

Innføring av standardisert mal for resymédelen i epikriser

|
Gruppe K-2 H06

Margrete Skagestad

Heidi Råmunddal

Milja Sem

Mathias Skogli

Ina Kreyberg

Ingar Restan

Hanne Engstrøm Gustavsen

Anne Gunn D. Kirkebak



Gruppeoppgave i Kunnskapshåndtering, Ledelse og
Kvalitetsforbedring (KloK)

UNIVERSITETET I OSLO

September 2011

Sammendrag

Bakgrunn/emne: Fastleger opplever tidvis at epikrisen de mottar fra spesialisthelsetjenesten mangler elementer som ville vært nyttig for oppstart, videreføring eller avslutning av behandling av deres pasienter. Vi ønsker å se på mulighetene for innføring av en mal for epikriseresymmet ved en medisinsk avdeling. Vi valgte å ta utgangspunkt i Hjertemedisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet, Hamar.

Kunnskapsgrunnlag: Vi har gjennomført selektivt litteratursøk i databasene Pubmed og Cochrane Library, samt i Tidsskrift for Den norske legeforening. Videre har vi innhentet informasjon direkte fra ledelsen ved medisinsk avdeling ved Hamar Sykehus og enkelte fastleger i Hamarområdet.

Begrunnet tiltak og metode: Vi benyttet oss av både norske og internasjonale artikler, data fra norske spørreundersøkelser blant fastleger, og vi forhørte oss med de involverte parter i mikrosystemet for å kartlegge problemstillingen og etablere forslag til løsningstiltak. Med bakgrunn i dette utarbeidet vi et forslag til en mal med fire standardpunkter som kan være med i resymmet. Vår plan er at tiltaket skal gjennomføres gjennom endring i epikrisemalen i DIPS og metodebok, samt undervisning til epikriseskriverne.

Organisering: Vi foreslår at det opprettes en prosjektgruppe ved avdelingen som har ansvaret for gjennomføringen. Epikriseskriverne informeres og opplæres i den nye praksisen. Fortløpende evalueringer av effekt og potensielle problemer registreres og behandles. Lokale fastleger tilknyttes som respondenter.

Resultater/vurdering: Målet med tiltaket er å forbedre kommunikasjonsflyt i helsevesenet og slik bedre fastlegenes tilfredshet. Resultatene av tiltaket kan måles ved spørreundersøkelse blant fastlegene i den aktuelle sykehuskretsen, og stikkkontroll av epikrisene. Vi har ikke oppnådd sikkert grunnlag for å foreslå tiltaket innført, skjønt vi vurderer *muligheten* for implementering som reell. Vi anbefaler derfor ikke at tiltaket innføres i sin beskrevne form.

Innholdsfortegnelse

DEL I	4
Introduksjon	4
Kunnskapsgrunnlag:	5
Metode	5
Er det behov for forbedring av resymédelen av epikriser?	6
Hvilke forbedringer er det behov for?	6
Hvilke tiltak har effekt?	7
Validitet.....	8
Forbedringsarbeidet	8
Observasjoner og praksis.....	8
Tiltak – prosess og begrunnelse for valg av tiltak.....	11
Verktøy	12
Indikatorvalg	13
Prosess og organisering for bedre praksis	14
Organisering av selve forbedringsprosjektet.....	14
Hvordan sikre forbedringsarbeidet for fremtiden?	16
Ledelsesaspekter - forhold til ledelse, forankring i organisasjonen	17
Evaluering/diskusjon	18
Kilder	20
Vedlegg	22
Vedlegg 1: Scoringssystem for epikrisemal.	22

DEL I

Introduksjon

Problemstillingen for vår gruppes kvalitetsforbedringstiltak omhandler hvorvidt en strukturell endring, en innføring av en standardisert mal i resymédelen av epikrisen, kan bedre informasjonsflyt og kommunikasjon fra spesialist- til primærhelsetjenesten.

Stortinget har ønsket å utrede og forbedre samarbeidet mellom linjene i helsevesenet gjennom samhandlingsreformen, som innebærer en overføring av flere helseoppgaver til kommunene fremfor sykehusene [1]. I den forbindelse er styrking av kommunikasjonsflyten mellom primær- og sekundærhelsetjenesten et vitalt aspekt.

Epikrisen er et viktig kommunikasjonsverktøy mellom første- og andrelinjetjenesten. Siden utredning og behandling skal utføres og koordineres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), altså fastlege, har epikrisen sentral betydning for pasientoppfølgingen. Selve utredningen flagges imidlertid ofte ut til sykehusene. Det blir av den grunn betydelig informasjonsflyt mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten og det er således viktig å kvalitetssikre epikrisens form og struktur.

Gjennom vår erfaring med helsevesenets organisering og funksjoner, blant annet under utplasseringer og forelesninger, har det blitt tydeliggjort for oss at hoveddelen av informasjonsoverføringen fra sykehus til fastleger foregår via epikriser. Det har videre blitt klart for oss at det både mellom sykehus og innad på avdelinger er stor variasjon i retningslinjer for utforming av epikriser.

Kunnskapsgrunlaget vi har innhentet tyder på at det særlig er sammenfatningen, resyméet, av epikrisen som ofte er mangelfull. Fastleger opplever ofte at informasjonen de mottar ikke inneholder elementer som ville vært nyttig for oppstart, videreføring eller avslutning av behandling.

Flere av gruppens medlemmer har tidligere vært utplassert ved medisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet, Hamar, der avdelingen selv har utviklet en mal for epikriser, men overlatt selve resymédelen til skribentens eget skjønn. Lignende tilstander finner man ved mange sykehus i Norge, og det mangler overordnede rutiner og standarder på nasjonalt nivå. Gjeldende praksis har derfor et forbedringspotensial. Vi håper at vår oppgave kan belyse dette og eventuelt være med på å føre til positiv endring.

Vi har i forbindelse med oppgavearbeidet tatt kontakt med ledelsen ved Hamar Sykehus for å få nærmere innblikk i hvorvidt våre problemstillinger gjenkjennes i deres kliniske hverdag. Den tilbakemeldingen vi har mottatt tyder på at de er kjent med de spørsmål vi skisserer, og ser en verdi i en standardisering av resymémalen som vi i denne oppgaven presenterer og prosjekterer [2]. Vi har også ringt fastleger i Hamarområdet for å få deres syn på kvaliteten av epikrisene og potensielle forbedringsmuligheter [3].

Kunnskapsgrunnlag:

Metode

Vi har gjennomført litteratursøk i databasene Pubmed og Cochrane Library, samt i Tidsskrift for Den norske legeförening. Vi brukte følgende søkeordkombinasjoner og fikk følgende resultater:

- (discharge paper OR discharge summary) AND (primary physician OR primary healthcare). Denne søkeordkombinasjonen ga 116 treff. Artikler som ble inkludert: Bergkvist 2009 [4], Hall 2007 [5], Kriplani 2007 [6], Wilson 2001 [7], van Walraven 1999 [8].
- Den første søkestrategien er relativt åpen mens vi i de neste la til ”quality” and ”standardized” for å definere de egenskapene til epikrisen vi var interesserte i å finne informasjon om: (discharge paper OR discharge summary) AND (primary physician OR primary healthcare) AND (quality OR standardized). Dette søket ga 102 treff. Ingen ytterligere artikler ble inkludert.
- To artikler vi har benyttet i oppgaven, men som ikke kom opp i søkene, ble funnet via relaterte artikler i Pubmed: van Walraven 1995 [9] og van Walraven 1998 [10].
- For samtlige søkeordkombinasjoner utførte vi søk med trunkering av ordene physicians (physician*), papers (paper*), summary (summar*), quality (qualit*) og standardized (standard*).
- Vi gjennomførte et søk i Tidsskriftet for den norske legeföreningen med søkeordene ”epikrise + allmennlege”. Vi fant to norske studier med relevans. Hall fra 2007 [5] og Kværner fra 2005 [11].
- Vi utførte søk i Cochrane Library. Med søkeordkombinasjonen (discharge paper OR discharge summary) AND (primary physician OR primary healthcare), fikk vi 83 treff. Søkeordkombinasjonen (discharge paper OR discharge summary) AND (primary physician OR primary healthcare) AND (quality OR standardized) ga 55 treff. Vi fant

ingen relevante systematiske oversiktsartikler. Vi gjorde også et helt generelt søk med søkeordet (discharge summar* OR discharge paper*) og fant da en klinisk studie som ble inkludert [12].

- Vi gikk gjennom listen for søkeresultater i de ulike databasene og inkluderte/ekskluderte artikler på bakgrunn av tittel og sammendrag. Vi inkluderte artikler skrevet etter 1994 på engelsk eller norsk.

Er det behov for forbedring av resymédelen av epikriser?

En amerikansk oversiktsartikkel fra 2007 viste at kommunikasjonen og informasjonsflyten i form av epikriser mellom sekundær - og primærhelsetjenesten ved utskrivelse fra sykehus var mangelfull. Epikrisene manglet ofte viktig informasjon om medikamenter ved utskrivelse (2-40 % av epikrisene), oppfølgingsplaner (2-43 %), gjennomgått behandling på sykehus (7-22 %) og diagnostiske prøveresultater (33-63 %). Forfatterne konkluderte med at standardiserte epikriser kan gi mer presis informasjon og sørge for at fastlegene mottar epikrisene raskere etter utskrivelse. Dette vil blant annet føre til at fastlegene har epikrisen tilgjengelig under videre pasientoppfølging og at informasjonen er lettere å ekstrahere fra epikrisen [6].

En norsk spørreundersøkelse fra 2004 viste at fastleger er utilfredse med epikriser for pasienter med økt oppfølgingsbehov etter sykehusopphold. I 15 % av tilfellene måtte fastlegene kontakte sykehuset på grunn av manglende data [11].

I en australsk retrospektiv undersøkelse av epikriser og pasientjournaler med etterfølgende intervju av fastlegene, fant man at epikrisene i kun 64 % av tilfellene stemte overens med pasientjournaler [7].

Hvilke forbedringer er det behov for?

I 2007 utførte Hall *et al.* en norsk studie for å vurdere kvaliteten på sykehusepikriser i forhold til innhold og utforming. Fastleger og sykehusleger ble bedt om å vurdere 50 epikriser etter 6 kriterier. Resymédelen av epikrisen fikk dårligst poengsum hos begge legegruppene. Den samlede skåren av epikrisene var *brukbar til god*, men 44 % av epikrisene var mangelfulle. Sykehuslegene ga generelt høyere poengsum enn fastlegene [5].

En spørreundersøkelse blant amerikanske fastleger om epikrisens oppsett viste at fastleger foretrakk standardisert format fremfor fritekstformat. Kortere epikriser ble fortrukket fremfor lange [10].

I en studie av van Walraven *et al.* fra 1999 ble fastleger og sykehusleger intervjuet om hva de anså som viktige elementer i epikrisens innhold. Av elementene som skåret høyest var blant annet utskrivelsesdiagnose, medikamenter ved utskrivelse, nåværende medisinske problemstillinger og oppfølging. Begge legegruppene var enige om disse punktene. Konsentrert informasjon ble ansett som viktig [8]. Samme forskningsgruppe i 1995 vurderte kvaliteten på innholdet i epikriser i en ny studie, og fant betydelige mangler, særlig i helhetsbildet av epikrisen. Punkter som ofte manglet i epikrisene var innleggelsesdiagnoser (i 34 % av epikrisene), utskrivelsesdiagnoser (26 %) og medikamenter ved utskrivelse (23 %) [9]. Behovet legene uttrykker for konsentrert informasjon, med særlig vekt på de spesifikke underpunktene, kan oppfylles ved å standardisere resymédelen av epikriser der nøkkelpunkter må beskrives med få ord.

Hvilke tiltak har effekt?

En amerikansk RCT fant at turnusleger som fikk undervisning og individuell veiledning i epikriseskriving, forbedret kvaliteten på sine epikriser sammenlignet med turnusleger som ikke mottok undervisning eller mottok undervisning uten tilbakemelding. Turnuslegene i intervensjonsgruppen fikk fire undervisningsleksjoner hvor man bl.a. gjennomgikk essensielle punkter i epikrisen og eksempler på gode og dårlige epikriser. Senere samme måned fikk turnuslegene tilbakemelding på to epikriser skrevet etter undervisningen. Studien viste at god epikriseskriving kan læres, og at undervisning med feedback er en god metode for dette [12].

En intervensjonsstudie fra 2005 viste at vurdering av, og tilbakemelding på, feil i epikrisen førte til færre medikamentfeil ved informasjonsoverføring fra sykehus til primærhelsetjenesten [4].

I van Walraven *et al.* sin spørreundersøkelse (som fant at fastleger foretrekker standardiserte epikriser), benyttet man et standardisert oppsett for resymédelen som besto av fire hovedpunkter: 1. Innleggelsesdiagnose og tilleggsdiagnoser under oppholdet/komplikasjoner, 2. Medikamenter ved utskrivelse, 3. Medisinsk oppfølging og 4. Spesielle problemer/oppfølgingsbehov [10]. Dette er også nøkkelpunkter i den standardiserte resymédelen vi ønsker å inkludere i epikrisemalen på Hamar Sykehus. Punktene er

nødvendige for primærlegens videre pasientoppfølging og bør tillegges stor betydning i resymédelen av epikrisen. Det er også disse punktene fastlegene vektlegger som viktige i epikrisen [8].

Vi fant ingen artikler som vurderte effekten av innføring av underpunkter i resymédelen i epikrisemalen. Kunnskapsgrunnlaget viser imidlertid at fastleger er positivt innstilt til standardiserte epikriser og at det finnes et forbedringspotensial i utformingen av epikriser [5,10,11].

Validitet

Vi har vurdert både norske og utenlandske studier. Den interne validiteten til artiklene anser vi som god. Vi fant få RCTer og metaanalyser, men dette antar vi har sammenheng med det kvalitative aspektet ved oppgaven. Det var ønskelig å finne systematisk oversiktsartikler, men dette har ikke vært mulig å oppdrive. I forhold til den eksterne validiteten betrakter vi den som god i forhold til behovet for forbedring av epikrisens resymédel. Vi har her vurdert internasjonale artikler fra land med sammenlignbar strukturering i helsevesenet, og anser derfor overførbarheten som god.

Forbedringsarbeidet

Observasjoner og praksis

Spesialisthelsetjenesten

Under utplassering i ulike sykehusavdelinger har vi observert en stor variasjon i hvordan epikriser utformes. Vi har valgt Hjertemedisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet, Hamar som utgangssted for oppgaven. Der har det blitt implementert en fast epikrisemal i journalsystemet DIPS. Basert på opplysninger fra seksjonsoverlege Trine Finnes synes epikrisemalen å fungere uproblematisk [13]. Det har ikke vært negative tilbakemeldinger fra de ansatte, men temaet har heller ikke vært oppe for diskusjon. I følge seksjonsoverlegen er inntrykket at både eldre og nyansatte leger følger epikrisemalen. Dette har ikke blitt bekreftet gjennom nærmere undersøkelse per i dag.

Epikrisemalen ved Hjertemedisinsk avdeling inneholder følgende hovedpunkter som automatisk inkluderes når det opprettes en ny epikrise:

- Diagnoser

- Kort tidligere sykdomshistorie og kommunale hjelpebehov
- Aktuelt med viktigste patologiske funn ved innleggelsen
- Supplerende undersøkelser
- Vurdering, behandling og forløp
- Pasientinformasjon
- Medikamenter som skal brukes etter innleggelsen
- Råd til fastlege/tilsynslege

Epikrisemalen inneholder ikke et eget punkt for resymé med standardiserte underpunkter. Dette dekkes hovedsakelig av punktene ”Vurdering, behandling og forløp” og ”Råd til fastlege/tilsynslege”. Dette er en situasjon vi ønsker å forbedre.

Primærhelsetjenesten

Til sammenligning har vi, under utplassering i allmennpraksis, observert at fastlegene i varierende grad leser hele epikrisen. Vi har sett at hovedfokuset ofte blir lagt på resyméet, og at dette kanskje er det eneste som blir lest i en travel og tidspresset arbeidsdag. Vårt inntrykk er at flere fastleger synes epikriser generelt er for lange og uoversiktlige, og at resymédelen er både mangelfull og ustrukturert. Kunnskapsgrunnet på dette feltet støtter opp under våre erfaringer. For å få et bedre og mer konkret inntrykk av hva fastlegene selv mener, ringte vi flere fastleger i sektorområdet til Sykehuset Innlandet, Hamar. Kontaktinformasjon til fastlegekontorene ble hentet fra offentlige nettsider med oversikt over kommunale fastleger i Hamar-regionen [14]. To personer fra prosjektgruppen startet øverst på listen og ringte til 10 ulike kontorer. Det var svært vanskelig å komme i kontakt med legene grunnet stort tidspress på kontorene, og ved direkte kontakt var det få som hadde tid til å samtale. Vi endte derfor med å intervju tre av dem. Etter en kort informering om forbedringsprosjektet, stilte vi flere spørsmål knyttet til epikrisens rolle i kommunikasjonsflyten mellom sekundær- og primærhelsetjenesten. Vi hadde på forhånd laget en mal som inkluderte følgende spørsmål: 1) Synes du det er behov for innføring av standardiserte underpunkter under resymédelen i epikrisemalen? 2) Hva anser du som viktig i et resymé? Hvilke punkter synes du er viktige i et resymé? 3) Har du noen tilbakemeldinger på våre foreslåtte punkter under resymédelen? Hva var bra/dårlig? 4) Kunne du å tenke deg å svare telefonisk på et spørreskjema 3, 6 og 12 måneder etter at forbedringsarbeidet har blitt satt i gang?

Ved spørsmål om fastlegene syntes det var behov for å innføre en standardisert resymémål i epikrisemalen var svarene delt [3]. To fastleger så ikke det store behovet for ny standardisering av epikrisemalen fra Hjertemedisinsk avdeling (fastlege 1 og fastlege 2), mens én var positiv til forbedringsprosjektet og så behovet av innføring av tiltaket (fastlege 3). Generelt svarte fastlegene at epikrisene fra Hjertemedisinsk avdeling var gode (fastlege 1, 2 og 3). Det ble poengtert at det ofte var stor kvalitetsforskjell på epikrisene avhengig av hvilken avdeling disse kom fra, og indremedisinerne ble rapportert til å skrive de beste epikrisene (fastlege 3). Imidlertid ble generell kvalitetssikring av epikriser trukket frem som viktig, og en standardisering av epikrisemalens resymédel vil kunne tenkes å bidra til dette (fastlege 2).

Fastlegene ga relativt sammenfallende svar på spørsmål om hva de anså som sentrale punkter i et resymé, og hvilke punkter de selv kunne ønske seg eller savnet i en resymémål. Én fastlege syntes det var viktig å få med et kort sammendrag av sykehistorie og behandling under sykehusoppholdet, oversikt over hvilke medikamenter pasienten stod på og eventuelle endringer av disse, svar på relevante prøvesvar dersom disse skulle følges opp samt informasjon om videre oppfølging (fastlege 3). En annen understreket at det var vitalt å dokumentere medisinformandring og videre tiltak (fastlege 1), mens en siste anga dato for innleggelse og utskrivelse, diagnose, behandling, videre ivaretagelse, i hvilken form pasienten var ved utskrivelse samt prognose som nødvendige punkter i et resymé (fastlege 2).

Prosjektgruppens forslag til standardiserte underpunkter mottok udelt positive kommentarer. Fastlegene kom også med ulike tilbakemeldinger. Én fastlege poengterte behovet for presisering av seponeringer, nye medikamenter eller ingen endring under medikamentpunktet (fastlege 3). En annen syntes imidlertid at punktet om medisiner ved utskrivelse ikke burde være med i resyméet i det hele tatt, men at dette burde være et eget punkt i epikrisen og nevnes kun én gang (fastlege 2). Én fastlege etterlyste kopi av undersøkelsesresultater og videre oppfølging utført ved andre sykehus/avdelinger som stod oppført som gjort/planlagt i epikrisen, men ikke videreformidlet primærhelsetjenesten (fastlege 1).

Fastlegene ble spurt om de var interesserte i å telefonisk svare på et spørreskjema angående forbedringsarbeidet i kjølvannet av oppstart etter 3, 6 og 12 måneder. Samtlige fastleger kunne tenke seg å involveres i dette, til tross for at to av fastlegene i utgangspunktet ikke så noe stort behov for endring av eksisterende epikrisemal.

For øvrig understreket fastlegene at noe av det viktigste med en fremtidig bedret kommunikasjonsflyt, vil være å motta epikrisene så tidlig som mulig etter utskrivelse (fastlege 2 og 3). Epikriser burde generelt ikke være for lange, slik at man får bedre oversikt og ikke hopper over antatt lite relevante punkter ved gjennomlesning (fastlege 2). Verdien av fremtidig økt tilgjengelighet og gjensidig lav terskel for kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten ble også trukket frem som en generell oppfordring (fastlege 3).

Prosjektgruppen vedkjenner at et så lite utvalg av fastlegene i regionen ikke nødvendigvis reflekterer konsensusen blant alle regionens primærleger, og at dette kan påvirke denne kildens validitet. Tilbakemeldinger fra flere fastleger hadde vært å foretrekke, men var dessverre vanskelig å få til i praksis.

Tiltak – prosess og begrunnelse for valg av tiltak

Med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget, observasjoner av praksis og tilbakemeldinger har prosjektgruppen diskutert hvilken strukturell endring som kan tenkes å kvalitetsforbedre informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vi ønsket å kvalitetsforbedre epikrisemalen gjennom et tiltak der standardiserte underpunkter legges til resymédelen. Dette kan tenkes å bidra til et kort og normert format for resymédelen som sikrer at alle relevante opplysninger for nødvendig oppfølging av pasienten tas med. Dette skiller seg fra fritekstvarianter som kan være uoversiktlige. Vi har utviklet våre valgte underpunkter på basis av studier som har hatt som formål å etablere hvilke momenter som bør være med i en epikrise, og hvilke deler som ofte oppfattes som mangelfulle eller utelatte [8, 9]. Tilbakemeldinger og forslag fra fastleger på Hamar [3] og seksjonsoverlegen ved Hjertemedisinsk avdeling [13] er blitt vurdert og har hatt betydning for utformingen av de aktuelle underpunktene. Det samme gjelder våre egne erfaringer og observasjoner fra utplassering. Følgende underpunkter ønsker vi å inkludere i resymémalen:

- Innleggelsesårsak, hoveddiagnose og eventuelle tilleggsdiagnoser med relevans for oppfølging
- Medisiner ved utskrivelse
- Behandlingstiltak, eventuelle komplikasjoner under oppholdet og nåværende medisinske problemstillinger
- Videre plan og oppfølging av pasient

Etter gjennomgang av data, viser det seg at ulike implementeringsstrategier for tiltak i forbedringsarbeid, har varierende grad av effekt. I en oversiktsartikkel der det ble sett på effekten ved innføring av kliniske retningslinjer, ble det konkludert med at strategier med bruk av flere intervensjoner, og da spesielt intervensjoner der deltakerne hadde en aktiv rolle, hadde bedre effekt enn bruk av kun én intervensjon [16]. Det er også vist at god epikriseskriving kan læres, forutsatt god undervisning med veiledning og påfølgende feedback [12].

I løpet av prosessen med valg av tiltak, vurderte vi derfor flere strategier for å optimalisere sluttresultatet. Kunnskapsgrunnlaget indikerer at økt involvering av kolleger gir bedre effekt av innføring av et tiltak, og at flere intervensjoner har bedre effekt enn kun én. På bakgrunn av dette har vi valgt en kombinert strategi med ulike intervensjoner for implementeringsdelen av tiltaket vårt, der alle legene ved Hjertemedisinsk avdeling involveres (se utdypende gjennomgang under delen om *Prosess og organisering*):

- Undervisning: I regi av prosjektgruppen vil det bli gitt:
 - Informasjon om forbedringsprosjektet med begrunnelse i kunnskapsgrunnlaget og informasjon innhentet fra fastleger i lokalområdet
 - Veiledning i epikriseskriving
 - Tilbakemelding underveis i prosjektperioden
- Resymémål i epikrisemal: legge til en mal med standardiserte underpunkter i resymédelen i allerede eksisterende epikrisemal i DIPS
- Endring av epikrisemal i retningslinjene til Hjertemedisinsk avdeling

Verktøy

Ingen spesifikke verktøy har blitt vurdert som spesielt nyttige under kartleggingen av forbedringsarbeidet. Imidlertid har vi tatt i bruk to generelle verktøy. Før valg av tema for prosjektet hadde gruppen en idédugnad for å få frem et mangfold av ideer. Alle gruppemedlemmene skrev ned forslag, presenterte dem for gruppen, før påfølgende diskusjon og evaluering i fellesskap. Vi kom tidlig frem til at vi ønsket å gjøre et forbedringsarbeid innen informasjonsflyt/kommunikasjon, og vi ble enige om et forbedringstiltak i form av standardisering av underpunktene i resymédelen av epikrisen. Det andre verktøyet vi har benyttet er litteratursøk, hvilket er nærmere beskrevet i kunnskapsgrunnlaget.

Indikatorvalg

Vi har valgt å bruke to indikatorer, en prosessindikator og en resultatindikator. En kvalitetsindikator er en målbar variabel som skal si noe om et komplekst fenomen som i seg selv er vanskelig å måle [16]. I vår oppgave ønsket vi først og fremst å forbedre informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Et resultatmål gir informasjon om de helsemessige effektene av behandling, for eksempel funksjon eller overlevelse [16]. Hvorvidt vårt forbedringstiltak (av resymédelen i epikrisen) vil kunne føre til bedre funksjon eller overlevelse er vanskelig å måle i et så lite utvalg som vårt (en sykehusavdeling). Det ville være bedre å bruke fastlegene sin tilfredshet med epikrisene som resultatindikator. En god indikator skal være gyldig, pålitelig, sensitiv og spesifikk [18].

Vi ser for oss forskjellige alternativer for å måle fastlegenes tilfredshet som oppfyller kravene til en god indikator. For eksempel kunne vi sendt et spørreskjema med noen av epikrisene. Fordelen med dette er at vi kunne ha nådd en stor andel av fastlegene i distriktet, risikoen er at det kan gi en lav svarprosent. Vi kunne også ringt til fastleger etter at de hadde mottatt en epikrise og stilt relevante spørsmål. Under avsnittet *observasjon av praksis* forsøkte vi nettopp dette, men vi erfarte at det var tidskrevende og oppnådde få respondenter. Vi mener at den beste metoden for å evaluere fastlegenes tilfredshet er kvalitativt, ved å samle en liten gruppe interesserte fastleger som vurderer epikrisene de har mottatt ved regelmessige individuelle telefonintervjuer. På en slik måte kan vi få kvalitativ informasjon fra epikrisemottakerne og dermed bringe dem inn i prosjektet. Dette er en gyldig indikator da den måler oppgavens kjernefokus: fastlegenes tilfredshet. Vi oppnår dermed at fastlegene kan påvirke epikriseskriverne gjennom aktiv tilbakemelding. Vi kan blant annet benytte de samme fastlegene som allerede har blitt intervjuet om sitt syn på epikriser, og har indikert at de kunne tenke seg å delta i prosjektet. Deltagerne bør ha et særlig fokus på epikrisene de mottar, og for å sikre god spesifisitet er det viktig at fastlegene skiller mellom epikrisene de får fra andre avdelinger og epikrisene fra tiltaksavdelingen. En utfordring er å utforme pålitelige og nøyaktige spørsmål som kan måles og analyseres likt over tid (se avsnittet: *organisering av selve forbedringsprosjektet*). Mulige feilkilder kan være at fastlegene mottar få epikriser fra avdelingen og derfor har et lite vurderingsgrunnlag. Evaluering retrospektivt etter noen måneder kan medføre at fastlegene har glemt verdifull informasjon om epikriser de mottok noen måneder tidligere. I tillegg vil en liten gruppe ikke nødvendigvis uttrykke mangfoldet av meninger blant fastlegene i området.

Et prosessmål evaluerer i hvilken grad klinisk praksis er i samsvar med det som anses å være

optimale prosedyrer [16]. I vårt tilfelle vil epikrisene være lett tilgjengelig i DIPS. Det vil derfor være enkelt å undersøke retrospektivt om malen i praksis benyttes, ved å sammenligne epikriseresymmet med en mal for hva resymmet skal inneholde. For å sikre at epikrisene ikke scores ulikt av forskjellige leger bør det utarbeides en sjekkliste med konkret informasjon om hvordan epikrisen skal scores (vedlegg 1). Hver epikrise bør scores av to leger, og det bør være få personer som gjennomfører scoringen for å sikre god pålitelighet. Denne indikatoren kan vi følge over tid. Vi ønsker å bruke en slik prosessindikator for å avdekke hvorvidt den nye malen blir fulgt.

Prosess og organisering for bedre praksis

Organisering av selve forbedringsprosjektet

Vi ønsker å benytte en syklisk PDSA tilnærming i prosjektet, for å kunne oppnå fortløpende evaluering og eventuelt endringer underveis [17].



Vi ser for oss at vi er en gruppe yngre leger ved avdelingen som utgjør prosjektgruppen med ansvar for innføringen av forbedringstiltaket. Deltakerne i forbedringsprosjektet blir prosjektgruppen og alle legene som skal bruke den nye resymémalen.

Vår første milepæl blir å fange interessen til avdelingsledelsen/avdelingsoverlegen. Vi tenker oss et møte der forbedringsprosjektet blir presentert med hovedvekt på kunnskapsgrunnlaget. Videre ser vi for oss at avdelingsoverlegen inkluderes i prosjektgruppen sammen med initiativtakerne. Vi vil være nøkkelpersonene i prosjektet, med ansvar for å hente inn data fra fastlegene, og for å følge opp og utføre stikkprøver på epikrisematerialet.

Prosjektgruppen har på forhånd forhørt seg med en gruppe fastleger i distriktet for å få en vurdering av prosjektet, samt å kartlegge behovet for endring av epikrisestrukturen. Her har vi vært åpne for innspill til punktene vi har tatt med i resymémalen. Vi har også forhørt oss om

fastlegene kan tenke seg å bli kontaktet i tiden satt av til vårt prosjekt, og om de er villige til å svare på en endelig evaluering (jfr resultatindikator) etter ett år.

Etter at fastlegene er involvert kan forbedringsprosjektet presenteres for alle de aktuelle legene på avdelingen. Denne presentasjonen bør holdes av prosjektgruppen. Dette kan gjøres i tiden satt av til ukentlig internundervisning. Vi ser for oss et undervisningsopplegg der det dokumenterte kunnskapsgrunnlaget legges frem og det motiveres til endring av rutinene. De standardiserte punktene i resymèdelen presenteres (se avsnitt om *tiltak*) og begrunnes. Konkrete kasus fra avdelingen bør presenteres i epikriseform, for å illustrere hvordan malen skal benyttes. Det bør presiseres at alle punktene alltid skal være med, og negative opplysninger dokumenteres. Hvis det for eksempel ikke er lagt til noen nye medisiner etter sykehusoppholdet, noteres dette slik: ”Ingen nye medisiner”. Videre i undervisningen vil vi informere om fastlegenes rolle i prosjektet, og relevansen av deres tilbakemeldinger. Prosjektgruppen bør også informere om at alle deltakerne følges opp med stikkprøver og feedback.

Det er viktig å involvere kollegene og åpne opp for diskusjon rundt prosjektet. Man kan se for seg at kollegene kan ha motstand mot tiltaket vi foreslår. Det er viktig å få kunnskap om deres motstand, og oppnå dialog. Prosjektgruppen må evaluere og implementere tilbakemeldingene i det fortsatte forbedringsarbeidet. På denne måten kan vi oppnå involveringen og motiveringen som er nødvendig for å utføre endringen. Prosjektgruppen må sette av tid både til undervisningen i plenum, og til diskusjon og veiledning med de enkelte leger som involveres i prosjektet over tid. Det bør åpnes opp for kontakt via mail fra de involverte. Hvor mange undervisningsseanser som behøves vurderes på grunnlag av tilbakemelding fra de ansatte og resultatet av de månedlige stikkprøvene.

Videre trenger vi hjelp fra IT-ansvarlige for å legge resymémalen inn i den allerede eksisterende epikrisemalen. Dette skal i følge våre opplysninger være en enkel prosedyre ved Hamar, selv om noen har opplevd problemer med endringer i DIPS ved andre sykehus. Det har nylig blitt innført en DIPS-mal for diabetessykepleiere ved Hamar sykehus, uten at dette medførte nevneverdige problemer ved innleggelse i det elektroniske systemet [13]. IT-endringer gjøres i etterkant av at alle leger er informert, og dato for oppstart er bestemt. Prosjektgruppen må samtidig sørge for endring av epikrisemalen i retningslinjene for Hjertemedisinsk avdeling.

Tiltakene kan raskt iverksettes. Det som vil ta tid er å få resymémalen integrert som en selvfølgelig del av en normert epikrisemal. Dette er noe som må følges over lengre tid, og vi har valgt å gjøre dette ved stikkprøver av epikrisene og tilbakemelding til den enkelte lege. Vi ser for oss at stikkprøvene blir tatt så ofte som en gang i måneden. For at alle skal bli vurdert bør det tas én stikkprøve av hver lege på avdelingen. Årsaken til at vi ønsker månedlige kontroller er for å oppnå kontinuitet i oppfølgingen, samt muligheten til å vurdere nye leger ansatt i løpet av prosjektperioden. Prosjektgruppen har ansvaret for å utføre stikkprøvene. Det er viktig å ha en fast prosedyre på hvordan disse stikkprøvene tas slik at det alltid blir gjort likt uavhengig av hvilke lege som utfører den. For å sikre at stikkprøvene scores normert ønsker vi at to leger scorer hver enkelt epikrise uavhengig av hverandre. Stikkprøven består i å sjekke om resyméet inneholder alle utvalgte punkter. Epikrisene blir gitt en poengsum etter hvor mange av punktene som er inkludert (se Vedlegg 1). Punkt 2 og 4 gir maksimalt 1 poeng, punkt 1 og 3 opptil 3 poeng – slik at høyest mulig score er 8 poeng. Legene opplyses om sin poengscore via mail eller ”gul lapp” i DIPS. Høy score bør følges av positiv tilbakemelding, mens lavtscorende leger bør tilbys ytterligere veiledning. Slik tilbakemelding kan virke motiverende og fremme dialog med de som ikke følger malen.

Som nevnt ønsker vi å involvere fastlegene i distriktet gjennom prosjektperioden og la deres vurdering av epikrisene fra Hjertemedisinsk avdeling være vår resultatindikator. For at de skal forbli involverte i prosjektet er det viktig å opprettholde forbindelsen. Vi har derfor valgt å kontakte dem etter 3, 6 og 12 måneder, for å sikre at fastlegene følger opp prosjektet og unngå at det går for lang tid fra de mottar epikrisen til de vurderer denne (”recall-bias”).

Spørreskjema ønsker vi besvart per telefon, og spørsmålene vi vil stille er som følger:

1. På en skala fra 0-10, hvor fornøyd er du med epikrisene fra hjertemedisinsk avdeling (0 er svært misfornøyd, 10 er svært fornøyd)?
2. Hva er eventuelt blitt bedre?
3. Er det noe som er blitt dårligere, eventuelt hva savner du i epikrise (-resyméet)?

Hvordan sikre forbedringsarbeidet for fremtiden?

Vi ønsker at resultatet av prosjektet vårt skal ha et ”evig” tidsperspektiv. Ved ansettelse av nye leger må disse derfor aktivt informeres om at resymémalen skal følges. Etter 12 måneder vil vi ha en evaluering av kvalitetsforbedringsprosjektet. Vi har valgt å la prosjektet gå over

ett år fordi fastlegene da bør ha fått tilstrekkelig mange epikriser fra Hjertemedisinsk avdeling, noe som sannsynligvis gir et godt nok grunnlag for analyse av deres tilbakemeldinger. Denne evalueringen kan bestå i et møte med prosjektgruppen der det presenteres data fra fastlegenes besvarte spørreskjema. I tillegg bør det legges fram data fra de månedlige stikkprøvene på etterlevelse av malen. På bakgrunn av resultatindikatoren vil vi også her være åpne for å revidere punktene i malen dersom tilbakemeldingene fra fastlegene tilsier dette. Prosjektgruppen bør i etterkant av evalueringen ta stilling til i hvilken grad prosjektet bør føres videre, eller om man kan avslutte de månedlige stikkprøvene og kontakten med fastlegene og la malen stå uten videre oppfølging.

Ledelsesaspekter - forhold til ledelse, forankring i organisasjonen

For å kunne igangsette et kvalitetsforbedringsprosjekt kreves det motiverte ledere som ser behovet for endring, og besitter verktøyene som kreves for å overføre teori til praksis. I utviklingen av ressurseffektive og nyskapende løsninger ved endring i sykehus, stilles det høye krav til lederens kompetanse og personlige egenskaper.

Endringsledelse betyr å omstille organisasjonen til å møte de ytre utfordringene og gjøre menneskene i organisasjonen i stand til å møte de indre endringene dette krever.

Godt tverrfaglig samarbeid, god møteledelse og samarbeidskompetanse med bruk av refleksjon, lytting, involvering, engasjement, læring og samarbeid, er viktig for å lykkes [19].

Mange erfarer at de ikke har nok tid til å sette seg inn i nye systemer i en hektisk arbeidshverdag. Lederen må derfor skape rom der de ansatte får mulighet til å lære noe nytt. I vårt prosjekt innebærer dette at legene i prosjektgruppen setter av tid til undervisning, veiledning og dialog med den enkelte lege på avdelingen. De ansatte må få mulighet til å kjenne eierskap til og bli involvert i endringsprosessene som påvirker dem. Dette gjør vi ved å åpne opp for dialog mellom prosjektgruppen og legene ved avdelingen. Tiltak for å håndtere endringsprosessen består blant annet i tett dialog mellom ledelse og ansatte i forkant, under, og i etterkant av endringsprosessen. Dialogen bør ta opp hva endringen består i, hva den har å si for avdelingen og hva den vil bety for den enkelte ansatt. Tilstedeværelse øker lederens mulighet til å forstå hvordan de ansatte opplever prosessen. Det er viktig at møtene man etablerer mellom prosjektgruppen og resten av avdelingen gir rom for at alle involverte får stilt spørsmål, mottar informasjon og kan drøfte nye arbeidsrutiner. Her må det også være lov å luften eventuelle problemer og utfordringer ved endringene [20]. En leder bør altså kunne klare å fokusere på viktigheten av endring og formidle konsekvensene av endret praksis.

Pedagogiske egenskaper er en forutsetning for å få til en endring som er effektiv og som vil bli implementert i avdelingen for fremtiden.

Å lede en endringsprosess krever oppslutning blant de ansatte fra start til slutt. For å oppnå dette må man ta hensyn til menneskene som er involvert i prosessen. De ansatte har sine personlige referanserammer, og er i jobbsammenheng fanget inn av fastsatte organisasjonsmønstre. Dette skaper holdninger som igjen kan utløse bestemte reaksjoner på endringen. I alle endringsprosesser bør lederen derfor ta høyde for usikkerhet og motstand i planleggingen. Det er mange former for motstand mot endring, og det er viktig at en leder forstår hvorfor denne motstanden oppstår, for slik å kunne håndtere den adekvat.

Direkte og indirekte årsaker til motstand i vårt prosjekt kan for eksempel dreie seg om mangel på tillit til ledelsen, antakelse om at endring er unødvendig eller ikke mulig, at medarbeiderne ikke ser noe positivt utbytte av endringen eller at endringen bryter med den etablerte kulturen [21]. Dette kan motvirkes ved å involvere legene i avdelingen gjennom grepene vi har skissert i kapitlet om *organisering av forbedringsprosjektet*, som kort oppsummert er å sørge for god undervisning, tett dialog og veiledning.

Evaluering/diskusjon

Vårt overordnede mål med innføring av resymémalen er å forbedre kommunikasjonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Ved å bedre kommunikasjonsflyten mellom sykehus og fastlege, kan fastlegen få et bedre utgangspunkt for å gi god informasjon og videre oppfølging av pasientene. Behovet for forbedring styrkes av kunnskapsgrunnlaget vårt som viser at fastlegene er misfornøyd med epikrisene, og spesielt resymédelen.

Seksjonsoverlegen ved Hjertemedisinsk avdeling på Hamar Sykehus stilte seg positiv til prosjektet og hadde reflekterte tilbakemeldinger til oss angående gjennomførbarheten, samt de standardiserte underpunktene vi har foreslått. Fastlegene på Hamar gav oss sprikende tilbakemeldinger. Noen så ikke behovet for endring av epikrisemal, de var gjennomgående svært fornøyde med epikrisene fra Hjertemedisinsk avdeling. Punktene vi hadde satt opp fikk positiv respons, men vi mottok ulike innspill om hva fastlegene vektla i resymeeet. Entydig var inntrykket av at innføringen av underpunkter i resymeeet kunne være kvalitetssikrende.

Dersom man skal se på svakheter ved vårt prosjekt kan vi peke på utvelgelsen av de standardiserte punktene i resymédelen. Vi har ikke funnet et entydig kunnskapsgrunnlag på

hvilke spesifikke punkter som bør være med i et epikriseresymé. Valget av punkter har vi derfor kommet frem til etter en helhetlig vurdering av kunnskapsgrunnlaget, vår kliniske erfaring og samtale med fastlegene og det aktuelle sykehuset. Det kan derfor tenkes at det er elementer som burde vært inkludert eller som er overflødige i dagens praksis. Vi mener likefullt at de aktuelle punktene er relevante og reflekterte.

Vi mener at metoden vår med flere intervensjoner i implementeringsarbeidet av tiltaket er god jamfør kunnskapsgrunnlaget. Til slutt mener vi at vi har gjort fornuftige indikatorvalg.

Resultatindikatoren i prosjektet - fastlegenes tilfredshet - vil være viktig i prosessen med å sluttevaluere prosjektet. Det er her viktig å ha i mente validiteten til indikatoren.

Vi har et lite, tilfeldig utvalg av Hamars fastleger som har sagt seg villige til å knytte seg til prosjektet. Det ønskelige ville selvfølgelig være at en større gruppe fastleger på Hamar ble inkludert og gav tilbakemeldinger. Vi tror det ville være lettere å få engasjert og inkludert fastlegene dersom prosjektet vårt hadde vært reelt og vi hadde kontaktet dem som leger ved en sykehusavdeling.

Vi har gjennom arbeidet med prosjektet kommet frem til at det er andre aspekter ved epikrisen det også ville vært nyttig å kvalitetsforbedre. Med tanke på at den aktuelle epikrisemalen allerede inneholder punkter som kan dekke elementene i vårt resyméforslag, ville det antagelig vært mest hensiktsmessig å vurdert en fullstendig revisjon av *hele* epikriseforlaget. I følge fastlegene er det et sterkt ønske om at epikrisen blir raskere tilsendt etter utskrivelse av pasient. Dette ville være en interessant problemstilling for et annet kvalitetsforbedringsprosjekt.

Etter en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget vårt, og etter diskusjon med Hjertemedisinsk avdeling og fastleger på Hamar, anser vi det som et nyttig, men muligens for ressurskrevende kvalitetsforbedringsprosjekt å innføre tiltaket vi har skissert. Fastlegene i mikrosystemet fremstår fornøyde med hvordan epikrisen fra Hjertemedisinsk avdeling er utformet per dags dato. Validiteten på disse tilbakemeldingene kan imidlertid betviles da vi kun snakket med tre av mange fastleger i distriktet. Det kan se ut som dette kvalitetsforbedringsprosjektet har blitt større og mer tidkrevende enn det vi i utgangspunktet antok, uten at vi har konkrete data som grunnlag for å kunne si noe om kostnad – nytte. Fastlegenes tilbakemeldinger kan peke i retning av at gevinsten ved innføring av tiltaket blir liten. Vi tror at en resyméal generelt kan være med på å kvalitetssikre og tydeliggjøre pasientinformasjon i epikrisen, men vi

konkluderer med at dette kvalitetsforbedringstiltaket ikke bør innføres ved Hjertemedisinsk avdeling på Hamar Sykehus.

Kilder

1. [Http://www.Helsedirektoratet.no/samhandling/reformen/](http://www.Helsedirektoratet.no/samhandling/reformen/) (lastet ned 25.05.11)
2. Personlig meddelelse Roald Torp, avd. overlege Medisinsk avdeling, Hamar Sykehus
3. Personlige meddelelser fastlegene John Arvid Bergvald (Brumunddal Legesenter), Maria Angelica Skalleberg (Stange Legesenter) og Kåre Steinum (Ridabu Legesenter)
4. Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors-- L IMM: Landskrona Integrated Medicines Management. Bergkvist A, Midlöv P, Höglund P, Larsson L, Bondesson A, Eriksson T. Eur J Clin Pharmacol. 2009 Oct;65(10):1037-46.
5. Den gode epikrisen – kriterier og evaluering. Hall C, Bjørner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R. Tidsskr Nor Laegeforen. 2007 Apr 19;127(8):1049-52.
6. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. JAMA. 2007 Feb 28;297(8):831-41
7. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. J Qual Clin Pract. 2001 Dec;21(4):104-8
8. What is necessary for high-quality discharge summaries? van Walraven C, Rokosh E. Am J Med Qual. 1999 Jul-Aug;14(4):160-9
9. Quality assessment of a discharge summary system. van Walraven C, Weinberg AL. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1437-42.
10. Standardized or narrative discharge summaries. Which do family physicians prefer? van Walraven C, Duke SM, Weinberg AL, Wells PS. Can Fam Physician. 1998 Jan;44:62-9.
11. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Kvaerner KJ, Tjerbo T, Botten G, Aasland OG. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Oct 20;125(20):2815-7.
12. Are discharge summaries teachable? The effects of a discharge summary curriculum on the quality of discharge summaries in an internal medicine residency program. Myers JS, Jaipaul CK, Kogan JR, Krekun S, Bellini LM, Shea JA. Acad Med. 2006

- Oct;81(10 Suppl):S5-8.
13. Personlig meddelelse Trine Finnes, seksjonsoverlege Medisinsk avdeling, Hamar Sykehus
 14. <http://www.hamar.kommune.no/category4448.html> (lastet ned 05.08.11)
 15. Prior M, Guering M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical implementation strategies - a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 2008;14:888-897.
 16. Rygh L, Mørland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorene, *Tidsskr Nor Lægeforen*; 2006, nr 21, 2822-5
 17. Schreiner A. Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. Kapittel 5.2 Kvalitetshjulet (PDSA) Skriftserie for leger: utdanning og kvalitetsutvikling, Den norske lægeforening Oslo 2004.
 18. Schreiner A. Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. Kapittel 8.2 Indikatorer – et redskap for å måle. Skriftserie for leger: utdanning og kvalitetsutvikling, Den norske lægeforening Oslo 2004.
 19. Nasjonalt topplederprogram, mars 2007. Fordypningsoppgave; Endringsledelse med/mot sterke fagfolk ” En leders balansegang mellom det mulige og umuliges kunst ”. http://www.helse-midt.no/upload/Topplederprogrammet/grupp_endringsledelse.pdf (lastet ned 23.05.11)
 20. Camilla Henning, april 2010. Endringsledelse - hva dreier endring seg om, egentlig? <http://www.edb.com/no/Konsern/Aktuelt/Nyhetsbrev/Consulting---nyhetsbrev/Endringsledelse---hva-dreier-endring-seg-om-egentlig/> (lastet ned 23.05.11)
 21. Kristensen KS, Solstad A, Hegerberg MS og Petersen AB. September 2000, Endringsledelse; eksempler og modeller. Statskonsult.

Vedlegg

Vedlegg 1: Scoringssystem for epikrisemal.

Punkter	Max score	Score på aktuell epikrise
Innleggelsesårsak (1), hoveddiagnose (1) og eventuelle tilleggsdiagnoser (1) med relevans for oppfølging	3	
Medisiner ved utskrivelse	1	
Behandlingstiltak (1), eventuelle komplikasjoner (1) under oppholdet og nåværende medisinske problemstillinger (1)	3	
Videre plan og oppfølging av pasient	1	
Total sum	8	

