4 Udfordringer	20
4.4.1 IT-teknisk perspektiv	20
4.5 Fremtidigt anvendelsesperspektiv	20
5 Metode	22

1 Baggrund og formål

1.1 Baggrund

Klinisk Logistik (KL) er et system, der har eksisteret i mange år i Region Midtjylland, og dækker andre informationsbehov end plejekapaciteten, mens TrendCare er blevet testet over en periode, hvor brugerne har afprøvet det i 5-8 måneder på tre matrikler/15 sengeafsnit fra efteråret 2025 til foråret 2026.

Der foreligger samtidig en evalueringsrapport: "Rapport 1: Test af TrendCare i Region Midtjylland - Evaluering 2026", hvor brugen og oplevelsen blandt brugerne af TrendCare beskrives mere udførligt. Der foreligger også en evalueringsrapport af prøvehandlingen med Klinisk Logistik: Evaluering af PoC "Kapacitetsstyring med plejebemanding og patientkompleksitet" i Klinisk Logistik.

1.2 Formål med evalueringen

Evalueringens formål er at sammenligne KL og TrendCare ud fra et brugerperspektiv. Dette gøres ud fra tre trin; Visuelle illustrationer af datatræk og visninger, tekniske beskrivelser og arbejdsprocesser, samt brugernes oplevelser af systemerne.

1.3 Rammerne for evalueringen

De to systemer er udviklet med forskellige formål og opsat både it-teknisk og i praksis på en måde, hvor præmisser for sammenligningen ikke er ens, hvorfor sammenligningen heller ikke er mulig på alle parametre. Sammenligningen fokuserer på at skelne mellem systemernes funktionelle muligheder samt anvendelse i praksis. Der er inkluderet fem afsnit, hvoraf tre bruger begge systemer, derudover projektleder og it-afdelingen. De tre hospitalsmatrikler er alle repræsenteret (se mere i metodeafsnittet).

For KL har fokus været på PPV anvendelsen og for TrendCare primært kategorisering, aktualisering og datarapporter i systemet. For begge systemer er det en begrænset del af systemerne, som handler om plejebehov og plejebemanding.

2 Resultater af sammenligningen

Evalueringen viser, at begge systemer kan give et overblik over plejebehov på et afsnit, men at de bygger på forskellige principper og derfor understøtter forskellige behov i den kliniske hverdag. De væsentligste forskelle kan opsummeres således:

To forskellige måder at måle plejebehov – KL bygger på en faglig vurdering omsat til en score, mens TrendCare beregner et tidsestimat ud fra standardiserede registreringer.

To forskellige arbejdsgange – KL understøtter løbende justering efter kliniske skøn, mens TrendCare bygger på systematisk kategorisering, aktualisering og registrering i hver vagt.

Udbredelse - KL bygger på subjektive faglige vurderinger og understøtter primært sammenligninger inden for det enkelte afsnit, mens TrendCare muliggør standardiserede sammenligninger på tværs af afsnit og hospitaler.

To forskellige muligheder for ledelsesinformation – KL giver et aktuelt drifts- og fordelingsoverblik, mens TrendCare leverer detaljerede analyser af plejebehov, ressourceforbrug, forventet behov og udvikling over tid direkte i rapportmodulet.

Forskellige styrker og svagheder – KL opleves som mere intuitivt, genkendeligt og tilpasset dansk praksis, mens TrendCare giver et mere detaljeret og sammenligneligt datagrundlag, men stiller større krav til registreringspraksis og implementering.

Hvad kan de lære af hinanden? – Brugere peger på et potentiale i at kombinere TrendCares datagrundlag, algoritmer og beslutningsstøtte med KL's brugergrænseflade, integrationer og tilpasning til dansk klinisk praksis.

Integration med andre systemer - Begge systemer forventes at opleves som mere brugbare og lette at anvende, hvis integrationen med især EPJ og vagtplanssystemet styrkes. Tabel 1 viser i stikordsform forskellighederne.

TABEL 1: OPSUMMERING AF SAMMENLIGNINGEN

	Klinisk Logistik	TrendCare
Grundprincip	Fagligt skøn	Standardiseret registrering
Måleenhed	Score (1-8)	Tid (min/timer)
Sammenlignelighed	Lokalt	På tværs
Primær bruger af data*	Plejepersonale/koordinator	Leder/koordinator
Fordeling af personale*	Alle	Leder/koordinator
Bemandingsstøtte	Tæller i antal personer	Tæller i tid
	Real time	Real time og forudsigelse
Primær styrke	Hurtigt overblik	Datagrundlag
Primær svaghed	Subjektivitet	Implementeringskrav
Ledelsesinformation	Begrænset	Omfattende
Kompetencer	Synlige (1-5 scoring)	Skill mix muligt (begrænset i testen)
Brugergrænseflade	Moderne	Gammeldags
Sprog	Dansk	Engelsk

*Dette kan justeres, men er i testen udført sådan

3 Visuelle illustrationer af dataudtræk og visninger

Dette afsnit viser først eksempler på, hvad brugeren ser i systemerne, hvorefter den kliniske hverdag samt styrker og svagheder beskrives. TrendCares systemudtræk er baseret på "TrendCare B6 platform".

Klinisk Logistik - System screenshots

Til venstre ses PPV (Patient Plejebehovs Vurdering), som er den score, patienten gives, i midten ses det niveau af personalekompetencer, den enkelte medarbejder får tildelt, og til højre en samlet oversigt over det personale, der er på vagt, antallet af patienter pr. medarbejder, summen af PPV-scoren for disse patienter samt den samlede score for afdelingen, som i eksemplet er 96 fordelt på 27 patienter. Det skal bemærkes, at ikke alle afsnit har implementeret KL på samme måde, da det ikke er alle, der fx kan se farver – nogen oplever kun at se en score.

Personaler	
Antal pt	PPV(sum)
3	8
4	18
2	10
3	10
3	9
3	9
2	6
2	8
2	7
27	96

Nedenfor er vist PPV scoren, som kan konfigureres ind i de ønskede overblik fx på belægningslisten som vist her med farvekoder og tal.

Belægning										
PLACER...	OR-ANUMMER	SPECIAL	NAVN	ALDER	PPV	PAL TEAM	ANKOMSTIDSPUNKT	KOST	KOSTFORM	SPL
B626.		RHG KIR			3	PAL team ora.	➔ 06/08 07:30		Energi- og proteinrig kost, Ingen ...	
Dagl. Vægt									11/08 12:00	
B627..		RHG GYN			3		➔ 09/08 19:36		Energi- og proteinrig kost, Ingen ...	
									Ny udskrivesak...	
G628..		RHG KIR			3	PAL team gul	➔ 10/08 05:34			
								Genindlægges pga af kræftige smerter	Ny udskrivesak...	
G629..		RHG KIR			3	PAL team gul	➔ 08/08 00:23		Energi- og proteinrig kost, Blod, ...	
BSx1 DM type 2 NFK det								Kan stige til blod kost fra i aft...	10/08 11:00	
G630..		RHG KIR			3		➔ 09/08 13:57		Energi- og proteinrig kost, Ingen ...	
Faste								Afventer drænanlæggelse 10/8	Ny udskrivesak...	
G631..		RHG URO			2		➔ 06/08 11:21		Energi- og proteinrig kost, Ingen ...	
								Svagtseende-øjendi i køleskab Faste fra mi...	Ny udskrivesak...	
G632..		RHG KIR			3	PAL team gul	➔ 07/08 11:42			
								Evt drænage 10/8	Ny udskrivesak...	
G633..		RHG KIR			3	PAL team gul	➔ 22/07 20:56	TPN	Energi- og proteinrig kost, Vandl...	
BSx3 Dagl. Vægt DM type 2									11/08 13:57	

Derudover kan systemet også vise subitizer, der som her angiver, hvor mange kompetencer der er tilgængelige på de forskellige niveauer, og hvad summen udgør.

Kompetencer aften			Kompetencer i aftenvagt	
	Antal	Sum		
1	1	1	 21	
2	1	2		
3	6	18		
	8	21		

Sidste screenshot viser en samlet overbliksskærm fra en afdeling.

PPV		Personale dag		Personale aften	
	Antal				
1	1	 84		 24	
2	3				
3	14				
5	7				
	25				
Personaler		Kompetencer dag		Kompetencer i dagvagt	
	Antal pt	Antal	Sum		
1	4	4	4	 18	
2	3	1	2		
3	3	6	18		
Uken...	4	6	NaN		
	25	17	NaN		
PPV SUM		Kompetencer aften		Kompetencer i aftenvagt	
		Antal	Sum		
1	2	2	2	 18	
2	2	4	12		
3	4	12	12		
	8	18	18		

TrendCare - System screenshots

I TrendCare ser brugeren nedenstående indtastningsmodul, hvor patienternes plejebehov indtastes. TrendCare kræver registrering af patienterne i forhold til kategorisering (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 ud fra hændelsesforløbet).

Ward: **Ward 2** Period: **DAY - Tue 28/01/2020** **EVENING - Tue 28/01/2020** **NIGHT - Tue 28/01/2020** **DAY - Wed 29/01/2020**

Phose: **Actual**

Bed: **1** Patient: **SMITH, Terry** Diet:

Drug: **(Gallstones)** LOS: **1 day** PPOD: **30/01** Ethnicity: **White** British Legal Status:

Patient Details | Diet Regs | **Acuity** | Cure | Assessment | Safety CLUs

Patient Type: **Surgical - Acute Assessment (SAA)** Options: ☒ Upd. Acuity?

Mobility	Self	Part Assist	Total Assist/ Bedfast
	Total Assist (3-4 staff and 2-4 hrly)	Total Assist (5-6 staff and 2-4 hrly)	
Hygiene	Self or N/A	Part Assist	Total Assist
	Total Assist (3 or more staff)		
Nutrition	Self or N/A	Part Assist	Total Assist
Continence State	Incontinent (1 episode)	Frq Incontinent (2 - 4 episodes)	Frq Incontinent (5 or more) episodes
Thought Processes	Minor Impact	Moderate Impact	Severe Impact
Behaviour	Non Compliant/ Uncooperative	Intrusive/ Disruptive	Aggressive/ Violent
Communication	Communication Problem		
Respiratory Assistance	Oxygen Dependent	Oxygen Dependent w/ Heat Humidification	
Observations	Hourly or more freq		
Early Warning Alert	Score of 1 (for any observation)	Score of 2 (for any observation)	Score of 3 (for any observation)
Medications	1st Involved Medication (1-1.5)	2nd Involved Medication (2-4.5)	3rd Involved Medication (5 or more)
Central Line Access	Access Only		
Treatments	Extensive Treatments (30 min)	Extensive Treatments (60 min)	2hr Extensive Treatments
Teaching/ Educational Support	Routine	30 min Extensive for Pt/Relative	60 min Extensive for Pt/Relative
Admission Assessment	Assessed via Pre Admission	1 to 3 Assessments	4 or more Assessments
Discharge Planning	Routine	Extensive (30 min)	Complex (60 min)
Isolation	Cohort Isolation	Protective Isolation	Contact Precautions
	Droplet Precautions	Airborne Precautions	Extreme Precautions
Transfer Out	Transfer Required		
Cohorted Watch	Cohorted with 1 OTHER watched patient	Cohorted with 2 OTHER watched patients	Cohorted with 3 or more OTHER watched pt
One on One Care	2 Hours	4 Hours	6 Hours
	8 Hours	9 Hours	10 Hours
Medical Emergency	Deterioration Req Nr Intervention (1 hr)	Deterioration Req Nr Intervention (2 hr)	Resuscitation Req Nr Intervention (3 hr)
Abandoned	1hr Searching/ Documenting/ Notifying	2hr Searching/ Documenting/ Notifying	3hr Searching/ Documenting/ Notifying
Boarder Baby	Boarder Baby Present		

Bed Name: **SMITH, T**

4 ROBINSON
5 DODD, T
6 JACKSON
7 THOMPSON
8 TAYLOR
9 ROBERTS
10 ATKINSON
11 ADAMS, J
12 RICHARDS
13 LEE, Sam
14 LITTLE, G

Add New Patient
Finish

Ligeledes fordeles personaletimer mellem kliniske timer og øvrige opgaver.

Allocate Staff (TrendCare)

Ward/
Dept.

RHG Hjertesygdomme

Period to
Show

DAY - on
22-04-2026

EVENING - on
22-04-2026

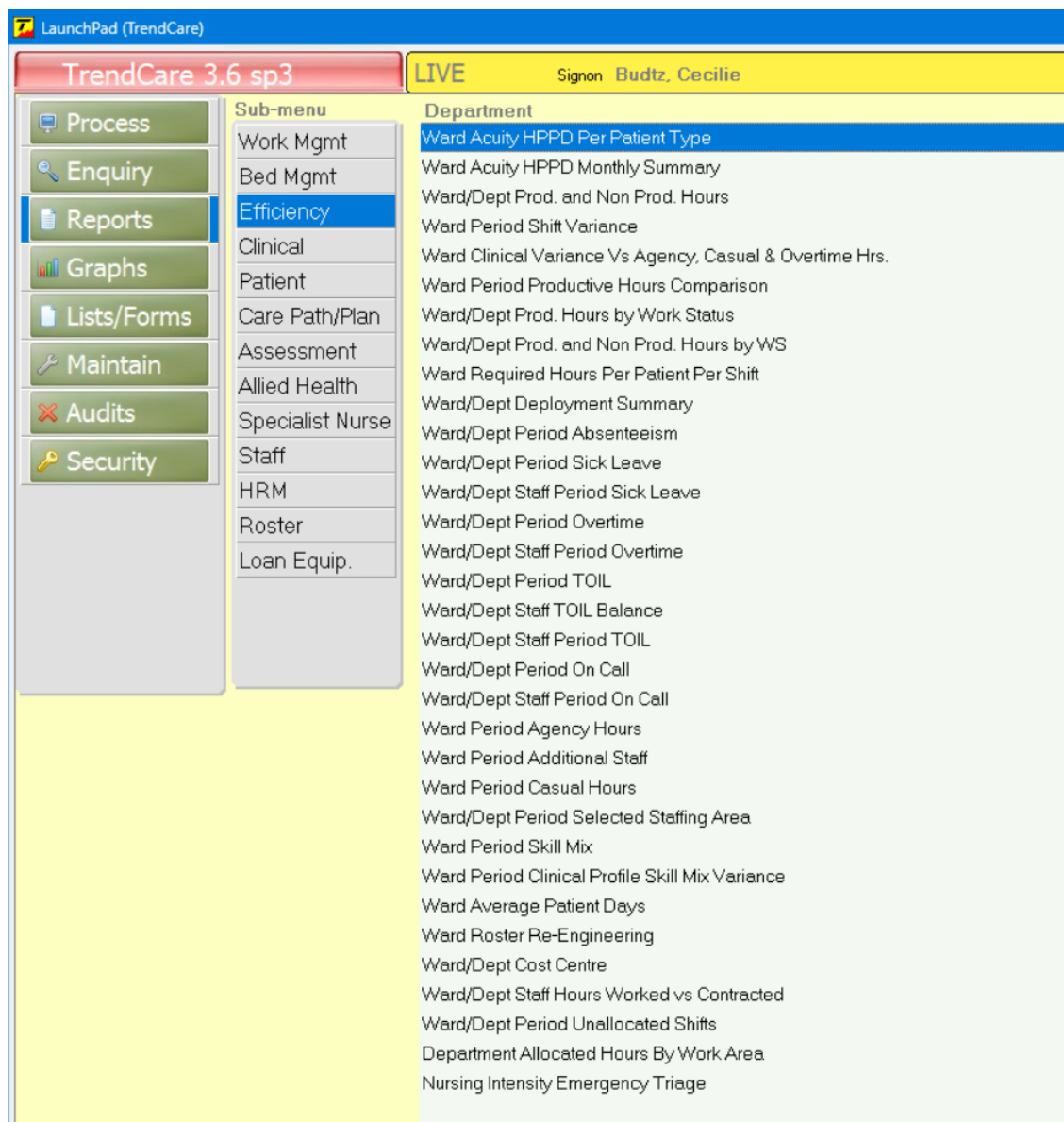
NIGHT - on
22-04-2026

DAY - to
23-04-2026

POSITION	STAFF MEMBER	WS	Work Hours	Abs. Hours	Start Time	B	I/C	Over Time	Clinical In Dept	Clinical Admin	Clin Ad Supp	Day Coord.	A/H Coord.	Clinic	Consult Nurse
OVS	Navne skjult	FT	6:54		8:00		☐				6:54				
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	7:45		7:00		☐								
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	5:15		10:00		☐		5:15						
SPK		FT	7:45		7:00		☐					7:45			
SPK		FT	7:15		7:15		☐								
SPK		FT	7:45		7:00		☐		7:45						
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		AG	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						
SPK		FT	7:15		7:15		☐		7:15						

Rapportoverblik

Nedenstående viser, hvor man kan vælge rapporter fra systemet.



Efterfølgende ses eksempler på enkelte rapporter, der kan klikkes ind på.

Eksempler på rapporter

Rapporten viser for hver dag og samlet i bunden andelen af patienter, som er kategoriseret og aktualiseret. Den samlede procentsats angiver, om data er pålidelige nok til, at det giver mening at anvende de andre rapporter i systemet.

Ward Actualisation Audit

Printed: 02-09-2025
08:32:24

Ward/Department: **RRA Medicinsk B**
Week From: **06-04-2026**

Date	Shift	Total Patients Cared For	Number Never Cat.	% Never Cat.	% Predicted	Number Not Act.	% Not Act.	% Act.
06-04-2026 ma	Day	24			100,00%			100,00%
	Eve.	25			100,00%			100,00%
	Ngt.	26			100,00%			100,00%
07-04-2026 ti	Day	28			100,00%			100,00%
	Eve.	27			100,00%			100,00%
	Ngt.	25			100,00%			100,00%
08-04-2026 on	Day	25			100,00%			100,00%
	Eve.	28	1	3,57%	96,43%	1	3,57%	96,43%
	Ngt.	23	1	4,35%	95,65%	1	4,35%	95,65%
09-04-2026 to	Day	25			100,00%			100,00%
	Eve.	21			100,00%			100,00%
	Ngt.	20			100,00%			100,00%
10-04-2026 fr	Day	23			100,00%	1	4,35%	95,65%
	Eve.	23			100,00%			100,00%
	Ngt.	22			100,00%			100,00%
11-04-2026 lo	Day	23			100,00%			100,00%
	Eve.	22	2	9,09%	90,91%	2	9,09%	90,91%
	Ngt.	22			100,00%			100,00%
12-04-2026 so	Day	23			100,00%			100,00%
	Eve.	26			100,00%			100,00%
	Ngt.	26			100,00%			100,00%

Totals: 507 4 ,79% 99,21% 5 ,99% 99,01%

Shift Summary

Day:	171			100,00%	1	,58%	99,42%
Evening:	172	3	1,74%	98,26%	3	1,74%	98,26%
Night:	164	1	,61%	99,39%	1	,61%	99,39%

% of Shifts NOT Fully Categorised: 19,05%

% of Shifts Fully Actualised: 80,95%

Rapporten viser, hvordan timerne blandt personalet er fordelt på plejetimer i afsnittet, administrative opgaver, koordineringsopgaver mm.

Printed: 02-09-2025
08:34:23

Ward Productive And Non Productive Hours Report

Ward: **RRA Medicinsk B**
Date Range: **06-04-2026 to 12-04-2026**

Staff: ** All Staff **

Work Status Exclusion: Unpaid Student + Volunteer

CLINICAL					
Productive Hours					
	Hours	% Of Total Hours	Bed Util HPPD	Census + Day Only HPPD	Budgeted HPPD
Clinical In Department	817:20	87,96%	4,87		
Clinical Administration	15:00	1,61%	0,09		
Day Shift Coordination	31:30	3,39%	0,19		
Clinic	14:00	1,51%	0,08		
Consulting Nurse	0:30	,06%			
	878:20	94,51%	5,24		
CLINICAL Total:	878:20	94,51%	5,24		
NON-CLINICAL					
Productive Hours					
	Hours	% Of Total Hours	Bed Util HPPD	Census + Day Only HPPD	Budgeted HPPD
Meetings	11:30	1,24%	0,07		
Environment	17:00	1,83%	0,10		
	28:30	3,07%	0,17		
NON-CLINICAL Total:	28:30	3,07%	0,17		
EDUCATION					
Productive Hours	% Of		Census +		

Rapporten viser de tre vagtlags fordeling af plejebenhov og plejebemanding samt differencen mellem disse. Til højre ses en opsummering for hele døgnnet.

Ward Period Shift Variance Report

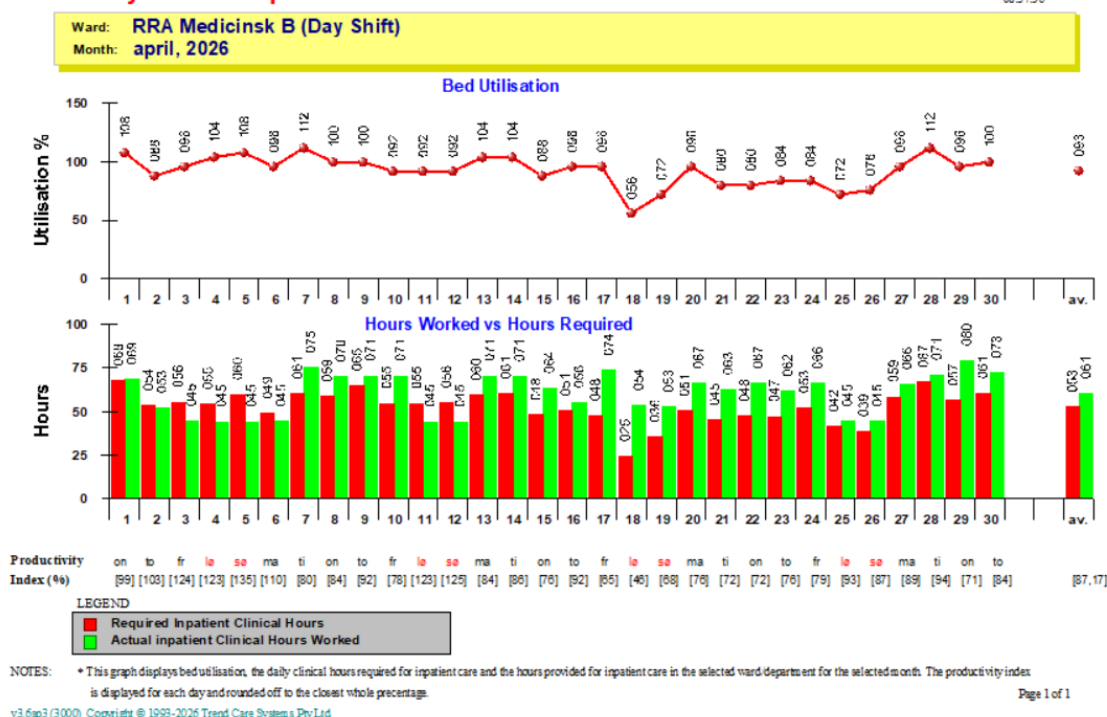
Printed: 02-09-2026
08:36:40

Ward: RRA Medicinsk B																				
Date Ran 06-04-2026 to 12-04-2026		Bed Utilization Days: 7,00																		
Calendar Date	No. Of Pts.	DAY SHIFT				No. Of Pts.	EVENING SHIFT				No. Of Pts.	NIGHT SHIFT				TOTAL FOR DAY				Util%
		Reqd.	Avail.	Var.			Reqd.	Avail.	Var.			Reqd.	Avail.	Var.		Avg. Of Pts.	Reqd.	Avail.	Var.	
06-04-2026 ma	24	49:05	44:45	-4:20		25	34:15	38:30	4:15		26	18:20	18:00	-0:20		25,00	99:40	99:15	-0:25	100,00%
07-04-2026 ti	28	60:35	75:20	14:45		27	42:05	38:30	-3:35		25	21:40	18:00	-3:40		26,87	124:20	129:50	5:30	106,67%
08-04-2026 on	25	58:55	70:15	11:20		27	44:10	31:30	-12:40		22	19:50	18:00	-3:50		24,87	122:55	117:45	-5:10	96,87%
09-04-2026 to	25	65:15	70:45	5:30		21	32:45	48:30	15:45		20	21:55	18:00	-5:55		22,00	119:55	133:15	13:20	88,00%
10-04-2026 fr	23	55:00	70:45	15:45		23	38:25	47:00	8:35		22	21:05	15:00	-6:05		22,87	114:30	132:45	18:15	90,87%
11-04-2026 sa	23	54:55	44:30	-10:25		20	33:55	48:00	12:05		22	23:55	15:00	-8:55		21,87	112:45	105:30	-7:15	86,87%
12-04-2026 so	23	55:30	44:30	-11:00		26	42:30	38:30	-4:00		26	28:45	18:00	-10:45		25,00	124:45	99:00	-25:45	100,00%
	171	399:15	420:50	21:35		169	268:05	288:30	18:25		163	151:30	110:00	-41:30		167,87	818:50	817:20	-1:30	95,81%

Rapporten viser samlet for en hel måned, hvordan aktualiserings- og kategoriseringsgraden har været (nederst), samt belægningen af senge (øverst).

Ward Daily Hours Graph

Printed: 02-09-2026
08:37:56



Derudover har Mave-tarmkirurgi og Ældresygdomme på RHG registreret de samme patienter i både KL og TrendCare i 2-4 dage i træk. Scorer og tidsestimater fra de to systemer er indsamlet til denne evaluering og det har givet 153 registreringer. Datagrundlaget er begrænset, og konklusionerne skal derfor vurderes med et vist forbehold. I datagrundlaget findes fire forskellige 4 PPV scorer (2,3,5, og 8) og tidsestimater fra 0,55 – 10 timer (TrendCare). Tendensen er, at PPV 2 og 3 overlapper kraftigt, mens PPV 8 generelt ligger med et højere tidsestimat i TrendCare. PPV 8 ligger fra 1,55-6,63 med et gennemsnit på 3,09, hvor PPV 2 til sammenligningen har et gennemsnit på 1,2. PPV 2 ligger mellem 0,55 – 1,55, mens PPV 3 ligger mellem 0,55- 2,45. PPV 5 ligger fra 1,55-10. Det betyder, at KL-registreringerne i nogle tilfælde vil matche således, at højere score svarer til mere tid i TrendCare, men tallene viser også, at samme PPV-score kan have forskellige tidsestimater i andre tilfælde. KL-scoren kan tolkes som et grovere overblik med fire udfald, mens TrendCare-scoren har en mere differentieret tidsmæssig variation på 9 forskellige tidsestimater.

Næste afsnit beskriver kort, hvordan systemerne fungerer på sengeafsnittene.

3.1 Arbejdsgange og beregningsprincipper

Dette afsnit beskriver kort, hvordan arbejdsgangene med systemerne indgår i den kliniske hverdag på sengeafsnittene, og hvilke beregninger der ligger bag.

KL findes allerede på afsnittet, og der er skærme tilgængelige for alle. Overbliksdelen med rapporter i TrendCare er kun for ledere og koordinatore (et valgt truffet af Region Midtjylland), idet medarbejderne blot ser indtastningsmodulet. Adgangsstyring kan defineres ned på rapportniveau i TrendCare. I KL scores patienten ved ankomst og justeres, når personalet vurderer det relevant. Personalet tildeles et kompetenceniveau (leder kan ændre dette) og kan have niveauerne 1 til 5. Scoren er baseret på anciennitet, hvor laveste niveau typisk er nyuddannede.

I TrendCare kategoriseres patienten ved ankomst og aktualiseres i hver vagt af det personale, som er på vagt. Koordinator/leder henter vagtplaner ind (disse opdateres kun hver søndag i systemet de trækkes fra) og fremmøde afstemmes (Get Roster), så de faktiske tilgængelige ressourcer vises i systemet. I den version, regionen har testet, har man ikke anvendt delen med at udfylde skill mix modulet fuldt ud, men det er muligt at lægge mange forskellige niveauer af personale ind, hvorved man i overblikket vil kunne se, hvilke typer af personale der er på arbejde i den pågældende vagt. Tidsestimaterne, som ligger indbygget i systemet, tager udgangspunkt i, hvad en opgave tager at gennemføre for en "gennemsnitlig" sygeplejerske. Ideen bag skill mix rapporten er derved at kunne se, om det er en over-eller underbemanding i forhold til gennemsnittet, fx hvis der er mange nyuddannede på vagt. Timer til opgaver, ud over plejeopgaver, afsættes ligeledes og vil fx fremgå i "Ward productive and non productive hours"-rapporten. Allocate Staff viser over-/underskud af plejetimer og sammenhæng mellem plejekompleksitet og tilgængelige ressourcer. Fra EPJ følger en diagnose med.

I KL tildeles patienter ligeledes det fremmødte personale, som vist i ovenstående screenshot. I KL står patienterne med den score, den enkelte har indtastet, mens TrendCare viser et tidsestimat, der afhænger af de kryds, den enkelte sætter, når patienten kategoriseres. Som en medarbejder forklarer:

Men at det lige præcis er sårskifte, der tager fire timer, eller hvad det nu kan være, det tager man jo ikke stilling til i KL, men det er jo lidt det, som TC bygger på. Det er jo tidsstudier fra udlandet. (Medarbejder, It)

Systemerne bygger på meget forskellige udregningsmetoder, som næste afsnit beskriver.

3.1.1 Udregningsmetode

KL-scoren bygger på en subjektiv faglig vurdering af patientens plejebestand, hvor patienten placeres i én af fem kategorier med værdierne 1, 2, 3, 5 eller 8. Hver kategori er beskrevet ved en række karakteristika i en tekstlabel og repræsenterer stigende kompleksitet og ressourcebehov (se bilag 1). Den samlede score beregnes ved at summere patienternes individuelle score. Denne beregning indebærer en antagelse om, at kategorierne kan behandles som numeriske værdier og lægges sammen matematisk.

En metodisk udfordring er, at kategorierne i KL bygger på faglige vurderinger og ikke nødvendigvis repræsenterer lige store afstande i plejebestand. Forskellen mellem score 1 og 2 kan derfor ikke uden videre antages at være den samme som forskellen mellem score 5 og 8. Desuden kan den samme samlede score opstå på forskellige måder. Eksempelvis giver otte patienter med score 1 den samme totalscore som én patient med score 8, selvom de to situationer kan repræsentere forskellige typer af arbejdsbelastning og koordinationsopgaver for personalet. Sumscoren bør derfor fortolkes som et samlet mål for belastning og ikke som et præcist mål for den faktiske ressourceanvendelse.

I TrendCare resulterer kategoriseringen via bagvedliggende algoritme (baseret på 30 års dataindsamling i udlandet) i et tidsestimat på, hvor mange minutter/timer patienten kræver i pågældende vagt. På tværs af patienter summeres tiden op. Dette tidsestimat kan direkte sammenlignes med, hvor mange plejeresressourcer, der er tilgængelig i vagten. Samtidig er en tidsangivelse sammenlignelig på tværs af afsnit. I KL er en score på fx 3 på et afsnit ikke nødvendigvis det samme som en score på 3 i et andet afsnit.

Indplaceringen i KL foregår som et personligt skøn, hvor informanterne, lig pointen fra EBNS rapporten (Evaluerings af PoC "Kapacitetsstyring med plejebemanding og patientkompleksitet" i Klinisk Logistik), redegør for, at dette skøn er subjektivt og langt fra ens på tværs af personale, afdelinger og hospitaler. Interviewmaterialet bekræfter, at scoring af patienter, som modtages med en score fra en afdeling, ikke kan forventes at score det samme på den modtagne afdeling, og ofte heller ikke på tværs af personale. Dette understreger det subjektive element i scoringen. Kort sagt vælger medarbejderen i KL en score, mens TrendCare beregner et tidsestimat på baggrund af de registreringer, medarbejderen foretager.

Men det er også er problemet i det. Det er, at vi ynder jo at flytte rigtig mange patienter rundt i huset, og heldigvis så flytter vi dem ikke rigtig fra medicinske til kirurgiske specialer længere, men det har vi gjort. Og der er enormt stor forskel på, hvordan vi bruger KL på tværs af afdelingerne [...] jamen det første vi gør, når der kommer en 5'er, det er at nedjustere den til en 3'er [...] så det er ikke ens, langt fra ens, bare fra den ene ende af gangen til den anden, når det er to specialer. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

*Jeg kunne godt have lyst til en 6'er eller en 7'er en gang imellem, eller en 4'er.
(Koordinator, kirurgisk, RHG)*

KL den markerer bare, at vi har en patient, som har en eller anden form for tyngde i plejen, altså kræver en eller anden form for omsorg, men det bliver ikke specificeret, hvad det er for en form omsorg og pleje, der skal udføres, hvor man kan sige, det kan TrendCare i større grad. (Medarbejder, It)

3.1.2 Registreringspraksis i hverdagen

TrendCare kræver registrering af patienterne i forhold til kategorisering og aktualisering, sidstnævnte i hver vagt, og kan tidligst foregå fire timer inde i vagten. Når man ikke at aktualisere i pågældende vagt, er det muligt at efterregistrere.

KL har ingen indbyggede krav om flere registreringer, når først patienten er lagt ind. Her er det op til den enkelte medarbejder at gå ind og justere, når der sker væsentlige ændringer i patientens tilstand. Eksempelvis nævnes der dette i forhold til efterregistrering;

Altså KL er jo bare et logistiksystem. Den kan jo ikke forudse, hvor mange patienter eller hvem, der vælter og kræver mange ressourcer om en time eller om fem timer. (Medarbejder, It)

Vi er heller ikke så gode til at lave den her vurdering i hvert vagtlag på KL, hvor vi egentlig burde gå ind og vurdere vores plejekompleksitetsscore, men til gengæld, så synes jeg, at vi laver en løbende vurdering af det, så hvis der sker et skred eller en udvikling, så er vi også gode til at få justeret det ind på KL.

(Koordinator, RHG)

Altså hvis nu vi har en, der fx er kompleksitetsscore 3, om natten bliver han skingrende delirøs, så der vil han være en 5'er eller en 8'er, så er det ikke altid,

at du vil gå ind så i nattevagten og justere ham op, og så i dagvagten justere ham ned igen. Hvor det ville vi jo gøre i TrendCare. [...] fordi vi er tvunget til det. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Citatet nedenfor illustrer, at når data indtastes både i KL og TrendCare giver det forskellige resultater;

Hvor vi tænker nå for Søren, vi synes egentlig, at vi har en god forståelse af, hvad er en 3'er, og vi synes jo også, at de ligger meget oppe af hinanden, men TrendCare fortæller os, at der er faktisk mange minutters forskel på plejen ved dem. Og er det så fordi systemerne er forskellige, eller fordi vi ikke kan finde ud af at score? (Oversygeplejerske, kirurgisk RHG)

I bilag 2 er vedlagt et skema, der giver en mere detaljeret teknisk beskrivelse af de to systemer, hvor de sammenlignes i forhold til systemarkitektur, datagrundlag, integrationer, arbejdsgange, tekniske forhold og udviklingsbehov.

4 Brugeroplevelse af systemerne

Dette afsnit beskriver brugeres oplevelse af de to systemer ud fra brugervenligheden/støtte til arbejdsgange, hvilken værdi de giver, og til sidst beskrives udfordringer, forbedringsbehov og fremtidige anvendelsesperspektiver.

4.1 Oplevet brugervenlighed og støtte til arbejdsgange

For begge systemer gælder, at man kan se, hvilket speciale patienterne er tildelt (benævnt patienttyper i TrendCare), hvor TrendCare dog nuancerer billedet mere med mange underkategorier som muligheder. Personalet kan i begge systemer samtidig opdeles i grupper tilknyttet patienterne.

Derudover har KL i modsætning til TrendCare en dansksproget opsætning, hvilket interviewpersonerne vurderer at være en klar fordel i forhold til forståelse og lethed. I spørgeskemaundersøgelsen i TrendCare evalueringen svarer 25 %, at sproget i ringe grad/slet ikke er til at forstå, og de kvalitative interview bekræfter, at sproget er en barriere.

Genkendelighed

It fremhæver, at KL har et genkendeligt look, da det bruges i andre sammenhænge og genkendeligheden er derved større for brugeren og gør det umiddelbart lettere at navigere i. De visuelle visninger har et mere moderne udtryk end TrendCare, og samtidig er dataarkitekturen og back end koden nyere og derved lettere at integrere med eksisterende systemer (der er udsigt til en webversion af TrendCare i 2027/28).

Det er lykket at sætte TC op til RM/Citrix mm, men koden er af ældre dato.

Jeg tænker, at TC er et scoringssystem, som ikke passer til dansk sygeplejekontekst, hvor KL er med tiden designet til at være et sprog, som vi kan genkende i sygeplejen. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Dobbeltregistrering

Dobbeltregistrering i systemer skaber ofte frustrationer. Dobbeltregistreringspointerne gælder for begge systemer. Det fremgår fra både afdelingerne og it, at det nuværende træk fra vagtplanerne og Silkeborg Data (lønsystem) ikke fungerer optimalt, og der arbejdes på en it-udvikling, som giver bedre integration på tværs af systemer og en mere automatisk proces. Dette er et vilkår for både KL og TrendCare, men idet TrendCare baserer sig på mere ajourførte data, bliver det oftere en manuel arbejdsbyrde.

Vi har ikke en integration til BI for at hælde vagtplanen over. Jeg tror 80 % af afdelingerne, de tager en vagtplan fra et stykke papir eller fra en skærm og sætter den ind i KL i hver vagt eller de næste kommende vagter. Og så er der nogen, der har lavet nogle robotløsninger, fordi vi stadigvæk arbejder på at lave en rigtig integration. (Medarbejder, It)

Fælles sprog og anvendelse

Hvorvidt TrendCare bidrager til et fælles sprog, er der delte vurderinger af. Blandt dem, der oplever, at det gør, fremhæves især begrebet *plejekompleksitet*, baseret på både tid og kompleksitet hos patienten, hvilket betragtes som en mere nuanceret måde at tale om patienternes plejebenhov på end eksempelvis *plejetyngde*.

Fælles sprog skal forstås som mellem afsnit, mellem ledere/medarbejdere, men også at det giver mulighed for tværgående sammenligning. Nogle giver udtryk for, at KL også giver dem et fælles sprog;

Altså selv fra et ledelsesmæssigt perspektiv, så tænker jeg, at det har givet os et andet sprog at tale kompleksitet og tyngde ud fra. Det har givet os et sprog i forhold til at kvalificere for næste vagt, men det er jo ikke validt. Det er ikke databaseret, det er subjektivt. (Chefsygeplejerske, kirurgisk, RHG)

En af informanterne fremhæver det som en fordel, at man i KL kan knytte en tekstkommentar til en behandling, fx en sårbehandling, som plejepersonalet i næste vagt kan læse, mens det i TrendCare blot vil fremstå som "treatment", der er vinget af.

*Men jeg synes, at KL forhindrer, at tingene går tabt, fordi det gør ting i EPJ.
(Sygeplejerske, kirurgisk, RHG)*

Dette problematiseres dog af en anden informant ud fra et sikkerhedsperspektiv. Hun uddyber:

Vi faktisk har oplevet nogle UTH'er på, at folk begynder at passe patienterne ud fra, hvad der står i KL og ikke ud fra, hvad der står i journalerne. Så det der med, at TrendCare spænder ben for prosateksten, er måske ikke helt dumt, fordi du er tvunget til at kigge, hvad der er journalført, og ikke hvad der er nogen, der har skrevet over. (Oversygeplejerske, kirurgisk, RHG)

Tankegangen bag og krav til registreringspraksis i TrendCare er for mange plejepersonaler en uvant måde at tænke sygepleje på; det udtrykkes som, at 'mennesket bliver skilt ad' og opdelt på en række kategorier, som er lidt i modstrid med det tankesæt, mange sygeplejersker går til deres patienter på. Derfor bliver det for nogen mere vanskeligt at forholde sig til at opgøre sygepleje i tid, da det er svært at afgrænse præcist, fordi opgaverne ofte foregår løbende gennem dagen, og så kræver det samtidig en anden måde at tænke sygepleje på, hvor fokus flyttes fra patientens behov til den tid, plejen tager.

Du kan ikke gå fra patienten nede på badeværelset, men hvorfor kan du ikke det? Er det på grund af, at patienten er forvirret? Er det på grund af lavt blodtryk? Det hele skal dissekere i TC, hvor det ikke er den måde, vi er vant til at tænke på måske i Danmark. (Oversygeplejerske, RHG)

Så det vil sige at bruge det på tværs af afdelinger. Ville ikke have samme valide form, som TC ville have, fordi det er et skøn, og man får en selvforståelse i det skøn, som gør, at det kan være akutafdelinger, som siger: "De skønner altid deres patienter lidt tungere i ortopædkirurgi." Den slags fikumdik kan man ikke lave i TC, men det kan man i KL. (Oversygeplejerske, RRA)

Overgange mellem vagtlag

Interviewpersonerne drøfter forskelle på systemerne med hensyn til vagtskifte. Nogle beskriver TrendCare som et system, der opdateres tre gange i døgnet, mens KL er mere sporadisk. Andre mener, at der netop er meget info løbende i KL. Begge synspunkter kan være forbundet med forskellig praksis og erfaring. Eksempelvis nævnes:

*I forhold til TC synes jeg lidt mere, at man får døgnvariationen med også, fordi den enkelte patient kan også variere meget, hvis vi sammenligner med KL.
(Koordinator, kirurgisk, RHG)*

Mens en anden koordinator siger:

Jeg er slet ikke enig i, at KL kun er en engangsvurdering. For det skal jo løbende rettes til. [...].Det er jo kommunikation. Jeg tænker, at man skal se KL som en kommunikation umiddelbart til, hvis du skal overtage min vagt, så skal du vide, sådan nogenlunde hurtigt ud fra den linje her, der er til den her patient, der får du lige en hel masse fakta/info med det samme. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Så det har været lidt mere flydende, og så kan man sige, jo det burde vi gøre, men om alle altid får det gjort? Ikke altid. Der kan godt være en, der bliver ved med at stå på en 5'er, hvor man tænker, at han burde være kommet ned på en 2'er. (Koordinator, kirurgisk, RHG)

Overblik

Begge systemer giver overblik, men på forskellige måder. Det er samtidig tydeligt, at koordinator/ledere finder det vigtigt at kunne få et overblik. KL fremstår på flere parametre som et mere simpelt system, og for nogle giver det tilstrækkelig information, mens andre efterspørger mere.

Ja, men det gør bare rigtig meget for, hvor hurtigt et overblik man kan danne sig som koordinator, fordi vi bruger bare skærmene vanvittig meget i vores dagligdag. Så det der med at have noget, alle kan se [...] Det er virkelig rart. Om det så hedder TrendCare, patientkategori eller det hedder noget helt tredje, det er sådan set et ligegyldigt. Men for mig er det i hvert fald rart, at man har et synligt scoringssystem af en eller anden afart. (Koordinator, Kirurgi, RHG)

Hvis man fx sammenligner med KL, så kan man godt se, at vi fx har mange blå patienter, som også kan give en fornemmelse af, at det er en tung afdeling, men jeg vil sige, at TrendCare, lige i forhold til det, giver et hurtigere billede af, hvor tung afdelingen er, altså hvor mange plejeresressourcer patienterne, der er indlagt lige nu, kræver. (Koordinator, kirurgi, RHG)

Jeg mangler et overblik over tyngden i afsnittet.

Interviewer: Ja, så det er et ledelsesoverblik?

Ja, og koordinatoroverblik vil jeg endda sige. Og et eller andet sted så bør der også være et flow-overblik. Fordi hvis jeg har mange komplekse patienter, så kan det godt være, at det bliver svært at rumme de 26 patienter, både fysisk, fordi de måske kræver en masse hjælpemidler, eller hvad det nu kan være, men også personalemæssigt. Og altså KL det er en til en, så den giver mig ikke noget. (Oversygeplejerske, RRA)

I tråd med kommentarer om overblik drøftes mulighederne for at kunne agere efter opgørelserne i systemerne. Herunder mulighederne for at bruge data på tværs af hospitalet.

TrendCare kan noget andet. Det er faktisk med det formål, at vi skal skabe den tilstrækkelige bemanning der, hvor der er behov for det. Så vi skal kommunikere på vores bemanning i forhold til det behov, vi har. Hvad enten det drejer sig om den enkelte vagt, eller det drejer sig om det mere langsigtede perspektiv, hvordan fordeler vi de samlede ressourcer på hospitalet i forhold til de patienter, vi har. Der kan vi ikke bruge KL. Det kan ikke beregne det.

(Chefsygeplejerske, kirurgi, RHG)

Men det er jo ikke databaseret til omregning af, at vi som ledelse på den måde kan agere ud fra det, fordi det vil altid være afhængigt af den, der scorer.

(Chefsygeplejerske, kirurgi, RHG)

KL kan også give overblik, dog opfattes det som mindre tilgængeligt:

Det kan man godt, hvis man kigger langt inde bagved, men det er ikke nemt tilgængeligt for en almindelig medarbejder eller for en almindelig koordinator. Der samles nogle data i BI-portalen, så vidt jeg ved, men det er ikke sådan noget, der bliver nemt tilgængeligt. (Oversygeplejerske, RHG)

Det er ligesom det, vi kan se i KL, men vi kan ikke se alt det andet, det skal vi læse os til mellem linjerne. Og man kan sige, hvis vi overhovedet skulle arbejde videre med KL, så skulle KL bruge nogle af de data, vi nu har fra TrendCare. TrendCare har en estimeret gennemsnitstid pr. patient, altså en high dependency patient er ca. 9 timer, en almindelig medicinsk er måske 4 timer osv. i døgnet. (Oversygeplejerske, RRA)

4.2 Implementering

Grundlæggende er det en forudsætning, at registreringerne foretages, og datakvaliteten afhænger heraf, jf. bemærkningen ovenfor omkring implementering af TrendCare. For begge systemer gælder, at de kun fungerer optimalt, hvis plejepersonalet ajourfører dem. TrendCare registrerer på langt flere parametre, og det bliver derfor endnu vigtigere, at data er opdateret, hvis systemet skal fungere bedst muligt, hvilket i sig selv kræver en indsats i forhold til implementering (Se uddybende afsnit om implementering i rapporten: Test af TrendCare i Region Midtjylland Evalueret 2026).

Det fremgår af interviewene, at registreringspraksis i TrendCare har været meget varierende også internt på matriklerne. Hvor der eksempelvis på et afsnit nævnes, at man ikke får trukket timer ud i Allocate Staff processen, når plejepersonalet bruger tid på andre "ikke pleje-opgaver". Denne forskel vil give sig til udtryk, når TrendCare så ikke altid opleves som afspejlende virkeligheden, og når antal timer til plejebemanding og behov ikke stemmer overens. Modsat har der på et andet afsnit været en koordinator, som mere minutiøst har efterregistreret personalets håndskrevne noter om, at de har været optaget i klinikken, uddannelse eller andre administrative opgaver i løbet af en dag, hvorved tilgængelige ressourcer til pleje vil fremgå korrekt.

KL har en længere historik og blev implementeret og drevet mere ud fra interesse fra afdelingerne, og var et mindre topstyret projekt, hvilket måske også vidner om, at det har "overlevet" på de afdelinger, der har fundet det interessant. En interviewdeltager forklarer implementeringen af KL og prøvehandlingen således:

Så det har været lidt en atypisk implementering i forhold til, hvordan vi ellers arbejder nogle gange, sådan lidt med forandringsledelse og sådan noget. Vi har ikke gjort det så akademisk, eller hvad man nu skal kalde det, vi har bare prøvet os frem, men alligevel har ramt et eller andet, de efterspørger[...]. Altså [xx] derude fra, [xx], hun havde jo en stor kærlighed for det, og så kan der være en anden sygdomssygeplejerske på en afdeling, hun havde nok at se til med noget andet, og så døde det lidt der. Så det var meget drevet af ambassadører og nedefra, hvorimod TrendCare er lidt mere besluttet i koncernledelsen.

(Medarbejder, It)

4.3 Oplevede gevinster og værdi

Følgende gevinster er opsummeret emnemæssigt og herefter er udfordringerne sammenfattet.

4.3.1 Beslutningsstøtte

I KL er det muligt for plejepersonalet at flytte personalet rundt fx i forhold til team/gruppepleje, hvilket kan gøres ud fra den kompetencescore personalet har. Samtidig kan man eksempelvis få overblik over kompetencesummen for en dagvagt og PPV scoren for samme vagt.

TrendCare vurderes at kunne bidrage til en mere systematisk synliggørelse af patienternes plejebenhov, arbejdsbelastning og plejebemanding i forhold til KL. Data giver ledelsen et bedre grundlag for at dokumentere og begrunde ressourcebehov samt skabe overblik over sammenhængen mellem plejebenhov og tilgængelige ressourcer.

4.3.2 Datagrundlag og dokumentation

TrendCare vurderes at skabe værdi ved at dokumentere, hvilke ressourcer der er tilgængelige, og hvad tiden anvendes til. Systemet synliggør, hvilke opgaver der optager tid, og kan dermed danne grundlag for drøftelser af, om opgaver kan løses af andre faggrupper, eller om arbejdsgange og de fysiske rammer kan organiseres mere hensigtsmæssigt, så plejepersonalet kan bruge tiden på plejomsorg.

TrendCare bygger på et datagrundlag udviklet gennem mere end 30 år og giver mulighed for benchmarking inden for patienttyper og specialer. Den årlige IRR-test bidrager samtidig til at understøtte en ensartet registreringspraksis.

KL dokumenterer medarbejdernes samlede faglige vurdering af patientens plejekompleksitet. Systemet synliggør imidlertid ikke, hvilke konkrete plejopgaver eller hvilket forventet tidsforbrug, der ligger bag scoren. Datagrundlaget er derfor mindre detaljeret end i TrendCare og afhænger samtidig af, hvordan den enkelte medarbejder fortolker og løbende opdaterer scoren. Til gengæld er registreringen integreret i de eksisterende arbejdsgange og kan anvendes sammen med andre oplysninger om bl.a. patienter, teams og medarbejderkompetencer.

4.3.3 Fælles sprog og beslutningsstøtte

TrendCare understøtter et fælles sprog om *plejekompleksitet* frem for *plejetyngde* og synliggør, at patienter kræver forskellig tid og forskellige ressourcer. Det giver et mere nuanceret grundlag for at beskrive patienternes plejebenhov og kan understøtte ledelsesmæssige beslutninger om arbejdsbelastning, plejebemanding og ressourcefordeling.

I KL angives en samlet score, som typisk italesættes som plejetyngden. Som en interviewdeltager forklarer det:

I konteksten af den her patient, har en tyngde på 8 i et tænkt eksempel her. Og det tror jeg er den store forskel, hvor man kan sige, at KL den markerer bare, at vi har en patient, som har en eller anden form for tyngde i plejen, altså kræver en eller anden form for omsorg, men det bliver ikke specificeret, hvad det er for en form omsorg og pleje, der skal udføres, hvor man kan sige, det kan TC i større grad. (Medarbejder, It)

En forskel, der knyttet an til mere end en sammenligning af KL og TrendCare er, at interviewpersonerne giver udtryk for de oplever, at deres tildeling af et bestemt antal sygeplejersker er baseret på, hvor mange senge de har i afsnittet, uanset hvilket speciale

der er tale om, mens TrendCare gør op med denne opfattelse og tildeling, hvor patienternes plejebehov og kompleksitet er i fokus. Dette vil være muligt at anvende i forhold til ressourcefordelingen internt på hospitalet og mellem hospitaler.

4.4 Udfordringer

Interviewene peger samtidig på en række udfordringer ved TrendCare, som omhandler, at der er flere opgaver, som fylder i dansk sygeplejepraksis, end baseline rummer. Eksempelvis ernæring, pårørende, stuegang og sengeklargøring, som kræver særlig opmærksomhed ved registreringen, da de ikke indgår direkte i TrendCares baseline. Opgaver, der tager under 30 minutter, opleves som vanskelige at registrere.

Registreringsopgaven opleves som mere omfattende end i KL, og motivationen afhænger i høj grad af, om formålet med registreringerne opleves som tydeligt og meningsfuldt.

Udfordringer ved KL knytter mere an til, hvad systemet ikke viser sammenlignet med TrendCare, jf. beskrivelserne ovenfor, og at det er baseret på et subjektivt skøn. I KL kan scoren løbende revurderes i takt med ændringer i patientens tilstand. Systemet giver dermed primært et billede af den aktuelle plejekompleksitet, mens mulighederne for at anvende scoren til at forudsige plejebehovet i kommende vagter er mere begrænsede.

For begge systemer er det et irritationsmoment at registrere dobbelt pga. manglende integrationer.

4.4.1 IT-teknisk perspektiv

TrendCares brugergrænseflade opleves som ældre og mindre intuitiv end KL, der fremstår som mere "lækkert" i designet. Samtidig har KL en høj genkendelighed blandt medarbejderne. Fra et it-perspektiv efterspørges en mere moderne teknisk platform og lettere muligheder for integration, herunder nyere backend kode til en ny kodebase. Leverandøren vurderer imidlertid, at dette ikke udgør en væsentlig begrænsning, idet TrendCare kan udstille data via API og dermed integreres med eksisterende dashboards og øvrige systemer. TrendCare anvendes ifølge leverandøren allerede sammen med vagtplans-, HR-, patientadministrative systemer og dashboards i en række lande.

TrendCare generally sends data to hospital designed dashboards, similar to the logistic screens I saw in the Denmark hospitals. TrendCare interfaces with Roster and HRM systems with .Net core interfaces which is a modern coding framework. TrendCare has been successfully interfaced to a full scope of Rosters, HRM, Patient Management Systems, EMR, dashboards, menu systems, etc, very successfully across numerous countries. (TrendCare)

I think the IT just needs to talk about how they're giving the data rather than, I think, he's thinking he'd have to go in and get it. (TrendCare)

Samtidig peger en it-medarbejder på en risiko for systemfatigue, hvis medarbejderne skal arbejde i for mange samtidige systemer. Det kan føre til, at de skal skifte mellem flere platforme, huske forskellige arbejdsgange og registrere de samme oplysninger flere steder. Resultatet kan være øget tidsforbrug, flere fejl og en oplevelse af, at de digitale løsninger gør arbejdet mere besværligt frem for lettere.

4.5 Fremtidigt anvendelsesperspektiv

Flere afsnit – også på AUH, hvor implementeringsgraden har været lavere - vurderer TrendCares potentiale højere end den aktuelle nytte i testperioden. Informanterne

efterspørger imidlertid ikke nødvendigvis TrendCare som en selvstændig løsning, men fungerer der kombinerer det detaljerede datagrundlag med lettilgængeligt overblik og integration i den daglige drift. Der er følgende ønsker til en fremtidig løsning:

- Hvis TrendCare udrulles på hele hospitalet, er der potentiale for at overblik på tværs og bedre styring af, hvor patienter placeres henne. Dels i forhold til akutafdelingens overførsler, men også mellem afsnit og gange/teams. Herunder at personalet kan se, hvor der er travlt andre steder og bedre kan tilbyde hjælp, når behovet er der. I dag sendes patienterne rundt efter, hvor der er en ledig seng, men ved brug af TrendCare data, kan patienterne placeres efter der, hvor plejekompleksiteten er lav, hvilket af informanterne vurderes at være et bedre parameter
- TrendCare kan skabe grundlag for sammenligninger på tværs af afsnit, hospitaler og på sigt regionalt eller nationalt, hvilket kan understøtte en mere databaseret ressourceplanlægning
- TrendCare kan synliggøre opgaver, der i dag ikke dokumenteres systematisk, herunder tværsektorielle opgaver og relationel sygepleje
- TrendCare kan bidrage til at synliggøre plejepersonalets arbejdsbelastning og dokumentere ressourcebehov over for ledelse og beslutningstagere
- Ved sammenligning af de to systemer er det klart KL, som har det bedste og meste tidssvarende visuelle udtryk
- En kobling mellem det bedste fra begge systemer, hvor KL's genkendelighed og brugergrænseflade bevares, men hvor datakvalitet fra TrendCare integreres
- En automatisering og integration med EPJ, hvor SFI'er kan trækkes over i TrendCare/KL

Eksempelvis nævnes der.

Ja, og det mest oplagte ville jo nok være, hvis man på en eller anden måde kunne få logikken fra TrendCare koblet ind i klinisk logistik på en eller anden måde... det ville være magtfuldt, hvis man kunne have algoritmen til at fodre ind i en kendt flade. (Projektleder, RHG)

Jeg kunne virkelig ønske mig, at den kunne tale sammen med SFI'er i EPJ...Hvis det kunne spille sammen med EPJ og med koder i SFI'erne og sådan noget, det ville jo være lækkert. Og så er vi jo ude over dobbelt dokumentation.

(Oversygeplejerske, Kirurgisk, RHG)

I looked at Logistics, they showed me how it works. And if you did go ahead with TrendCare, they wouldn't need to put that in Logistics because it would just export.

We would build an export to populate it. That would be every 10 minutes if you change it in TrendCare to populate the logistics... And we just populate it. You only put the data in one. (TrendCare)

I et af fokusgruppeinterviewene fremkommer et ønske om at forstå, hvorfor afsnittes registreringer ikke passer med TrendCare tidsestimater. De foreslår, at der gennemføres et studie med det formål at finde ud af, hvad det er, der kan forklare forskellen i systemregistreringer og den tid, der faktisk bliver brugt på det pågældende afsnit.

I 2028 vil den fulde dansksprogede webbaserede version af TrendCare være klar, i 2027 vil net.-versionen være klar, hvor dele fremgår på dansk.

5 Metode

Sammenligningen af KL og TrendCare består af følgende elementer.

Manuelle registreringer af 11 parametre i to afdelinger, fem hverdage i dagvagte. Der er 8 faktaspørgsmål og 3 vurderingss spørgsmål udarbejdet til evalueringsformålet. De er udfyldt af koordinator/leder. I registreringsarkene er der kun besvaret for henholdsvis 2 og 4 dage med i alt 153 registreringer.

Individuelle og fokusgruppeinterview med it/afdelinger, der anvender begge systemer eller kun anvender TrendCare. I alt 10 interview med 1-4 deltagere i hver. I interviewet med it indgik projektleder fra RHG. Deltagerne kommer fra:

- Mave-TarmKirurgi, RHG
- Urinvejskirurgi, RHG
- Ældresygdomme, RHG
- Staben, Kvalitet og Udvikling, RHG
- Ortopædkirurgisk Afdeling, AUH
- Medicinsk Sengeafsnit B, RRA
- Digitalisering og IT, - Hospitalslogistik, Region Midtjylland
- Leverandør af TrendCare

Rapport 1: Test af TrendCare - evalueringen 2026. Relevante konklusioner fra denne rapport indgår ligeledes. Evalueringen af TrendCare er foretaget sideløbende med den tværgående, dog forskudt således at det har været muligt at inkludere data fra TrendCare evalueringen i denne fælles sammenligning.

Data er indsamlet i maj 2026.

Den direkte sammenligning af KL med TrendCare har ikke kunnet inddrage alle de afdelinger, der bruger TrendCare, da kun få afsnit i RHG også bruger KL.

