

# Afrapportering af SHERE-projektet

- September 2013



**Afrapportering af SHERE-projektet**

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2013

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Ghita Ølsgaard

Faglig leder, sygeplejerske, MI

E-mail: [ghita.oelsgaard@stab.rm.dk](mailto:ghita.oelsgaard@stab.rm.dk)

Hjemmeside: [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.cfk.rm.dk](http://www.cfk.rm.dk) under udgivelser

## Forord

Dette projekt kunne ikke være gennemført uden substantiel økonomisk bistand: Vi skylder FAS' Fond en stor tak for at have gjort processen mulig gennem den påkrævede store økonomiske støtte, som blev bevilget ved projektets start.

Et fantastisk samarbejde med Morten Hjuler ([morten@hjl.dk](mailto:morten@hjl.dk)) med en softwareudvikling til den webbaserede dynamiske journalskrivning (i [www.reum-standard.dk](http://www.reum-standard.dk)) er resulteret i et unikt produkt, som ved behov kan revideres i faglige reumatologiske rækker. Det kan give andre specialer lyst til at udvikle lignende strukturerede journalskabeloner indenfor eget fagområde.

En lang række reumatologiske kolleger primært i speciallægepraksis skylder vi stor tak for råd og dåd i projektets mange faser.

En stor tak skal der også lyde til almen praksis-kollegerne for deres aktive indsats i projektet samt gode dialoger og justeringsforslag.

Udviklingsprocessen har indimellem været lang og sej, men vi er stolte af at have gennemført det som intenderet i den oprindelige projektbeskrivelse.

Dele af projektet er blevet præsenteret i forskellige sammenhænge nationalt og internationalt.

Også et par artikler om projektet til Ugeskrift for Læger er på vej.

Vi deltager gerne i yderligere præsentationer til inspiration for andre.

*Finn Johannsen   Bjørn Christau   Ghita Ølsgaard*

## **Indholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>BAGGRUND FOR PROJEKTET</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PROJEKTGRUPPEN</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>FORMÅL MED PROJEKTET</b>	<b>2</b>
<b>4</b>	<b>START PÅ PROJEKTET</b>	<b>2</b>
<b>5</b>	<b>STANDARDPLANER</b>	<b>2</b>
<b>6</b>	<b>HENVISNINGER OG EPIKRISER</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>OPSUMMERING AF RESULTATER</b>	<b>16</b>
<b>8</b>	<b>PERSPEKTIVERING</b>	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>HVOR ER PROJEKTET BLEVET PRÆSENTERET</b>	<b>17</b>
<b>10</b>	<b>AFSLUTTENDE BEMÆRKNINGER</b>	<b>18</b>
	<b>BILAG 1 – EVALUERING AF STANDARDJOURNALER</b>	<b>19</b>
	<b>BILAG 2 – EVALUERINGSSKEMA HENVISNINGER</b>	<b>20</b>
	<b>BILAG 3 – EVALUERINGSSKEMA EPIKRISER</b>	<b>21</b>
	<b>BILAG 4 – EPIKRISER SHERE</b>	<b>22</b>
	<b>BILAG 5 – 1. FORSLAG TIL HENVISNING TIL REUMATOLOG (SHERE)</b>	<b>23</b>
	<b>BILAG 6 – 2. FORSLAG TIL HENVISNING TIL REUMATOLOG (SHERE)</b>	<b>24</b>

## 1 Baggrund for projektet

Erfaringer fra arbejdet med patientsikkerhed viser, at der sker mange fejl i overgangene mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. ([www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)) En oplagt fejl er kommunikationsbrist og misforståelser (Catchpole, Kenn R et al, 2007).

De overgange, der er i en speciallægepraksis, er mellem den praktiserende læges henvisninger og speciallægens epikriser.

Resultaterne fra KVIS projektet (Kvalitetssikring af Overgange)<sup>1</sup> viser, at de henvisninger og epikriser der sendes i dag, kan standardiseres og dermed kvalitetssikres.

I dag er henvisningerne og epikriserne enten ikke fyldestgørende, således at det er svært for speciallægen at se, hvilket problem og graden af problemet henvisningen bygger på. Eller også drukner problemstillingen i, at der sendes udklip af fritekst fra en patientjournal. Dette gælder også for epikriserne, hvor det i visse tilfælde kan være svært hurtigt at få overblikket over den behandling, der er givet, og hvad der skal følges op på af den alment praktiserende læge.

En standardisering vil guide den enkelte læge til at videregive de vigtigste og mest nødvendige oplysninger, og samtidig medvirke til, at modtageren hurtigt kan finde de oplysninger, der er nødvendige for at overtage patienten.

I dag skriver lægerne i "fritekst" i deres elektroniske patientjournaler. Hvis man vil ind og kvalitetssikre og ensarte behandlingen, vil det være en fordel, at man indenfor et speciale benytter de samme standardplaner til at beskrive patientundersøgelse og behandling. Disse standardplaner skal bygge på de retningslinjer m.m., der forefindes inden for området, således at de kan medvirke til et ensartet fælles højt niveau for undersøgelse og behandling uanset, hvilken speciallæge man opsøger. Ved brug af standardplaner vil det på sigt også dels være nemmere at sende data til de forskellige databaser, og dels at måle kvaliteten af behandlingen, idet man i standardplanerne kan foreslå målbare parametre. Arbejdet for den enkelte læge vil ikke blive besværliggjort ved standardisering, men arbejdet vil blive omstruktureret.

## 2 Projektgruppen

Projektgruppen satte sig for at udvikle et sæt med standardhenvisning og epikrise imellem praktiserende læge og den reumatologiske speciallæge, samt at udvikle standardplaner til en elektronisk patientjournal.

Projektgruppen i SHERE projektet bestod af:

- Bjørn Christau, praktiserende speciallæge i reumatologi, Furesø Reumatologerne, og overordnet ansvarlig for inflammatoriske lidelser
- Finn Johannsen praktiserende speciallæge i reumatologi, Furesø reumatologerne og overordnet ansvarlig for non inflamatoriske lidelser
- Ghita Ølsgaard, faglig leder, MI, konsulent i CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Morten Hjuler, IT-medarbejder (Standardplaner)

---

<sup>1</sup>[http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER\\_DK/PRAKSIS/FAPS/KVIS/Sektorovergange](http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/PRAKSIS/FAPS/KVIS/Sektorovergange)

### 3 Formål med projektet

Projektet havde to formål:

- At udvikle en generel standardiseret henvisning og epikrise for reumatologien med henblik på at sikre kvaliteten i patientforløb i overgange mellem almen praksis og speciallægepraksis
- At udarbejde og teste standardplaner for undersøgelse og behandling indenfor det reumatologiske speciale (i alt 15 stk.) til implementering i en elektronisk standard journal

### 4 Start på projektet

Forud for projektets start ville projektgruppen gerne involvere gruppen af praktiserende reumatologer. Dette dels for at informere om projektet og dels for at høre deres mening og eventuelle input. Det forgik på efteruddannelse for Danske Rheumatologers og Fysiurgers Organisation (DRFO). Deltagerne bakkede fuldt op om projektet og gav deres input og kommentarer.

### 5 Standardplaner

#### Metode til udarbejdelse af standardplaner

Alle praktiserende speciallæger i reumatologi blev opfordret til at indsende de standardplaner, som de selv havde udarbejdet.

Med baggrund i eksisterende kliniske retningslinjer, eksisterende vejledninger og eksisterende standardplaner blev første udkast af standardplanerne udarbejdet.

Efterfølgende blev de udarbejdede standardplaner sendt i høring, og på et tredages møde med deltagelse af ca. halvdelen af alle danske praktiserende reumatologer blev alle standardplanerne gennemgået. Resultater var 15 standardplaner med konsensus fra de deltagende praktiserende reumatologer.

Projektgruppen lagde standardplanerne op på en elektronisk platform, hvorfra de kan downloades og bruges i patientjournalen. ([www.reumstandard.dk](http://www.reumstandard.dk))

#### Evaluerings af standardplaner

Evalueringen af standardplanerne foregik på en workshop over to dage med deltagelse af seks læger samt projektgruppen. De seks læger var udvalgt efter følgende kriterier:

- To læger under speciallæge uddannelse
- To erfarne speciallæger nedsat indenfor de sidste fem år
- To meget erfarne speciallæger, nedsat for mere end fem år siden

Generelt set er yngre mennesker mere vant til at arbejde med it, og de ældre har en stor erfaring i selv at skrive og generelt ikke så stor erfaring med it. For at imødekomme denne bias skulle lægerne på workshoppen repræsentere alle tre grupper.

Derudover kan der være en forskel på erfaring og brugen af it landsdelene imellem. For at imødekomme dette repræsenterede lægerne også alle de tre landsdele samt hovedstaden.

Evalueringen tog form som et efteruddannelseskursus bestående i tre faser:

1. Undervisning
2. Rollespil ud fra cases
3. Audit

Undervisningen indeholdt undersøgelsesteknik og instruktion i anvendelse af de nye standardplaner. Undervisningen foregik som et rollespil af underviserne, som agerede henholdsvis læge og patient ud fra et område ad gangen.

Efter hver undervisningsseance gik deltagerne sammen to og to og udfyldte standardplaner ud fra patientcases. Lægerne fra projektgruppen havde ud fra egen praksis udarbejdet cases svarende til alle standardplaner.

Undervisningen dækkede følgende områder:

- Albuen – supinator syndrom,
- Golf albue
- Fasciitis plantaris,
- Iliopsoas tendinopati
- Columna lumbalis: L5 prolaps,
- Columna lumbalis: S1 prolaps
- Monoarthritis,
- Muskelsmerter

Næste step i workshoppen var at blive mere fortrolige med standardplanerne, således at en vurdering kunne gøres på en bedre baggrund.

Følgende områder var udvalgt til den egentlige test af standardplanerne:

- Skulderimpingement,
- AC smerter
- Meniskskade,
- Adduktor tendinopati
- Columna cervikalis: C6 rodtryk,
- Columna cervikalis: C8 rodtryk
- Polyarthritis
- Inflamatorisk rygsygdom

Undervejs i arbejdet med cases og standardplaner blev lægerne spurgt til deres undren og umiddelbare indtryk med at bruge standardplanerne. (Se under "Kommentarer undervejs, p 5").

Som afslutning til weekendens workshop blev brugen af standardplanerne evalueret.

Standardplanerne skulle vurderes ud fra indholdssiden af journalen, brugen af journalen, læsning af journalen og ensartetheden/genkendeligheden. Alt set i forhold til det der bruges i dagligdagen.

Derudover var der mulighed for at komme med uddybende kommentarer ud fra den enkelte standardplan.

Det skal her tilføjes, at ingen af deltagerne var vant til at bruge standardplaner i deres daglige praksis. Alle havde en form for elektronisk journal, men de fleste brugte den som en elektronisk papirjournal.

## Resultat af workshop

Hver læge udfyldte evalueringsskema (bilag 1).

Nedenstående skema viser lægernes svar på den overordnede del, hvor tallene refererer til:

1. meget erfaren speciallæge
2. erfaren speciallæge
3. læge under speciallæge uddannelse.

Journalen/Indholdet	Forbedres betydeligt 1,1,2,3	Forbedres lidt 2,3	Forringes	Forringes betydeligt	Ved ikke
Arbejdsprocessen/ brugen af journalen	Lettes betydeligt 2,3	Lettes lidt 2,3	Besværes lidt 1,1	Besværes meget	Ved ikke
Læsning af journalen	Lettes betydeligt 1,2,3	Lettes lidt 1,3	Besværes lidt 2	Besværes meget	Ved ikke
Mere ensartede journaler	Klar forbedring 1,1,2,2,3,3	Lille forbedring	Lille forværring	Klar forværring	Ved ikke

Ud over den overordnede brug af standardplanen, blev de enkelte planer og brugen af disse evalueret. Evalueringen her gik på det mere faglige niveau. Deltagerne blev bedt om at komme med mangler, forbedringer for derved at kvalificere de udarbejdede planer.

Nedenstående skema viser kommentarer ud fra den tilhørende standardplan.



Standardplan	Kommentarer
Albuen - supinator syndrom, golfalbue	
Fasciitis plantaris, iliopsoas tendinopati	
L5 prolaps, S1 prolaps	Der skal også spørges til sphincter funktion Obj exploratio rectalis
Monoarthritis, muskelsmerter	Muskel atrofi?
Skulderimpingement, AC smerter	
Menisskade, aduktor tendinopati	
Columna cervikalis: C6 rodtryk, C8 rodtryk	
Polyarthritis inflammatorisk rygsygdom	DAS mangles, flere rygtester ønskes (2) SI led test savnes (1) Inflammatorisk rygsygdom ændres i forhold til notater hos Finn (2)
Andre kommentarer	Lidt uklart hvad der skal skrives under aktuelle lidelser (1) f.eks. skal palpation ikke være et aktivt felt. Tilføj felt Tests skal ikke nævnes ved navn men efter anatomi (eks. Laseque) Generelt er alle standardplanerne gode som huskeliste, godt at kun det relevante er med. (1) Diagnose må gerne stå til slut, så man ikke skal scrolle op igen (1) Dejligt systematisk, leder en til relevante diagnose. Der er megen logik og godt for nye/urutinerede (1) Vil være et rigtig godt arbejdsredskab for uddannelseslæger i praksis, ved evt. virke i praksis (2)

Følgende kommentarer er fanget dels som impulsive udtalelser under workshoppen og som kommentarer ved evalueringen.

#### Kommentarer undervejs på workshoppen:

- Det tager længere tid, end jeg plejer, men det guider mig til at huske, og jeg får mere med
- Er vant til at bruge talegenkendelse, det kan man godt gøre med dette system, man skal bare lige lære det og få nogle andre rutiner
- BMI: Højde i cm minus komma
- Synes det kan blive godt, jeg skal vænne mig til at bruge det, men jeg tror at det kan blive rigtig godt. Det sikrer, at man får det hele med.
- Mangler svimmelhed v whiplash
- Kunne man lave understregning ved positive fund, således at det bliver synligt. Man er jo nødt til at notere ved det hele som dokumentation, for at man har været det igennem
- Nationale retningslinjer kunne lægges ind som link
- Nemt at bruge. Jeg troede, at det ville låse mig fast, men jeg kan jo bare springe det over, jeg ikke skal bruge. Overhovedet ikke skræmt over systemet, troede at jeg ville være det
- Jeg var lidt bange for at systemet skulle styre mig, men det kan jeg se nu, at det ikke gør. Jeg har jo min faglighed hele tiden
- Man glemmer da ikke noget her!
- Smerter ved hudfoldetest, hvorfor står det?
- Aktuell lidelse, den er dobbelt
- Mangler hjerte-lunge-stetoskopi i de inflammatoriske standardplaner, det var case 15

## Konklusion

Ud fra skemaet ses det, at de seks læger alle er positive overfor en epj med standardplaner. Der ses ikke nogen tydelig forskel på om det er de mest erfarne eller de læger under uddannelse, der svarer.

Man kunne have forventet at de mest erfarne (ældre) læger ville være mest konservative, og derved mest kritiske. Dette er dog ikke tilfældet.

Fire ud af de seks finder journalen betydelig forbedret, og to finder den lidt forbedret. Alle har sat deres kryds i de to bedste kategorier.

I brugen af standardplanen er spredningen lidt større, men alle i de tre bedste kategorier. To finder at arbejdet lettes betydeligt, to at det lettes lidt, og to finder at arbejdsprocessen besværes lidt.

Mht. læsningen af journalen vurderer tre, at det lettes betydeligt, to at det lettes lidt og en at det besværes lidt.

Alle er enige om, at det er en klar forbedring at få ensartede journaler.

Ud fra at brugerne kun har prøvet at bruge standardplanerne over en eftermiddag og en formiddag er det en flot evaluering. Man må her tage i betragtning, at et nyt redskab altid kræver nye arbejdsgange og derved en tilvænning for den enkelte.

Samtidig med at lægerne har skullet forholde sig til et anderledes arbejdsredskab, har de haft overskud til at komme med input til, hvad der kunne gøre redskabet bedre.

## 6 Henvisninger og epikriser

Vigtigheden i gode henvisninger og epikriser er at begge parter, giveren og modtageren har et produkt, der er overskueligt og dækkende. Derfor var det vigtigt, at begge parter var med i den udviklende fase, nemlig praktiserende læger og praktiserende reumatologer. Hensigten var at afklare og målrette informationsbehovet begge veje. Projektgruppen tilstræbte en ret præcis formatering, for derigennem at skabe bedre overblik og være tids- og pladsbesparende. Informationerne skal helst kunne flyde naturlige begge veje, men vi var klar over, at nogle i starten måske ville finde rammen for stram. Med passende vejledning, mente vi dog, at det måtte kunne lade sig gøre.

Projektgruppen udarbejdede som udgangspunkt et forslag til indhold i henholdsvis henvisning og epikrise. Projektgruppens forslag blev valideret af tre praktiserende læger, ansat ved Forskningsenheden for Alme Praksis, Aarhus Universitet. De tre læger blev præsenteret for produktet, kommenterede og kom med input. Ud fra disse kommentarer reviderede projektgruppen udkastet til henholdsvis henvisning og epikrise.

Det næste step i udviklingen af standardhenvisning og epikrise, var at få en dokumentation for, hvad praktiserende reumatologer og praktiserende læger dels finder dækkende og brugbart, og dels hvad begge parter mangler i de henvisninger og epikriser, som de modtager i dagligdagen. Resultatet af denne validering skulle bruges til justering af projektgruppens forslag til en standard henvisning og epikrise.

Validering af henvisning og epikrise blev udført på to ens workshops to steder i landet. Formålet med dette var at imødekomme eventuelle regionale forskelle.

På hver workshop deltog to praktiserende læger og to speciallæger i reumatologi. Forud for hver workshop blev de praktiserende læger hver bedt om at sende de første 5 epikriser, der var modtaget fra en reumatolog. Reumatologerne blev bedt om at sende henvisninger fra en forudbestemt uge. På den måde blev materialet tilfældigt udvalgt. Henvisningerne og epikriserne blev sendt til projektledelsen, der anonymiserede dem og medbragte dem til workshoppen.

## Fremgangsmåden på workshop

Lægerne blev inddelt i to grupper bestående af en praktiserende læge og en praktiserende reumatolog. Hver gruppe fik udleveret de anonymiserede henvisninger og vurderede dem ud fra skema udarbejdet af projektgruppen (Bilag 2). Derefter fik hver gruppe udleveret epikriserne og vurderede disse ud fra skema (Bilag 3).

Efter vurderingerne var der fælles diskussion om, hvad der gennemgående manglede, og hvad man godt kunne ønske sig af henholdsvis epikriser og henvisninger, hvor projektledelsen styrede diskussionen.

Som afslutning fremlagde projektledelsen SHERE-projektets forslag til epikrise (Bilag 4) og henvisning (Bilag 5). Disse blev diskuteret og kommenteret af workshopdeltagerne, hvor de netop kunne relatere til den validering, de lige havde udført.

Der var gennemgående tilfredshed med oplæggene, men der kom dog flere justeringsforslag på den første workshop, som blev forelagt og diskuteret på den anden workshop. Resultat af workshop på henvisninger og epikriser.

## Evaluering af epikriser

Nedenstående tabel viser resultatet af evaluering af epikriser.<sup>2</sup>

	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	ikke tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	ikke tilfredsstillende
1. Diagnose (Symptom, specificeret region, kode nr.)	16	12	2	13	37 %	28 %	5 %	30 %
2. Resume af behandling	20	9	6	8	47 %	21 %	14 %	19 %
3. Undersøgelsesresultat (klinisk/paraklinisk)	26	8	3	6	60 %	19 %	7 %	14 %

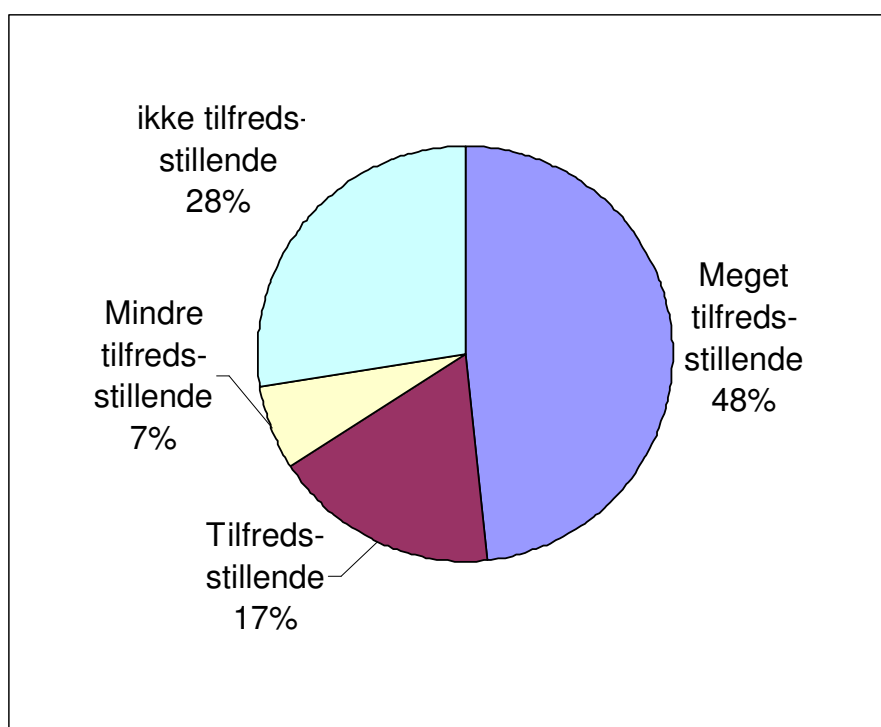
<sup>2</sup> Kategorierne er tidligere brugt af de praktiserende læger i København til evaluering af henvisninger og epikriser.

4. Ændring i medicin	17	4	2	20	40 %	9 %	5 %	46 %
5. Videre plan	28	7	4	4	65 %	16 %	9 %	9 %
6. Sagt til patienten	18	5	0	20	42 %	12 %	0 %	47 %
Total:	125	45	17	71				

\*) procenttallene er afrundet til hele tal

Ud fra lægernes samlede vurdering af epikriserne er 2/3 tilfredse, men stadig 1/3 er ikke tilfredsstillende. Der ses overvejende positiv vurdering med 65 % af alle besvarelser værende *meget tilfredsstillende* eller *tilfredsstillende*, hvor der er 35 % *ikke tilfredsstillende* eller *mindre tilfredsstillende*.

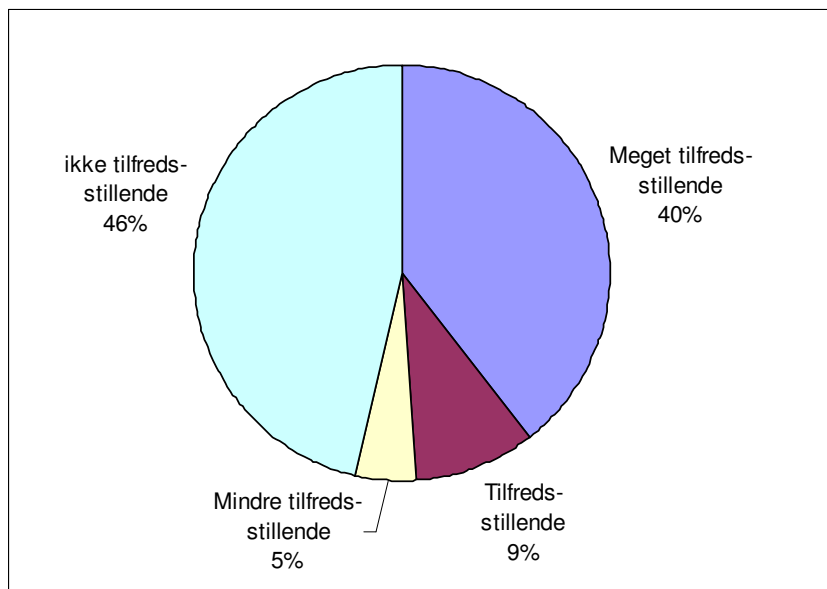
"Ændring i medicin" og "sagt til patient" er de to kategorier der score lavest, med henholdsvis 46 % og 47 % *ikke tilfredsstillende*.



Figur 1: Overordnet tilfredshed

## Ændring i medicin

I 51 % af besvarelserne for "Ændring i medicin" er *ikke tilfredsstillende eller mindre tilfredsstillende* og samtlige af disse begrundes med at "ændring i medicin" ikke er anført i epikrisen.

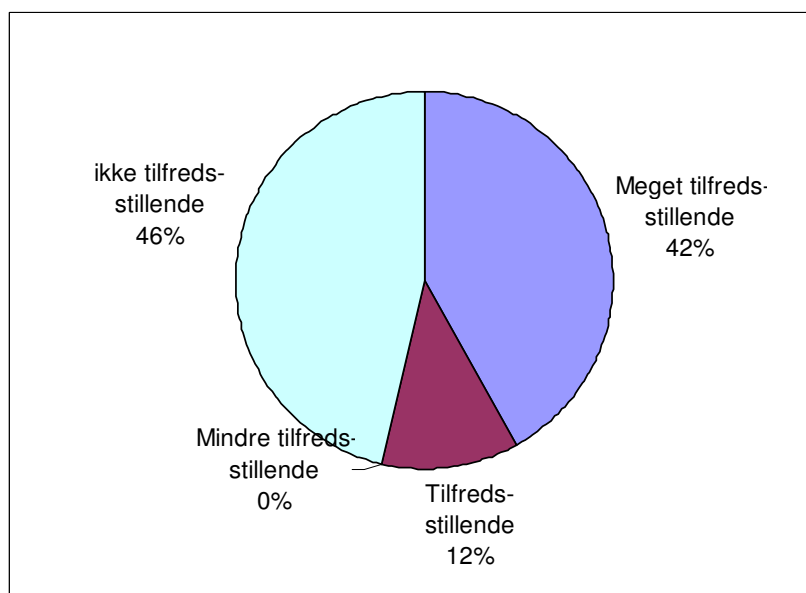


Figur 2: Ændring i medicin

## Sagt til patienten

Størstedelen af epikriserne vurderes til at være tilfredsstillende i, hvad der er noteret i forhold til "Sagt til patienten" (54 %).

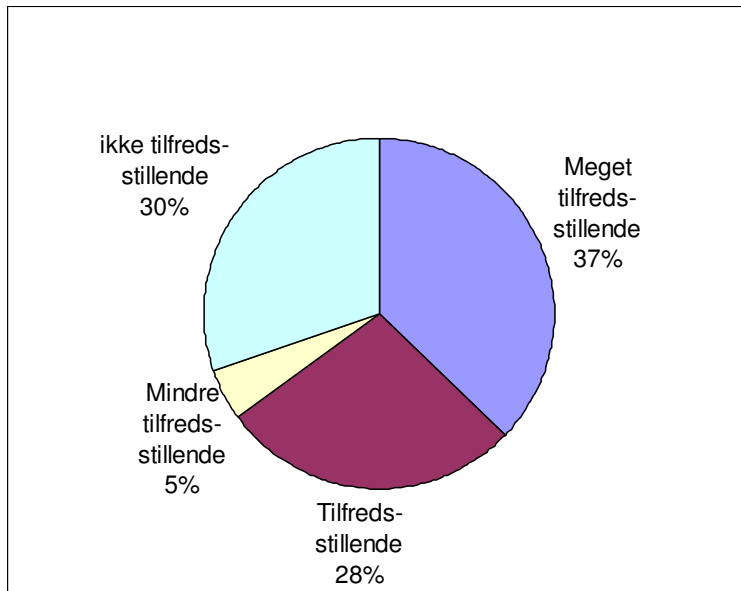
Hvor det er 46 % af epikriserne er vurderet som *ikke tilfredsstillende*, i hvad der er dokumenteret om, hvad der er sagt til patienten.



Figur 3: Sagt til patienten

## Diagnose

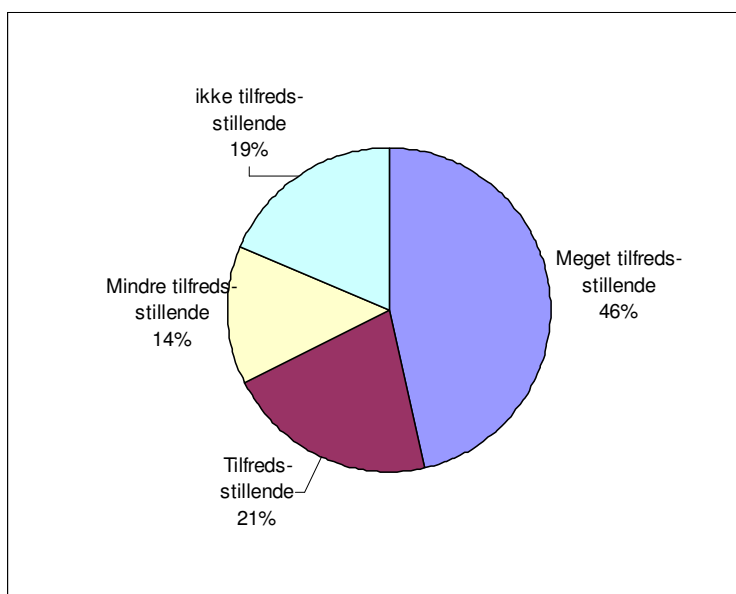
I kategorien "diagnose" ser vi en overvejende positiv tilbagemelding, med 65 % *meget tilfredsstillende/tilfredsstillende* og 35 % enten *mindre tilfredsstillende* eller *ikke tilfredsstillende*. Sidstnævnte begrundes med helt manglende diagnose. Flere af epikriserne kunne have været løftet fra *tilfredsstillende* til *meget tilfredsstillende*, havde det ikke været for manglende kodenr.



Figur 4: Diagnose

## Resume

Ved resume ses en overvejende positiv tilbagemelding. 68 % af alle tilbagemeldinger er enten *meget tilfredsstillende* eller *tilfredsstillende*. Dog ses en del klager ved de *tilfredsstillende* resumeer, hvor en del ellers udmærkede resumeer mangler en konklusion. En del af resuméerne bliver kaldt irrelevante.



Figur 5: Resume

## Videre plan

I 82 % af epikriserne er der dokumenteret "den videre plan". Hvilket er høj score i forhold til de andre kategorier.

## Evaluerings af henvisninger

Nedenstående tabel viser resultatet af evaluering af henvisninger.<sup>3</sup>

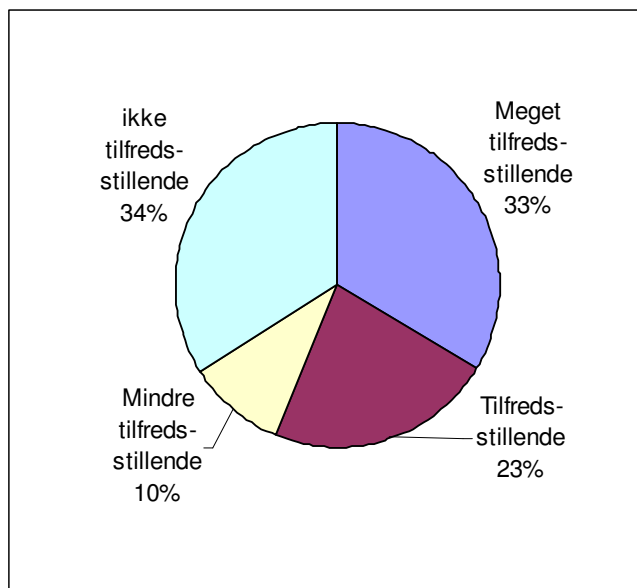
	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	ikke tilfredsstillende	Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	Ikke tilfredsstillende
1. Stamoplysninger: Persondata (CPR-nr., navn, adresse, telefonnummer i dagtimerne)	15	20	3	22	25 %	33 %	5 %	37 %
2. Henvisningsdiagnose og relevante bidiagnoser (symptom, specificeret region)	34	16	4	6	57 %	27 %	7 %	10 %
3. Anamnese (resume af tidligere aktuelle, problemformulering)	28	18	11	3	47 %	30 %	18 %	5 %
4. Undersøgelsesfund (Klinisk/paraklinisk) forsøgt behandling	26	12	13	9	43 %	20 %	22 %	15 %
5. Sagt til patienten	4	11	2	43	7 %	18 %	3 %	72 %
6. Aktuell medicinliste	12	3	3	37	20 %	5 %	5 %	62 %
Total:	119	80	36	120				

Der ses en moderat positiv tilbagemelding på henvisninger. Med lidt over halvdelen værende *meget tilfredsstillende* eller *tilfredsstillende*.

En del af utilfredsheden ved *stamoplysninger* kan skyldes forvirring om, hvordan de anonymiserede henvisninger skal forstås ifht. stamoplysninger. Mangler der fx et telefonnummer, eller er det blevet slettet som en del af anonymiseringen?

"Sagt til patienten" og "aktuel medicinliste" er de to kategorier, hvor den manglende information scorer højest i *ikke tilfredsstillende*.

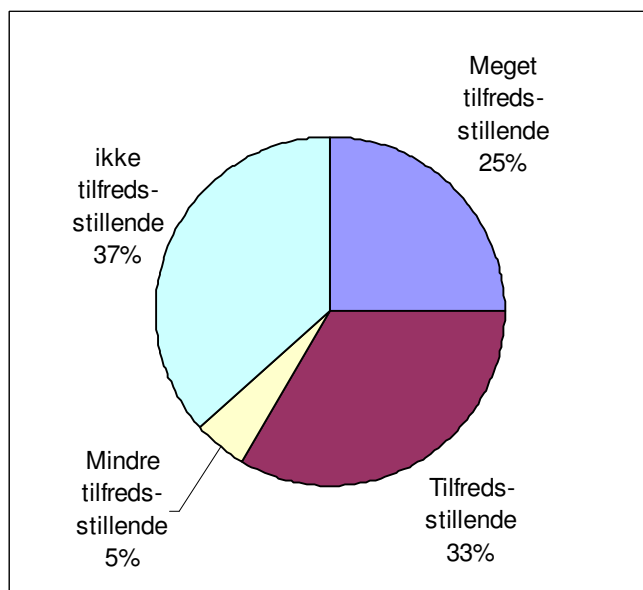
<sup>3</sup> Kategorierne er tidligere brugt af de praktiserende læger i København til evaluering af henvisninger og epikriser.



**Figur 6: Overordnet tilfredshed**

### Stamoplysninger

I 58 % vurderes dokumentationen for *meget tilfredsstillende/tilfredsstillende* men 37 % af alle besvarelserne er *ikke tilfredsstillende*. Næsten halvdelen af alle besvarelse i denne kategori beklager sig over manglende telefonnummer.



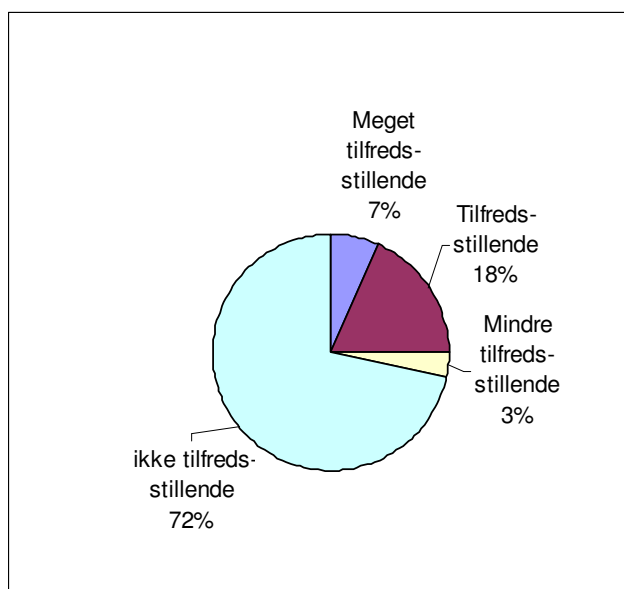
**Figur 7: Stamoplysninger**

### Sagt til patienten

I 72 % af henvisningerne er det vurderet som *ikke tilfredsstillende*, grundet at intet oplyst.

Dette kan skyldes at nogen læger tolker intet oplyst, som om intet vigtigt er sagt til patienten, hvor andre gerne vil vide, hvorvidt patienten er oplyst om noget eller ej. Der skal arbejdes mere for at kortlægge den egentlige begrundelse, men det tyder på at det vil hjælpe på tilfredsheden med læge henvisninger, hvis alle skrev en linje i henvisningen om, hvad der er sagt til patienten.



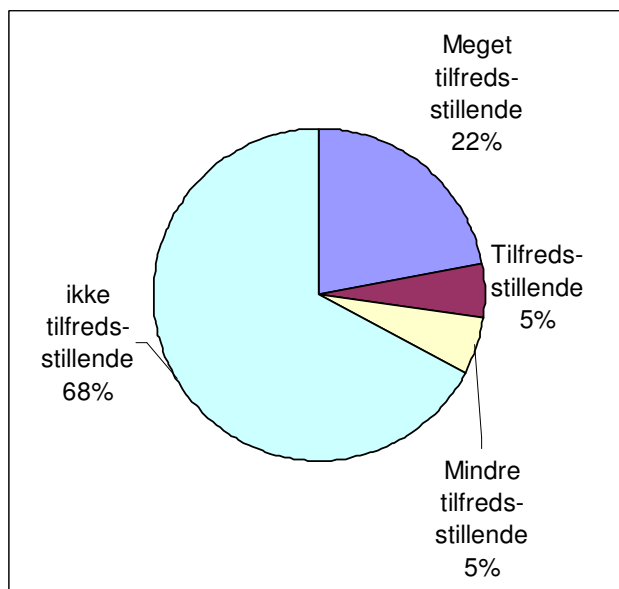


**Figur 8: Sagt til patienten**

### Aktuel medicinliste

Med over 60 % af henvisningerne er vurderet *ikke tilfredsstillende*, begrundet med manglende medicinliste. Eller som en læge skrev "Skriv i det mindste 'nihil'". Flere medicinlister er beskrevet som mangelfulde.

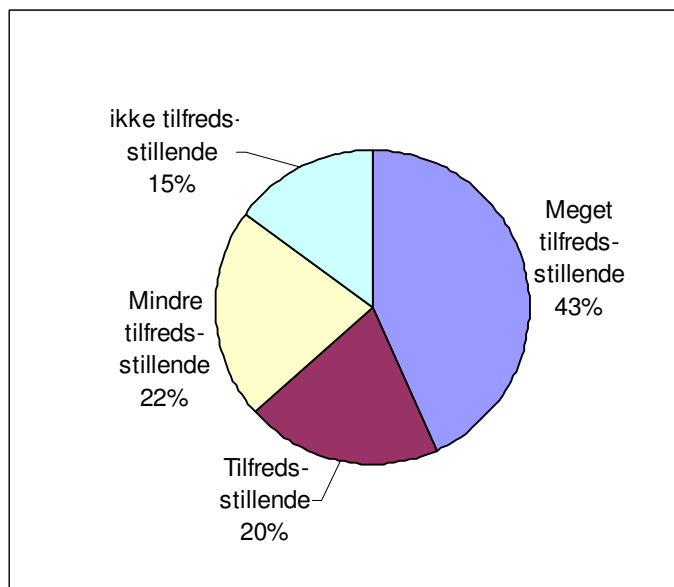
I modsætning til "sagt til patienten" er der her stor enighed blandt de to hold læger om, hvornår en medicinliste ikke er tilfredsstillende. Det tyder på en klar forventning fra læger, der modtager en henvisning, at den indeholder en medicinliste og hvis patienten ikke modtager medicin, dokumenteres dette også.



**Figur 9: Aktuel Medicinliste**

### Undersøgelsesfund (kliniske parakliniske)

Der ses en overvejende positiv vurdering, med 43 % *meget tilfredsstillende* og yderligere 20 % *tilfredsstillende* besvarelser. Dog lider over 1/3 af alle besvarelserne af mangelfulde eller manglende dokumentation af undersøgelsesfund.



Figur 10: Undersøgelsesfund

### Fælles diskussion

Efter vurderingerne var der fælles diskussion om, hvad der gennemgående manglede, hvad man godt kunne ønske sig af henholdsvis epikriser og henvisninger. Der var gennemgående tilfredshed med oplæggene, men der kom dog flere justeringsforslag på det første møde, som blev forelagt på det andet møde.

Følgende er de gennemgående udsagn og kommentarer fra de deltagende læger:

#### Henvisninger

- Diagnosen følger ikke automatisk med konkret diagnose skal skrives hver gang (vi skal huske diagnose samt koder)
- Mobiltelefonnummer, skal med, det må bringes i orden, så det kan lade sig gøre
- Vi skal opdatere medicinliste. FMK fungerer ikke godt, det er den sidste læge der har hele ansvaret, hvilket jo ikke er meningen med FMK. Sidste rubrik ønsket væk, i stedet "Hvordan påvirker det dig arbejdsmæssigt?"
- Laboratorieprøver kan hentes, men skriv reumaprøver, som fik lægen til at henvise, så ses det tydeligere
- Henvisningerne må gerne være mere strukturerede
- Godt at få af vide, hvad der er sagt til patienten, eks at du skal nok have en blokade, så ved vi hvad patienterne forventer
- Godt, hvis der står: Hvad har din læge sagt, du skal undersøges for, det svares der så på. Dette er en forventningsafstemning, hvilket er godt for patienten

## Epikriser

- Bare en "aktionsdiagnose", behøver ikke at være flere sider, fint at vide man skal gøre noget. En konklusion og en plan
- Epikriserne må gerne være mere strukturerede
- Godt at få af vide hvad der er sagt til patienten, så kan vi følge op på det
- I epikrisen er det rigtig godt hvis "konklusionen" kan komme først
- (Epikrise) en specialist behøver ikke at skrive, at der ikke er dit og ikke dat, men kun HVAD der er

## Generelt

- Godt at bruge henvisningen som udgangspunkt for epikriseskrivning
- Tydeligt at der er brug for en standardisering
- Godt at bruge henvisningen som udgangspunkt for epikriseskrivning
- Diskussion om brugen af fraser. Fraser må kun bruges, når det ER sagt til patienten
- Vi er ikke vant til at skrive, hvad vi siger til patienten. Derfor glemmer vi det, eller også bliver det ikke godt, det vi får skrevet

## Konklusioner på workshops

De validerede henvisninger og epikriser vurderes generelt som tilfredsstillende. Men vi kan konkludere, at det ikke er med overbevisende procenttal. Der skønnes således behov for nye standarder vedrørende henvisninger/epikriser.

Lægerne mener selv, at hvis henvisninger og epikrise blev mere strukturerede, ville de forskellige kategorier blive nemmere at huske i en travl hverdag. Det ville sikre, at de forskellige kategorier blev udfyldt mere tilfredsstillende og dermed øge kvaliteten af dem.

For henvisningerne er der et ønske om, at patientens mobilnr. følger med i stamoplysninger. Hvis der var en rubrik til dette, ville det huskes. Reumatologen ville derved nemmere kunne komme i kontakt med patienten i dagtiden, og dette kunne afkorte patientens ventetid.

For epikrisernes vedkommende mangler mange, at der er noteret *ændring i medicin*. For henvisningerne gælder det, at en stor del af dem er *aktuel medicinliste* ikke tilfredsstillende. Det Fælles Medicinkort (FMK) fungerer endnu ikke – efter lægernes mening. Hvis det blev noteret "nihil" ville modtageren af henvisningen kunne se, at patienten ikke fik medicin, og at det ikke var en glemsel, at der intet er noteret. For begge parter af læger, er der et stort ønske om, at FMK kommer til at fungere.

Både for henvisninger og epikriser gælder det for, at "Sagt til patienten", har en høj score i *ikke tilfredsstillende*. Ingen er i tvivl om, at patienterne bliver informeret, det bliver bare ikke dokumenteret.

Begge parter sagde, at det er svært at skrive denne information, for man er ikke vant til at skrive dette. Men begge parter ønsker meget, at det blev noteret således, at man som modtagende læge kan følge op på det patienten er informeret om, og patienterne får en oplevelse af at der er en sammenhæng i behandlingen. Der skulle selvfølgelig ikke være lange "romaner" men kort og konkret.

Vi må konkludere, at det er vanskeligt at blive enige om ændringer i overgangene mellem primær og sekundær sektor herunder henvisninger og epikriser, da der også er fagpolitiske aspekter at tage hensyn til. Men på begge workshops sad de to parter sammen og diskuterede og frembragte egne ønsker, således at de gensidigt fik en større forståelse for, hvad der var vigtigt hos den anden. Der var et ønske fra reumatologerne om 15 forskellige henvisningsårsager, hvilket kunne accepteres af flere praktiserende læger, medens andre mente det var for meget og ønskede det reduceret til 5 (bilag 6).

## **7 Opsummering af resultater**

Vi fik udarbejdet 15 standardplaner inden for reumatologien. Disse standardplaner kan frit downloades og bruges af de reumatologer, der ønsker det. Der er mulighed for løbende at vedligeholde og opdatere standardplanerne, således at de er ajourførte i forhold til gældende praksis.

Vi kom frem til konsensus vedrørende epikriser, men blev ikke helt enige om henvisningerne, idet reumatologerne ønskede en mere detaljeret henvisning end flere praktiserende læger synes var operationel. De to forslag til henvisninger, som er blevet udarbejdet, kan danne basis for en politisk diskussion mellem faggrupperne og en ændring af med-com henvisningsmodulet, således at der udarbejdes en specifik, men dog ensartet henvisning til hvert enkelt speciale.

## **8 Perspektivering**

### **Uddannelse**

Standardplanerne anbefales især at implementere, der hvor der er yngre læger under uddannelse. De vil blive guidet i deres gennemgang af patienten via standardplanerne, og have den sikring, at de husker det hele.

Som supplement i læringsøjemed kan der indsættes billeder, der kan hjælpe og støtte på de områder, som man kun har lidt eller ingen erfaring med. Dette er der lavet eksempel på i 2 journalstandarder.

Gennem den dynamiske opbygning med mulighed for hurtig ændring efter ny videnskab eller nye retningslinjer, kan standardplanerne også medvirke i den vigtige efteruddannelse af alle praktiserende speciallæger.

### **Anvendelse på reumatologiske sygehusafdelinger**

Flere samarbejdspartnere på sygehusafdelinger har set muligheder i standardplanerne, og implementeret dem.

Systemet kan anvendes på sygehusene, men sygehusenes journalsystemer besværliggør dog dette. På Bispebjerg Idrætsklinik anvendes flere af standarderne dog, hvor man på Gentofte og Frederiksberg forsøger at implementere nogle af standarderne.

### **Andre specialer**

Vi har her i projektet taget udgangspunkt i det reumatologiske speciale. Vi mener dog at, andre specialer med fordel kunne udarbejde standardplaner til brug i praksis.

## **Henvisninger og epikriser**

Ud fra de erfaringer projektgruppen har fået ved at samarbejde med de forskellige læger, der har været involveret i projektet, kan det ses, at der er et ønske om at udvikle standardhenvisninger og epikriser.

Når den praktiserende læge skal sende en henvisning til et speciallæge, skal der kunne tastes type ind (eksempelvis reumatolog eller gynækolog). Så kommer henvisningen automatisk. Det skal lægges ind i de forskellige systemer.

Disse henvisninger er standardiseret, således at det bliver nemmere for den praktiserende læge at udarbejde specialespecifikke henvisninger, uden at de skal være længere men blot mere målrettede.

Det samme gælder for de forskellige speciallæger. De har standard epikrisen liggende i deres system, og kan hurtigt generere en målrettet epikrise.

Dette vil kræve at FAPS og PLO går sammen om at udvikle en fælles epikrise/henvisning. Det vil forbedre overgangene i praksis til gavn for patienterne, og sandsynligt tidsbesparende for afsender og modtager.

I forhold til den danske Kvalitetsmodel, som nu også er på vej til de praktiserende speciallæger, vil der være nogle krav til henvisninger og epikriser.

Projektgruppens forslag er, at dette må udarbejdes som Medcom-standard. Henvisninger til cancerpakkerne har vist vejen – såvel i form som indholdsniveauet i informationerne.

Uden relevante oplysninger – ingen sikker visitation til specialet eller opfølgning retur til egen læge ved afslutning. "Rettidig omhu" understøttes.

## **9 Hvor er projektet blevet præsenteret**

Projektet er blevet præsenteret følgende steder:

- Ugeskrift for Læger 171/41-42, okt 2009: Standarder kan lette overgange
- Mundtlig præsentation på E-sundhedsobservatoriets årskonference 2011: Udarbejdelse af fælles standardplaner for praktiserende reumatologiske speciallæger i Danmark.
- Årsmøde DRFO 2011
- ISQUA i Geneve 2012. Mundtlig præsentation: Compilation of common standardplans for practising rheumatologist in Denmark
- PKO nyt i HS 2013: Evaluering af henvisninger og epikriser
- Årsmøde DRFO 2013

## **10 Afsluttende bemærkninger**

Projektet er blevet udarbejdet over en periode på flere år. Det har dels skyldtes, at projektet har været afhængig af nogle udefra kommende forhold, og dels at projektarbejdet delvist har været fritidsbaseret.

Men for projektgruppen har det været en interessant og meget lærerig rejse.

Der er flere mulige udbygnings-/og udviklingsmuligheder, som projektgruppen har under overvejelse.

Det kræver imidlertid formulering af flere klare temaer og ny projektstøtte for at kunne blive udviklet.

## Bilag 1 – Evaluering af standardjournaler

	1	2	3	4	5
<b>Journalen/Indholdet</b>	Forbedres betydeligt	Forbedres lidt	Forringes	Forringes betydeligt	Ved ikke
<b>Arbejdsprocessen/brugen af journalen</b>	Lettes betydeligt	Lettes lidt	Besværes lidt	Besværes meget	Ved ikke
<b>Læsning af journal</b>	Lettes betydeligt	Lettes lidt	Besværes lidt	Besværes meget	Ved ikke
<b>Mere ensartede journaler</b>	Klar forbedring	Lille forbedring	Lille forværring	Klar forværring	Ved ikke

Standardplan	Kommentarer
Albuen -supinator syndrom, golf albue	
Fasciitis plantaris, iliopsoas tendinopati	
L5 prolaps, S1 prolaps	
Monoarthritis, muskelsmerter	
Skulderimpingement, AC smerter	
Menisskade, aduktor tendinopati	
Columna cervikalis: C6 rodtryk, C8 rodtryk	
Polyarthritis inflammatorisk ryg sygdom	

## Bilag 2 – Evalueringsskema henvisninger

Gammel henvisning nr. \_\_\_\_\_

		Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	Ikke Tilfredsstillende	Ved kryds i "mindre tilfredsstillende" eller "Ikke tilfredsstillende" – skriv årsag
1.	Stamoplysninger: Persondata (CPR nr., navn, adresse, telefonnummer i dagtimerne)					
2.	<i>Henvisningsdiagnose og relevante bidiagnoser</i> (symptom, specificeret region)					
3.	<i>Anamnese</i> (resume af tidligere aktuelle, problemformulering)					
4.	<i>Undersøgelsesfund</i> , (klinisk/paraklinisk), forsøgt behandling					
5.	<i>Sagt til patienten</i>					
6.	<i>Aktuel medicinliste</i>					

### Vejledning

Meget tilfredsstillende: Tilfredsstillende uden mangler Fx: Relevant og klar beskrivelse/Ingen glemte relevante oplysninger.

Tilfredsstillende: Opfylder punktet men med små mangler, dog ikke så yderligere information skal indhentes Fx: Klar problemstilling, men med fravær af en eller få oplysninger, som dog ikke påvirker håndteringen af patientforløbet.

Mindre tilfredsstillende: Mangelfuldt, så yderligere information er nødvendig for den fortsatte håndtering af et godt patientforløb.

Ikke tilfredsstillende: Punktet/dokumentet er så mangelfuldt eller misvisende, at en ny epikrise er nødvendig for patientforløbet.



## Bilag 3 – Evalueringsskema epikriser

Gammel epikrise nr. \_\_\_\_\_

		Meget tilfredsstillende	Tilfredsstillende	Mindre tilfredsstillende	Ikke Tilfredsstillende	Ved kryds i "mindre tilfredsstillende" eller "ikke tilfredsstillende" – skriv årsag
1.	Diagnose og kode nr.					
2.	Resume af behandlingen (og effekt heraf)					
3.	Undersøgelsesresultat af parakliniske undersøgelser					
4.	Ændring i medicin					
5.	Videre plan					
6.	Sagt til patienten (Information)					

### Vejledning

Meget tilfredsstillende: Tilfredsstillende uden mangler Fx: Relevant og klar beskrivelse/ Ingen glemte relevante oplysninger.

Tilfredsstillende: Opfylder punktet men med små mangler, dog ikke så yderligere information skal indhentes Fx: Klar problemstilling, men med fravær af en eller få oplysninger, som dog ikke påvirker håndteringen af patientforløbet.

Mindre tilfredsstillende: Mangelfuldt, så yderligere information er nødvendig for den fortsatte håndtering af et godt patientforløb.

Ikke tilfredsstillende: Punktet/dokumentet er så mangelfuldt eller misvisende, at en ny epikrise er nødvendig for patientforløbet.

## Bilag 4 – Epikrise SHERE

Patienten afsluttes		
		Vælg/beskriv
Resume af undersøgelse og behandling;		
Vi har foretaget følgende ændringer i patientens medicin:		
Patienten er henvist til:		
Sagt til patienten:		
Patienten er instrueret i:		
Egen læge kan:		
Genhenvisning	Patienten kan genhenvises, hvis der skønnes behov	
	Der skønnes ikke behov for yderligere undersøgelse og behandling	
Indikation for genbesøg		
Andre speciallæger som evt kan hjælpe		
Overordnet vurdering	A) Meget bedre	
	B) Lidt bedre	
	C) uforandret	
	D)lidt værre	
	E) Meget værre	
Score		
Vælg en for patienten vigtig aktivitet, som er påvirket grundet lidelsen (0= ingen problemer, 10 = sygemeldt med betydelige gener/smerter funktionsnedsættelse)		0-10
		Aktivitet

Ovenstående er den skematiske fremstilling af en epikrise fra reum-standard.dk, som medfølger standardplanerne og som kan bruges af de læger der benytter reum-standard.dk

## Bilag 5 – 1. Forslag til henvisning til reumatolog (SHERE)

Patient navn, CPR nr, Patient adresse, telefonnr. Lægens navn. Ydernr., EDI-nr.	
	Vælg/ beskriv
Henvisningsårsag, diagnose og kode	
Hvad er patientens vigtigste klage på bevægeapparatet, som ønskes diagnose og behandling af: (sæt kun et kryds)	
Nakke – skulder symptomer	
Overekstremitets symptomer	
Ryg–bækkensymptomer	
Underekstremitets symptomer	
Universel lidelse (generel gigtsygdom - generel affektion af muskler og led)	
Oplæg fra henvisende læge	
Ønsket undersøgelse/ problemformulering	
Klinisk oplysning, generel anamnese	
Rheumaprøver	
Røntgenbilleder	
Anden paraklinisk undersøgelse (MR-scanning, CT scanning, scientigrafi ect.)	
Registreret hævelse i led	
Registreret forandringer i hud	
Andre relevante betydende sygdomme	
Medicin (FMK)	
CAVE	

## Bilag 6 – 2. Forslag til henvisning til reumatolog (SHERE)

Patientens navn	CPR-nr.	Patientens adresse	Telefon nr
Lægens navn	Ydernr.	EDI-nr.	Mobilnr.
		<b>Vælg/ beskriv</b>	
Henvisningsårsag, diagnose og kode			
<b>Hvad er patientens vigtigste klage på bevægeapparatet, som ønskes diagnose og behandling af: (sæt kryds ved værste symptom, der ønskes udredt)</b>			
Smerter i nakke og arm		Smerter i lænderyg og ben	
Smerter i skulder og overarm		Smerter i bækken og balde	
Smerter i albue og underarm		Smerter i hofte, lyske og lår	
Smerter i hånd og fingre		Smerter i knæ	
Smerter i thorax og brystryg		Smerter i underben og fod	
<b>5 generelle problemstillinger (sæt kryds)</b>			
Mono- oligoarthritis (Smerter/hævelse i 1-3 led)			
Polyarthritis (Smerter/hævelse af mere end 3 led)			
Muskelsmerter/ muskelsvækkelse			
Inflamatoriske rygmerter			
Anden gigt sygdom/vasculit			
<b>Oplæg fra henvisende læge</b>			
Ønsket undersøgelse/ problemformulering			
Klinisk oplysning, generel anamnese			
Rheumaprøver			
Røntgenbilleder			
Anden paraklinisk undersøgelse (MR-scanning, CT-scanning, scintigrafi ect.)			
Registreret hævelse i led			
Registreret forandringer i hud			
Andre relevante betydende sygdomme			
Medicin (FMK)			
CAVE			

