



**Kandidatspeciale**  
**Afdeling for Samfundsfarmaci**

# **Epikrisen som kommunikationsredskab**

- et casestudie om indholdet af  
hjerteinsufficienspatienters epikriser

**Udarbejdet af**  
**Marianne Hansen**  
**# 02113**

Vejleder: Lektor cand.pharm. Ellen Westh Sørensen  
Afleveret den: 17/04/2008

## Titelblad

**Titel:** **Epikrisen som kommunikationsredskab**

- et casestudie om indholdet af hjerteinsufficienspatienters epikriser

**Title:** **The discharge letter as a communicational tool**

- a case study on the contents of heart insufficiency patients' discharge letters

**Kursus:** Kandidatspeciale på farmaceutuddannelsen, 30 ECTS point

**Udarbejdet:** Efteråret 2007 og forår 2008, Københavns Universitet, Det Farmaceutiske Fakultet, Institut for Farmakologi og Farmakoterapi, Afdelingen for Samfundsfarmaci

**Afleveret:** D. 17. april 2008

Smørum, d. 17. april 2008

---

Marianne Hansen

# 02113

## Forord

Tilbage i efteråret 2005 indgik jeg aftale om specialeplads på Afdeling for Samfundsfarmaci, og siden da har projektet og ikke mindst problemformulering taget mange forskellige drejninger, inden rammerne for indeværende speciale er faldet på plads. Som et allersidste punktum på farmaceutuddannelsen er det derfor med stor fornøjelse at jeg skriver disse indledende ord som afslutning på et langt og lærerigt uddannelsesforløb på universitetet. Specialeprocessen har været præget af frustrationer, søvnløse nætter, men selvfølgelig også af positive oplevelser, så det er glædeligt endelig at kunne aflevere den færdige opgave med tilfredshed.

Der skal lyde en stor tak til ph.d. studerende cand.pharm. Søren Ilsøe-Kristensen, Institut for Farmakologi og Farmakoterapi for at have fungeret i en supplerende vejlederrolle, for et fremragende samarbejde omkring den kvantitative del af rapporten samt altid god faglig sparring, diskussionslyst og støtte under hele processen. Ligeledes tak til vejleder lektor, cand.pharm. Ellen Westh Sørensen, Afdeling for Samfundsfarmaci for kyndig vejledning gennem tilblivelsen af specialerapporten samt tak for friheden, der er givet og tilliden, der er vist mig i hele forløbet.

Ydermere skal der rettes en stor tak til nu cand.pharm. Kamilla Juel Vagtborg for uvurderligt selskab på kontoret under specialeprocessen samt for velvilligheden til diskussion og for den massive mængde konstruktive kritik og hjælp i alle specialets faser. Endvidere skal der selvfølgelig også lyde en stor tak til informanterne, der alle har været imødekommende og interesserede i projektet. At disse personer har afsat tid i en travl hverdag for at bidrage med viden, erfaringer og holdninger, har været meget brugbart for udviklingen af specialet. Det øvrige personale på Afdeling for Samfundsfarmaci skal også takkes for deres venlighed og hjælpsomhed, når dette har været nødvendigt.

Endelig en tak til stud.mag. Jesper Hansen for hjælp til abstractet og evig opmuntring samt for at være min bror, ligesom mine altid hjælpsomme forældre skal have en stor tak for konstant opbakning og ubetinget kærlighed. Tilslut skal min kæreste Henrik Vorm-Andersen have den største tak, for den enorme forståelse, støtte og praktiske hjælp - ikke bare under specialeprocessen - men i hele studietiden.

Datamaterialet i form af epikriser anvendt i specialet er indsamlet af ph.d. studerende Søren Ilsøe-Kristensen. Der er gennem Datatilsynet erhvervet en supplerende tilladelse til at få indsigt i patientmaterialet i forbindelse med indeværende speciale. Resultaterne genereret i denne opgave vil efterfølgende være frit tilgængelige for Søren Ilsøe-Kristensen til anvendelse i sit projekt, samt til udarbejdelse af en artikel med fælles forfatterskab.

Der er forud for udarbejdelsen af denne opgave ikke nogen forforståelse omkring epikriser, så den viden, der ligger til grund for min udarbejdelse, analyse og generering af resultater, er erhvervet gennem forskellige dokumentarmateriale jf. afsnit 4.4.

Marianne Hansen  
Smørum, d. 17. april 2008

## Resume

**Baggrund:** Der har gennem længere tid været fokus på sammenhængsproblemer i det danske sundhedsvæsen. De seneste år har det sammenhængende patientforløb, med helhed og kontinuitet samt evidensbaseret behandling af høj kvalitet været med til at præge sundhedsdebatten. Det er af stor betydning, at der korrekt og rettidigt bliver viderebragt information mellem sundhedsprofessionelle, når patienter overdrages fra den ene sundhedssektor til den anden. Med sundhedsaftalerne i den nye strukturreform er det ønskeligt at styrke det offentlige sundhedsvæsen, hvor forpligtigelse mellem kommuner og regioner til at indgå i et gensidigt samarbejde er indeholdt. Epikrisen er det dokument, der udfærdiges f.eks. efter en indlæggelse, et ambulante- eller skadestuebesøg, og er en af forudsætningerne for et optimalt tværsektorielt samarbejde. Der lægges i dette speciale vægt på epikrisens indhold mht. medicinstatus, behandlingsplan og patientinformation, samt ekspeditionstiden for epikriserne.

**Teoretisk perspektiv:** Med udgangspunkt i MTV-tankegangen og med organisationsteori som referenceramme afbildes epikrisen som et medicinsk værktøj i en sundhedsfaglig organisation. Vejledninger om epikriser forfattet af Sundhedsstyrelsen, tillige med andet dokumentarmateriale, danner baggrund for forståelsen af epikrisers indhold.

**Metode:** Casestudie design anvendes som fremgangsmåde, og der tages udgangspunkt i en gruppe hjerteinsufficienspatienter tilknyttet en hjertesvigtssklinik, HIK i Region Hovedstaden. Disse patienters epikriser danner baggrund for den case, der ønskes undersøgt. Med afsæt i dokumentarmateriale, samt epikrisedata indsamlet i forbindelse med et ph.d. projekt, vurderes indholdet af epikriserne, og resultaterne herfra sammenholdes med erfaringer indhentet fra kvalitative, semi-strukturerede forskningsinterview.

**Resultater:** Den beskrevne population består af 88 personer tilhørende 585 epikriser. Gennemsnitsalderen er 73 år (median 74, interval 47-95), og 72 % af de inkluderede er mænd. Den primære aktionsdiagnose blandt patienterne er hjerteinkompensation uden specifikation.

Der er i ca. 70 % af alle epikriserne ikke angivet medicinstatus. I godt 27 % er behandlingsplan ikke anført, og i 81 % er der ikke givet information til patienten. Den gennemsnitlige ekspeditionstid af epikrisen er 4,6 dage (median 1, interval 0-239).

Der er blandt informanterne enighed om, at en epikrise bør komme rettidigt, at den skal indeholder en diagnose, væsentlige kliniske fund, iværksatte behandlinger, fremtidig behandlingsplan samt medicinstatus. Der er overordnet tilfredshed med epikriserne, men der opleves flere problematiske tilfælde.

**Konklusion:** Indholdet af epikriser er svingende med hensyn til medicinstatus, behandlingsplan og patientinformation. Tiden fra udskrivning til afsendelse af epikrisen er overvejende acceptabel, men forsinkede epikriser kan resultere i forskellige kliniske og praktiske konsekvenser. Kommunikationen mellem sektorerne er tilfredsstillende, og epikrisen er et operationelt redskab, hvis den anvendes korrekt. Struktur og rutiner vil kunne forbedre epikrisernes indhold. Flere ressourcer og større elektronisk kompatibilitet vil også bidrage til optimering af indholdet samt forkorte ekspeditionstiden.

## Abstract

**Background:** For a long time, cohesion problems in the Danish health sector have been in focus. In the last few years cohesive patient progress with unity and continuity plus high quality evidence-based treatment have helped shape the health debate. The correct and punctual passing of information between health professionals, when a patient is transferred from one health sector to another, is important. With the health agreements in the new structural reform it is desirable to strengthen the public health sector which contains the commitment of mutual cooperation between counties and regions. The discharge letter is the document that is prepared after e.g. hospitalization, an outpatient or emergency room treatment, and it is one of the prerequisites for an optimal cross-sectional cooperation. In this thesis the primary focus is on the contents of the discharge letters concerning medical status, treatment plans and patient information plus the turnaround times for the discharge letters.

**Theoretical perspective:** With MTV theory as starting point and with organizational theory as a frame of reference, the discharge letter is portrayed as a medical tool in a health professional organization. Guidelines on discharge letters from the National Health Service as well as other documentary materials form the background for the basic understanding regarding the contents of the discharge letters.

**Methodology:** A case study design is employed and the basis of the paper is a group of heart insufficiency patients connected to a heart failure clinic, HIK in Region Hovedstaden. These patients' discharge letters form the background for the desired investigation of the case. With the document materials and the discharge letter data, collected during a PhD project, as points of departure, the contents of the discharge letters is examined and these results are then compared to experiences gathered from qualitative semi-structured research interviews.

**Results:** The described population consists of 88 persons connected to 585 discharge letters. The average age is 73 years (median 74, interval 47-95) and 72 % of the included subjects are males. The primary diagnosis among the patients is heart incompenstation without specification. In approximately 70 % of the cases, the medical status is not noted. In about 27 % of the cases a treatment plan is not noted and in 81 %, information is not given to the patient. The average turnaround time of the discharge letters is 4.6 days (median 1, interval 0-239).

Among the informants there is a consensus that a discharge letter should be on time, that it contains a diagnosis, important clinical findings, implemented treatments, a future treatment plan and medical status. Overall the discharge letters are deemed satisfactory but several problematic cases are reported.

**Conclusion:** The content of the discharge letters varies concerning medical status, treatment plan and patient information. The period of time from dischargement to the dispatch of the discharge letters is generally acceptable but delayed discharge letters can result in different clinical and practical consequences. The communication between the sectors is satisfactory and the discharge letter is an operational tool if used correctly. Structures and routines could improve contents of the discharge letters. More resources and a higher degree of electronic compatibility could also contribute to an optimization of the contents and could shorten the turnaround time.

## Begrebsliste - ordforklaring og forkortelsesangivelse

De nedenstående forklaringer til begreber og forkortelser er angivet og defineret i forhold til indeværende speciale. I de tilfælde hvor der er anvendt en forklaring eller definition hentet fra litteraturen, er dette angivet som fodnoter.

Begreb/forkortelse	Forklaring
<b>Behandlingsmål</b>	Kortsigtede såvel som langsigtede mål for patientens færdigheds- og funktionsniveau <sup>1</sup>
<b>Behandlingsplan</b>	Defineres til indeværende speciale som den behandlingsmetode, der beskriver strategien hen mod opfyldelse af patientens behov efter udskrivningen. Herunder hører også kriterier for, hvornår behandlingen ophører <sup>1</sup>
<b>Creatininkinase</b>	Enzym der katalyserer creatinin til creatinphosphat. CK-B izoenzym anvendes til diagnostik af akut hjerteinfarkt <sup>2</sup>
<b>Diktering</b>	Lægerne indtaler f.eks. et journalnotat eller epikrise på bånd, hvorefter sekretærerne skriver det ind i patientens journal eller som epikrise
<b>Ekspeditionstid</b>	Betegner den tid, der går fra udskrivning af patienten, til epikrisen bliver sendt til egen læge, plejehjem eller andre relevante sundhedsprofessionelle
<b>Epikrise</b>	Udskrivningsbrev omhandlende indlæggelsesforløbet og sendes ved udskrivningen til egen læge (jf. afsnit 1.3. om epikriser)
<b>EPJ</b>	Elektronisk patientjournal
<b>EPM</b>	Elektronisk patientmedicinering
<b>GS</b>	Grønt system. Patientadministrative system i H:S
<b>HIK</b>	Hjerteinsufficiens klinik jf. nedenstående
<b>Hjerteinsufficiens</b>	Kaldes også hjertesvigt, og er en tilstand med en række symptomer som følge af, at hjertet pumper dårligt. Hjertesvigt kan være forårsaget af mange forskellige ting, som alle resulterer i, at hjertet ikke pumper optimalt. <sup>3</sup>
<b>Hjertesvigt klinik</b>	Den udvalgte klinik forkortes HIK og omtales ligeledes sådan i daglig tale på stedet. Her tilses patienter og optitreres og reguleres i medicin
<b>H:S</b>	Hovedstadens Sygehusfællesskab
<b>ICD 10-koder</b>	International Classification of Diseases, 10th ed. Diagnosekoder opdelt efter sygdomsgrupper <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Epikrisedokument fra H:S

<sup>2</sup> Klinisk Ordbog

<sup>3</sup> Hjerteforeningens hjemmeside

<sup>4</sup> WHO's hjemmeside

<b>Informationsredskab</b>	Eksempelvis et dokument, en database eller teknologi til at bringe informationer rundt i sundhedsvæsenet, jf. efterfølgende pkt.
<b>Kommunikationsredskab</b>	En måde at komme kommunikere optimalt med øvrige sundhedsprofessionelle, jf. informationsredskab
<b>Kvalitetsmål</b>	Er f.eks. for hospitalerne antal ekspeditionsdage for epikriserne eller antal indlæggelsesdage af patienterne
<b>Medicinforløb</b>	Patientens medicinske behandlingsforløb
<b>Medicinprofil</b>	Synonym for PEM. Se denne.
<b>Medicinsk redskab</b>	Jf. medicinsk teknologi
<b>Medicinsk teknologi/værktøj</b>	De metoder og det udstyr, der anvendes i f.eks. opsporing, diagnosticering, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse <sup>1</sup>
<b>Medicinstatus</b>	Angivelse af medicininformationer i epikriser. F.eks. mht. dosering, styrke, doseringsvarighed, indikation og formulering
<b>MTV</b>	Medicinsk Teknologivurdering - en bred og flerfaglig analyse af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi <sup>1</sup>
<b>Patientinformation</b>	Defineres i dette tilfælde som den information, patienten gives fra en sundhedsprofessionel
<b>PEM</b>	Personlig Elektronisk Medicinprofil. Kaldes i daglig tale Medicinprofilen. Der er adgang hertil gennem sundhedsportalen sundhed.dk og er personlig, hvor sundhedsfagligt personale kun kan få adgang hertil med patientens samtykke.
<b>Praksissektor</b>	Finansieres med skattemidler og omfatter en række privatpraktiserende ydere, f.eks. almenpraktiserende læger, speciallæger, kiropraktorer, tandlæger og fysioterapeuter. <sup>2,3</sup>
<b>Primærsektor</b>	Almenpraktiserende læger, tandlæger, praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer, sundheds- og hjemmesygeplejersker, fodterapeuter og apoteker mv. <sup>3</sup>
<b>Regime</b>	Aftale, som er indgået om en standardbehandlingsplan for en bestemt gruppe patienter med sammen diagnose, hvilket indebærer en automatisk henvisning til nødvendige behandlere <sup>4</sup>
<b>Sammenhængende patientforløb</b>	Viden, vidensdeling samt handlinger mellem mennesker, fag, institutioner og sektorer <sup>5</sup>
<b>Sekundærsektor</b>	Sygehusene samt praktiserende speciallæger <sup>3</sup>
<b>SKS-koder</b>	Koder anvendt til Sundhedsfaglig Klassifikationssystem. Er de danske diagnosekoder oversat fra ICD 10-koderne <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmeside, MTV

<sup>2</sup> Patientforeningen Danmark

<sup>3</sup> Vallgård S, Krasnik A

<sup>4</sup> Epikrisedokument, H:S

<sup>5</sup> CVU Øresund

<sup>6</sup> Sundhedsstyrelsen

## Figurer, tabeller og bilagsoversigt

<b>Figurer</b>	<b>Titel</b>	<b>Side</b>
Figur 1	Det sammenhængende patientforløb	3
Figur 2	Leavitt's organisationsmodel	10
Figur 3	Flowdiagram over patientinkludering	30
Figur 4	Oversigt over afsendere af epikriserne	32
Figur 5	Oversigt over antallet af epikriser resultaterne er beregnet ud fra	33
Figur 6	Fordeling af epikrisertyper	33
Figur 7	Ekspeditionstiden for afsendelse af epikriser	34
Figur 8	Kumuleret graf for ekspeditionstiden	34

<b>Tabeller</b>	<b>Titel</b>	<b>Side</b>
Tabel 1	Litteratur som forforståelse	15
Tabel 2	Forskelle mellem kvantitativ og kvalitativ forskning	18
Tabel 3	Oversigt over informanter	24
Tabel 4	Dataskema	27
Tabel 5	Diagnoser	31
Tabel 6	Ekspeditionstid af epikriser	35
Tabel 7	Medicinstatus	36
Tabel 8	Epikrisens indhold omkring medicinstatus	36
Tabel 9	Eksempler på mangler i medicinstatus	37
Tabel 10	Indholdsvurdering ud fra kvalitetskriterier	38
Tabel 11	Kvalitetskriterier	Bilag 6
Tabel 12	Kvalitetskriterier, udspecificeret på epikrisetype og kriterium	Bilag 6
Tabel 13	Kvalitetskriterier, udspecificeret på epikrisetype	Bilag 6

<b>Bilag</b>	<b>Titel</b>
Bilag 1	Eksempel på epikriser
Bilag 2	Oversigt over anvendt dokumentarmateriale
Bilag 3	Eksempel på dataark
Bilag 4	Interviewguide
Bilag 5	Mulige kliniske konsekvenser
Bilag 6	Indholdsvurdering
Bilag 7	Transskriptioner

## Indholdsfortegnelse

1. Introduktion .....	1
1.1. Strukturreform og sundhedsaftaler .....	2
1.2. Det sammenhængende patientforløb .....	3
1.3. Epikrisen .....	5
1.4. Præsentation af ph.d. projekt .....	7
2. Målgruppe .....	9
3. Teori .....	9
3.1. Medicinsk Teknologivurdering (MTV) .....	9
3.2. Organisationsteori og epikrisen som en teknologi .....	10
4. Metode .....	12
4.1. Forskningsstyper .....	12
4.2. Casestudie .....	13
4.3. Afgrænsning af empirien .....	14
4.4. Dokumentarmateriale .....	14
4.4.1. Indsamling af skriftlige kilder .....	15
4.5. Metodologiske overvejelser .....	17
4.5.1. Kildekritiske overvejelser .....	17
4.6. Dataindsamlingsmetoder .....	18
4.6.1. Kvantitativ dataindsamling .....	19
4.6.1.1. Pilotprojekt .....	20
4.6.2. Kvalitative metoder .....	20
4.6.2.1. Kvalitative forskningsinterview .....	21
4.7. Dataanalyse .....	23
4.8. Informanter .....	24
4.9. Interview og interviewguide .....	25
4.9.1. Udførelsen af interviewene .....	25
4.9.2. Efterfølgende behandling .....	25
5. Resultater .....	26
5.1. Kvantitative resultater .....	26
5.1.1. Dataskema .....	27
5.1.2. Populationskarakteristik .....	30
5.1.2.1. Diagnoser .....	31
5.1.3. Epikriser .....	32
5.1.4. Ekspeditionstid .....	34
5.1.5. Medicinstatus .....	35
5.1.5.1. Kliniske konsekvenser .....	37
5.1.6. Behandlingsplan .....	37
5.1.7. Patientinformation .....	37
5.1.8. Indholdsvurdering .....	38

5.2.1. Indhold af epikriser .....	39
5.2.1.1. Medicinstatus .....	41
5.2.1.2. Behandlingsplan.....	43
5.2.1.3. Ekspeditionstid.....	43
5.2.1.4. Patientinformation.....	45
5.2.2. Epikrisen som kommunikationsredskab .....	45
5.2.2.1. Tværsektoriel informationsudveksling .....	46
5.2.3. Kliniske konsekvenser .....	47
5.2.4. Optimering og fremtiden.....	48
5.2.5. Andet.....	49
5.3. Kommentarer til resultaterne.....	50
5.3.1. Patientkarakteristik og epikrisetyper.....	50
5.3.2. IT og kommunikation .....	50
5.3.3. Kliniske konsekvenser .....	51
5.3.4. Praksiskonsulentarbejdet.....	52
6. Diskussion .....	52
6.1. Diskussion af de vigtigste resultater.....	52
6.1.1. Medicinstatus .....	52
6.1.2. Behandlingsplan.....	54
6.1.3. Patientinformation.....	55
6.1.4. Ekspeditionstiden .....	56
6.2. Diskussion i forhold til teorien.....	57
6.3. Diskussion af metodevalg .....	58
6.3.1. Deltagende informanter.....	59
6.3.2. Datamateriale og litteratur .....	59
6.4. Præsentation af andre undersøgelser .....	61
6.5. Videre forskning.....	62
7. Konklusion .....	63
8. Perspektivering.....	64
9. Referenceliste .....	65

## 1. Introduktion

Som en personlig konsekvens af den brede lægemiddel- og sundhedsfaglige viden erhvervet under farmaceutuddannelsen, efter et lærerigt og givtigt studieophold på apotek samt med en baggrund som laborant i medicinalindustrien, har alle disse erfaringer affødt en interesse omkring patienten, kunden og forbrugeren i nutidens sundheds- og velfærdsystem. Her tilbydes overordnet set en sikker og effektiv færd gennem hele livet, fra vuggestue til plejehjem, med tilbud om forskellige uddannelsesmuligheder, sundheds- og sociale ydelser og servicerefter behov. Efter at været blevet beriget med to dejlige tvillingedrenge har familieførelsen bl.a. medvirket til en større taknemmelighed over at bo i et land, hvor der eksisterer et veludbygget sundhedssystem til fri afbenyttelse. Det er forventeligt, og med overbevisende tryghed, at behandlinger foretages af et kompetent sundhedsfagligt personale, ligesom det er en selvfølge, at forekomsten af fejl i et kortere eller længere behandlingsforløb er minimal.

Denne høje grad af kvalitet, kompetence, teknologi samt behandlings- og uddannelses tilbud til trods er der i 2007 rapporteret ca. 22.000 utilsigtede hændelser i forbindelse med hospitalsindlæggelser. Heraf er godt en tredjedel forårsaget af medicineringsfejl af forskellig karakter. Disse fejl opstår typisk ved indlæggelse, flytning mellem afdelinger samt ved udskrivning. Mangelfulde eller fraværende medicinlister ved både indlæggelse og udskrivning angives som årsag til mange af fejltagelserne.<sup>1</sup> I Dansk Selskab for Patientsikkerhed er der erfaringer med, at netop sektorovergange er risikofyldte, og der her kan opstå utilsigtede hændelser. Det er i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle, at problemerne opstår, eksempelvis med manglende medicinoplysninger, prøvesvar samt epikriser og henvisninger.<sup>2</sup>

Koordination og sammenhæng er centrale emner i sundhedssektoren, og der har ligeledes været tiltagende opmærksomhed omkring betydningen af samarbejdet på tværs af sektorer. For mere end 20 år siden blev sammenhængsproblemer i det danske sundhedsvæsen påpeget første gang, men problemet er stadig eksisterende på trods af bred enighed om, at behovet for bedre sammenhæng er til stede. En mulig årsag til det uløste problemfelt kan være, at den manglende sammenhæng er en kompleks størrelse, og forståelsen herfor er begrænset.<sup>3</sup>

De seneste år har der i sundhedsdebatten i Danmark været fokus på det sammenhængende patientforløb, hvor helhed og kontinuitet, evidensbaseret behandling og høj behandlingskvalitet ønskes prioriteret.<sup>4</sup> En øget forståelse og velvillighed til bredt samarbejde er således en nødvendighed for at opnå et sammenhængende patientforløb. Dette vil også bevirke, at patientsikkerheden er i fokus, så der kan ydes en ensartet højt kvalitetssikret behandling af patienterne.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Pharmadanmark. Fredag Formiddag

<sup>2</sup> Hjemmeside for Dansk Selskab for Patientsikkerhed

<sup>3</sup> Strandberg-Larsen M, Nielsen MB; Krasnik A.

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmesider. MTV

<sup>5</sup> Dansk Sygeplejeråd

### 1.1. Strukturreform og sundhedsaftaler

Afgørende for at opnå et tilfredsstillende patientforløb er, at der etableres et stabilt og effektivt samarbejde mellem bl.a. hospital, praksislæger og kommune. Sammenhæng i sundhedsvæsenet er en vigtig forudsætning for, at patienter skal kunne opleve et godt forløb gennem sundhedssystemet. Det fundamentale ved et tværsektorielt samarbejde er, at der opbygges et fællesskab med gensidig forståelse og respekt for de øvrige aktører som en forudsætning for et givtigt udbytte. I henhold til Sundhedsloven 2005 forpligtes kommuner og regioner til at indgå et gensidigt samarbejde, så en sammenhæng på tværs af disse offentlige instanser sikres.<sup>1, 2</sup> Sundhedsaftalerne skal bidrage til at sikre: ”Sammenhæng og koordination af den indsats der ydes på hospitalerne, i praksissektoren og i kommunerne, således at den enkelte borger oplever et sammenhængende forløb med høj kvalitet, uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for”.<sup>3</sup>

Regeringen og Dansk Folkeparti indgår i sommeren 2004 forlig om strukturreformen. Denne reform erstatter kommunalreformens indførelse af kommuner og amter fra 1970. Antallet af kommuner reduceres fra 271 til 98, hvilket medfører etablering af storkommunerne. De førhen 13 amter erstattes af de nuværende fem regioner. Med den nye strukturreform indeholdende de nye regionale inddelinger gældende fra 2007, får kommunerne således et større ansvar for at etablere et sammenhængende patientforløb. Fra de tidligere amter overføres en række velfærdsopgaver til kommunerne, hvilket medfører en styrket rolle på sundhedsområdet på lokalt plan. I kraft af strukturreformen overtager kommunen således al genoptræning, der ikke finder sted under hospitalsindlæggelsen, ligesom de overtager hovedansvaret for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Omrokering af ydelser og allokering af ressourcer mere centralt har det formål at skabe en enklere vej for borgerne ved at samle størstedelen af de opfølgende tilbud efter udskrivelse fra sygehuset i kommunen.<sup>1, 3, 4, 5, 6, 7</sup>

Med reformen opstår begrebet sundhedsaftaler, hvor styrkelse af et offentligt sundhedsvæsen er ønskeligt. Ud over kommunerne og regionen inddrages praksissektoren også i udarbejdelse af de nye, obligatoriske, regionale sundhedsaftaler. Disse aftaler udarbejdes af et koordinationsudvalg bestående af repræsentanter fra de tre samarbejdsgrupper. Sundhedsaftalerne skal omfatte statsligt definerede indholds krav. Dette indbefatter bl.a. stillingtagen til udskrivningsforløb for svage ældre patienter og understøtter samtidig den påkrævede sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og pleje. Offentliggørelse af servicemål for den fælles indsats skal medvirke til at fremme og opretholde et tværsektorielt samarbejde. Eksisterende arbejdsgange i

---

<sup>1</sup> Poulsen LR

<sup>2</sup> Vagtborg KJ.

<sup>3</sup> Kommunal sundhedsaftale, hvor HIK er omfattet. Reference rekvireres hos undertegnet pga. anonymitet

<sup>4</sup> Indenrigsministeriets hjemmeside. Strukturaftaler

<sup>5</sup> Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A.

<sup>6</sup> Wikipedias hjemmeside. Kommunalreformen

<sup>7</sup> Projektgruppen rcDallund/LTA.

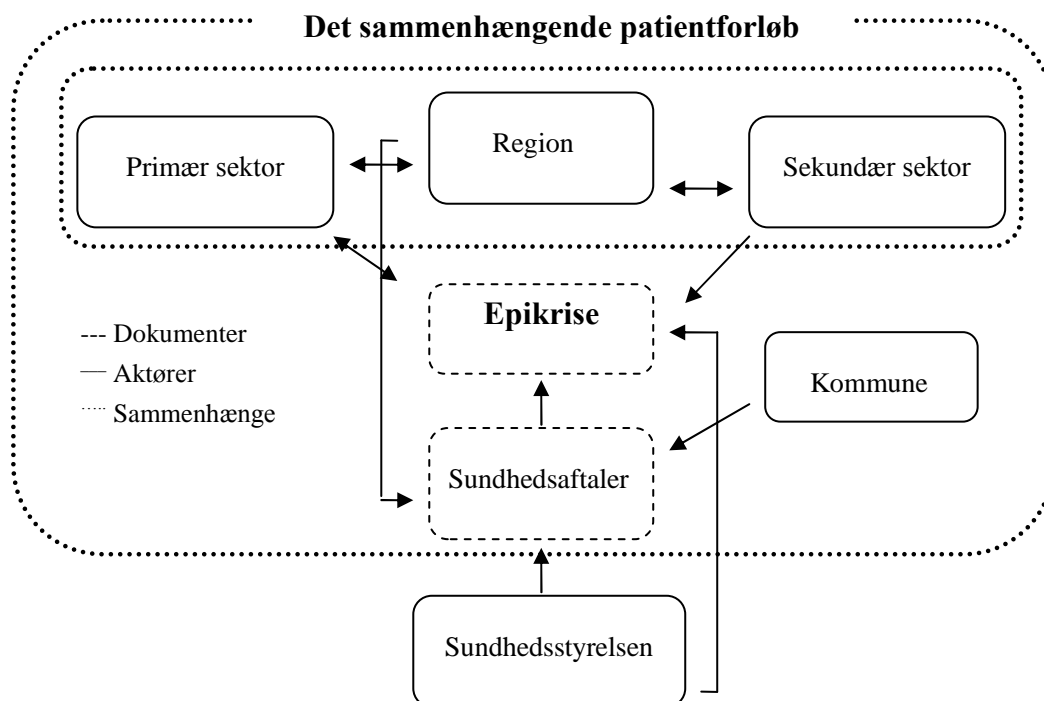
forhold hertil skal nu systematiseres og formaliseres, og der er således en fælles forpligtigelse for at efterleve disse.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

## 1.2. Det sammenhængende patientforløb

Overordnet set er det sammenhængende patientforløb afhængig af mange forskellige faktorer, der involverer viden og vidensdeling samt handlinger mellem mennesker, fag, institutioner og sektorer. Sammenhængende patientforløb fremstilles som et resultat af ændringer i forholdet mellem sundhedsprofessionelle, samfundet og politiske autoriteter. Forløbene er blevet mere komplekse med involvering af flere forskellige aktører i sundhedsvæsenet, hvilket stiller krav til informationskontinuitet og logistik. Ligeledes er udviskning af faggrænser i forbindelse med team- og specialistorienteret behandling vigtigt for det gode samarbejde. Endelig er patienternes egne krav til behandlingen samt ønske om individet i centrum også medvirkende til det stigende fokus på området.<sup>5</sup>

På nedenstående figur 1 er der til dette speciale udarbejdet en oversigt, der angiver nogle af de medspillere der på forskellige niveauer er aktive i forløbet, og disse aktører beskrives alle i større eller mindre grad i denne opgave:

Figur 1: Udvalgte kommunikationsveje mellem forskellige aktører i et sammenhængende patientforløb med epikrisen i centrum. Pilene indikerer informationsvejene.



<sup>1</sup> Indenrigsministeriets hjemmeside. Strukturaftaler

<sup>2</sup> Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A.

<sup>3</sup> Dansk Sygeplejeråd

<sup>4</sup> Vagtborg KJ.

<sup>5</sup> CVU Øresund.

Regionerne, der omfatter sygehusene samt praksissektoren, og kommunerne, hvor det kommunale sundhedsområde er indeholdt, er aftaleparter i forbindelse med sundhedsaftalerne.<sup>1</sup> Hver kommune skal lave et udkast til en sundhedsaftale. I tæt samarbejde med den tilhørende region udarbejdes efterfølgende en gældende aftale omkring sundhedspolitikken i den givne kommune ud fra kriterier fastlagt af Sundhedsstyrelsen. Pilene rettet mod dokumentet ”Sundhedsaftaler” indikerer således de aktører, der har indflydelse på udarbejdelsen heraf.

Regionerne har et finansieringsansvar over for store dele af sundhedssektoren og har derved et økonomisk incitament i optimering af sektorovergange og patientforløb, således at eksempelvis unødvendige indlæggelser undgås. Kommunerne har, som nævnt, gennem sundhedsaftalerne fået større ansvar over for borgerne, når disse forlader den del af sundhedssystemet, der varetages af regionen. Derved er kommunerne også interesserede i, at patientforløbet er så optimalt som muligt, og derfor er vellykket koordination en forudsætning for en succesfuld rehabiliteringsindsats.<sup>2,3</sup>

De kommunale sundhedsaftaler sætter bl.a. fokus på udskrivning af svage, ældre patienter, og både den primære- og sekundære sektor er sammen med kommunen medspillere i organiseringen i perioden efter udskrivning. De tre aktører skal blive enige om den efterfølgende behandling, det være sig genoptræning, plejehjem, hjemmepleje eller andre hjælpeforanstaltninger i hjemmet, samt hvordan dette skal iværksættes for den udskrevne borger.

De praktiserende læger i primærsektoren er afhængige af epikriserne for at kunne følge deres patienter, samt overtage og videreføre en eventuelt påbegyndt behandling, der er iværksat uden for deres praksis. Den dobbelte pil mellem ”Epikrise” og ”Primær sektor” i figur 1 markerer, at der er flere aktører involverede i den primære sektor. Eksempelvis sender speciallæger og andre sundhedsprofessionelle epikriser, som modtages af den praktiserende læge, hvorfor epikriser ligeledes er et værktøj internt i den primære sektor.

For at kunne imødekomme det optimale forløb er behovet for nye arbejdsgange og metoder, samt intensiveret tværsektorielt samarbejde, steget. Anvendelse af begrebet ”Shared Care” er et af tiltagene i en sådan retning, hvor øget kommunikation og deraf et tættere samarbejde mellem sektorerne i sundhedsvæsenet vil bidrage til bedre kvalitet og rationalitet i behandling og ressourceudnyttelse.<sup>4</sup> Bag Shared Care-tanken ligger også udarbejdelsen af IT-redskaber, hvor formålet er at bidrage til udvikling af IT til støtte for kommunikation og samarbejde mellem alle aktører i etableringen af et sammenhængende patientforløb på tværs af faglige, sektorielle og regionale forskelle. Patienterne inddrages her til aktiv deltagelse i eget forløb, og derved styrkes den flerfaglige kommunikation.<sup>5</sup> Betegnelsen Seamless Care anvendes også i denne relation og betegner ligeledes en glidende og sikker overgang fra hospitalet til primærsektoren. Der er her øget fokus på sundhedsinformatik, som skal fremme effektiviteten og øge patient-

---

<sup>1</sup> Danske Regioners hjemmeside

<sup>2</sup> Kommunal sundhedsaftale, hvor HIK er omfattet. Reference rekvireres hos undertegnet pga. anonymitet

<sup>3</sup> Projektgruppen rcDallund/LTA

<sup>4</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Shared Care

<sup>5</sup> SundhedsITnet

sikkerheden. Til opnåelse heraf foreslås standarder, der sikrer, at der tales samme sprog og anvendes samme begreber.<sup>1</sup>

Efter et indlæggelsesforløb er det vigtigt, at der bliver lagt en plan for en eventuel efterbehandling, samt hvem der har ansvaret herfor. Det er altafgørende for den praktiserende læge at blive korrekt og rettidigt informeret om hospitalsopholdet i form af en epikrise. Det er vigtigt at vide, hvilken medicin patienten bliver udskrevet med, hvad det videre forløb er, samt hvilken information der er givet til patienten og pårørende under indlæggelsen og ved udskrivningen. Sådanne oplysninger er medvirkende til, at en fortsat optimal behandling vil kunne forekomme.<sup>2</sup>

### 1.3. Epikrisen

Ordet epikrise stammer fra græsk og betyder efterbetragtning<sup>3</sup>. Sundhedsstyrelsen definerer en epikrise (udskrivningsbrev) således:

*Tekstboks 1: Definition på en epikrise.<sup>4</sup>*

*”En epikrise er et kort sammendrag af en patients sygehistorie og indlæggelsesforløb. Epikrisen sendes kort tid efter patientens udskrivelse til patientens praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten. Det er epikrisens formål at sikre, at alle lægefagligt relevante oplysninger vedr. patientens indlæggelse videregives til de relevante sundhedspersoner med henblik på at sikre patientens videre behandlingsforløb. Dette gælder også, når der har været tale om en kort kontakt med sygehusvæsenet samt præhospital lægelig undersøgelse eller behandling. I nogle tilfælde vil der i sagens natur blot være tale om en orientering af egen læge uden, at der er behov for at behandle patienten yderligere.”*

I det tidligere H:S skrives epikrisen ind i det patientadministrative system, Grønt System (GS), og sendes via EDI-fact fra hospitaler eller speciallæger ud til de pågældende læger eller plejehjem, afhængig af patientens ønske, samt hvilke instanser der er ansvarlige for den udskrevne patient.<sup>5</sup> Eksempler på epikriser fremgår af bilag 1.

Der er ingen lovgivning omkring udskrivning fra hospitaler, men Sundhedsstyrelsen har udgivet en vejledning til læger om epikriser ved udskrivelse af patienter fra sygehuse mv. Vejled-

<sup>1</sup> Dansk Standard. Seamless Care

<sup>2</sup> Grindsted P, Friborg S

<sup>3</sup> Madsen F, 2002

<sup>4</sup> Dons AM og Graversen L, 2007

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmeside

ningen er udelukkende gældende for videregivelse af lægefaglige oplysninger. For at øge patientsikkerheden, herunder sammenhæng i behandlingsforløbet, bør alle relevante oplysninger om patienten videregives til de sundhedsfaglige personer, der efter udskrivelsen skal følge patienten.<sup>1</sup>

Denne vejledning omkring udformning af epikriser er trådt i kraft i februar 2007 og indeholder beskrivelse af det ambulante forløb, overflyttelse mellem afdelinger, videregivelse af helbredsoplysninger, epikrisens indhold, medicin ved udskrivelsen (medicinstatus), dosispakket medicin, fremsendelse af epikrisen, instrukser og ansvar samt journalføring.<sup>2</sup>

For epikrisens indhold er der specifikt pointeret følgende:<sup>2</sup>

- 1) **Årsag** til indlæggelsen eller det ambulante forløb (henvisningsdiagnoser)
- 2) **Udskrivende sygehusafdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse**
- 3) **Kort resumé af forløbet**, herunder diagnoser, væsentlige behandlinger og udførte undersøgelser, evt. prognose samt væsentlige overvejelser og fund. Endvidere parakliniske undersøgelsesresultater (billeddiagnostik, laboratoriesvar mv.)
- 4) **Medicinstatus**. Hvis der er sket ændringer i patientens medicinering under indlæggelsen, skal det af epikrisen altid fremgå: lægemidlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed samt evt. administrationsvej. Behandlingens varighed, begrundelse for ændringen i medicinen herunder seponering af medicin bør desuden fremgå.
- 5) **Ikke afsluttede undersøgelser**. Væsentlige undersøgelsesresultater, som ikke foreligger ved udskrivelsen, eftersendes, hvilket skal fremgå af epikrisen.

Det kan desuden være relevant i visse situationer, at epikrisen indeholder oplysninger om:

- En **behandlingsplan** med oplysninger om efterbehandling og efterkontrol herunder behov for videre udredning efter udskrivelsen. Det bør derudover fremgå, hvor og hvordan en eventuel opfølgning skal finde sted, hvem der skal foretage denne og hvornår denne skal foregå
- Hvilken **information** der er givet til **patienten**
- En evt. **genoptræningsplan** for patienten
- Hvis en patient efter udskrivelsen bør **sygemeldes**, skal dette fremgå samt hvor længe fraværperioden forventes at vare
- Eventuelle **iværksatte socialmedicinske foranstaltninger**, herunder kontakt til hjemmepleje eller socialforvaltning.

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmeside

<sup>2</sup> Dons A og Graversen L, 2007

Der er ligeledes noteret, at den for afdelingen ansvarlige læge skal sikre, at der foreligger en instruks for udarbejdelse af epikriser, indhold og fremsendelse. Desuden skal det fremgå, hvilken af de læger, der har været involveret i patientforløbet, der har ansvaret for epikrisens indhold.

Desuden indeholder vejledningen information om kriterier for fremsendelse af epikriser, hvor der ikke anvendes begreber som ”foreløbig epikrise” og ”ikke-korrekturlæst epikrise”, for at forhindre utilstrækkelig information i epikriserne.

Der er ingen kvalitetskrav angivet for en god epikrise. Kvaliteten beskrives i en undersøgelse som anvendeligheden.<sup>1</sup> På baggrund af litteraturen angivet i afsnit 4.4., vælges det til indeværende speciale at sætte fokus på tiden fra udskrivelse til afsendelse af epikrisen, hvilket synes at være en betydende omstændighed. Endvidere kigges på tre faktorer, der er indeholdt i en epikrise. Medicinstatus og behandlingsplan er to forhold der vægtes højt under databehandlingen, ligesom der sættes fokus på informationen givet til patienterne.

#### **1.4. Præsentation af ph.d. projekt**

Store dele af indeværende opgave er planlagt ud fra datamaterialet indsamlet i forbindelse med ph.d. projektet omhandlende sammenligning af ordinationsmønstre mellem primær- og sekundærsektoren.<sup>2</sup> Som fokusgruppe forud for ph.d. projektets opstart er hjertepatienter udvalgt på baggrund af den hypotese, at disse patienter ofte er polyfarmacipatienter med flere følgesygdomme. Gennem kontakt med forskellige læger er specifikke hjertesvigtsklinikker anbefalet, da der her bliver tilset sygdomskomplekse patienter med efterfølgende forløb hos praksislæger. Endvidere er klinikkerne udvalgte efter tilgængeligheden af hospitalsdata.

Der er indhentet tilladelse fra hjerteinsufficienspatienter, tilknyttet hjertesvigtsklinikker på 3 geografisk forskellige danske hospitaler, til at få udleveret personhenførbare data. Disse omfatter den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), hospitalsjournaler, praksisjournaler samt epikriser.

Det er ph.d. projektets formål at analysere overgangen for patienter mellem sekundær- og primærsektor med henblik på at belyse forskelle i forbrugs- og ordinationsmønstre samt mulige kommunikationsproblemer sektorerne imellem. Herved forstås bl.a. hospitalets og den praktiserende læges viden om patientens tidligere og aktuelle medicin, samt hvilket informationsgrundlag lægerne udnytter til ordination af medicin. Projektet er et deskriptivt studie med udgangspunkt i en hypotese, der siger, at medicineringen på nuværende tidspunkt kan forbedres. Herved kan potentielle risikoelementer i medicineringsforløbet identificeres med henblik på at opstille eventuelle løsningsforslag. PEM'en søges inddraget med henblik på en evaluering af denne som supplerende værktøj i medicineringsprocessen. Endvidere ønskes det at analysere, hvilken rolle epikrisen spiller i medicineringsprocessen i primærsektoren. Det er således inte-

---

<sup>1</sup> Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L, Rubak JM, Andersen JS.

<sup>2</sup> Ilsøe-Kristensen S

ressant at vurdere, hvordan indholdet af epikriserne er, især hvis disse har stor indflydelse på den praktiserende læges lægemiddel- og behandlingsvalg.

Specialeopgaven vil derfor fokusere på indholdet af epikriser, der synes at have en central rolle i det sammenhængende patientforløb. Datamaterialet afgrænses til at omhandle 135 patienter tilknyttet en hjertesvigtssklinik, HIK lokaliseret i Region Hovedstaden, da det samlede datagrundlag vil blive for omfattende. Idet specialet er i forlængelse af ph.d. projektet, er der naturligt opstået rammer og afgrænsninger for opgaven. Patienternes data er således indgangsvinklen til resultatgenereringen, hvor der vil lægges vægt på medicininformationerne, samt det generelle indhold af epikrisen, og denne som redskab til at opnå et sammenhængende patientforløb.

På baggrund af ovenstående personlige interesseområder, nutidige og sundhedsfagligt relevante incitamenters samt det tungtvejende ph.d. projekts rammer, udmunder disse overvejelser således i følgende problemformulering og problemstillinger:

**Problemformulering:** Epikrisen er en central del i et sammenhængende patientforløb, hvor informationsudveksling mellem flere forskellige sundhedsprofessionelle er nødvendigt. Kvaliteten og indholdet af epikriser er omdiskuteret blandt aktører i sundhedsvæsenet, og der bør fokuseres på opnåelse af et mere anvendeligt informationsredskab de involverede parter imellem.

Hvilken betydning tillægges indholdet af epikrisen som informationsredskab mellem hospital og praktiserende læge, på baggrund af analyse af epikriser og interview udført med disse aktører?

**Problemstillinger:** Hvordan er indholdet af epikriser med hensyn til medicinstatus, behandlingsplan samt patientinformation?

Hvad er ekspeditionstiden for epikrisen efter udskrivningen?

Hvordan ser de praktiserende læger på epikrisen som informationsredskab, og hvordan er den øvrige kommunikation mellem sektorerne?

Hvad kan der udledes om den kliniske konsekvens ud fra indholdet af epikriserne primært på baggrund af medicinstatus?

Hvilke tiltag kan der gøres for at optimere epikrisen, og hvordan ser fremtiden ud for et sammenhængende forløb?

## 2. Målgruppe

Resultaterne fra specialet skal efter planen indgå i en videnskabelig artikel, og således vil dele af dette projekt være vedkommende for læger, da det er denne faggruppe, der primært beskæftiger sig med epikriser i hverdagen, ligesom andre sundhedsprofessionelle kan have glæde heraf. Specialet vil formentlig også være interessant specifikt for den givne hjertesvigtssklinik, hvori både den kvantitative del og de kvalitative resultater tager sit udgangspunkt. Målgruppen er også fremtidige specialestuderende, der således kan tage afsæt i denne opgave til at fortsætte i retningen med forskning inden for det sammenhængende patientforløb og forbedring af sektorovergange. Endvidere er ph.d. studerende Søren Ilsøe-Kristensen også blandt gruppen af interessenter, da de kvantitative resultater efterfølgende vil være tilgængelige til anvendelse og videre bearbejdelse til gavn for ph.d. projektet. Endelig kan opgaven ligeledes være relevant for kliniske farmaceuter der beskæftiger sig med eksempelvis medicingennemgang, udskrivningssamtaler eller andre arbejdsområder i forbindelse med medicinering og patientsikkerhed.

## 3. Teori

Indeværende speciale tager udgangspunkt i sundhedsaftalerne, med det sammenhængende patientforløb for øje, som omtalt i introduktionen. Som teoretisk referenceramme anvendes overordnet MTV-tankegangen (Medicinsk Teknologivurdering), i dette tilfælde udelukkende med fokus på organisationsdelen, der her anvendes til at afbilde epikrisen som en medicinsk teknologi. Således vil organisationsteori også blive inddraget i dette afsnit. Endvidere vil epikrisens kvalitetskriterier ligeledes blive præsenteret i dette afsnit, da disse har dannet baggrund for analysens opbygning.

### 3.1. Medicinsk Teknologivurdering (MTV)

En medicinsk teknologivurdering er en alsidig og systematisk vurdering af forudsætningerne for samt konsekvenserne af anvendelsen af en medicinsk teknologi. En medicinsk teknologi defineres som de metoder og det udstyr, der anvendes i opsporing, diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse af helbredsproblemer.<sup>1</sup>

Målet ved anvendelsen af en MTV er at bidrage til kvalitetsudvikling samt til en effektiv udnyttelse af ressourcer i sundhedsvæsenet fra de sundhedspolitiske beslutningstagere til de udførende i praksis. Dette opnås ved at effektivisere praksisorienterede beslutninger som grundlag for anvendelsen af nye teknologier i sundhedssystemet. Hvis en teknologi skal implementeres, bør denne beslutning være truffet på baggrund af et veldokumenteret og tværfagligt grundlag.<sup>1</sup> En MTV består grundlæggende af fire dele: Teknologien, Patienten, Organisationen og Økonomi-

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsens hjemmeside

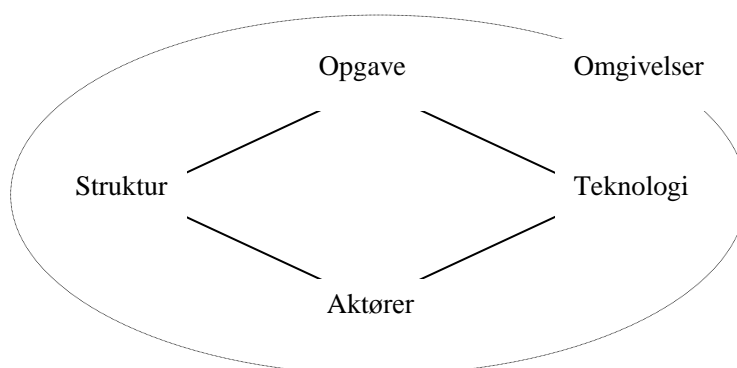
en. I dette speciale kigges der, som tidligere antydte, kun på teknologien i form af epikrisen samt på organisationsdelen for at inddrage epikrisen som et redskab til anvendelse i sundhedssystemet for opnåelse af et sammenhængende behandlingsforløb.

### 3.2. Organisationsteori og epikrisen som en teknologi

Leavitts organisationsmodel kan anvendes med henblik på at karakterisere og analysere samspilsformer, samt identificere stærke og svage sider tillige med muligheder og begrænsninger i processer, der kan afføde en hensigtsmæssig organisation. Oprindeligt er modellen med de fire elementer bl.a. udviklet til at karakterisere forskellige teorier om organisationsændringer samt udforme processer til sådanne reformer.<sup>1</sup>

For at gøre firekomponentsmodellen mere anvendelig kan denne modificeres ved at inddrage nye elementer afhængig af formålet med brugen af modellen. Ved at indføre elementet ”Omgivelser”, jf. figur 2, tages der også højde for udefra kommende faktorer, hvilket bevirker, at der opnås en mere reel situation, når denne komponent inddrages. Da en organisation er dynamisk, vil ændringer af faktorer i modellen nødvendigvis betyde en påvirkning af de øvrige.<sup>1,2</sup>

Figur 2: Leavitts modificerede organisationsmodel<sup>1</sup>



I denne opgave anvendes modellen ikke forud for udarbejdelse af en ny organisering, men med det empiriske formål at berøre og kort beskrive den organisation, epikrisen er en del af, og hvilke konsekvenser denne teknologi har på de øvrige komponenter i modellen. Hensigten med organisationsanalysen er forståelsesorienteret, hvor Leavitts diamantmodel er velegnet som indledende fornemmelse af en grundlæggende organisations bestanddele.<sup>3</sup>

Der tages udgangspunkt i en specifik hjertesvigtssklinik, og således betragtes denne afdeling som hele organisationen.

<sup>1</sup> Kristensen FB, Sigmund H

<sup>2</sup> Bakka JF, Fivelsdal E

<sup>3</sup> Mejlby P, Nielsen KU, Schultz M

**Opgaverne** er som regel målsætningerne for organisationen og kan være meget forskelligartede afhængig af dennes karakter. Hovedfunktionerne og arbejdsopgaverne i sundhedsvæsenregi er typisk immaterielle ydelser.<sup>1</sup> Den konkrete opgave i nærværende tilfælde er behandling, optitrering af medicin samt rehabilitering af hjertesvigtspatienter.

**Teknologi** er en variabel, der i organisatorisk sammenhæng ikke udelukkende beskrives som teknik, men omfatter også fremgangsmåder og arbejdsprocesser samt administrative procedurer, der relaterer til teknologien.<sup>1</sup> Således kan epikrisen betegnes som et teknologisk redskab, der influerer på arbejdsgangene ved udskrivningen på hospitalet. Det kan også betegnes som en teknik, der optimalt set sikrer et værdifuldt informationsflow sektorerne imellem.

**Aktørerne** er individerne, der yder bidrag til organisationen, og er de indlysende aktører i form af medarbejderne.<sup>2</sup> I indeværende tilfælde det sundhedsfaglige personale på hospitalet primært i form af læger, sygeplejersker og sekretærer.

**Strukturen** fremstilles som stabiliteten i organisationen, hvor mønstre og regulerende aspekter i aktørernes relationer er afgørende herfor. Dette kan være de vertikale eller horisontale arbejds gange eller kommunikations- og samarbejds mønstre, der er beskrivende for strukturen i det givne tilfælde. Det er ikke altid, organisationskulturen i praksis følger teorien og de formelle retningslinier, så en uformel adfærd kan lade sig identificere ved observation og interview.<sup>1</sup> Den givne hjertesvigt klinik er en funktion under en større afdeling - klinik E, hvorfra der ikke foreligger noget organisationsdiagram. Der er i afdelingen en central sekretærfunktion, der overordnet varetager alle de administrative opgaver, men der er til specielle afdelinger kompetenceudviklede sekretærer og sygeplejersker tilknyttet de enkelte afsnit under den større afdeling. Lægerne fungerer på alle afsnit under klinik E.

**Omgivelserne** inddrager man ofte, når der skal foretages en interessantanalyse på relevante grupper, der har interesse i teknologien. Alle elementer i Leavitt modellen har forbindelse til omgivelserne, hvorfor der er kommet mere fokus på dette femte element som en central influent på organisationen.<sup>1</sup> Der er udover de ovennævnte aktører ligeledes andre deltagere, ofte eksterne, der yder indflydelse på organisationen. Det er i indeværende tilfælde yderst relevant at inddrage de praktiserende læger i forbindelse med epikrisen som teknologisk redskab, da praksissektoren er modtagere og målgruppe for epikrisens resultat.

Som nævnt er alle faktorer afhængige af hinanden, idet ingen af de fire komponenter kan bearbejdes isoleret. Påvirkes en variabel, vil der forekomme en afsmittende effekt på de øvrige involverede. Dette kan eksemplificeres ved, at en ændring af en organisations målsætning, vil kunne resultere i ændrede arbejds gange for medarbejderne, og muligvis også til implementering af en ny teknologi til opnåelse af de nye mål. En sådan variation kan ligeledes medføre en strukturrokade i organisationen for at kunne varetage de nye arbejdsområder.<sup>1,3</sup>

---

<sup>1</sup> Kristensen FB, Sigmund H

<sup>2</sup> Mejlby P, Nielsen KU, Schultz M.

<sup>3</sup> Bakka JF, Fivelsdal E

## 4. Metode

I dette kapitel vil de forskningstyper der er anvendt i specialet indledningsvis blive præsenteret. Herefter vil casestudie som metode introduceres og der redegøres for afgrænsning af empirien samt metodologiske overvejelser. Endvidere vil indsamlingen af skriftlige kilder beskrives og de øvrige dataindsamlingsmetoder i form af kvantitative data og kvalitative forskningsinterview vil blive præsenteret tillige med pilotforsøget. Ligeledes gengives udvælgelsen af informanter samt udarbejdelsen af interviewguides, og selve udførelsen af interviewene fremstilles. Endeligt beskrives den efterfølgende behandling af datamaterialet.

### 4.1. Forskningstyper

I samfundsforskningen opereres med fire forskellige forskningstyper: den beskrivende, den forklarende, den forstående og den handlingsrettede.<sup>1</sup> De to førstnævnte anvendes ofte i den kvantitative forskning, hvor de to øvrige typer anvendes ved kvalitative fremgangsmåder som casestudier og aktionsforskning.

I indeværende speciale anvendes både den beskrivende og den forstående som overordnede forskningstyper, og de særegne karakteristika for de to typer er kort listet herunder.

Den beskrivende forskning benytter sig oftest af statistikker, og det dominerende perspektiv er forskerens eget, da der sjældent er direkte kontakt mellem de udforskede, hvorom der indhentes information. Data består typisk af survey og tællinger, og resultaterne fra en sådan type forskning anvendes ofte af beslutningstagere i politiske sammenhænge og omkring planlægning.<sup>3</sup> I nærværende tilfælde er det epikriserne, der danner baggrund for datamaterialet, hvilket analyseres og præsenteres på oversigtsform.

Den forstående forskningstype anvendes til at fortolke og forstå fænomener, som allerede er fortolkninger. Med dette menes de involverede aktørers fortolkninger og forståelser af sig selv og andre eller bestemte fænomener, der af forskeren videreforklages. Dette kan være i fysiske, institutionelle eller værdimæssige sammenhænge. Det er de udforskedes egne meninger og forståelse af det undersøgte emne, der forsøges afdækket. Denne type forskning anvendes specifikt inden for sociale og humanistiske videnskaber, og omhandler mennesker, institutioner og samfundet. Designet er ofte i form af casestudie, og det dominerende perspektiv er den udforskedes begrebs- og forestillingsverden. Resultaterne er typisk citater i en sammenhængende kontekst.<sup>1</sup> I dette speciale gøres der brug af den forstående forskningstype i forbindelse med de kvalitative interview af aktørerne involveret i casestudiet, og resultaterne fremstilles som enkelte citater og meningskondenseringer.

---

<sup>1</sup> Launsø L, Rieper O

## 4.2. Casestudie

Undersøgelsesmetoden i dataindsamlingsprocessen for indeværende speciale tager udgangspunkt i casestudiemetodikken, hvor en kombination af kvalitative og kvantitative tilgange kan anvendes til indsamling af data. Et sådant forsøgsdesign er særlig anvendeligt til undersøgelser omkring institutioner og organisationer og er uundværlig i den samfundsvidenskabelige forskning. Samtidig er det kendetegnet ved, at forskningen afdækker mange områder inden for et problemfelt. Fremgangsmåden benyttes, når et fænomen belyses inden for det virkelige livs rammer, og når forskellige informationskilder kan anvendes til demonstration heraf. Metoden er designet som en strategi til at studere et tilfælde, hvorved der opnås en indgående forståelse af dette gennem beskrivelse, analyse og fortolkning. Casestudier beskrives derfor ofte som dybdegående og nutidige.<sup>1, 2, 3</sup>

Casestudiet er en empirisk undersøgelsesform og kan studere, hvilke hændelser der faktisk foregår, og eventuelt hvad de fører med sig. Studiet er dog ikke objektivt og upåvirket af forskeren, da denne træffer både bevidste og ubevidste valg, der kan påvirke undersøgelsen og resultaterne heraf. Et af de vigtigste elementer ved casestudiet er en afgrænsning af det empiriske undersøgelsesfelt. Her beslutes det, om casen skal være enestående eller eksemplarisk.<sup>3, 4</sup> I indeværende undersøgelse er forventningen med casen, at den er eksemplarisk og derved være et studie, der om muligt kunne udspille sig med udgangspunkt i en anden hjertesvigtssklinik. Dette diskuteres nærmere under kvalitetskriterier for metoden.

De fleste casestudier er opbygget efter følgende karakteristika: en empirisk undersøgelse, et afgrænset undersøgelsesfelt, anvendelse af kvalitative metoder, forskellige datakilder samt fokus på aktørerne inden for det undersøgte område.<sup>3</sup> Kvalitativt casestudie som forskningsdesign giver således mulighed for at opnå et mere indgående kendskab til et afgrænset område. Studier gennemføres der, hvor det fænomen, der ønskes belyst, udspiller sig, da disse forskningsinteressante emner, som tidligere nævnt, oftest foregår i nutiden. Dette medfører, at både selve fænomenet og dets kontekst studeres. Når et nutidigt emne undersøges, vil der være mange forskellige datakilder tilgængelige. Den empiriske forskning drager således konklusioner på baggrund af data af forskellig karakter. Ved kun at anvende en type datamateriale vil usikkerheden oftest være for høj, idet der kan være mange variabler. Modsat kan en kombination af forskellige dataindsamlingsstrategier til at belyse den samme problemstilling med fordel resultere i en dybere forståelse, men samtidig er der også risiko for flertydighed. Det bør derfor indgå i overvejelserne, om anvendelsen af flere metoder vil supplere med viden, om denne kan integreres, eller om der opnås modsatrettet information.<sup>1</sup> I indeværende tilfælde vil der blive anvendt ustrukturerede interview, kvantitative data samt eksisterende litteratur for at analysere

---

<sup>1</sup> Launsø L, Rieper O

<sup>2</sup> Andersen I

<sup>3</sup> Harboe T

<sup>4</sup> Ramian K

og beskrive casen, og elementerne i den teoretiske referenceramme vil blive forsøgt inddraget for at fortolke den.

Patientdata i form af epikriser er det centrale baggrundsmateriale, og tillige vil aktører i og omkring hospitalsafdelingen deltage i datagenereringen ved belysning af den beskrivende case, som er opstillet herunder:

Sygehuset, hvori single casestudiet tager udgangspunkt, er beliggende i Region Hovedstaden, hvor der bor ca. 1,6 mio. mennesker, og hvor den tilhørende kommune har et befolkningstal på godt 92.000 indbyggere. I kommunen er der 51 alment praktiserende lægeklinikker. Det beskrevne sygehus har i 2006 haft ca. 20.300 udskrevne patienter, hvoraf 3.379 har været i forbindelse med den klinik, som hjertesvigtsklinikken tilhører.<sup>1</sup> Den kardiologisk/endokrinologisk afdeling, kaldet klinik E omfatter forskellige funktioner, f.eks. et kardiologisk sengeafsnit og et endokrinologisk afsnit, tillige med hjertesvigtsklinikken og en antikoagulas klinik, hvilke alle overordnet set tilhører den medicinske afdeling på hospitalet. Der foreligger på dette hospital kvalitetsmål for ekspeditionstiden for afsendelse af epikriser, Denne er 3 dage efter patienten er udskrevet. Hjertesvigtsklinikken kaldes i daglig tale HIK, hvilket også anvendes i indeværende speciale. Patienterne, hvis data der anvendes i specialet, er alle diagnosticeret med hjerteinsufficiens. Populationen er beskrevet nærmere i resultatafsnittet.

### **4.3. Afgrænsning af empirien**

I indsamlingsprocessen af data til casen har det primært været det kvantitative materiale til det tidligere omtalte ph.d. projekt, der har været forløbsstyrende. Empirien er her afgrænset til patienter tilknyttet en specifik hjertesvigtsklinik. Det sekundære har været at få kendskab til forskellige aktører involveret i de udførende og modtagende roller, og herigennem at få indhentet deres udsagn og fortolkninger til belysning af casens problemstillinger. Henvisningsbreve, der anvendes ved indlæggelser, er i samme stil med epikriserne en vigtig del i kommunikationen og det optimale forløb på tværs af sektorerne, men en gennemgang af sådanne er uden for denne opgaves afgrænsning. Det sammenhængende patientforløb på individniveau er ligeledes uden for dette speciales omfang, men der tages i stedet udgangspunkt i et mere overordnet vidensniveau.

### **4.4. Dokumentarmateriale**

De skriftlige kilder anvendes dels til udvikling af en forforståelse, dels som sammenligningsgrundlag fra lignende undersøgelser til udarbejdelse af resultatbehandlingen og endelig som diskussionsbaggrund i forhold til de fremkomne resultater. Dokumentarmaterialet danner

---

<sup>1</sup> Nøgletal for HIK. Reference kan rekvireres hos undertegnede

sammen med de kvalitative interview og den kvantitative datamængde således det empiriske grundlag for analysen.

#### 4.4.1. Indsamling af skriftlige kilder

Den indsamlede litteratur er fortrinsvist danske artikler, debatindlæg samt sundhedsfaglige undersøgelser, hvor der primært er anvendt søgeordene ”epikriser” og ”udskrivningsbreve”. Hertil er der indhentet nogle enkelte udenlandske artikler for at få kendskab til forholdene i nogle af de lande, der oftest sammenlignes med på sundhedsområde.

Til udvikling af forforståelse omkring epikrisers indhold og hvordan generering af resultater ud fra det tilgængelige rådata kunne foretages, er der taget udgangspunkt i nedenstående artikler:

*Tabel 1: Litteratur anvendt som forforståelse omkring epikrisens indhold forud for datagenerering.*

<b>Den Gode Henvisning og Den Gode Epikrise</b>	Den Gode Medicinske Afdeling, Praksiskoordinatorerne og Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprogram, 2005.
Formålet er at kvalitetsudvikle kommunikationen mellem sektorerne ved at styrke en faglig, database-ret dialog mellem læger, der i dagligdagen står som både afsendere og modtagere af denne kommunikation.	
Der er til projektet opsat 6 standarder, som en epikrise som minimum skal indeholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Henvisningsdiagnose/årsag</li> <li>- Fund og endelige diagnoser</li> <li>- Resume af undersøgelses- og behandlingsforløbet</li> <li>- Behov for opfølgning</li> <li>- Medicinstatus</li> <li>- Oplysninger om information givet til patienten</li> </ul> Der er bl.a. analyseret 2719 epikriser, hvor det angives, at 40 % af epikriserne havde utilstrækkelige oplysninger om medicinen.	

<b>Epikriser. Praktiserende lægers ønsker om indhold i epikriser fra en grenspecialiseret intern medicinsk afdeling.</b>	Madsen F, Frølund L, Nielsen NH, Scharling B, Malling HJ, Backer P.
Formålet er at belyse de praktiserende lægers ønsker til en epikrise fra en grenspecialiseret intern medicinsk afdeling mhp. at tilpasse epikrisen disse ønsker og dermed opnå en bedre service af de praktiserende læger	
Der ønskes i et spørgeskema en prioriteret rækkefølge for 5 punkter indeholdt i en epikrise ud fra 15 spørgsmål. Der er bl.a. et stort ønske om at modtage epikriserne hurtigt, og at disse skal indeholde oplysninger om diagnose, konklusion og behandling (medicin), samt hvad patienten er informeret om. Resultaterne er fremkommet på baggrund af 104 spørgeskemaer udfyldt af praktiserende læger.	

<b>Den gode henvisning. Den gode epikrise. Det gode ambulante notat</b>	Sygehusdirektoratet. Københavns Amts Sygehusvæsen
Der er udarbejdet anbefalinger til standarder omkring hhv. henvisninger, epikriser og ambulantenotat omkring indhold og omfang af udvekslede data. Den optimale epikrise giver et fyldestgørende overblik over indlæggelsen og når hurtigt frem til egen læge. Epikrisen skal desuden indeholde en behandlingsplan.	
(Uddrag) Servicemål for udsendelse af epikriser: Skal sendes så hurtigt som muligt, dog senest tre kalenderdage efter udskrivning. Der skal i epikrisens fritext lægges særlig vægt på den fremadrettede behandlingsplan. Det skal fremgå, hvem der har ansvaret for hvad og hvornår. Endvidere skal der lægges særlig vægt på oplysninger, der sikre fortsat korrekt medicinsk behandling. Specialespecifikke forkortelser bør ikke anvendes.	

<b>Alment praktiserende lægers vurdering af epikrisen</b>	Jørgensen FS, Kjærgaard, J, Blegvad K
188 praktiserende læger vurderer epikrisen mht. det generelle indtryk, epikrisens form, diagnoser, sprog, indhold, brug, fremsendelsestidspunkt og som kommunikationsform.	
De fem vigtigste oplysninger en epikrise skal indeholde vurderes til at være: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicin ved udskrivelsen</li> <li>- Information til patienten</li> <li>- Begrundelse for eventuel ændring i medicinen</li> <li>- Tilrådet efterbehandling udover medicinen</li> </ul> Pato-anatomiske fund ved operation/biopsi	

<b>Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.</b>	Sundhedsstyrelsen
Vejledningen omhandler epikriser ved udskrivelse af patienter fra sygehuse samt ved ambulante behandling, herunder vigtigheden af at epikriserne indeholder de nødvendige oplysninger. Vejledningen beskriver alene videregivelse af lægefaglige oplysninger. Omtaler forskellige forhold omkring epikrisen.	
Epikrisen bør indeholde oplysninger om: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Årsag</li> <li>2) Udskrivende afdeling, dato for indlæggelse og udskrivelse</li> <li>3) Kort resume af forløbet</li> <li>4) Medicinstatus</li> <li>5) Ikke afsluttede undersøgelser</li> </ol> Kan i relevante situationer evt. indeholde behandlingsplan, hvilken information der er givet til patienten, sygemeldingsinformation samt socialmedicinske foranstaltninger.	

<b>Epikriser til tiden!</b>	Madsen FF, 2002
<p>Her oplistes i prioriteret rækkefølge de vigtigste krav til en epikrise. Listen er udarbejdet efter re-kommandationer fra det tidligere H:S og Københavns Amt.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kortest muligt interval fra udskrivelse til egen læge modtager epikrisen</li> <li>2) Aktions- og bidiagnoser skal anføres</li> <li>3) Medicin ved udskrivelsen og plan for evt. justeringer skal oplyses</li> <li>4) Opgaver til egen læge</li> <li>5) Relevante undersøgelsesresultater</li> </ol> <p>Der undersøges i artiklen herefter kun punkt 1, og det ses, at der ved interventioner i de daglige rutiner kan opnås en kortere afsendelsestid.</p>	

De øvrige kilder, der anvendes som baggrundslitteratur er listet i bilag 2.

#### 4.5. Metodologiske overvejelser

Det er vigtigt for resultaternes troværdighed, at der under fortolkningen er bevidsthed om forskerens påvirkning af processen. Forforståelsen udgør forudsætningerne for analyse og tolkning i de kvalitative interview og kan således give anledning til bias.<sup>1</sup> Overordnet set er der debat om videnskabeligheden af kvalitativ forskning, men inden for sundhedsforskning er kvalitative interview uundværlige teknikker. Idet al forskning er selektiv og derved ikke kan indsamle den bogstavelige sandhed om et givent emne eller begivenhed, så vil kvalitative fremgangsmåder være primære indsamlingskilder ved udforskning af aktørperspektiver.<sup>2</sup> Det kan være vanskeligt at fortolke resultater, der er fremkommet ved triangulering, jf. afsnit 4.6. for nærmere forklaring. Anvendelsen af både kvalitative og kvantitative metoder kan resultere i samme udfald, hvilket kan medføre fejlagtige slutninger, idet der ikke er nogen garanti for, at det overhovedet er det rigtige resultat, der er fundet trods overensstemmelser. Omvendt kan triangulering give forskellige fund, hvor noget kan være rigtigt og noget forkert, men muligheden for, at der blot er identificeret forskellige synsvinkler af samme fænomen er også til stede. Således kan det være lidt vanskeligt at fortolke og sammenholde resultater, hvis der er anvendt flere dataindsamlingsmetoder.<sup>3</sup>

##### 4.5.1. Kildekritiske overvejelser

Et særligt vigtigt element i akademisk og videnskabelig skrivning er at forholde sig kritisk over for de kilder, man anvender. Ved anvendelse af anden litteratur bør det indsamlede dokumentarmateriale vurderes ved hjælp af kildekritiske spørgsmål, som f.eks. frembringelse af kilden, med hvilket formål, og om det er første- eller andenhåndskilder.<sup>4, 5</sup> I indeværende speciale er

<sup>1</sup> Fuglsang L, Olsen PB

<sup>2</sup> Elsass P, Lauritsen P

<sup>3</sup> Lunde IM, Ramhøj P

<sup>4</sup> Rienecker L, Jørgensen PS

<sup>5</sup> Andersen V, Gamdrup P

resultaterne blandt andet skabt ved praktiserende lægers personlige holdninger og erfaringer, og dele af den anvendte litteratur er ligeledes specifikke meninger i form af debatindlæg og læserbreve. Disse primære kilder medinddrages i diskussionen sammen med resultaterne fra de udførte interview. Andre dele af det skriftlige kildemateriale er undersøgelser, der beskriver holdninger fremkommet under interview eller via spørgeskemaer. Disse kilder er sekundære, men repræsenterer ligeledes aktørers betragtninger, og findes i denne sammenhæng lige så anvendelige som de primære.

#### 4.6. Dataindsamlingsmetoder

Der eksisterer flere forskellige dataindsamlingsmetoder, hvor der i indeværende speciale anvendes både en kvantitativ og en kvalitativ fremgangsmåde. Ved hjælp af den kvantitative arbejdsgang bliver datamaterialet registreret og som oftest beskrevet i talmæssig form, hvor der med en kvalitativ arbejdsgang opnås en narrativ empiri i tekst- eller billedform. Her har informanter ytret sig om et givent emne, og samtidig klarlægges hvilken betydning den interviewede tillægger dette samtaleområde.<sup>1, 2, 3</sup>

Hvis flere forskellige datagenrer benyttes til at belyse det afgrænsede problemfelt, tales der om triangulering. Det er almindeligt, at dette anvendes til at belyse processen fra forskellige synsvinkler. Der findes flere former heraf, hvor metodetriangulering er relevant i indeværende speciale, idet den kvantitative datamængde beskriver omfanget af et problem, mens de kvalitative data efterfølgende belyser problemets indhold, samt konsekvenserne heraf.<sup>4, 5, 6</sup>

Det er i samfundsvidenskabelige undersøgelsesprojekter ofte fordelagtigt at anvende både kvantitative data og kvalitative metoder, da svagheder ved det ene kan opvejes af den andens styrker.<sup>7</sup> I nedenstående tabel 2 er de to metoder listet for at synliggøre forskelle mellem dem:

Tabel 2: Forskelle mellem kvantitativ og kvalitativ forskning (Pope og Mays, 1995).<sup>8</sup>

	Kvalitativ	Kvantitativ
Social teori	Handling	Struktur
Metoder	Observation, interview	Eksperiment, survey
Spørgsmål	Hvad er x? (klassifikation)	Hvor mange x'er er der (optælling)
Ræsonnement	Induktivt	Deduktivt
Indsamlingsmetode	Teoretisk	Statistisk
Styrke	Validitet	Reliabilitet

<sup>1</sup> Launsø L, Rieper O

<sup>2</sup> Fontana A, Frey JH

<sup>3</sup> Christiansen CC

<sup>4</sup> Mainz J, 2001

<sup>5</sup> Bowling A.

<sup>6</sup> Lunde IM, Ramhøj P

<sup>7</sup> Andersen I

<sup>8</sup> Elsass P, Lauritsen P

Ved kvantitativ forskning kan det firkantet set siges, at størstedelen af tankearbejdet ligger forud for dataindsamlingen, mens der i det kvalitative arbejde skabes overensstemmelse og mønstre, efter at datamaterialet er indhentet.<sup>1</sup>

#### 4.6.1. Kvantitativ dataindsamling

Kvantitativ forskning kan anvendes, hvis der ønskes at skabe overblik over store datamængder. Det er ofte forbundet med statistiske teknikker og databaser, men litteratur og spørgeskemaer er også kendetegnende for denne type dataindsamling. Det kvantitative datamateriale vurderes med hensyn til generaliserbarhed, reliabilitet samt validitet. Sidstnævnte betegnes ligeledes som gyldighed og vurderer, om forskeren undersøger det tilsigtede. Reliabilitet benævnes også som pålidelighed og fortæller noget om reproducerbarheden og graden af intersubjektivitet, altså hvor konsistente resultaterne er samt neutraliteten af forskeren. Generaliserbarhed betegnes i kvantitative sammenhænge ofte ved statistisk eller ved at materialet er repræsentativt for en bredere population.<sup>2, 3, 4</sup>

Metoden anvendt til indsamling af det kvantitative datamateriale til ph.d. projektet tager udgangspunkt i hjerteinsufficienspatienter, der tidligere har været tilknyttet hjertesvigtsklinikker på et af tre sygehuse placeret med stor geografisk afstand. Inklusionskriteriet er, at patienten er diagnosticeret med hjerteinsufficiens og har et eller flere registrerede forløb både på en hjertesvigtsklinik og hos en praktiserende læge. Ved inklusionen er der underskrevet en informeret samtykkeerklæring. Patienterne er således alle afsluttet fra en hjertesvigtsklinik på et givent tidspunkt og er efterfølgende fulgt til primærsektoren. Dataindsamlingsperioderne er afhængige af den givne patients forløb. Den enkeltes periode er beregnet ud fra startdato og sidste continuation for patienten på hjertesvigtsklinikken. Hertil er der fratrukket 3 måneder fra startdagen og tillagt 3 måneder fra slutdatoen for at opnå det ønskede interval for dataindsamlingen. Data fra hospitalerne er i form af elektroniske patientjournaler (EPJ) indsamlet via databasen Hjerterplus, der specielt er udviklet til hjerteinsufficienspatienter. Hos den praktiserende læge indsamles data via papirjournaler eller EPJ. Som reference er der desuden indhentet data fra PEM.

Dataindsamlingsperioden er påbegyndt i foråret 2006 og er i skrivende stund netop afsluttet. Der er identificeret 867 patienter, hvoraf 476 opfylder inklusionskriterierne og samtidig har underskrevet samtykkeerklæringen. For den udvalgte hjertesvigtsklinik er der som tidligere nævnt identificeret 135 patienter, som der i indeværende tilfælde tages udgangspunkt.

---

<sup>1</sup> Andersen I

<sup>2</sup> Kvale S

<sup>3</sup> Launsø L, Rieper O

<sup>4</sup> Olsen PB, Pedersen K

#### 4.6.1.1. Pilotprojekt

For at kunne vurdere, hvilke data der kan udtrækkes ud fra de indsamlede epikriser, er der initialt foretaget et mindre pilotprojekt. En sådan fremgangsmåde er benyttet for at få et generelt kendskab til indholdet af epikriser, samt for at identificere mulige informationer, der kan føre til brugbare resultater.

Det indledende studie gennemføres ved tilfældigt at udvælge fem patienter ved hjælp af randomiseringsprogrammet [www.random.org](http://www.random.org). Her indtastes det ønskede antal patienter (5) sammen med det antal patienter, der er til rådighed (135), hvorefter programmet genererer fem tilfældige tal. Disse tal henviser til fem specifikke patienter i en oversigt, hvor de står oplistet alfabetisk efter fornavn. I tilfælde, hvor en patient ikke er til rådighed, enten fordi den praktiserende læge ikke ønsker at deltage i projektet, eller fordi der på det givne tidspunkt ikke foreligger epikriser for patienten, udtrækkes et nyt nummer tilhørende en anden patient.

De fem tilfældigt identificerede patienter har i alt 30 tilhørende epikriser. Disse gennemlæses, og indholdet dechifrerer og kategoriseres i henhold til nedenstående vejledning fra Sundhedsstyrelsen omhandlende epikrisen ved udskrivning fra sygehuse.<sup>1</sup> Jf. kapitel 1.3 omkring opstilling af en epikrise samt resultatafsnittet for praktisk eksempel på differentiering af indholdet.

#### 4.6.2. Kvalitative metoder

Kvalitative metoder betegnes ofte som eksplorative, hvilket betyder undersøgende eller udforskende og kan være specifikt problemidentificerende. Denne systematik anvendes typisk om projekter, hvor der på forhånd ikke er en særlig forudgående indsigt i undersøgelsesfeltet. Eksplorative metoder er fleksible for nye og overraskende informationer. Sådanne undersøgelser anvendes f.eks. til at identificere problemer i en organisation, hvor det kan være svært at præcisere hvordan forholdene kan forbedres.<sup>2</sup> Kvalitative undersøgelser går i dybden inden for det afgrænsede empiriske felt, og typisk inkluderes kun få respondenter. På denne måde er målet ikke at generere repræsentative resultater, der kan generaliseres over på bredere befolkningsgrupper. Det primære formål er at indsamle nuancerede informationer og tolke disse i forhold til den stillede kontekst.<sup>1,3</sup>

Kvalitative metoder opdeles yderligere i bl.a. en struktureret og ikke-struktureret indsamlingsmåde. Førstnævnte er karakteriseret ved, at der typisk forud for interviewet er udformet fast specificerede spørgsmål samt lukkede svarkategorier; informanten udspørges og responderer inden for de angivne muligheder af besvarelser. Der kan yderligere opdeles i lavere grader af strukturering. Her kan få eller overvejende alle spørgsmål have åbne svarkategorier, således at den interviewede kan svare frit og derved ikke er styret af på forhånd fastlagte svarkategorier, men dog til en vis grad styret af forskerens spørgsmål. De ikke-strukturerede dataindsamlinger

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen

<sup>2</sup> Sociologisk forums hjemmeside

<sup>3</sup> Harboe T

varierer fra åbne eller svagt specificerede spørgsmål, til at spørgsmål og svar udvikles og opstår i en dialog mellem interviewer og informant.<sup>1,2</sup>

I indeværende speciale benyttes overordnet den ustrukturerede fremgangsmåde med temaer relateret til problemstillingerne. Der er dog ligeledes en grad af semi-struktur over metoden, da nogle spørgsmål på forhånd er fastlagte, men med åbne svarmuligheder. Ved supplerende af resultater fra interview med de involverede aktører kan der opnås en større forståelse for udfaldet af det kvantitative datamateriale, ligesom det kan skabe et nuanceret billede af de resultater, der indsamles fra litteraturen. Endvidere kan fænomener, der ikke umiddelbart er indlysende ud fra de kvantitative tal, muligvis afmystificeres ved at tale med relevante personer, der kan forsøge at forklare det givne resultat, ud fra egne opfattelser. Endelig kan der under interviewene opstå nye temaer og uforudsete problemstillinger, der ikke på forhånd kunne være forventet af forskeren.

#### 4.6.2.1. Kvalitative forskningsinterview

Kvalitative forskningsinterview kan være relevante i flere forskellige sammenhænge. Hvis forskeren f.eks. vil indfange, hvordan mennesker beskriver, opfatter og konstruerer meninger samt udtrykker deres forståelse af sig selv, er en sådan kvalitativ metode velegnet. Informanternes egne erfaringer indsamles ved denne fremgangsmåde. Interviewene tager udgangspunkt i de udforskendes erfaringer med og betragtninger omkring på forhånd fastlagte temaer. Formålet er således at erhverve en viden om relativt få personers individuelle holdninger til disse konkrete temaer.<sup>1</sup> I indeværende tilfælde er temaerne opstillet for at kunne besvare problemstillingerne samt at indsamle supplerende baggrundsplysninger. De overordnede punkter omfatter: praksis omkring håndtering af epikriser, indholdet af epikriser herunder de opstillede kvalitetskriterier, kliniske konsekvenser samt epikrisen som et teknologisk redskab.

Det teoretiske grundlag for interviewene er inspireret af Steinar Kvaless syv stadier for udarbejdelse af en interviewundersøgelse fra de første ideer til det endelige projekt.<sup>3</sup> De enkelte stadier præsenteres herunder:

**Tematisering.** Det er vigtigt, at undersøgelsens problemstillinger og emner er beskrevet, inden interviewene udføres.<sup>3</sup> Denne opgaves tematisering tager udgangspunkt i det kvantitative datamateriale, hvis indhold ligger til grund for udarbejdelsen af formålet. Således er det kvantitative materiale gennemarbejdet, og derved er tendenser blevet afdækket forud for gennemførelsen af de kvalitative interview.

---

<sup>1</sup> Launsø L, Rieper O

<sup>2</sup> Fontana A, Frey JH

<sup>3</sup> Kvale S

**Design.** Forskningsdesignet er den overordnede måde at tilrettelægge undersøgelsen på. Her planlægges med den hensigt at opnå en ønsket viden. Typen af design afhænger af, hvilken forskningstype der anvendes.<sup>1,2</sup> Casestudiemetodikken anvendes i dette tilfælde som overordnet design, hvor den forstående forskningstype benyttes. Der tages udgangspunkt i epikriser fra patienter med sidste registrerede aftale på hjertesvigt-klinikken inden for de sidste 5 år.

**Interview.** Interviewene udføres ved anvendelse af en interviewguide. Til de semi-strukturerede interview der er udført, er der anvendt en interviewguide opdelt i temaer med sammenhæng til problemstillingerne, jf. bilag 4.

**Transskribering.** Det bandede materiale forberedes til videre analyse ved at blive omskrevet til tekst.<sup>1</sup> For de fem udførte interview er hele samtalen ordret afskrevet, jf. nedenstående afsnit 4.9.2., idet narrative citater ønskes anvendt i opgaven til at cementere, forklare eller aflive tendenser fundet i det kvantitative materiale.

**Analyse.** En fremgangsmåde til analyse vælges ud fra velegnetheden til at beskrive undersøgelsens formål samt den valgte fremgangsmåde for udførelsen af interview.<sup>1</sup> Empirien behandles ved meningskondensering samt frembringelse af citater for både at fremhæve generelle mønstre i interviewene samt at fremstille de individuelle narrative udsagn.

**Verificering.** Transskriptionerne vurderes med hensyn til gyldighed, spejl, helhed og overførbarhed. Disse omhandler henholdsvis, at forskeren måler det tilsigtede, at de udforskede kan genfinde sig selv i det fortolkede, at forskeren har en overordnet forståelse for det udforskede emne samt at resultaterne kan overføres til andre lignende cases.<sup>1,2</sup> For denne opgaves vedkommende anvendes de fire nævnte kvalitetskriterier tilhørende den forstående forskningstype til vurdering af dette stadie i interviewundersøgelsen og er fortællende for datakvaliteten.

**Rapportering.** De fundne resultater samt den anvendte metode præsenteres og kommunikeres i en videnskabelig form.<sup>2</sup> Sigende citater frembringes i indeværende speciale til understøttelse af forforståelsen samt i tilfælde af nyopståede emner. Resultaterne genereres både gennem delanalyse og ved helhedsforståelse og synliggøres i tekstform.

Det kvalitative forskningsinterview stiller en række krav til forskeren både fagligt og personligt. Metoden er krævende for den udførende person, som skal være i stand til at skabe tryk, være tillidsfuld og åben, samt at kunne lytte og være observerende. Afhængig af informantens position i samfundet, kræves forskellig karakter af forskeren, men uanset status og rang er en imødekommenhed og anerkendende adfærd en selvfølge.<sup>1</sup>

Forud for udførelsen af interviewene er der indsamlet viden omkring spørgeteknikker samt gode råd omkring opbygning og gennemførelse af interview. Der er som pilotforsøg udført et informantinterview med professor dr. med. Helmer Ring-Larsen. Som tidligere overlæge på Rigshospitalet har han kendskab til den praktiske håndtering med epikriser, og da han tillige er underviser på Det Farmaceutiske Universitet, er han vurderet til at være en kompetent og relevant person at udføre et indledende interview med. Et informantinterview - eller pilotinterview er nyttigt i begyndelsen, hvor det endnu ikke er klarlagt, hvilke informationer der ønskes, og

---

<sup>1</sup> Launsø L, Rieper O

<sup>2</sup> Kvale S

hvilke spørgsmål der kan stilles. Interviewet er relativt åbent og ustruktureret med en temaramme til at styre interviewet med.<sup>1</sup> Svarene, der gives, er ofte udgangspunkt for det næste spørgsmål, samt styrende for interviewguiden, der udarbejdes inden udførelse af de efterfølgende interview.

#### 4.7. Dataanalyse

Ved analyse adskilles en helhed i enheder, og disse enkeltdele undersøges i relation til hinanden og eventuelt til det samlede hele. Analyse af data er således en kategorisering af det indsamlede empiriske materiale, hvor materialet forenkles, og dermed skabes et overblik over de forhåndenværende rådata. Problemformulering og -stillinger er ofte styrende for analysen, idet irrelevante data herved udelades. Det er ønskeligt at opdage mønstre og relationer i datamaterialet og udtrykke disse i årsagssammenhænge samt formå at opnå forståelse eller forklaring af disse. Typen af rådata og den ønskede viden er afgørende for, hvilke analyseteknikker der anvendes.<sup>1</sup>

Informationstab er prisen, når noget undersøges. Der vil uanfægteligt mistes viden i alle faser af et projekt; fra dataindsamlingen, under selve analysen og tolkningen samt ved diskussionen og konklusionen, hvor der under hvert trin fravælges information. Det er en nødvendighed at eksformere for at forenkle og overskueliggøre med den forventning, at det er det mindre relevante, der udelades.<sup>1</sup>

Inden den kvantitative analyse påbegyndes, skal begrebsdannelse, operationalisering og kategorisering være gennemtænkt. Analysen og tolkningen består så i at finde sammenhænge mellem begreberne og troværdigheden heri. Ved kvalitativ dataanalyse kan de forudgående processer ikke overvejes i nær så stor grad som tilfældet er med de kvantitative data. Udvikling af begreber og kategorier opstår som oftest undervejs i eksempelvis et interview, da de udforskede kan bringe emner og temaer op, som forskeren ikke på forhånd har tænkt på eller har haft forudsætning for at kunne vide. Kategorisering, analyse og tolkning er således en dynamisk proces gennem hele undersøgelses- og bearbejdningsperioden.<sup>1</sup>

Analyse og tolkning styres af opgavens formål, forskerens forforståelse samt egenskaber ved det, der undersøges. Jo mindre der vides på forhånd om det undersøgte, jo mere induktivt må der arbejdes, idet der således ud fra enkelte observationer må konkluderes noget generelt.<sup>1</sup> Dette kan dog være modsigende i forhold til den kvalitative undersøgelses mål med generering af unikke udsagn, der ikke nødvendigvis er repræsentative på en større befolkningsgruppe.

I nærværende tilfælde er epikrisernes opbygning og indhold bestemmende for resultaterne, idet produktet af pilotstudiet fortæller om udbyttet af datamaterialet og herefter tematiseres dette til anvendelse under interviewene. Epikrisedata er organiseret og analyseret med statistiske over-

---

<sup>1</sup> Andersen I

vejelser, og der kigges nærmere på de enkelte enheder, en epikrise består af, og disse anvendes som enkeltdele, men også i sammenhæng med de øvrige kategorier. Eksempelvis ses der på, om indholdet er afhængig af den udskrivende afdeling eller om angivelse af medicinstatus er periodeafhængig eller ej.

I specialet anvendes informanternes udsagn som personlige erfaringer, men det forsøges ligeledes at kondensere og sammenligne de tre praktiserende lægers udsagn, for således at tydeliggøre mulige tendenser og overensstemmelser mellem deres erfaringer og meninger. Resultaterne fra interviewene er blevet konstrueret ved, at transskriberingerne er gennemlæst, og der er fundet fællestræk samt mindre forskelligheder, hvilke er kategoriseret efter problemstillingerne. Endvidere er der observeret andre gennemgående temaer, som har bidraget til ny viden.

#### 4.8. Informanter

Udvælgelsen af informanter er med udgangspunkt i casens aktører. Gennem ph.d. studerende Søren Ilsøe-Kristensen er der rekvireret navn på en klinikchef på afdeling E samt navne på praktiserende læger, der alle har deltaget med patientinformationer til projektet. Klinikchefen på afdelingen henviser til den ledende lægesekretær, der kan afsætte tid og bidrage med information om bl.a. den praktiske udførsel i håndtering af epikriser og afdelingens fremgangsmåder. Informanter angivet i tabel 3 er kontaktet pr. e-mail og/eller telefonisk, og der er således indgået aftaler med følgende personer om interview, der er foretaget i nedenfor anførte rækkefølge:

*Tabel 3: Oversigt over informanter*

Nr.	Informant
1	Professor Dr.med. Helmer Ring-Larsen (HRL), Det Farmaceutiske Fakultet, KU (pilot)
2	Ledende lægesekretær, klinik E – kvinde
3	Praktiserende læge i enkeltmandspraksis – kvinde
4	Praktiserende læge i enkeltmandspraksis, tidligere praksiskonsulent – mand
5	Praktiserende læge i kompagniskabspraksis, tidligere praksiskonsulent – mand

Det vurderes, at interview med en enkelt læge og en lægesekretær på hjertesvigtsafdelingen er tilstrækkelig for at opnå kendskab til procedurer mv. Derimod er der valgt at interviewe flere praktiserende læger, da de enkeltes narrative udsagn og opfattelser kan være forskellige. Grundet travlhed er interviewet med hospitalslægen dog ikke gennemført. Enkelte afklarende spørgsmål er foregået over telefonen. To af informanterne har desuden været praksiskonsulenter på hospitalet, hvor hjertesvigtssklinikken tilhører, så denne indgangsvinkel anvendes også i interviewet med dem.

#### 4.9. Interview og interviewguide

Typisk vil der være nogle forhold, der *skal* belyses for at kunne besvare problemstillingerne. Dette kan sikres ved at udarbejde en interviewguide, som på stikordsform angiver de temaer og få spørgsmål, der med sikkerhed ønskes at få berørt. Intervieweren kan så undervejs kontrollere, om de givne temaer er blevet besvaret, om end de kommer i vilkårlig rækkefølge.<sup>1</sup>

##### 4.9.1. Udførelsen af interviewene

De kvalitative forskningsinterview tager udgangspunkt i informanternes verden og erfaringer. Formålet med udførelsen er at erhverve åbne, nuancerede beskrivelser for derigennem at kunne forstå og beskrive de centrale aspekter, som de udforskede oplever dem.

I indeværende tilfælde er interviewguiden revideret løbende i processen, idet der efter hvert interview kommer nogle nye problematikker og emner frem, som ikke har været identificeret forud for interviewene. Endvidere erfarer det, at rækkefølgen af temaer ikke er optimal ved start, og således er dette også ændret. Guiden indeholder en skitse over emner, der skal afdækkes og spørgsmål til respondenter afhængig af disses position, jf. bilag 4.

I professionelle interview er der ofte en magtasymmetri mellem forskeren og de udforskede, hvor interviewer er den vidende.<sup>2</sup> I dette speciales tilfælde er rollefordelingen anderledes, således at det er de interviewede, der er professionelle. Denne omvendte setting kan i de udførte interview muligvis have hæmmet interviewer i at få det optimale ud af situationen, ligesom uerfarenhed kan have forårsaget mangel på oplysninger eller udvisning af typiske begynderfejl.

##### 4.9.2. Efterfølgende behandling

Interviewene er delvist optaget digitalt vha. en MP3-afspiller hvor lyd kvaliteten er høj, og transskriberingsprocessen lettes herved. For en sikkerheds skyld anvendes der dog også en almindelig båndoptager under alle interviewene. Efterfølgende er hvert interview ordret transskriberet, hvor typiske taleord som ”øhh” og ”ik” i de fleste tilfælde er udeladt, tillige med samtale uden mening for emnet. Interviewudskrifterne er forsynet med linjenumre, som der er anvendt i kondenseringsskemaerne. De udtrykte erfaringer og meninger bliver kondenseret, hvorefter der foretages en tematisering af de emner, der dominerer interviewene og er i overensstemmelse med problemstillingerne.

Transskriberingen er en fortolkende konstruktion af det originale interview, hvor selve interviewet er en interaktion mellem de tilstedeværende og udvikler sig undervejs i samtalen. Det omskrevne produkt er firkantet set et stilbillede af en situation taget ud af de oprindelige omgi-

---

<sup>1</sup> Andersen I

<sup>2</sup> Kvale S

velser og kontekst. Stemningen, tilstedeværelsen og samspillet mellem informant og interviewer kan ikke gengives på skrift <sup>1</sup>

Et af de fire kvalitetskriterier til verificeringen af de kvalitative interview er helheden. I indeværende speciale er denne at forstå indholdet, opbygningen og baggrunden af epikriserne for at kunne udføre interviewene og forstå de implicite ting, der bliver sagt under samtalerne. Ligeledes er det i denne sammenhæng vigtigt at have kendskab til sundhedssystemet.

Spejlkriteriet omfatter her informanternes genkendelse af sig selv i det kondenserede og det af forskeren fortolkede produkt. Det er forsøgt at gengive resultaterne i så god overensstemmelse med det sagte som muligt, så sammentrækning af meninger viderebringes i deres originale mening. Der er ved afslutningen af specialet feedback fra tre af informanterne, der efter gennemlæsning er indforstået med det sagte. Der er af de tre udforskede således ikke observeret fejlslutninger eller misforståelser fra samtalen. For de øvrige informanter er det ikke stadfæstet, om en genkendelse er til stede hos disse.

Gyldigheden vurderes i nærværende tilfælde at være tilfredsstillende, da det indsamlede materiale gennem interview synes at besvare de opstillede problemstillinger. Samtidig er der dog også erhvervet ny viden omkring temaer, der på forhånd ikke var forventet.

Overførbar til lignende settings synes at være muligt, da hjertesvigtssklinikken ikke er en enstående case. De samme problematikker vil formentlig gøre sig gældende andre steder i sundhedssystemet, så resultaterne vil være generaliserbare i en vis udstrækning.

## 5. Resultater

Det efterfølgende afsnit er opbygget i to dele. Det kvantitative produkt i talmæssig form præsenteres først, hvortil der hører tabeller, grafiske illustrationer og tekstforklaring. Resultaterne er udarbejdet på baggrund af 585 epikriser. Der er til illustration af resultaterne anvendt decimaler afhængig af antal betydende tal i rådata. I teksten, samt senere i diskussion, er der i nogle tilfælde rundet op til hele tal, hvis der ikke går mening og nuancering tabt herved.

Herefter fremlægges resultaterne af de fem kvalitative interview, hvor der er medtaget citater fra informanterne for at præsentere narrative beretninger samt underbygge den skrevne tekst.

### 5.1. Kvantitative resultater

Resultaterne, der stammer fra epikriserne, er oplistet i et stort Excel ark, hvor tabel 4 viser en simplificeret model og angiver de punkter, det er valgt at beskrive i dataarket (jf. bilag 4 for udskrift af dataskema, og bilag 1 for et eksempel på en epikrise). Dataarket er udarbejdet ud fra de foreliggende vejledninger samt efter udførelse af pilotprojektet, jf. afsnit 4.6.1.1.

---

<sup>1</sup> Kvale S

### 5.1.1. Dataskema

Tabellen angiver et eksempel på et resultat fra en epikrise. Hertil er knyttet en kort kommentar. Under tabellen er de enkelte punkter mere udførligt beskrevet. Fremgangsmåden som illustreret i nedenstående tabel 4 er anvendt til afkodning af de 585 epikriser:

Tabel 4: Simplificeret dataskema der angiver den information der kan identificeres ud fra epikriserne

Nr.	Overskrifter	Eks.	Kommentarer
1.	Patientnummer	29	Henviser til en specifik patient
2.	Lægenummer	15	Henviser til en specifik læge
3.	Epikrisenummer	2	Henviser til epikrisetype
4.	Dato for afsendelse	7.2.05	Dato
5.	Dato for modtagelse	8.2.05	Dato
6.	Difference	1	Difference mellem pkt. 5 og 4
7.	Henvisningsdiagnose	0	0 = ingen diagnose
8.	Aktionsdiagnose	1 (DI509)	1 = diagnose (diagnosekode i parentes)
9.	Bidiagnose	1 (DI209)	1 = diagnose (diagnosekode i parentes)
10.	Afdelingsnummer	7	Henviser til en specifik afdeling
11.	Indlæggelsesdato	3.2.05	Dato for indlæggelse
12.	Udskrivningsdato	4.2.05	Dato for udskrivning
13.	Difference for udskrivning til afsendelse	3	Difference mellem pkt. 13 og 4
14.	Resume	1	1 = Ja, notat hertil angivet
15.	Medicinstatus, herunder	1	1 = Ja, notat hertil angivet
	- antal præparater	6	Antallet af præparater
	- indikation	0	Antal præp. hvor indikation er angivet
	- styrke	5	Antal præp. hvor styrke er angivet
	- dosering	5	Antal præp. hvor dosering er angivet
	- formulering	6	Antal hvor formulering er angivet
	- p.n. medicin	0	Antal hvor p.n. medicin er doseret
16.	Behandlingsplan	1	1 = Ja, notat hertil anført
17.	Patientinformation	0	0 = Nej, notat hertil kan anføres
18.	Andet	0	0 = Nej, notat hertil kan anføres
19.	Behandlerende læge/lægesekretærs initialer	CT/li	Læge/den udførende sekretær

**Ad 1) Patientnummer.** Alle patienter er tildelt et specifikt nummer, som er fremkommet ved at sortere patienterne i alfabetisk orden efter fornavn. Det er her således muligt at få tildelt et nummer mellem 1-135 (det samlede antal patienter inkluderet på HIK).

**Ad 2) Lægenummer.** Lægerne har fået tildelt fortløbende numre som de har optrådt i datamaterialet. Der er 55 forskellige lægepraksis repræsenteret i casen, så angivelsen i kategori 2 er mellem 1-55. Flere patienter kan have samme læge, så derfor kan det samme lægenummer forekomme flere gange. Ligesom lægerne kan have flere patienter, kan patienterne også have kontakt med forskellige læger.

**Ad 3) Epikrisenummer.** De forskellige typer af epikriser er ligeledes nummereret fortløbende efterhånden som de er forekommet under databehandlingen. De kan antage tal mellem 0-8, hvor 0 indikerer, at der ikke er angivet hvilken epikrisetype der er tale om.

**Ad 4, 5 og 6) Dato for afsendelse og modtagelse samt differencen.** Her angives hhv. dato for afsendelse fra hospital eller speciallæge o.a. samt modtagelse af epikrisen hos egen læge, og i felt nr. 6 noteres differencen mellem disse to datoer.

**Ad 7, 8 og 9) Henvisningsdiagnose, aktionsdiagnose og bidiagnose.** Disse tre felter kan alle antage størrelserne 0 (diagnose ikke angivet) eller 1 (diagnose angivet). Hvis der er noteret "1", anføres diagnosekoden også. Henvisningsdiagnosen betegner årsagen til patienten er henvist til hospitalet. Aktionsdiagnosen er den primære behandlingsgrund under indlæggelsen eller ambulantbesøget mv. Bidiagnoserne viser øvrige komplikationer eller behandlingskrævende foranstaltninger.

Diagnoserne har alle en bestemt ICD 10 kode (International Classification of Diseases 10. udgave) udarbejdet af WHO. Dette system er inkorporeret i en dansk version kaldet Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem SKS, hvor disse har bogstavet "D" noteret foran den oprindelige ICD-10 kode. Koderne kan aflæses via hhv. WHO og Sundhedsstyrelsen<sup>1,2</sup>, hvor betydningerne af de enkelte koder er forklaret med tekst der kan henvise til f.eks. en lidelse, en tilstand, en operationstype eller lokaliseringen af en lidelse.

**Ad 10) Afdelingsnummer.** Dette refererer til den udskrivende afdeling eller eksempelvis speciallæge der har afsendt epikrisen. Der er i alt 99 forskellige steder involveret og denne kategori kan således antage tal mellem 0 og 99, hvor 0 angiver epikriser, hvor afdeling ikke er angivet.

**Ad 11, 12 og 13) Indlæggelses- og udskrivningsdato og difference mellem udskrivning og afsendelse.** Datoer for hhv. indlæggelse og udskrivelse noteres, og differencen mellem disse beregnes og angives i det sidste felt.

---

<sup>1</sup> who.int

<sup>2</sup> medinfo.dk. SKS-browser

**Ad 14) Resume.** Dette felt kan ligeledes antage tallet 0 eller 1, hvor 1 angiver at der er indeholdt en epikrisetekst og 0, hvis der ikke er anført et resume. Der er til dette felt knyttet en kommentarrubrik, hvori der kan noteres, hvilken egenskaber resumeteksten har.

**Ad 15) Medicinstatus.** Oplysningerne om medicinen er inddelt i fem felter, antal præparater, indikation, styrke, dosering, formulering og p.n. medicin. Antallet af forekomster i de forskellige kategorier noteres.

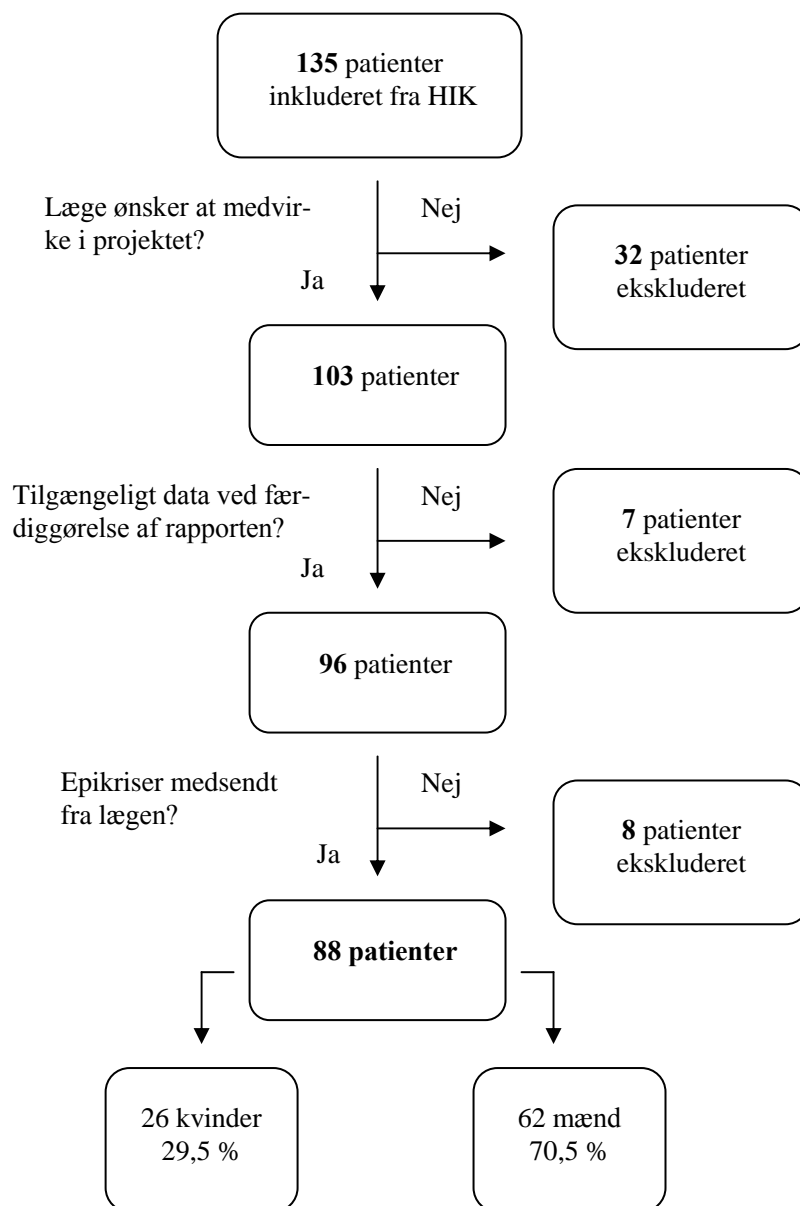
**Ad 16, 17 og 18) Behandlingsplan, patientinformation og andet.** Disse tre kategorier kan også antage tallene 0 eller 1. 0 angiver, at der ikke er anført noget i epikrisen omkring den givne kategori, og 1 indikerer det modsatte. Til hver felt er der ligeledes et kommentarfelt, hvor de kort kan beskrives observationer fra den givne epikrise.

**Ad 19) Initialer.** Den udskrivende eller ansvarlige læge skriver epikrisen under, og sekretærens initialer anføres.

### 5.1.2. Populationskarakteristik

De 88 patienter, som danner baggrund for resultaterne, er fremkommet som angivet i nedenstående figur 3:

Figur 3: Flowdiagram. Redegørelse af patienterne. Der tages udgangspunkt i de 135 hjersteinsufficienspatienter inkluderet fra HIK. Der illustreres, hvordan 47 patienter er ekskluderet, så det samlede antal resulterer i 88 patienter. Næderst er kønsfordelingen på patienterne angivet.



Gennemsnitsalderen beregnet pr. 2008 på de inkluderede patienter er 72,9 år (median 74, interval 47-95). Der ses ingen sammenhæng mellem køn og alder. De ti ældste patienter er hhv. fem kvinder og fem mænd, og de ti yngste patienter er hhv. 4 kvinder og 6 mænd. Patienterne har i gennemsnit 6,6 epikriser for de indsamlede perioder.

### 5.1.2.1. Diagnoser

Diagnoserne er opdelt efter sygdomsgrupper og i tabellen herunder angives de hyppigst forekommende diagnoser:

*Tabel 5: Oversigt over de hyppigste overordnede årsager til kontakt med sundhedsvæsenet. Aktionsdiagnosen er den diagnose der primært bliver behandlet. Diagnosekoderne henviser til forskellige sygdomsgrupper eller behandlingsområder, og udspecificeres mere og mere afhængig af antal cifre efter de overordnede bogstaver. Resultaterne er angivet som antal epikriser og procentdel af N= 449.*

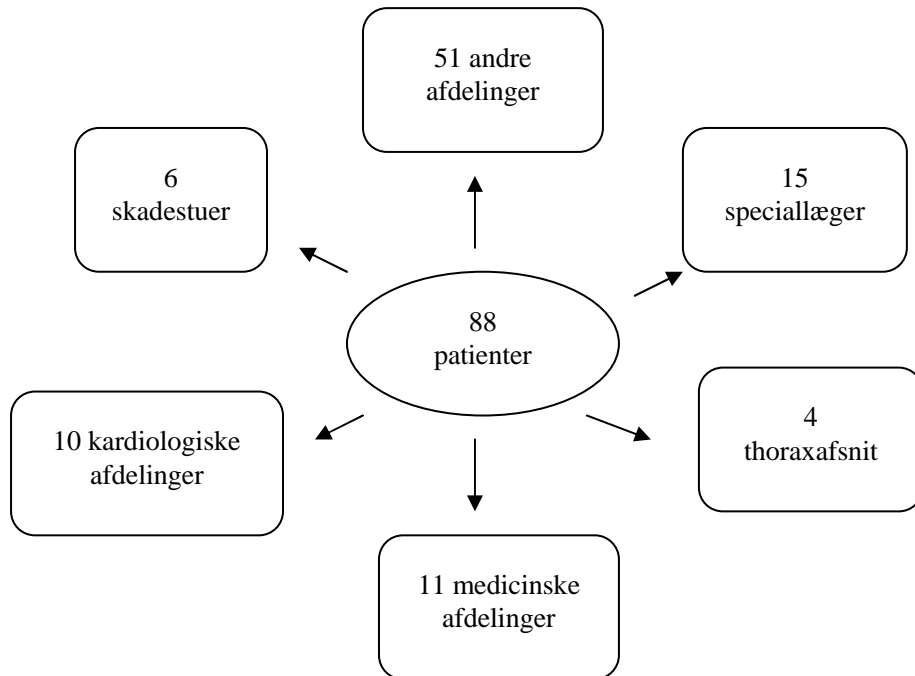
Diagnoser N = 449					
Overordnet klassifikation			Underinddelinger		
Kode	Tekst	Antal (%)	Kode	Tekst	Antal (%)
DI	Sygdomme i kredsløbsorganer	233 (51,9)	DI5	Andre former for hjertesygdom	83 (18,5)
			DI50	Hjertesvigt	83 (18,5)
			DI509	Hjerteinkompensation uden specifikation	74 (16,5)
DR	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	34 (7,6)	DR0	Symptomer og abnorme fund fra kredsløbs- og åndedrætsorganer	22 (4,9)
			DR07	Smerter i hals og bryst	13 (2,9)
			DR079	Brystsmerter uden specifikation	13 (2,9)
DZ	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	51 (11,4)	DZ0	Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	45 (10,0)
			DZ00	Undersøgelse af personer uden klage og diagnose	25 (5,6)
			DZ008	Generelle undersøgelse, andre	25 (5,6)

Der er også anført bidiagnoser på epikriserne, der dog ikke er præsenteret her. Disse diagnoser er oplyst efter samme princip som ovenstående for aktionsdiagnoserne, hvor sukkersyge, primær blodtryksforhøjelse og hyperlipidæmi er de 3 hyppigst forekommende bidiagnoser i casen.

Af ovenstående kan det ses, at hjerteinsufficienspatienter bliver behandlet for mange forskellige lidelser og symptomer.

Der tages udgangspunkt i en specifik hjertesvigtssklinik. I alt er der identificeret 97 afdelinger og speciallæger mv., der har været involveret i behandlingen af de 88 patienter.

Figur 4: Oversigt over, hvor de 88 patienter har modtaget epikriser fra

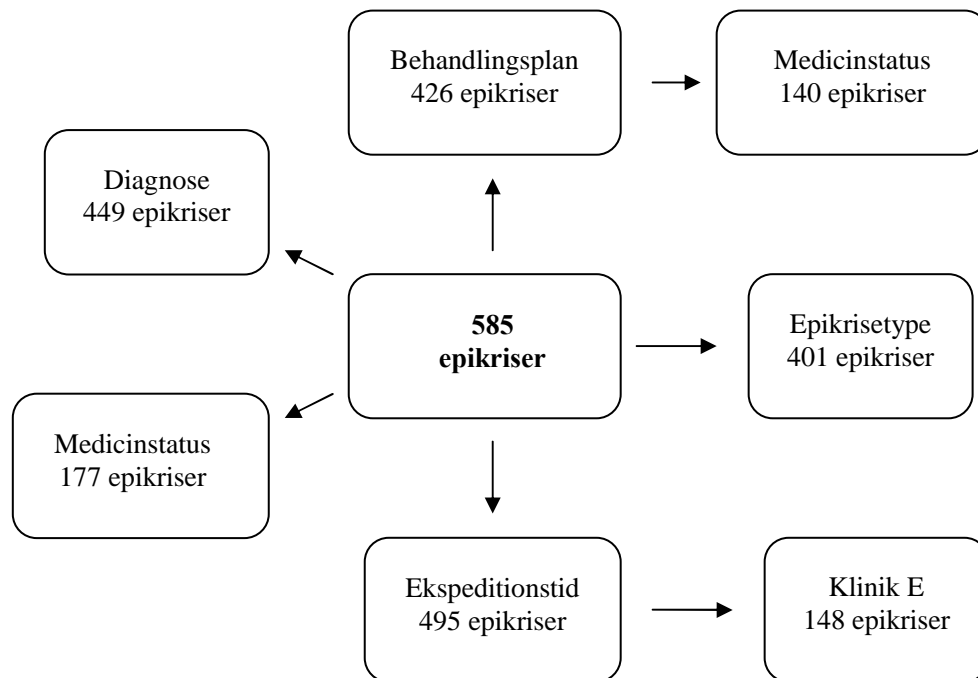


I 195 tilfælde af de 585 epikriser er det klinik E, hvor HIK er tilknyttet, der er ansvarlig for epikrisen. Klinik E er en af de 10 kardiologiske afdelinger hvorfra der er afsendt epikriser. I hhv. 55 epikriser er afsendt fra en af de 5 forskellige skadestuer og i 39 situationer er det en vagtlæge, der er afsenderen af epikrisen.

### 5.1.3. Epikriser

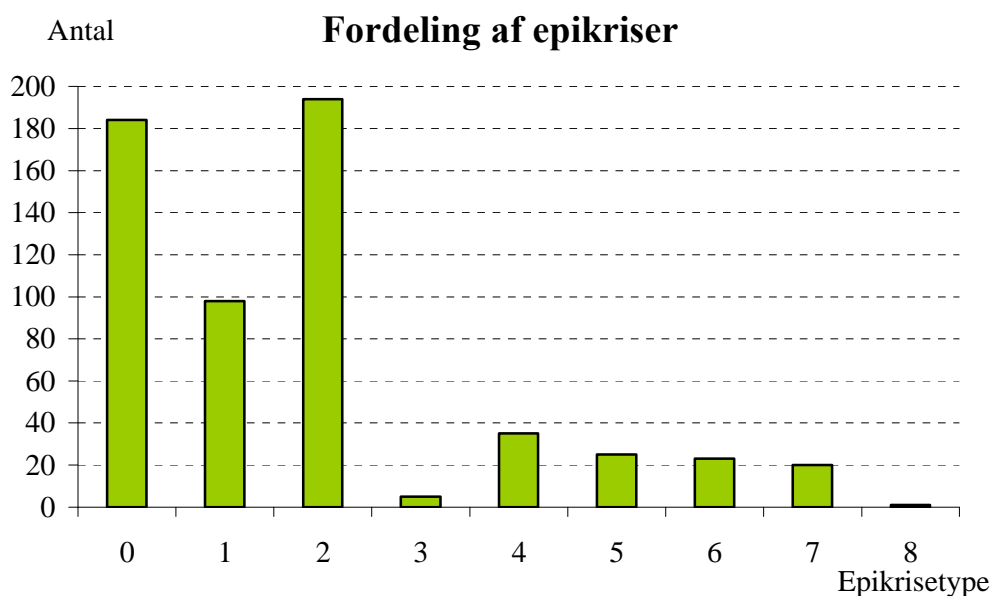
De 585 epikriser indeholder ikke alle de samme typer information. I nedenstående figur vises der en oversigt over det antal epikriser der danner baggrund for de forskellige afsnit i den kvantitative del af resultatbehandlingen. I hvert tabel angives der med  $N = x$ , hvor mange epikriser der er anvendt til det givne resultat.

Figur 5: Antal epikriser anvendt til beregning af de forskellige resultater i indeværende afsnit. Tallene angiver det antal epikriser der indeholder behandlingsplan, diagnose, epikrisetype osv., og det er disse tal, de efterfølgende resultaterne bygger på.



Der findes forskellige typer af epikriser, som alle er opbygget efter samme princip. Der er identificeret 8 forskellige epikrisetyper i datamaterialet, og disse er angivet med tallene 0-8, hvor 0 angiver, at der ikke er påført hvilken slags epikrise der er tale om.

Figur 6: Fordeling af de 585 epikriser. 0 = ikke angivet, 1 = ambulant, 2 = udskrivning, 3 = korrespondancebrev, 4 = skadestue, 5 = Lægevagt, 6 = speciallæge, 7 = billeddiagnostisk, 8 = fysioterapi



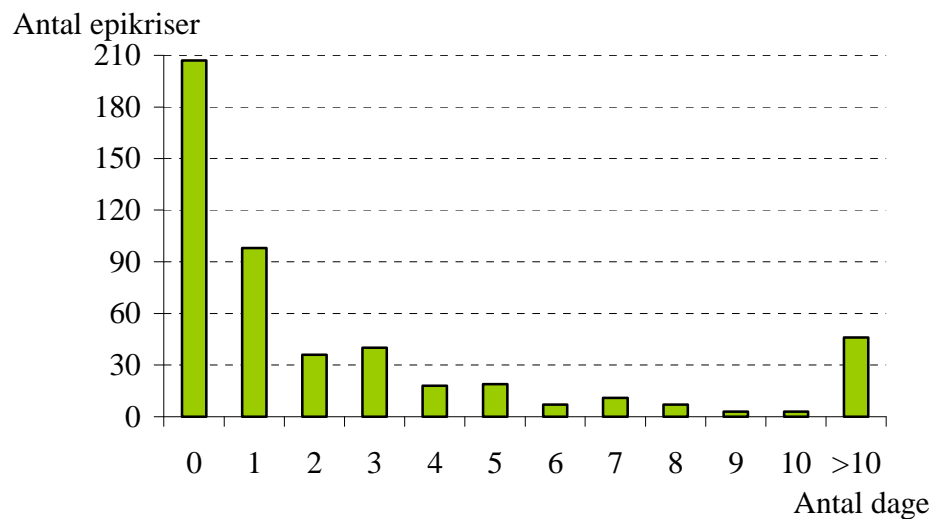
I 183 tilfælde er der ikke angivet hvilken type epikrise der er afsendt (0). Halvdelen af det totale antal epikriser udgøres af ambulante (1) og udskrivningsepikriser (2), i alt 292.

#### 5.1.4. Ekspeditionstid

På de efterfølgende to grafer ses hhv. antallet af epikriser der er afsendt efter et givent antal dage (fig. 7), samt det kumulerede antal epikriser afsendt angivet i procent (fig. 8) for N = 495.

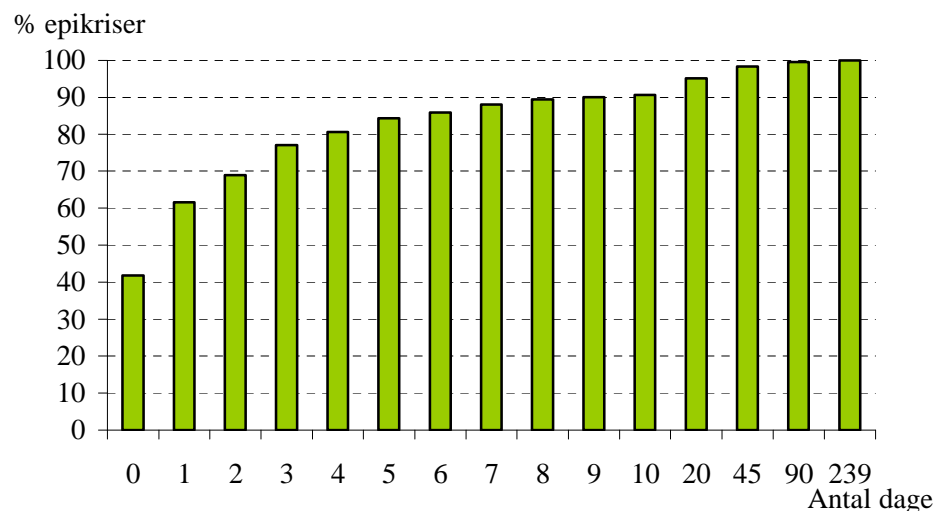
Figur 7: Antal epikriser afsendt på givne dage efter udskrivelsen. 0 angiver, at epikrisen er afsendt samme dag som patienten er udskrevet. Der er således gået 0 dage inden modtageren har fået epikrisen. N = 495.

#### Antal epikriser afsendt efter x antal dage efter udskrivelse



Figur 8: Den kumulerede procentdel afsendte epikriser efter givne dage. N = 495.

#### % epikriser afsendt efter x antal dage efter udskrivelsen



Den gennemsnitlige ekspeditionstid er angivet i tabel 6, hvor der endvidere er differentieret i resultaterne, så klinik E er fremhævet. Målet for ekspeditionstiden i HIK, tillige med de øvrige afdelinger på hospitalet, er på 3 dage. Resultatet herfor er angivet i tabellen.

Tabel 6: Ekspeditionstid fra udskrivelse til afsendelse af epikrisen.

	Alle epikriser N = 495	Epikriser fra klinik E N = 148
Epikriser afsendt inden 3 dage	77 %	77 %
Ekspeditionstid, dage (inkl. 239)	4,61 (median 1, interval 1-239)	4,63 (median 1, interval 1-239)

	Alle epikriser N = 494	Epikriser fra klinik E N = 147
Ekspeditionstid, dage (eks. 239)	4,13 (median 1, interval 0-116)	3,42 (median 1, interval 0-85)

Der ses bort fra epikrisen med 239 dage mellem udskrivning og afsendelse i den nederste tabellinie, da det ligner en outlier. Det har ikke stor indflydelse set over alle epikriserne, da datagrundlaget er stort, men i tilfældet fra klinik E vindes der en dag ved at se bort fra epikrisen med den lange ekspeditionstid.

### 5.1.5. Medicinstatus

Ud af samtlige 585 gennemgåede epikriser, er der i 177 tilfælde angivet medicinstatus ved udskrivningen, hvilket svarer til ca. 30 %. En betydende del af epikriserne er bl.a. fra speciallæger, skadestuer og vagtlæger (jf. afsnit 5.1.4.), hvor der f.eks. er foretaget røntgen og andre billeddiagnostiske målinger, behandlet småskrammer og andet der ikke medfører yderligere behandling eller medicinsk behov. Hvis der ses bort fra disse 292 epikriser og beregningen således kun omfatter ambulante- og udskrivningsepikriser, er det samlede antal epikriser med angivet medicinstatus 60,62 %.

Af de epikriser hvor der ikke er angivet medicinstatus, er der i 48 tilfælde angivet: ”*medicin som vanligt, medicin i henhold til EPM, ingen ændringer i medicinen*” og lignende vendinger. Der er således ikke indeholdt nogen aktuel medicinstatus, men der refereres til en anden database, hvor en kopi evt. sendes med posten frem til egen læge, hvor epikrisen sendes elektronisk.

Tabel 7: Epikriser med angivelse af medicinstatus

<b>Medicinstatus N = 585, n = 177</b>	
%-del af alle epikriser	30,26 %
%-del epikriser, baseret på ambulante epikriser og udskrivningsepikriser, N = 292	60,62 %
Gennemsnitligt antal præparater pr. epikrise (median 7, interval 1-18)	6,98

For ca. 70 % af epikriserne er der således ikke angivet nogen medicinstatus. Det gennemsnitlige antal præparater pr. epikrise er som angivet 6,98 med et interval på 1-18 præparater.

Til yderligere vurdering af den berettede medicinstatus, er denne dechifreret i 5 kategorier: Indikation, styrke, dosering, formulering og p.n. medicin (gives efter behov). For de 585 epikriser er der angivet i alt N = 1235 lægemidler. Tabel 8 viser, hvor mange præparater der er angivet inden for hver af de fem nedenstående kategorier:

Tabel 8: Epikrisernes indhold omkring medicin. Det samlede antal lægemidler for de 585 epikriser er N = 1235. Under hver enkelt kategori er der angivet antallet af præparater og den procentdel der indeholder den givne type information.

<b>N = 1235</b>	<b>Indikation angivet</b>	<b>Styrke angivet</b>	<b>Dosering angivet</b>	<b>Formule- ring angivet</b>	<b>p.n. angivet</b>
Antal præparater	8	1078	1093	726	51
% totale antal præparater	0,64	87,29	88,50	58,79	4,13

Den procentvise angivelse er beregnet ved eksempelvis indikation:  $8/1235 \cdot 100 = 0,64 \%$ , hvilket betyder, at for 8 præparater er indikationen angivet.

Kategorien p.n. medicin (efter behov) er medtaget, da den erstatter en angivelse af dosering. Disse to tal kan adderes, så den samlede procentdel for dosering angivet er 92,63 %.

Der er i knap 90 % af epikriserne indeholdt medicinstatus med styrke og dosering angivet. I 27 tilfælde er et lægemiddel, f.eks. Marevan (Warfarin, antikoagulantikum) blot angivet som: "efter skema", og derved kan den samlede andel for denne kategori virke mindre end tilfældet er i virkeligheden. Ligeledes er præparater der kun findes i en styrke, som multivitamin eller Kaleorid (kaliumklorid, tilskudspræparat), endnu en årsag til, at der ikke er angivet styrke på alle præparater.

### 5.1.5.1. Kliniske konsekvenser

I bilag 5 er alle de tilfælde oplyst, hvor der mangler angivelse af indikation, styrke, dosering eller formulering for præparaterne noteret i medicinstatus. Udeladelse af en eller flere af disse kategorier kan være potentielle årsager til fejl i medicinering. Nedenstående er eksempler på, hvilke mangler der er identificeret i epikriserne:

Tabel 9: Eksempler på hvilke mangler der er identificeret omkring medicinstatus

Præparat	Angivelse i epikrisen. Kort om præparat	Doseringsforslag fra medicin.dk	Kommentarer
Centyl med KCl (Thiazid m. KCl)	Ingen styrke angivet. Findes i normal og mite	Ødem: 1-2 eller 2-4 mite Hypertension: 1 el. 1-2 mite	Dosis afhænger af indikation.
Dimitone ( $\beta$ -blokker)	Ingen styrke angivet. Findes i: 3,125 mg, 6,25 mg, 12,5 mg og 25 mg	Optitreres efter indikation	Anvendes til konven- tionel hjerteinsuffici- ensbehandling
Spiriva (antikolinergikum)	Angivet som tabletter. Findes i inhalationskapsler og inhalationsvæske	1 kapsel daglig (18 $\mu$ g) eller 2 pust væske (5 $\mu$ g)	Ofte KOL patienter.

### 5.1.6. Behandlingsplan

I 426 tilfælde, svarende til knap 73 %, er der i epikrisen anført en behandlingsplan for patienten. Dette kan f.eks. være indlæggelse/overflytning til anden afdeling, fremtidig genoptræning, indkaldelse til forskellige undersøgelser eller målinger, henvisning til anden behandling eller opfølgning hos egen læge. Endvidere er i nogle tilfælde specifikt angivet en behandlingsplan for det fremtidige medicinske forløb, det være sig optitrering af  $\beta$ -blokker, opstart af antikoagulationsbehandling eller seponering af præparater. I 140 situationer er der beskrevet et medicinsk forløb, hvilket er 24 % af det totale antal epikriser og knap 33 % af de 426 epikriser der indeholder information om den videre behandling.

### 5.1.7. Patientinformation

Patientinformationen angivet i epikriserne kan f.eks. være omkring risici ved en forestående operation eller mulige konsekvenser ved ikke at lade sig behandle, information om mulige bivirkninger, forklaring af den forudgående indlæggelse samt oplysning om et forestående behandlingsforløb, hvor i alle tilfælde patienten kan give udtryk for accept eller ej. Denne type information er indeholdt i epikriserne 111 gange, hvilket svarer til 19 % af de undersøgte epikriser.

Patientinformationen der gives, er i alle typer epikriser oftest noteret som ”patienten er informeret og accepterer”. Det er sjældent, at der står yderligere specificeret, hvad der er informeret

om, og hvad de har accepteret. Et eksempel kan dog være, at der er informeret om behandlingstilbud eller medvirken i kliniske forsøg, og dette kan så være accepteret eller afslået.

### 5.1.8. Indholdsvurdering

Indikation af medicinstatus, behandlingsplan og ydet patientinformation regnes i indeværende speciale som kvalitetskriterier for en anvendelig epikrise. Der kan udledes følgende resultater fra datamaterialet:

*Tabel 10: Kvalitetskriterier til vurdering af anvendeligheden af epikrisen. Antallet af epikriser med hhv. 3, 2, 1 og 0 kriterier er vist. Procentdel angivet i parentes.*

N = 585 epikriser	3 kriterier	2 kriterier	1 kriterium	0 kriterier
Antal (%)	32 (5,5)	190 (32,5)	238 (40,7)	125 (21,4)

Der er flest epikriser hvori der er angivet 1 af de 3 kriterier der er opstillet til vurdering af indholdet. I bilag 6 er der nærmere udspecificeret hvilke kriterier der hyppigst er angivet og i hvilke kombinationer kriterierne findes, hvis ikke alle 3 er beskrevet i epikrisen. De epikriser, der indeholder 1 eller 2 krav, er udspecificeret i tabel 12 i bilag 6

Der undersøges om der er sammenhæng mellem kvaliteten af epikrisen (defineret ud fra de 3 kvalitetskriterier) og typen af epikrise. Ambulante og udskrivningsepikriserne findes til hyppigst at få noteret 1 eller flere kriterier i epikrisen. Tabel 13 i bilag 6 viser antallet af kvalitetskriterier fordelt på epikrisetyper.

## 5.2. Kvalitative resultater

I det efterfølgende er citater angivet med *kursiv tekst*, og hvis dele, uden betydning for forståelse og mening, er udeladt, markeres dette således (...). Transskriptionerne er vedlagt i bilag 7. Efter citaterne er angivet et af tallene fra 1-5, afhængig af hvilken informant der har udtalt sig, jf. afsnit 4.8. tabel 3.

Der er i alt foretaget 5 kvalitative interview i perioden 27. marts 2008 til 3. april 2008, som alle er udført på informanternes arbejdspladser. Længden af interviewene varierede fra pilotinterviewets 30 minutter til 1 time og 35 minutter hos en praktiserende læge. I det efterfølgende præsenteres resultaterne fra interviewene i forhold til problemstillingerne, og sidst i afsnittet vil nyopdagede problematikker og andre gennemgående temaer blive præsenteret. Udsagnene fra informanterne sammentrækkes på tværs af interviewene til tekst, og hvert emne eksemplificeres med citater på erfaringer fra de udforskede. Nedenstående fremstillinger er således udelukkende informanternes udtalelser og meninger. Dette er forsøgt gengivet i så god overensstemmelse med det sagte som muligt.

### 5.2.1. Indhold af epikriser

I de fem interview spørges til informanternes personlige holdning til kvaliteten af epikriserne, hvor der specifikt ønskes ytringer omkring medicinstatus, behandlingsplan, ekspeditionstid og patientinformation. Ligeledes er vigtigheden af de forskellige punkter vurderet af de udspurgte aktører.

Der er blandt informanterne enighed om, at en epikrise som minimum bør indeholde en diagnose, væsentlige kliniske fund, iværksatte behandling, fremtidig behandlingsplan samt medicinstatus. Det er vigtigt, at der står, hvilke undersøgelser og behandlinger patienten har gennemgået, også selv om der ikke er noget at bemærke hertil, men så ved lægen, at undersøgelsen er foretaget og undgår derved at genhenvise eller tvivle på forløbet på hospitalet.

På klinik E har de på afdelingen indført en standard omkring epikriser. Der er udarbejdet en lille lommebog til lægerne indeholdende flere nyttige ting til det daglige arbejde, bl.a. vejledning for, hvad en epikrise skal indeholde. Dette opremses i efterfølgende interviewcitater:

*(...) Den har vi selv lavet, den er rigtig god. Den bliver alle læger udstyret med, når de kommer. Opdateret telefonliste, hvordan man laver en standardjournal, og her en vejledning om, hvordan man skriver en epikrise, hvad der skal stå. Diagnose, årsag til indlæggelse, væsentlige fund, medicinordination, procedure, anden behandling, patientens tilstand, videre kontrol og behandling, information til patienten, ja eller nej til UK (udskrivningskort red.) til egen læge. (Informant 2, linie 125)*

På trods af ovenstående bliver det på hospitalet nævnt, at de på afdelingen har en svaghed i forhold til konsekvens omkring epikriser. Her fortælles det af sekretæren, at de ville ønske, der var tid til at oplære nyankomne læger og introducere dem til afdelingens rutiner omkring udskrivning og diktering, og derigennem opnå konsensus omkring epikriseskrivningen. Der er på afdelingen introduceret en procedure, hvor et udskrivningsnotat samtidig dikteres som epikrise, da denne fremgangsmåde sparer sekretærer og læger for dobbeltarbejde. Dette er dog ikke fuldstændigt implementeret, hvilket går ud over kvaliteten.

Epikrisekvaliteten vurderes af samtlige praktiserende læger til at være af svingende kvalitet, hvilket formentligt skyldes manglende personale eller rutiner på sygehusene. Det nævnes også, at kvaliteten er afhængig af det udskrivende afsnit, og hvilket speciale og patienter denne afdeling har. De medicinske afdelinger vurderes til at være bedre til at påføre medicinstatus, end tilfældet er for eksempelvis de kirurgiske afsnit. En af informanterne siger:

*Den er meget svingende. Der er nogle som er rigtig gode, og så er der en masse, der er ligegyldige, og så er der dem der, hvor der ingenting står, altså bogstaveligt talt ingenting står. Det synes jeg er en frækhed uden lige. Og man skal ikke henvise til andre epikriser og breve, og pis og lort. (Informant 5, linie 430)*

Det tilbagevendende og tiltagende fokus på udskrivningsforløbet og det sammenhængende patientforløb afspejles i kvaliteten af epikriser. En af informanterne udtaler om dette:

*Ja, det kommer i bølger, og så falder man tilbage til den gamle gænge. Og det har et eller andet at gøre med, at lægerne ikke har taget det alvorlige nok. Hospitalslægerne har ikke taget det alvorligt nok. Nu gælder det om at få diagnosticeret den her patient og få ham i behandling, og så har epikrisen været sådan meget stedmoderligt behandlet mange steder. (...) tidligere gjorde man, synes jeg man gjorde mere ud af det. Og jeg synes mange af de epikriser man ser i dag, er noget.. de lader en hel del tilbage at ønske. Der står ikke meget. De er ganske kortfattede. Og der står ikke andet.(...) der står fanden gal' me ikke, hvad patienten er blevet behandlet med, eller hvad patienten aktuelt er blevet behandlet med af medicin. Og det synes jeg er utidig altså (Informant 1, linie 42)*

Et andet kritikpunkt, der deles af to informanter, er letlæseligheden af epikrisen. Den kan indeholde kopi af journaltekst, som gør epikriserne meget lange og uoverskuelige, eller der kan være mange specialespecifikke forkortelser og slangudtryk, som ikke er alment kendte af de øvrige læger. Her nævnes specielt røntgen- og øjenklinikker, hvor fagudtrykkene er meget interne, og i samme forbindelse omtales at det vil være ønskeligt, at disse speciallæger vil komme med behandlingsforslag ud fra deres specifikke lægefaglige ekspertise. Endelig beskrives nogle som meget korte uden relevante oplysninger eller mangelfulde på mange områder.

Informanterne nævner forskellige forklaringer på den svingende kvalitet af epikriserne. En årsag er manglende ressourcer på sygehusafdelingerne. Mange steder er der mangel på arbejdskraft, hvilket resulterer i utilfredshed, stress og ingen tid til fordybelse i faget. Ydermere bliver skævvridningen af ressourcefordelingen mellem afdelingerne nævnt som problematisk. En anden grund vurderes til at være, at lægerne ikke ønsker at tage ansvar, som nedenstående citat beskriver:

*Ja, og det er ikke fordi de andre beskrivelser er så skide meget bedre. Læger generelt, så vil de ikke tage så meget ansvar. Jo mindre ansvar de kan tage, jo bedre, og det er jo nok lidt det, der ligger i en røntgenlægeepikrise, også lidt i manglerne med de andre epikriser. Det man ikke har skrevet, det kan man ikke hænge op på som regel. Jeg ved ikke, om der ligger sådan noget til grund for det. Jeg tror, det i nogle tilfælde kan være sådan. (Informant 5, linie 554)*

Meget rammende for problematikken omkring kvaliteten af epikriser udtaler en af informanterne sig således:

*Generelt er de gode, men der er enkelte der ikke er gode nok, og det er selvfølgelig dem der er problemet. (Informant 4, linie 178)*

### 5.2.1.1. Medicinstatus

Fokus i indeværende opgave er rettet mod medicinforløbet. Der er spurgt ind til holdningerne til dette punkt i epikrisen, og om hvilken information det skal indeholde. Omkring medicinstatus er der generelt en negativ opfattelse af indholdet. Alle informanter har konkrete eksempler på dårlige oplevelser med medicinen. Nogle eksempler herpå:

*Det er vigtigt, at der står den præcise medicinering og ikke, som man kan opleve, at der en enkelt gang i mellem står, at medicinen er uændret. I forhold til hvad? Er det i forhold til den tidligere indlæggelse eller i forhold til, hvad jeg har givet, eller er det blevet rettet i et ambulatorium undervejs. Så den der med ”medicin som vanligt”, er kedeligt. (Informant 4, linie 71)*

*(...) Og ellers så er det i alle de år, jeg har været i branchen, har det hørt med, at man har lavet en medicinstatus. Og nu synes jeg næsten her de sidste to år, at det er blevet forværret med indførelsen af noget elektronik. Eller om det er ledelsen, der har sluppet tøjlerne, eller hvad? (...) Ja, jeg forstår ikke, at man kan godkende en epikrise til udsendelse, hvor der ikke indeholder nogen medicinstatus. (Informant 3, linie 89)*

Et punkt, der fremhæves, er, at dosering skal være angivet sammen med den forventede behandlingsvarighed. Når andre end den praktiserende læge har ordineret medicin til en patient, må der af den udskrivende læge tages stilling til, hvor længe medicinen skal anvendes, og

eventuelt hvorfor det givne lægemiddel er valgt frem for andet. Doseringen skal gerne angives sammen med tidspunktet på dagen, medicinen skal tages, da det kan have indflydelse på effekten.

Indikationen for de enkelte lægemidler i medicinstatusen vurderes næppe at være angivet. Det menes, at det bør kunne udledes af den øvrige beskrivelse i epikrisen samt diagnosen. Det kan dog være problematisk, hvis et præparat anvendes mod andre lidelser, end der er indikation for, med det vurderes af informanterne at være af mindre betydning og kun være aktuelt i få tilfælde.

Angivelse af formulering af lægemidlet anses også af mindre betydning, da det som oftest er tabletter, der ordineres. Hvis der kan sås tvivl om formulering og eventuelt administrationsvej, er det ønskeligt, at dette angives i medicinstatusen.

Resultaterne fra de kvantitative data bliver fremlagt for de udforskede under interviewet, og et af responserne på, hvorfor antallet af epikriser indeholdende medicinstatus er 25 %, forklares af sekretæren med følgende:

*Jeg kan godt fortælle dig, hvorfor de ikke scorer så højt, det er fordi for nogle år siden, inden for 3-4 år siden, fik vi at vide, at vi kun skulle dokumentere det et sted. Man skulle ikke både dokumentere det i EPM og i epikrisen. Det var da EPM kom, så kan du gå tilbage og se, hvornår det var. Fordi så skulle vi også derind og skrive, hvor meget medicin patienten fik. Samtidig med det, så kom der en masse andre ting, vi skulle dokumentere. Så der kan jeg huske, de var meget obs. på at, jamen det skal ikke både stå både i journalen og i EPM, og derfor skrotdede man at skrive det i epikriserne. Så hvis du har siddet og kigget på det interval, så er det derfor. (Informant 2, linie 302)*

Problemet med manglende medicinstatus vurderes af de udforskede dog ikke som så stort, som resultaterne fra den kvantitative undersøgelse antyder. En af informanterne tilføjer følgende til forholdene omkring medicinstatus:

*I 98 % af tilfældene vil jeg vurdere, at den står der, om den så er rigtig, det er et andet problem, som også er stort. Der er for mange unøjagtigheder i det. De glemmer f.eks. medicin, f.eks. Forsamax, som er en ugetablet. Hvis så patienten er kortvarigt indlagt, og det ikke lige har været noget, der er givet på afdelingen, så fremgår det ikke af medicinstatus. Det er sjusk. Så ved vi ikke, om det er seponeret af en eller anden årsag eller bare glemt eller hvad. Som vi var inde på før, så skriver de ikke, hvorfor de ordinerer noget, og hvorfor de seponerer noget som regel. Det synes jeg man skal gøre. (Informant 5, linie 519)*

### 5.2.1.2. Behandlingsplan

Alle informanter er enige om, at det er meget vigtigt, at epikrisen indeholder en behandlingsplan. Det er ønskeligt, at det tydeligt fremgår, hvad der skal ske med patienten efter udskrivelsen, hvilke interventioner der er iværksat, og hvem der er ansvarlig herfor. Det beskrives som vigtigt, at alle involverede sundhedsaktører i denne henseende tager ansvar for patienten, og ikke slipper før patienten er anbragt sikkert i de efterfølgende sundhedsfaglige personers varetægt.

En forbilledlig epikrise vil derfor ifølge en af informanterne bl.a. kunne indeholde følgende:

*Og så selvfølgelig hvad behandlingen er og opfølgningen, hvad man forestiller sig der. Hvis man forestiller sig egen læge skal overtage derfra, så kunne vi egentlig godt tænke os at vide, hvad de egentlig havde tænkt sig, hvis tingene ikke opfører sig, som de har forventet inde på hospitalet, hvilket ikke er så sjældent det sker. Man kan undgå en genindlæggelse eller en genhenvielse. Vi henviser jo ikke, fordi vi sagtens selv kan finde ud af det. Vi henviser jo, fordi at det her problem kan jeg ikke klare i min praksis. Så er det rart at vide, hvis nu ikke det går, som vi forventer, så kan I gøre sådan og sådan, eller så må I indlægge igen. Men det skriver de aldrig. Der er én bestemt læge i kirurgi, der skriver. Hvis sådan og sådan, så gør sådan og sådan, og det er behageligt. Men det har jeg aldrig ellers set i en epikrise før (...) (Informant 5, linie 176)*

### 5.2.1.3. Ekspeditionstid

På hospitalet, hvorunder hjerteklinikker hører, har der de sidste år været fokus på ekspeditionstiden for udsendelse af epikriser. Målet for hospitalet er, at alle afdelinger skal have udsendt 80 % af epikriserne inden for 3 kalenderdage efter udskrivelse af patienten. For at opfylde dette har det været nødvendigt at ændre nogle rutiner for at sikre, at der arbejdes hen mod dette mål. Det berettes, at de på klinik E har udarbejdet et arbejdsskema for sekretærerne, hvor de på skift er ansvarlige for, at epikriserne bliver skrevet rent. På den baggrund fortælles det, at målopfyldelsen er forbedret markant fra tidligere, og at prioriteringen af besked efter indlæggelse til egen læge eller plejehjem er høj.

Afdeling E, som hjerteklinikken er en del af, har i 2007 udskrevet 3234 patienter og opnået en samlet målopfyldelse på 75 %. For ingen af månederne er det foreskrevne mål opnået, trods de føromtalt ændringer i procedurene for sekretærerne på afdelingen. Den procentvise målopfyldelse er på sygehuset til dels afhængig af antallet af udskrevne patienter, og den totale mængde epikriser afsendt inden for det givne tidsinterval er 71 %.<sup>1</sup> En af årsagerne til, at afdelingen ikke opnår 100 % er manglende ressourcer. Der er på afdelingen ikke weekenddækning, så problemet er de patienter, der bliver udskrevet fredag eftermiddag, hvor epikrisen tidligst kan afsendes i løbet af mandagen. Samme problematik ses over helligdage og ferier.

<sup>1</sup> Servicemål. Rapport 2007. Reference kan rekvireres hos undertegnede.

Der er lidt forskellige erfaringer med epikrisernes rettidige afsendelse, men der er enighed om, at ikke alle bliver afsendt til tiden. Det er betydningsfuldt, at informationen når egen læge, inden patienten kommer til en efterfølgende konsultation. Alle informanter har den holdning, at det er et af de vigtigste kriterier for en god epikrise. Det nævnes, at ekspeditionstiden er blevet væsentlig bedre, men at der stadig kan være problemer i den henseende. En anden informant svarer følgende herom:

*Det bliver dårligere og dårligere. Jeg synes en overgang, det gik rigtig godt, men det er blevet dårligere og dårligere igen, så det er virkeligt et problem, for ofte skal vi følge op på det ene og det andet. Vi aner ikke noget om, hvad der er sket, hvad der er udredt, hvad der er ordineret af behandlingen, hvad der er sløjfet af behandlingen. Så kommer folk op til os og forventer, at vi skal være tovholdere i det her. Og vi aner ikke en skid. (Informant 5, linie 146)*

*Hvis vi mangler noget, så får jeg sekretæren til at ringe op til deres sekretærer, og spørger "hvad sker der?" Og det sker ikke så sjældent, at det er nødvendigt, desværre. Det er jo ret uheldigt, når folk er blevet udskrevet, og de kommer op hos os, og vi intet har hørt. Så bliver vi rigtig sure. Så er der altid 40 undskyldninger med sekretærmangel, men det er jo ligesom ikke vores problem. Det må de jo løse. (Informant 5, linie 82)*

Et yderligere eksempel på manglende epikriser er, hvor en informant beretter om to tilfælde fra det samme sygehus, hvor egen læge ikke bliver underrettet ved patienternes afgang ved døden. Her kører en privat disput mellem den praktiserende læge og afdelingen, hvor sidstnævnte påstår, at det er ulovligt at meddele dette.

På hospitalet kan der nikkes genkendende til problemerne med at få afsendt til tiden. Ud over de førnævnte ressourceproblemer nævnes, at hvis først epikriserne hober sig op, er det svært at få afsat tid til at løse dette. Hvis lægerne er fraværende i længere tid, fører det også til forsinkede epikriser, og epikriserne kan i værste fald være irrelevante på det tidspunkt, de når frem. Tidligere synes problemet med uafsendte epikriser større. Her er der givet eksempler på nogle, der er dateret ½-1 år tilbage, før de sendes. Det vurderes at være ekstra indsats og tilførte ressourcer på området, der har nedbragt ekspeditionstiden. En markant udtalelse omkring dette emne anføres herunder:

*(...) Så det kan have ganske store konsekvenser, udover det er irriterende, at epikriserne ikke kommer til tiden. Og til tiden, det er ikke 3 dage efter udskrivelsen efter min mening. Den skal dikteres og sendes samme dag. Nu skal man jo ikke sidde og pudse egen glorie, men faktisk fra dag 1, hvor jeg var læge, ikke fordi jeg er genial eller noget, der synes jeg, at når jeg udskrev patienter fra en medicinsk afdeling f.eks., så skulle man faktisk sætte sig ind i alt, hvad der var sket, og sætte sig ind i, at alt var fulgt op på, og der ikke var nogle løse ender. Hvis der var løse ender, så skulle man sørge for, at der blev givet tid i ambulatoriet, eller hvad ved jeg, så man hav-*

*de det hele present. Så kan man ligeså godt på den samme tid lige diktere et udskrivningsnotat, så man så kunne bruge som epikrise samtidig med. Det tog 5 minutter. Det forstår jeg ikke, hvorfor er det ikke bare er rutine. Og det er det måske også, og så er det, at der er sekretærmangel. Det må de jo gøre noget ved. Så kan de jo begynde at behandle folk ansat i sundhedssektoren ordentligt. Det er jo ikke særligt attraktivt, heller ikke at være praktiserende læge, men altså det er et knokkelarbejde på øretævernes holdeplads til ikke særlig gode lønninger, så sad jeg fan' me ikke i lægevagten kan jeg så sige. (Informant 5, linie 373)*

#### **5.2.1.4. Patientinformation**

Dette punkt i epikrisen vurderes af de udforskede for værende af mindre betydning. Det er selvfølgelig vigtigt, at patienten har fået de rette informationer, men der gives udtryk for, at samtalen ofte genopfriskes ved egen læge for at sikre, at patienten har forstået det rigtigt. Det er vigtigt for compliance, at der er blevet givet den korrekte vejledning omkring medicinen, og i den henseende er formidling på den rette måde over for den givne patient af stor betydning. På spørgsmålet om, hvor vigtigt det er at vide, hvad patienten er blevet informeret med, svares:

*Ikke så meget i virkeligheden, men man skal også passe på ikke og have uudtømmelige ønsker til en epikrise, fordi det kræver også tid fra dem, der sidder og laver dem, så det er nok noget af det, jeg godt kunne give køb på. Det kunne man jo ligge et andet sted. På gå-hjem møder, hvor de bliver informeret om forskellige behandlingsprincipper i afdelingen. (Informant 5, linie 309) Nej, fordi det er jo ikke nemt at være hospitalslæge efterhånden. Der er vældig meget administration og ikke meget tid til patienten mere vel, og hvis man så skal endnu mere af det der, så ville det ikke være fair. (Informant 5, linie 314)*

Det berettes, at patienter ofte lytter halvhjertet af den årsag, at sygdommen er så overvældende, at informationerne ikke modtages og forstås. Derfor føres der ofte en samtale i den efterfølgende konsultation, hvorfra det beskrives, at patienterne generelt er velinformerede og interesserede i medicinen, virkningen og bivirkningerne mv.

#### **5.2.2. Epikrisen som kommunikationsredskab**

For at klarlægge denne problemstilling, blev der spurgt til, hvilke fordele og ulemper der er ved epikrisen. Umiddelbart er der ikke nævnt nogen ulemper ved værktøjet, om end det har nogle svagheder omkring manglende konsekvens og rutiner. Når epikrisen bliver anvendt korrekt, er det dog et brugbart og informativt redskab, der er en nødvendighed for at følge med i patientens forløb gennem sundhedssystemet.

Der er lovkrav omkring elektronisk forsendelse af information sektorerne imellem, og fristen for denne investering er overskredet. Dette krav omfatter efter sigende alle sundhedsfaglige institutioner samt kommuner og regioner. Indførelsen af disse elektroniske værktøjer er ikke fuldført, idet disse foregangsmænd endnu ikke har implementeret dette, og derved blokerer for den elektroniske kommunikation mellem alle sundhedsaktører. Det drejer sig om kommunerne og de større og fremtrædende hospitaler. Når der ikke er konsensus, virker det ikke efter hensigten om, at den tværsektorielle informationsudveksling skal være elektronisk.

PEM'en som værktøj i almen praksis er tilsyneladende ikke særligt aktuelt. De tre praksislæger har kun brugt det få gange, og kun i forbindelse med patienter, der normalt ikke kommer i praksis. I sådan en situation kan det være fint at bruge og for at kontrollere misbrug, hvis der er mistanke herom. Det nævnes af to informanter at være for tidskrævende og besværligt at nå under en konsultation, da lægens IT-system og PEM'en heller ikke er kompatible med hinanden. For at få det implementeret som kontrolredskab for eksempelvis compliance, så foreslås det af en af lægerne, at man bliver honoreret herfor, og at det skal have en takst ligesom f.eks. konsultation eller attestudskrivelse. Det er tiden og ressourcerne, der fremstilles som problematiske.

#### **5.2.2.1. Tværsektoriel informationsudveksling**

Der spørges ind til den øvrige kommunikation og samarbejde på tværs af sektorgrænser. Det lyder til, at der er etableret et fornuftigt samarbejde mellem sektorerne, hvor sundhedspersonalet er tilgængeligt for hinanden. I de fleste tilfælde accepterer og forstår de anden parts svar på eventuelle henvendelser.

Som barrierer for den tværsektorielle informationsudvikling nævnes i et enkelt tilfælde det - i lægeprofessionen - indbyrdes skæl mellem hospitalslæger og de praktiserende læger. Denne informant ytrer oplevelsen af, at de på sygehusene nedgør de alment praktiserende lægers gerning. Samme oplevelse understøttes af en anden informant, der fortæller, at sygehuslægerne arbejder i et beskyttet univers, hvor deres patienter som oftest er færdigudredte, selekterede og klar til behandling, modsat primærsektoren, hvor tingene er mere komplicerede end som så. Der kræver det en større forståelse af det hele menneske, hvor hospitalsafdelingerne ofte er meget specialiserede.

Et kritikpunkt går på, at undersøgelser og andre iværksatte ting på hospitalet skal følges op på det givne sted, hvor de er foretaget. Den enkelte afdeling eller specialeområdet skal selv gøre patienten færdig efter behandlingen og ikke blot henvise patienterne til egen læge for at få svar på undersøgelsen. Det er kutyme, at hver sektor afslutter det igangværende inden overgang til den anden sektor. Et andet problem er, at der er mange intentioner om at gøre tingene korrekte, hvilket i realiteten dog ser anderledes ud. Eksempelvis fortælles det, at de i ambulatoriet ikke skriver epikriser på patienterne, men sender informationer løbende, hvis der sker ændringer i

behandlingen, eller der er foretaget andre interventioner. Dette ser de praktiserende læger dog ikke som værende konsistent.

### 5.2.3. Kliniske konsekvenser

Af kliniske konsekvenser som følge af, at epikrisen ikke kommer rettidigt, eller indholdet ikke er fyldestgørende, nævnes fejlmedicinering som kan være for lidt, for meget eller forkert medicin. Mulighed for allergiske reaktioner nævnes også, eksempelvis hvis der gives penicillin til penicillinallergikere, eller hvis patienter fortsætter i behandling med simvastatiner på trods af en stigende creatininkinase, hvorefter nyrerne påvirkes, og ultimativt kan folk dø af en sådan fejlagtig medicinering. Endvidere beskrives det som u hensigtsmæssigt, hvis en hypertensionspatienter med  $\beta$ -blokker pludselig får seponeret medicinen, ligesom patienter i benzodiazepin behandling vil kunne få symptomer ved manglende medicinering. Der nævnes flere eksempler på, hvad en mangelfuld eller forsinket epikrise kan forårsage. En af de udforskede refererer følgende:

*(...) Hvis nu folk bliver udskrevet og får at vide, at du skal have kontrolleret sådan og sådan, så kan man jo ikke stole på, at en ældre smådement person husker det selv. De kan godt huske, at de skulle gå op til deres læge, men de kan ikke huske hvad fa'n de skulle deroppe. Og hvis vi ikke har fået at vide, at der skal kontrolleres kalium f.eks. fordi du har fået vanddrivende, vi ved måske ikke engang, at folk har fået vanddrivende, så bliver det ikke kontrolleret, og så kan patienten blive helt derangeret elektrolytmæssigt, og i værste fald dø af det, eller i hvert fald blive indlagt igen, og skal transfunderes op i kalium igen. Der kan være medicin, de holder op med igen, fordi vi ikke har fået besked om, at nu har de fået det her, men de har ikke fået medicinen med, så aner vi ikke en skid om det. Der kan være masser af ting. (...) Så det kan have ganske store konsekvenser udover det er irriterende, at epikriserne ikke kommer til tiden. (Informant, linie 373)*

Ud over kliniske eftervirkninger kan det også have ressourcemæssige konsekvenser i form af unødigt tidsforbrug og besværlige processer.

*Jo, og som hospitalslæge kan man måske ikke se den helt store relevans af det, men for den praktiserende læge, så er det alfa og omega (...). Så tit så rekvirerer du også en epikrise, og så gør man jo det, når man har læst på sådan en lousy epikrise, så rekvirerer man en hel journal. Hvis nu den var skrevet ordentlig, så behøvede man jo ikke det, så behøvede man ikke at ulejlige sekretæren på afdelingen og bede hende om at sende en kopi, men nogen gange så bliver man altså så frustreret og synes, at man ikke kan bruge den epikrise til så meget. Jeg ved godt, at det måske ikke handler så meget om medicin, eller den medicin patienten får, men nogle gange er de skrevet så dårlige, så man siger "det er løgn", og så siger man til sekretæren "ok, rekvirer kopi hele journa-*

*len, jeg kan ikke tage stilling til det her før jeg har set journalen". Så det er konsekvensen af en dårlig epikrise, en af konsekvenserne. (Informant 1, linie 212)*

#### **5.2.4. Optimering og fremtiden**

Der kommer fra informanterne forskellige forslag til, hvordan kvaliteten af epikriser kan forbedres. Ansvaret synes at ligge hos den udskrivende læge. Tingene skal sættes i system og ind på rygraden, så der ikke hersker tvivl om hvem, hvornår og hvad der skal skrives.

Noget, der vurderes til at kunne forbedre epikrisen som redskab både på sygehusene og i den almene praksis, er, at det hele skal foregå elektronisk, således papirjournalen afskaffes.

På hospitalerne er det endvidere ønskeligt at få fortløbende journalfremvisning på skærmen, så hver diktat ikke har sin egen fil, men at alle journaloplysninger for en given patient er tilgængelige i et samlet dokument. Hermed undgås gentagelser, og der skabes en overskuelighed af journalernes indhold, hvorved tilgangen til forfatningen af epikrisen for den udskrivende læge vurderes at lettes. Det berettes, at der i dag ofte fremsendes epikriser, uden at disse er gennemlæst, og derfor foreslås det af flere af informanterne, at alle epikriser skal godkendes af en kompetent læge inden afsendelse, som derved vil medføre en vis sikkerhed for kvaliteten. Ved en sådan løsning pointeres der dog et yderligere problem i forhold til ekspeditionstiden, da de ansvarlige læger vil blive "flaskehalse" for processen.

Et forslag til at forbedre proceduren for epikrisen er at gøre proceduren mere stringent i kraft af en sundhedsfagligt vedtaget skabelon, indeholdende felter til de nødvendige oplysninger. Endvidere vil det være yderst fordelagtigt, at de forskellige elektroniske databaser og systemer kunne kommunikere sammen. Det bliver også foreslået, at lægerne ved patienternes samtykke skal kunne få adgang til alle personlige journaler via Internettet - uanset placering i sundhedssystemet - så der hurtigt kan skabes overblik over, hvad den givne sag omhandler, og hvilke ting der skal foretages. Endelig vil det være fordelagtigt, at epikrisen laves samme dag, som patienten udskrives, men dette vurderes til formentligt at være utopisk at få sat i system.

Grundlæggende for en god epikrise ytres meget sigende i nedenstående citat:

*Der er jo vejledninger om, hvad epikrisen skal indeholde, på hospitalet, så det er jo bare at sætte sig ned og læse den, og så er det vel også et spørgsmål om, at epikriserne bliver godkendt af en kvalificeret læge på hospitalet. (Informant 4, linie 197)*

En anden væsentlig faktor for et bedre system er at ændre på de manglende ressourcer:

*Ja, og tilfører os alle sammen nogle ressourcer. Det skal være mere attraktivt at være i sundhedsvæsenet, både i primær- og sekundærsektoren. Det er eneste vej frem, for jeg tror ikke, man kan pine mere ud af det, der er ikke mere at komme efter. (...) men der skal flere ressourcer til, ellers går vi nogle meget sørgelige tider i møde. Det er allere-*

*de begyndt. (Informant 5, linie 464) (...) Hvis lægerne på hospitalerne kunne bruge tid på at se på patienterne og behandle patienterne frem for at sidde og tilfredsstille politikere, og hvad ved jeg, så ville der være nogle flere ressourcer i systemet. Jeg kan ikke statistikke på det, men jeg tror fan' me, at der bliver brugt over 50 % af tiden på papirusseri. Langt over. Og det bliver værre og værre. (Informant 5, linie 352)*

### 5.2.5. Andet

To af de deltagende læger har tidligere været praksiskonsulenter (PK) tilknyttet hospitalet, hvor hjerteklinikken er placeret. Dette har givet anledning til indføring i denne funktion. PK'erne har haft indflydelse på, at medicinstatus nu skal skrives både i epikrisen og i patienternes EPM. En overgang skulle det kun noteres i EPM'en og henvises til denne i epikrisen. Dette forårsagede usikkerhed og besvær, da den ene halvdel af informationen fra hospitalet ankom i elektronisk form, mens den anden kom i papirform. Efter indsigelser fra de praktiserende læger, blev noteringen i begge dokumenter genindført. Det primære arbejde for praksiskonsulenterne synes at være problematikken omkring kvaliteten af epikriser og dennes rettidige udsendelse.

*Det man primært snakkede om, det var jo det med epikriser og henvisninger, kvaliteten i begge. Det talte vi meget om, men det er jo en gammel historie, som de er ved at brække sig over. Det har jo altid været et problem med epikriserne, og ligeledes har henvisningerne også altid været et problem. Der er nogle, gerne personknyttede, der er nogen, der laver nogle rigtig dårlige henvisninger, man spørger sig selv, om det overhovedet er en læge, der har sendt den ind. Sådan er det jo, folk har ret til selvstændig virke, og ret til at indlægge og sådan noget. Så må man jo acceptere, og prøve at snakke med vedkommende, om at ændre adfærd og gør de ikke de, jamen så er det sådan det er. Noget andet er, når epikriserne ikke kommer ud, når folk bliver udskrevet, og de er skrevet dårligt. (...) (Informant 5, linie 122)*

Som en afsluttende bemærkning på resultatafsnittet om den gode epikrise kan følgende citeres:

*Det er med epikriser som med alt andet, at øvelse gør mester, sådan at forstå, at hvis man har skrevet mange epikriser, så forstår man at finde de relevante oplysninger, og kun dem. Jo længere en epikrise er, jo mindre får man læst dem. Et kort oplæg, det er sådan, jeg har lært det, hvorfor kom patienten, hvad fandt man af diagnose, hvad var der af behandling, og hvad er der af efterbehandling. (Informant 4, linie 97)*

### **5.3. Kommentarer til resultaterne**

Dette afsnit benyttes til at kommentere på resultater, der ikke senere i diskussionen anses som værende de mest betydningsfulde. De skal dog alligevel have en bemærkning med på vejen, da det er interessante emner. Kommentarerne skal fungere som supplement til diskussionsafsnittet og er således også personlige overvejelser og meninger sammenholdt med baggrundsviden fra litteraturen. Nogle af ovenstående resultater vil der blive arbejdet videre med i forbindelse med artikelskrivningen i sammenhæng til ph.d. projektet. Disse vil dog ikke blive kommenteret eller diskuteret nærmere i indeværende specialerapport.

#### **5.3.1. Patientkarakteristik og epikrisetyper**

Der er ikke noget statistisk belæg for, at det hyppigere er mænd, der får diagnosticeret hjerteinsufficiens til trods for, at populationen, der danner baggrund for dette speciale, viser, at næsten  $\frac{3}{4}$  af patienterne er mænd. En forklaring herpå kan være, at kvinder gennemsnitlig har en højere levealder og har et senere indsat af lidelsen. Dette kan så medføre, at hjerteinsufficiensen opdages sent eller ikke bliver diagnosticeret. Der er tilsyneladende ingen forskel i aldersfordelingen blandt mænd og kvinder af de inkluderede patienter, så derfor kan det være et tilfælde, at der i indeværende undersøgelse er flest mænd repræsenteret.

Der er, som vist i resultatafsnittet, mange behandlere inde over patienterne. Dette kan resultere i manglende information, når flere sygehuse behandler samme patient, da epikriserne typisk kun sendes til den praktiserende læge og sjældent til den henvisende funktion, som kan være et andet hospital/afdeling eller vagtlægen. Til trods for, at patienterne er tilknyttet hjertesvigtsklinikken sideløbende med deres egen læge, så viser de mange forskellige behandlingsforløb, at hjerteinsufficienspatienter kan være komplekse og have forskelligartede følgesygdomme og derved have behov for kontakt med mange sundhedsfaglige specialer. I sådanne tilfælde er det om muligt endnu vigtigere at sikre et sammenhængende patientforløb til glæde for både patienten og samfundet.

I afsnit 5.1.3. ses det, at antallet af epikriser, der er angivet uden type, er stort. For 183 epikriser ud af 585, hvilket svarer til omkring en tredjedel, er der fra afsenders side ikke påført typen af epikrisen. Dette kan medføre en usikkerhed på resultaterne omkring medicinstatus og med hensyn til indholdsvurdering, da disse er beregnet ud fra epikrisetypen.

#### **5.3.2. IT og kommunikation**

Patienter, der tilhører en hjertesvigtsklinik, er knyttet til en speciel database på hospitalerne. Denne kaldes Hjerterplus og er udarbejdet specielt til hjerteinsufficienspatienter og bruges i et netværk for hjertesvigtsklinikker landet over til denne type patienter. Problemet er, at databasen, hvor hjertepatienterne har tilknyttet deres data ikke umiddelbart er tilgængelige og kompatibel med det øvrige sygehusvæsens edb-systemer. Da epikriser som oftest kun udsendes til

den praktiserende læge, mangler der således information, hvis patienten indlægges i en anden sammenhæng. Hvis en hjertepatient eksempelvis har brækket hoften og bringes til en ortopædkirurgisk afdeling til operation, så har disse læger ingen forudsætninger for at vide noget om denne patients forløb eller medicin, hvilket kan give anledning til fejl. En MTV-rapport<sup>1</sup> refererer også til det problem, at praktiserende lægers og sygehusenes journaler ikke taler sammen, hvilket kan være en barriere for udveksling af vigtige medicinske oplysninger.

Damsgaard og Schleisner<sup>2</sup> kommer med forslaget om muligheden for en fælles elektronisk kommunikation. Egen læge skal have adgang til eksempelvis prøvesvar i sygehusenes elektroniske patientjournaler. I en række artikler af Jørgensen, Kjærgaard og Blegvad<sup>3</sup> (1990) nævnes det af både praktiserende læger, overlæger og reservelæger, at epikrisen er en god kommunikationsform, og den mest rationelle. Overordnet set ønskes således ikke en standardiseret form med fortrykte rubrikker. Dette er ellers nævnt som en løsningsmulighed under et af interviewene i indeværende opgave. Hvordan kommunikationen fremover skal optimeres er således spørgsmålet. At skabe en kombination af større tilgængelighed af data for alle sundhedsprofessionelle, samtidig med at epikrisen stadig er den centrale del dog, er en administrativ udfordring for sundhedsvæsenet.

### 5.3.3. Kliniske konsekvenser

I både de kvantitative og kvalitative resultater, ses det, at det kan have kliniske konsekvenser, at medicinen ikke er angivet korrekt. Som det omtales, er hjerteinsufficienspatienter ofte reguleret meget nøje i deres medicin, og afvigelser herfra forårsager nemt ubehag og eventuelt bivirkninger. Hvis især dosering og styrke herfor ikke er angivet, kan det være svært for den praktiserende læge at få medindsigt i en given patients behandling, hvis denne følges i hjerteambulatoriet. Her kan der opstå problemer ved rådgivning, ved nye ordinationer eller seponeringer, hvis den aktuelle medicinstatus ikke kendes. Andre præparater angives med forskellige styrker alt efter indikation, og hvis denne eller begge ikke er noteret, er det vanskeligt at vide, hvordan den medicinske behandling er tiltænkt. Der er middelbart ikke alarmerende situationer oplistet i bilag 5, men i langt de fleste tilfælde er der risiko - og sandsynlighed - for fejlmedicinering i form af under- og overdosering, forkert formulering eller uden angivelse af doseringstidspunkt.

På hjemmesiden for HIK<sup>4</sup> er der oplistet en faglig vejledning omkring behandling i hjerteklinikken, hvor de normale behandlingsregimer anført. Her angives det, at Centyl (thiazid, diuretikum) ordineres som Centyl mite med KCl. Dette er tilfældet i én ud af fem gange, hvor Centyl er ordineret og noteret i medicinstatus. De øvrige gange er der givet den dobbelte styrke.

---

<sup>1</sup> Wiuff MB, Jacobsen CB, Sørensen TH, Nielsen ML.

<sup>2</sup> Damsgaard EM, Schleisner P

<sup>3</sup> Jørgensen FS, Kjærgaard J, Blegvad K

<sup>4</sup> Faglig vejledning for HIK. Reference kan, af hensyn til anonymitet, rekvireres hos undertegnede

Der kan være forskellige grunde og interpersonelle årsager hertil, som ikke kendes, men det er værd at notere, at afdelingens retningslinier umiddelbart ikke ser ud til at blive fulgt.

#### **5.3.4. Praksiskonsulentarbejdet**

Det vurderes ud fra de to tidligere praksiskonsulenters udsagn, at udbyttet af arbejdet ikke helt har været som for ventet og håbet. Der har i nogle tilfælde været lidt modstand omkring forslag til ændringer på de forskellige afdelinger. De har begge være med til at motivere til bedre og hurtigere afsendte epikriser, men oplever, at det blot er et tilbagevendende problem. Der skal større indsats til for at få ændret praksis omkring epikriser.

## **6. Diskussion**

I det efterfølgende diskuteres de vigtigste resultater og sammenholdes enkelte steder med litteraturen. Herefter kommenteres metodevalget og det anvendte datamateriale sammen med en kort bemærkning i forhold til teorien. Endelig slutes der af med at fremhæve et par danske undersøgelser, samt forslag til videre undersøgelser, hvor de sidstnævnte to forhold dog vil præsenteres mere udførligt ved specialeforsvaret.

### **6.1. Diskussion af de vigtigste resultater**

Der diskuteres i det efterfølgende omkring medicinstatus, behandlingsplan og patientinformation, som i indeværende speciale er vurderet som de vigtigste parametre omkring indholdet af epikrisen som informationsredskab. Desuden fremhæves ekspeditionstiden for epikriser.

#### **6.1.1. Medicinstatus**

Angivelsen af medicinstatus er ikke konsistent i epikriserne, og oplysningerne omkring medicinen er heller ikke beskrevet med konsekvens. Dette bekræftes af informanterne, som ofte vurderer medicinangivelserne som værende utilstrækkelige. Det er primært i forbindelse med dosering og doseringsvarigheden, at der opleves problemer. Hvis medicininformation er utilfredsstillende, kan dette have konsekvenser for patienten i form af fejlmedicinering og dermed kliniske følger.

Det ses, at det ikke er fast rutine i denne case, at der i epikriserne angives medicinstatus. For 39 % af de undersøgte ambulante- og udskrivningsepikriser er medicinen ikke angivet, på trods af, at alle involverede aktører tillige med litteraturen mener, at dette er meget vigtigt. Det må forudsættes, at alle ambulante patienter og patienter ved udskrivning anvender medicin, så derfor er det bemærkelsesværdigt, at det i så mange tilfælde ikke er angivet. Beregnet for samtlige

epikriser er der i 70 % ikke angivet medicinstatus. I dette tal er der inkluderet epikriser fra f.eks. røntgenundersøgelser og skadestuer, hvor der ikke nødvendigvis er fokus på medicinen. Det synes derfor ikke så relevant for afsenderen at notere dette i epikrisen.

Årsagen til, at epikriserne fra ambulatorier samt udskrivningsepikriserne trækkes ud som et særskilt resultat er, at der i disse to tilfælde er størst mulighed for, at der sker ændring i medicinen. Det kan dog diskuteres, hvorfor de øvrige epikriser ikke er helt så oplagte at inddrage, da det jo er betydende at vide, hvis patienten eksempelvis har fået kontraststof ved røntgenundersøgelse, eller hvis der i skadesstuen er givet medicin. Det er sandsynligt, at sådanne afdelinger og specialer ikke finder det relevant, at notere hele den aktuelle medicinstatus, og der er sjældent i disse situationer der ordineres, seponeres eller justeres på medicinen. Dette foregår som oftest på de respektive specialafdelinger. Hermed er det forsøgt at retfærdiggøre særstillingen for de to typer epikriser i forhold til angivelse af medicinstatus.

I Sundhedsstyrelsens vejledning står det meget uklart beskrevet, hvordan medicinstatus skal angives og i hvilke tilfælde. Under epikrisens indhold i vejledningen er der i punkt 4 angivet følgende: *"Medicinstatus. Hvis der er sket ændringer i patientens medicinering under indlæggelsen, skal det af epikrisen altid fremgå: (...) Behandlingens varighed, begrundelse for ændringen i medicinen herunder seponering af medicin, bør desuden fremgå"*. Dette kan læses, som om det kun er ved ændringer, at dette skal angives. I den forklarende tekst omkring medicinstatus står der også, at hvis der er sket ændringer, skal der udarbejdes en medicinliste over patientens aktuelle medicin ved udskrivelsen eller afslutningen. Det er endvidere tilføjet i samme kapitel, at: *"Den aktuelle medicinliste skal desuden fremgå af epikrisen"*. Det er således modsigende at skrive, at det er ved ændringer, at der skal skrives medicinstatus, men den aktuelle medicin altid skal angives i epikrisen. Afsenderen kan så fortolke vejledningen efter behag, og det vidner om, at der ikke er nogen klare retningslinier for medicinstatus.

Vigtigheden af, at styrke og dosering eventuelt også doseringsvarighed er angivet, taler for sig selv! I langt de fleste tilfælde er dette også angivet i analyserede epikriser, og for de ca. 10 %, hvor det ikke fremgår, er der i resultatafsnittet forklaret, hvilke årsager der kan være til, at der ikke opnås 100 %. At information om disse to faktorer mangler kan have alvorlige konsekvenser i den efterfølgende medicinering. Hjertesvigtspatienter er, ligesom andre kroniske sygdomsgrupper, vigtige at titrere og behandle meget nøjagtigt, for små ændringer eller manglende compliance kan have alvorlige konsekvenser for helbredet. I disse patienters tilfælde er det derfor af stor betydning at styrke og dosering er angivet, så egen læge ved besked, selvom der oftest er sideløbende observationer via hjerteambulatoriet. I litteraturen er der umiddelbart ikke så stor fokus på disse to medicinangivelser, som eksempelvis ekspeditionstiden, og derfor vurderes det ikke at udgøre så stort et problem i praksis.

En begrundelse for at medtage indikation for hvert præparat er, at det er almen kendt, at visse præparater anvendes til behandling af lidelser, hvortil de ikke er indikeret. I sådanne tilfælde vil det være fornuftigt med en indikation. Eksempelvis anvendes noget epilepsimedicin til

søvnløshed og mod angst samt i tilfælde også til mani-depressive personer i den depressive fase.<sup>1</sup> Her kan det så være uklart, af hvilken årsag patienten får medicinen. Det fortælles af flere af informanterne, at dette yderst sjældent er noteret, og at det bør kunne udledes af diagnoserne samt resuméet i epikrisen. Da disse informationer ikke altid er fyldestgørende, vil der være en ekstra sikkerhed i at tilføje indikationen, i hvert fald i de tilfælde, hvor der kan opstå tvivl. Det opfattes dog ikke umiddelbart som noget ønske eller en mangel hos de udsurgte.

Formuleringen af de ordinerede præparater er ca. angivet i hvert andet tilfælde. Informanterne mener heller ikke, at denne information er så vigtig. Langt størstedelen af ordineret medicin er i tabletform. Det kan dog have nogle konsekvenser ved forskellige præparater. Hvis doseringen står påskrevet, men det ikke vides om f.eks. astmamedicinen er i aerosoler, pulver- eller væskeform, så kan det resultere i den forkerte dosis, da hvert produkt ikke doseres i lige store styrker ved f.eks. ”2 sug”. Dette kan således give anledning til fejlmedicinering. Et andet tilfælde kan være svampemidlet Nizoral<sup>®</sup>, som findes i både creme, shampoo og tabletter. Her er det uvist hvilken formulering der er ordineret, hvis det ikke er specifikt skrevet, eller administrationsvejen er angivet, som det også foreslås i vejledningerne fra Sundhedsstyrelsen. Ved ikke at angive formuleringen, kan der således opstå forskellige typer af fejl, hvilket især kan være fremtræden ved præparater der findes både til lokalt og systemisk brug. Endvidere kan det, af patientmæssige årsager og i forbindelse med concordance, være vigtigt at tilføje formuleringen. Der kan fra patienten side være ytret ønske om en bestemt formulering. Hvis en cancerpatient lider meget af kvalme, kan smertestillende i form af suppositorier være fordelagtigt, hvilket ikke kan vides, hvis formulering og styrke samt administrationsvej ikke er angivet.

### 6.1.2. Behandlingsplan

En plan for den videre behandling vurderes af de interviewede praksislæger som meget betydningsfuld. I knap 73 % af de analyserede epikriser er der angivet en sådan, og af disse er der ca. 33 %, der indeholder information om den efterfølgende medicinske behandling. Det er bemærkelsesværdige, at der i Sundhedsstyrelsens vejledning kun er angivet behandlingsplan som et eventuelt punkt i epikrisen. Det nævnes af en af informanterne, at det muligvis skyldes, at lægerne ikke tør tage ansvar når de har sluppet patienten, og derfor noteres der ikke en behandlingsplan for tiden efter udskrivelsen. Dette nævnes som værende frustrerende for den praktiserende læge, da En plan kan også strække sig til andet end den kortsigtede behandling. Det er i de analyserede epikriser kun i meget få tilfælde anført sociale foranstaltninger eller forslag til videre omsorg på kommunalt niveau. Dette kan igen skyldes en uklar ansvarsplacering blandt sundhedsaktørerne, da det er uklart hvem der skal tage hånd om dette. Det er op til de udskrivende læger m.fl. at sikre patienten et sikkert forløb, og dette kan gøres med afsæt i en god og præcis epikrise. Det er afsendernes ansvar at fremsende en informativ og fyldestgørende epikrise, hvilket der ifølge interviewene af alle 3 praktiserende læger, synes at være en selvføl-

---

<sup>1</sup> Andersen NV

gelighed, der allerede i uddannelsesforløbet bliver en rutine. I denne case er baggrunden for manglende behandlingsplaner dog ikke nærmere belyst.

### 6.1.3. Patientinformation

Det er indledningsvist valgt at fokusere på bl.a. patientinformationen, da dette synes at være en vigtig faktor i det sammenhængende patientforløb. Det har tillige været et punkt, der, ud fra rent farmaceutiske, men også personlige overvejelser, synes at være af stor betydning i forbindelse med patientens skift mellem de forskellige behandlingssteder. Der beskrives i en MTV-rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen omkring intensiv polyfarmakologisk behandling, at patienterne ikke spiller en uvæsentlig rolle i et behandlingsforløb, idet de ofte udgør bindeledet mellem behandlerne.<sup>1</sup> Dette skal forstås i den betydning, at patienterne selv også bliver informationsbærere. Det kan være i situationer, hvor medicinændringer ikke bliver videregivet, eller hvor epikrisen ikke er modtaget hos egen læge, når patienten kommer i konsultationen efter eksempelvis et indlæggelsesforløb. Det kan også være i tilfælde, hvor den praktiserende læge ønsker uddybende forklaring om forløbet eller andre ting i epikrisen, der giver anledning til undren, så kan det være fordelagtigt, at patienten ved besked.

I ovennævnte situationer er det vigtigt, at patienten er blevet informeret, både for dennes egen skyld, men også som et organisatorisk bindeled til optimering af et sikkert patientforløb. Dette koncept kendes allerede fra vandrejournalen, som også nævnes af Mainz J (1995). Journalen eller vandreepikrisen følger den gravide til alle de undersøgelser, hun skal til, og herigennem informeres de sundhedsfaglige personer, der har relevans til den gravide, som selv overdrager informationen mellem de involverede parter. Dette vil formentlig også være overførbart på andre patientgrupper.

Overraskende nok synes de interviewede læger ikke, at et notat om, hvad patienterne er blevet fortalt, er en særlig vigtig information i en epikrise. Dette begrundes af disse f.eks. med, at patienterne alligevel ikke hører godt nok efter, som også angivet i resultat afsnittet. Desuden ytres det af de udforskede, at det er et af de punkter, man accepterer, at der ikke står angivet noget om. Det er i det samlede datamateriale også kun angivet for 19 %, hvad der er blevet informeret om, eller blot, at der er blevet informeret, og patienten har accepteret.

Et eksempel på, at den ydede information skal noteres i epikrisen, kan være, at en patient bliver tilbudt en undersøgelse, der er standard i et givent behandlingsregime, det være sig f.eks. mammografi. Patienten informeres om undersøgelsen og dennes risici og vælger at takke nej. I sådan en situation er det vigtigt, at der er givet information til patienten, og at egen læge er informeret om, at undersøgelsen er blevet tilbudt og forklaret. Ellers vil den praktiserende læge sandsynligvis undre sig over, at det gængse behandlingsforløb ikke er fulgt, og derefter selv henvise patienten til mammografi. Her vil der kunne spares ressourcer ved ikke at henvise og

---

<sup>1</sup> Wiuff MB, Jacobsen CB, Sørensen TH, Nielsen ML

der kan undgås unødigt bekymring og undren hos patienten, der modtager en uventet indkaldelse. I andre sammenhænge kan det muligvis have alvorlige kliniske konsekvenser, hvis der ikke informeres om, hvad der er blevet fortalt. Det er således interessant for de sundhedsprofessionelle, der overtager patienterne efter et givent behandlingsforløb at vide, hvilke informationer, der er givet til patienten, og hvilken behandling der er tilbudt.

#### 6.1.4. Ekspeditionstiden

Et af de problematiske forhold omkring epikriser er ekspeditionstiden. Resultaterne fra både den kvantitative og kvalitative del indikerer, at en del af epikriserne ikke bliver afsendt rettidigt. Dette problem har været kendt flere årtier tilbage<sup>1</sup> og i årene herefter har der været større eller mindre fokus på dette i sundhedsdebatten. Ud fra de kvantitative data er der beregnet en gennemsnitlig ekspedition på 4,6 dage. De udforskede har erfaringer med både manglende, forsinkede og mangelfulde epikriser. Dette kan ifølge Mainz J (1995) være problematisk, da lang ekspeditionstid, sammen med utilfredsstillende indhold, er årsager til, at epikrisernes værdi som konsultationsgrundlag mistes.

I Flemming Madsens artikel fra 2002: ”Epikriser til tiden!”<sup>2</sup> opstiller han en prioriteret liste, udarbejdet på baggrund af rekommandationer fra det tidligere H:S og Københavns Amt over krav til epikrisen. Det vigtigste punkt er, at der er kortest muligt interval fra udskrivelse til egen læge modtager epikrisen. I undersøgelsen afprøves det på en intern medicinsk afdeling at nedbringe antallet af epikriser, der bliver afsendt for sent. Ved at gennemføre forskellige interventioner i det praktiske arbejde, konkluderes det, at det på afdelingen er muligt at afsende epikriser til tiden. Før interventionen blev 65 % af epikriserne afsendt inden for 3 dage, hvorimod der efter procesændringen blev afsendt 85 % inden for 3 dage.

Det er også informanternes forslag til løsning, at der ændres i rutiner, så en forkortet ekspeditionstid opnås. På trods af kvalitetsmål på sygehusene omkring afsendelse, typisk 3 dage, er der for lidt struktur og for få ressourcer til at kunne opfylde målene om en rettidig afsendt epikrise. Selvom der i HIK er indført epikriseskrivning i arbejdsrutinerne, så kan målene ikke opfyldes, men dette skyldes efter al sandsynlighed utilstrækkelige ressourcer på alle niveauer i afdelingen.

Det modsatte forhold gør sig også gældende, idet nogle epikriser bliver afsendt så hurtigt, at kvaliteten, ifølge alle informanterne, beskrives som ringe og langt fra fyldestgørende. I HIK fortælles også, at det ofte er én bestemt læge, der gennemgår alle de udskrevne patienternes journaler, for at få epikriserne hurtigt af sted. Disse refereres som meget korte og mangelfulde. Dette pointeres også i en artikel fra geriatrisk afdeling på Århus Sygehus, hvor korte indlæg og hurtigt fremsendte epikriser resulterer i at afventende svar på undersøgelser først

---

<sup>1</sup> Petersen KT, Rasmussen PK.

<sup>2</sup> Madsen F. Epikriser til tiden!

indløber langt tid efter udskrivelsen.<sup>1</sup> Det bevirker, at patienterne ofte ikke får det svar, som vedkommende skulle have haft, og herved beskrives det, at patienterne risikerer fejlbehandling. Endvidere skal egen læge bruge tid på at anmode om svar på prøver og undersøgelser, og afdelingerne bruger tid på disse forespørgsler, tid der kunne være udnyttet bedre andetsteds.

Problemet med ekspeditionstiden er dog måske ikke så stort som først antaget, hvis der kigges nærmere på resultaterne i casen. Disse afspejler ikke i samme grad problemet som det angives i litteraturen. Den gennemsnitlige tid er angivet om 4,6 dage, mens medianen er 1. Det vil sige, at 50 % af alle epikriser er afsendt senest en dag efter udskrivelsen af patienten. Hvis der beregnes en 75 % fraktil er tallet 2,8 dage, og således i nærheden af målet i HIK, der siger 80 % afsendte inden 3 dage. For casen er 90 % afsendt inden 10 dage.

Der er forskellige holdninger til, hvad ”rettidig” er, noget litteratur mener inden 3 dage, andre inden 7 dage, mens der i en ældre undersøgelse regnes med korteste afsendelsesinterval som 0-14 dage<sup>2</sup>. En af informanterne i indeværende speciale mener dog, at det eneste rigtige er, at epikriserne bliver ekspederet samme dag som patienten udskrives, hvilket dog er utopisk. Det er, som et par af informanterne påpeger, ikke de gode og rettidige epikriser der er problemet, men dem der er forsinkede der kan være årsag til fejl.

Resultaterne fra casen afspejler ikke i samme grad problemet med at få epikriserne til tiden, som det er angivet i litteraturen. 90 % af resultaterne er i indeværende tilfælde afviklet inden for 10 dage, og efter 1,5 måneder og 3 måneder er hhv. 98,4 % og 99,6 % af alle udskrivningsbrevene sendt til de praktiserende læger.

## 6.2. Diskussion i forhold til teorien

For at optimere epikrisen som arbejdsredskab skal der ændringer til i hele organisationen. Som det fremgår af Leavitts organisationsmodel, så vil implementering eller ændring af en af faktorerne i diamanten, forårsage ændringer i hele organisationen. Indførelsen af epikrisen som en medicinsk teknologi i den daglige rutine, har af den ledende lægesekretær krævet indførelse af et rotationssystem i sekretariatet. Denne ordning indebærer, at sekretærene på skift har epikriseskrivningen inde i deres daglige opgaver i bestemte perioder. Dette vil også være nødvendigt for lægerne på afdelingen for at få epikrisedikteringen ind som en rutine, da de ellers bliver ”flaskehalse”, hvilket giver anledning til et andet problemfelt. Hermed ses det, at teorien om organisation er gældende for indførelsen af epikrisen som effektivt værktøj. Det kan også være fra ledelsens side, at der således opstår ændringer i organisationens opgaver for at få plads til epikrisen. Ligeledes kan omverdenen, som her er de praktiserende læger, også være afgørende for, at der sker en ændring i organisationen. Måske ikke i den overordnede organisation, men mere i organiseringen af rutinerne i hverdagen på de specifikke afdelinger, hvor de nye arbejds gange også skal tilpasses de øvrige opgaver.

<sup>1</sup> Damsgaard EM, Schleisner P.

<sup>2</sup> Nielsen JA, Schlichting P, Dyremose EB, Riis P.

### 6.3. Diskussion af metodevalg

Casestudier er mere fleksible end de fleste andre design typer, idet de er åbne for nye informationer, der ikke er overvejet i starten af projektet. I indeværende speciale bliver der anvendt semistrukturerede interviews, kvantitative data samt eksisterende litteratur for at analysere og beskrive casen. Eftersom den forudgående indsigt i undersøgelsesfeltet er begrænset, er det fordelagtigt at anvende den eksplorative, kvalitative metode. Da de kvalitative undersøgelser er dybdegående inden for et afgrænset empiriske felt, er der kun anvendt et begrænset antal respondenter. Antallet af informanter er også af tidsmæssige grunde begrænset, da det kvantitative datamateriale, der er anvendt i indeværende speciale, er omfangsrigt. Casestudiets egenskaber inden for udforskning og afdækning af et afgrænset område har været en relevant fremgangsmåde for denne undersøgelse. Derudover har forskningsdesignet været nemt at strukturere og anvende på grund af denne fleksibilitet, efter hvilke informationskilder der har været tilgængelige.

Som et eksempel på viden, der er fremkommet på baggrund af den åbne struktur i designet, kan efterfølgende eksempel nævnes. Under et interview er jeg blevet opmærksom på, at HIK en overgang blev pålagt ikke skulle indføre medicinstatus i epikrisen, men blot notere det i klinikkens egne databaser EPM og EPJ. På epikrisen er så angivet: ”Medicin iflg. EPM”, hvor et udskrift af denne sendes separat med posten, i modsætning til epikrisen, der fremsendes elektronisk. Denne viden ville ikke kunne erfares gennem andre forhold end ved interview. Tre af fem informanter nævner denne problemstilling under samtalerne: Lægeseekretæren, da hun har arbejdet under reglen, og de to tidligere praksiskonsulenter, der har været med til at afskaffe denne igen, af hensyn til både patientens sikkerhed og den praktiserende læges arbejdsgang.

Ifølge Flyvbjerg (1991)<sup>1</sup> kan erfaringer draget ved casestudiet i en vis udstrækning overføres til andre sammenhænge og bidrage til videnskabelig udvikling. Hjertesvigtssklinikens patienter er således et eksempel på, hvordan en sådan populationsgruppes epikriser kan se ud. At specialet danner baggrund for en bredere sundhedsfaglig tendens, er derimod ikke nær så forventeligt da det, som tidligere omtalt, er med udgangspunkt i en population med komplekse sygeforløb. For at kunne overføre det fundne til andre lignende situationer, forudsætter det dog, at undersøgelsens validitet er i orden, hvis de fire kvalitetskriterier i den forstående forskning optimalt set er opfyldte jf. afsnit 4.9.2.

Omfanget af epikrisernes indhold kan således ikke estimeres til at omfatte hele det danske sundhedsvæsen, men være indikator for en problematik i det sammenhængende patientforløb. Overførbarheden må menes at være størst i tilfælde af samme patienttyper som anvendt i specialet. Andre grupper af kronisk syge med flere følgesygdomme, som f.eks. KOL- og diabetespatienter, vil dog formentlig også kunne genkende de tendenser, der er omkring epikrisens indhold, kontakt med mange sundhedsprofessionelle samt udviklede patientforløb og derved

---

<sup>1</sup> Launsøe L, Rieper O

masser af epikriser. Det har heller ikke været målet at genere repræsentative resultater, der kan overføres til bredere befolkningsgrupper. Det primære mål med specialet er derimod at indsamle nuancerede informationer og tolke disse i forhold til den stillede kontekst. Valget af casestudiet som forskningsdesign i indeværende tilfælde bunder således i en interesse i at forstå fænomenet epikriser, samt hvilken rolle indholdet af dette redskab spiller i den sundhedsfaglige kommunikation.

### **6.3.1. Deltagende informanter**

De deltagende praktiserende læger har alle være tilknyttet forskellige hospitaler i større eller mindre grad, som studerende, som turnuslæger og i vikariater eller faste stillinger. De interviewede læger har således også et indgående kendskab til afsenderens rolle, og vurderes derfor at være rimelig kvalificerede til at udtale sig om procedurerne på sygehusene, hvilke mangler der opleves, og hvordan epikrisen som redskab kan forbedres. Der refereres af de udforskede læger også til personlige erfaringer med at skulle udarbejde epikriser på hospitalsafdelingerne. Som omtalt tidligere i rapporten har jeg vurderet, at det ville være tilstrækkeligt at interviewe en enkelt læge samt en lægesekretær fra HIK for at opnå kendskab til procedurer, fremgangsmåder og epikrisen som redskab på afdelingen. Det kunne have været interessant at have talt med flere læger og sekretærer, for at se om der var overensstemmelse mellem fremgangsmåderne for involveringen af epikriser i den daglige rutine. Hertil kunne der muligvis være flere holdninger og opfattelser, ligesom der kunne være forskellige personlige meninger om epikriser og arbejdet hermed, der ikke er kommet til udtryk ved blot at interviewe én fra hver faggruppe. Det er desværre ikke lykkedes at få etableret interview med læger tilknyttet HIK pga. travlhed på afdelingen.

Denne ensidede informationstilgang kan således give anledning til bias i form af vinklen på informanterne, da det overvejende er praktiserende læger, der medvirker. Det kunne som nævnt være interessant i større grad også at inddrage hospitalet, for tillige at få lægefaglige begrundelser for de valg og fravalg, der eventuelt gøres i forbindelse med udformningen af en epikrise, samt de overvejelser der gøres omkring indholdet og baggrund for dette. Sådanne typer af information kan ikke vurderes af sekretæren, og de praktiserende læger kan kun komme med formodninger om sådanne situationer, der til dels er personafhængige.

### **6.3.2. Datamateriale og litteratur**

Forforståelsen for indholdet af epikriserne er oparbejdet fra litteraturen samt ved gennemlæsning af de mange epikriser fra datamaterialet. På grund af sammensatte behandlingsregimer for hjerteinsufficienspatienter, grundet forskellige følgesygdomme, er epikriserne måske ikke er så repræsentative som først antaget. Rådatasættet er muligvis heller ikke så sammenlignelige med de nutidige forhold på sygehusene, da persondata er indsamlet fra forskellige perioder mellem 2001 og frem til 2007.

I dette tidsrum har der været større eller mindre fokus på diverse sundhedsfaglige problematikker, og der er iværksat forskellige initiativer for at udbedre disse. Dette kan i visse periode således have medført mindre fokus på nogle områder og færre ressourcer til andre. Eksempelvis kan der nævnes nedsættelse af indlæggelsesdage samt forkortelse af ventetider i sundhedsvæsenet, der så er blevet prioriteret højere end f.eks. epikriseskrivning og -afsending samt andet administrativt arbejde i forbindelse med hospitalsindlæggelser og -udskrivninger.

Det kan således være problematisk at generalisere resultaterne fra de kvantitative data og overføre dem direkte til at repræsentere situationen i dag. Hvis der i stedet skulle tages udgangspunkt i de nyeste epikriser, ville indsamlingen heraf formentlig have været endnu mere omfangsrig end i indeværende tilfælde. Det ville dreje sig om mange flere patienter, hvis der konsekutivt skulle vælges de sidste 600 epikriser på en given afdeling eller for en given patientpopulation.

I datamaterialet genereret ud fra de mange epikriser kan der være en fejlkilde ved, at det kæmpe indtastningsarbejde, der er gjort, ikke er korrekturlæst eller kvalitetssikret på nogen måde. Der er løbende i transformeringen fra epikrisetekst til data dog anvendt forskellige opsummeringsfunktioner i Excel arket, for i så vid udstrækning som muligt at sikre korrekt afskrift. I resultatdannelsen er der endvidere benyttet autofiltre i samme program, og disse har lettet sammentælling og kategorisering af indholdet, for at styrke reliabiliteten.

Der er ikke foretaget andre beregninger på datamaterialet end gængse funktioner som gennemsnit, median og procentdele, og der er således ikke anvendt statistiske metoder til videre behandling af talmaterialet. Ved at fremvise statistiske resultater ville der kunne påvises signifikans eller ej, men dette er fravalgt og således uden for dette speciales afgrænsning.

Dokumentarmaterialet har bidraget til indsigt i epikrisers indhold, hvilket har været en betingelse for udarbejdelsen af de kvantitative resultater, ligesom det har været en uundværlig forudsætning for udførelsen af de kvalitative interview.

Det semistrukturerede, kvalitative forskningsinterview har været velegnet til at få indsigt i informanternes egne erfaringer med og betragtninger af indholdet af epikriser samt anvendelsen af dem. Interviewguiden har medført en tryghed under udførelsen af interviewene. Efterhånden som forståelsen for epikriser voksede tillige med øget personlig erfaring mht. udførelsen af interview, udviklede situationerne sig til at bære mere præg af en samtale, hvor interviewguidene kun blev benyttet, hvis samtalen gik i stå.

I den efterfølgende behandling af de transskriberede interviews har der været opmærksomhed på, at der er en risiko for fejlslutninger. For at verificere spejlkriteriet, hvor de udforskede kan genfinde sig selv i interviewene, er transskriptionerne sendt til de enkelte informanter, så disse kunne godkende og acceptere det sagte under interviewene. Det er forsøgt at gengive informanternes fortolkninger og udsagn så tæt på deres udsagn som muligt og derved opfylde kravet for reliabilitet. At udsagnene kan være biased af den organisation, de interviewede repræsenterer, er naturligt, og derfor er det som udgangspunkt forsøgt at være så neutral som muligt i måden at spørge og tolke på. Da der inden dette speciale ikke er oparbejdet nogen form for

praktisk erfaring inden for det at interviewe, så er nogle af spørgsmålene sandsynligvis farvet af baggrundsviden og personlige interesser, om end det er forsøgt at abstrahere fra dette.

#### **6.4. Præsentation af andre undersøgelser**

I en artikel af Christensen, Mainz og Kristensen, Ugeskrift for Læger 1997 henvises der til, at kommunikationen mellem sektorerne har betydning for patientforløbet. Ekspeditionstiden for epikriserne beregnes til 13 dage (interval 0-87), hvor det gennemsnitlige behov for epikrisen ligger 10 dage tidligere, hvorfor der er mulighed for konsekvenser af en ikke rettidig afsendelse af information. Der er i undersøgelsen givet udtryk for, at der i epikriserne ønskes patientinformation angivet sammen tillige med en socialmedicinsk behandlingsplan, hvis dette er relevant.

Poulsen og Hansen, 2004 beskriver i Ugeskrift for Læger, at udformningen af epikriser er meget lavt prioriteret på sygehusene. Fokus har hidtil været andet end et sammenhængende forløb sektorerne i mellem. Da kulturen i de almene praksis er, at patienterne selv henvender sig, mener forfatterne, at der skal gøres en indsats, så der ikke opstår et utilsigtet svigt i patientforløbet. Det pointeres i samme artikel, at de stærkt forkortede indlæggelsesperioder på hospitalerne medfører, at opfølgningen i stigende grad overlades til primærsektoren, hvilket øger behovet for bedre kommunikation, klare samarbejdsaftaler samt modeller der kan sikre et sammenhængende patientforløb.

I den norske undersøgelse af Hall et al. fra 2007 omkring indholdet af en epikrise, beskrives det, at epikrisen bør komme rettidigt og være udformet til at tjene dens hensigt. Det overordnede indtryk angives til at epikrisen er brugbar til god. Der er dog uenighed blandt sygehuslæger og praktiserende læger omkring indholdet af en epikrise.

Ved at udarbejde gode epikriser samt grundig medicingennemgang inden udskrivelse kan antallet af potentielle genindlæggelser ifølge Ellen Holms debatindlæg, Ugeskrift for Læger 2007, i mange tilfælde reduceres. Epikriseskrivningen beskrives her til at give mulighed for en kvalitetskontrol på det enkelte patientforløb, samt med anbefalinger og plan for medicin og videre opfølgning i primærsektoren. Holm mener således at en udskrivningsgennemgang er en mulighed for at eliminere u hensigtsmæssige indlæggelser, og at epikrisen er et vigtigt redskab i det tværsektorielle patientforløb.

En mulig problematik i det sammenhængende patientforløb er privathospitalerne. De er et godt alternativ til den offentlige sektor, men disse private institutioner bør ifølge Grinsted og Friberg, 2007 forpligtes til at samarbejde med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. Der foreligger ingen regler for privathospitalerne omkring epikriser eller rutiner om udarbejdelse eller forsendelse, men hvor stort problemet er vides ikke. De bør dog på lige fod med andre behand-

lere i sygehusregi samt speciallæger være underlagt pligt til at informere om et behandlingsforløb via epikriser, og derved skabe sammenhæng og tryghed for patienten.

### **6.5. Videre forskning**

Indførelse af kommunalt ansatte koordinerende sygeplejersker vil kunne medføre styrket og sikker kontinuitet i indsatsen mellem hospital og kommunalsektoren. Dette er ligeledes et område, der vil være spændende at kigge nærmere på. Der er efter ikrafttrædelse af sundhedsaftalerne introduceret en ny type sundhedsprofessionel i form af en forløbskoordinator. En sådan person er bl.a. med til at sikre et sammenhængende patientforløbet eksempelvis hos patienter med komplekse forløb på tværs af sektorerne. For andre patienter kan en kontaktperson under sygdomsforløbet være tilstrækkelig. Det er vigtigt at koordinatoren medvirker til, at patienten føler sig tryk i behandlingen, samt at der bliver givet entydig information under hele forløbet.<sup>1</sup> I tæt forbindelse her til, er det også interessant at se, hvad fremtiden bringer med de nye sundhedscentre, som en del af det gode, sammenhængende patientforløb.

Endvidere vil det være relevant i forlængelsen af dette studie, at kigge mere på kommunikationen mellem de to sektorer. Det er jo ikke kun envejskommunikation, som epikrisen tit betragtes som, men der er jo lignende forhold mht. kravene ved en indlæggelse og en henvisning, som der er for udformningen af epikriser. Den gensidige, gode kommunikation er vejen frem for det sammenhængende patientforløb, og i den sammenhæng, er det vigtigt kontinuerligt at sætte fokus på den sundhedsfaglige kommunikation, for at skabe gode relationer og derved et godt forløb.

Endeligt vil det være interessant at kigge nærmere på nogle af alle de informationer, der er fremkommet ved behandlingen af den kvantitative datamængde. Epikriserne danner baggrund for megen viden, som er forblevet uudnyttet i dette speciale. Det havde været spændende at se, om der er regionale forskelle omkring indholdet af epikriser, eller om standarden er den samme og forårsaget af de samme problemstillinger.

Der vil ligeledes kunne foretages større statistiske beregninger kombineret med farmakoterapeutiske overvejelser, og på den baggrund udforme et beskrivende forsknings speciale, med udgangspunkt i teori og statistik. Det vil formentlig give opgaven en anden drejning end når kvalitative metoder præger dataindsamlingen.

---

<sup>1</sup> Dansk Sygeplejeråd

## 7. Konklusion

Ud fra det tilgængelige datamateriale kan det konkluderes det efterfølgende. Indholdet af epikriser er svingende med hensyn til medicinstatus, behandlingsplan og patientinformation. Alle informanter giver udtryk for, at de to førstnævnte er meget vigtige elementer i en epikrise. Angivelse af den aktuelle medicinstatus ved udskrivning bør være en selvfølge, men vejledningen om epikriseudfærdigelse kan være flertydig. I forhold til den fremtidige behandling er der dog en problematik omkring ansvarsplacering, og denne synes at hæmme angivelsen af en forløbsplan. Patientinformationen vurderes af informanterne som mindre betydningsfuld, men kan være årsag til ressourcespild og unødigt bekymring hos patienten, hvis dette ikke anføres i epikrisen.

Tiden fra udskrivning til afsendelse af epikrisen er overvejende acceptabel, men forsinkede epikriser kan have forskellige kliniske og praktiske konsekvenser. Ekspeditionstiden i casen er ikke så stort et problem som først antaget ud fra erfaringer fra andre undersøgelser. Der bør dog til stadighed være fokus herpå for at sikre og skabe en tradition omkring rettidige informationer.

Den mundtlige kommunikation og den personlige kontakt mellem sektorerne er tilfredsstillende, og epikrisen er et operationelt redskab, hvis den anvendes korrekt. Hvis der derimod er mangler i indholdet, eller epikrisen udebliver, er det ressourcekrævende for alle parter. Den praktiserende læge skal opsøge hospitalet, sekretærerne skal finde de efterspurgte oplysninger, og patienten må vente forgæves på informationen. Sproget i epikrisen tillige med ukonsistent opbygning er faktorer, der kan forbedres, så epikrisen bliver et informativt og anvendeligt værktøj.

Der er forskellige årsager til, at patienten kan opleve kliniske konsekvenser på baggrund af epikrisen. Hvis denne er forsinket, helt udeblivende eller ikke fyldestgørende, er der mulighed for, at patienten kan blive fejlbehandlet eller slet ikke behandlet. Der kan opleves under- eller overdosering samt anvendelse af forkert medicin, hvis medicinstatus er udeladt. Derudover kan mangler i epikrisen have u hensigtsmæssige konsekvenser i form af manglende undersøgelser og diagnostik, der kan resultere i, at patienter ikke behandles hurtigt nok. Derved kan de måske lide skade eller i værste fald dø. Heldigvis er det dog oftest mindre alvorlige situationer der opstår heraf.

Struktur og indarbejdede rutiner på hospitalerne vil kunne lette skriveprocessen med epikriser. Mere selvjustits, ansvarsfølelse og faglig stolthed vil sandsynligvis også kunne bidrage til forbedrede epikriser. Flere ressourcer på alle niveauer, samt større elektronisk kompatibilitet imellem alle sundhedsfagligt relevante personer, er to faktorer, der synes at have stor betydning for optimering af indholdet samt forkortelse af ekspeditionstiden. Dog er optimering af informationsteknologien formentlig ikke alene om at lette kommunikationen, men en stadig mere åben og interpersonel kontakt mellem de forskellige aktører er også af betydning. I et fremtidigt forløb vil patienten selv få en mere betydningsfuld rolle i form af informationsbud-

bringer og forbindelsesled mellem de forskellige sektorer og de sundhedsprofessionelle. Der vil i de næste år sandsynligvis sættes endnu mere fokus på et sammenhængende patientforløb med shared care og tværfagligt samarbejde.

## 8. Perspektivering

Efter at have beskæftiget mig med specialeemnet epikriser i godt 5 måneder, er det blevet tydeligt, at der er store huller i kommunikationen mellem hospitaler og praktiserende læger. Det er patienten, der bliver den tilfangetagne i et spil om kvalitetsmålinger, præstationer og ressourcer. Korte indlæggelser, hurtigt afsendte epikriser, målopfyldelser og certificeringskrav medfører effektivitet og anerkendelse, men der er ingen der stopper op, og spørger til patienten, mennesket og kunden. Det var med den indgangsvinkel, at jeg påbegyndte mit speciale, og selvom opgaven tog en anden drejning, er det alligevel patienten livssyn der har interesse.

Det vil således være interessant, at belyse patientperspektivet gennem videre undersøgelser i forlængelse af indeværende resultater, da dette vil give indblik i patienternes subjektive vurdering af deres forløb i sundhedsvæsenet. Her vil det centrale være de kvalitative interview som kan give muligheder for, at patienten bringer nye aspekter op, som er centrale for forløbet, hvilke der ikke vil kunne erfares ved at fravælge patienten som informationskilde. Patienternes egne erfaringer kan være nyttige til identifikation af kvalitetsproblemer i sundhedssektoren. Deres bidrag vil kunne medvirke til at skabe et fyldestgørende grundlag for den interpersonelle relation mellem patienten og de professionelle og ligeledes omkring holdninger til organiseringen af sundhedsvæsenets ydelser.

Ud over de ting der er nævnt her og i diskussionsafsnittet omkring videre forskning, vil det være interessant at se, hvor i dette forløb farmaceuten kan spille den mest afgørende rolle. Er det i form af medicinafstemninger som i Operation LIFE, er det som klinisk farmaceut på sygehusene, er det under udskrivningsforløbene og i overgangsfasen, den efterfølgende behandling og rehabilitering eller der det som den lægemiddelkyndige i almen praksis og i fremtidens sundhedscentre, ja det må tiden vise. Jeg er dog overbevist om, at farmaceuter som faggruppe er i stand til at bidrage med en viden og en kompetence, så der kan gøres en forskel i det fremtidige sundhedsvæsen.

## 9. Referenceliste

**Andersen I.** Den skinbarlige virkelighed - vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne. 3. udg. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur; 2005.

**Andersen NV.** Medicinalselskaber tjener penge på ulovlige markeder. Ugeskr Læger 2005;167(25):2806.

**Andersen V, Gamdrup P.** Forskningsmetoder. In: Andersen H, editor. Videnskabsteori og metodelære. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 1994. p. 58-80

**Bakka JF, Fivelsdal E.** Organisationsteori. Struktur, kultur, processer. 3. udgave, 7. oplæg København Ø: Handelshøjskolens Forlag; 1998.

**Bowling A.** Research methods in health. 2<sup>nd</sup> ed. Berkshire: Open University Press; 2002.

**Christiansen CC.** Fortælling i samfundsvidenskaberne. Fuglsang L, Hagedorn-Rasmussen P, Bitsch P, editors. In: Teknikker i samfundsvidenskaberne. 1st ed. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur; 2007. p. 332-354.

**Christensen KA, Mainz J, Kristensen E.** Kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet. Ugeskr Læger 1997. 159(48)

**CVU Øresund.** Videnscenter for sammenhængende patientforløb. Abstractsamling. Konference. Sammenhængende Patientforløb. 2007 Okt.

**Damsgaard EM, Schleisner P.** Betragtninger over det sammenhængende patientforløb. Medicus 2005 (1): p. 14-15.

**Dons AM og Graversen L.** Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. Sundhedsstyrelsen. 22. feb. 2007.

**Elsass P, Lauritsen P.** Humanistisk sundhedsforskning. Hans Reitzels Forlag. 1. udgave, 1. oplag. København K, 2006

**Fontana A, Frey JH.** The Interview: From Natural Stance to Political Involvement. Denzin NK, Lincoln YS editors. In: The SAGA Handbook of Qualitative Research. 3rd ed. SAGA; 2005.

**Fuglsang L, Olsen PB.** Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne på tværs af fagkulturer og paradigmer. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2004.

**Gyldendals Akademiske Bogklubber.** Klinisk Ordbog, 16. udg. Søren Nørby editor. København: Munksgaard; p. 656.

**Hall C, Bjørner T, Martinsen H, Stavem K, Weberg R.** Den gode epikrise - kriterier og evaluering. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 8(127):1049

**Harboe T.** Indføring i samfundsvidenskabelige metode. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur; 2006.

**Holm E.** Uhensigtsmæssige indlæggelser eller uhensigtsmæssige udskrivelser? Ugeskr Læger 2007;169(17):1597.

**Hovedstadens sygehusfællesskab H:S.** Journalføring - indhold og vurderinger i stationære og ambulante journaler. Tværgående vejledning for det tidligere H:S. Erhvervet gennem Region Hovedstaden, Hillerød.

**Ilsø-Kristensen S.** Ph.d. afhandling - under udarbejdelse.

**Jørgensen FS, Kjærgaard J, Blegvad K.** Alment praktiserende lægers vurdering af epikrisen. En enqueteundersøgelse. Ugeskr Læger 1990;152(42):3056.

**Jørgensen FS, Kjærgaard J.** Overlægers vurdering af epikrisen. En enqueteundersøgelse. Ugeskr Læger 1990;152(42):3059.

**Jørgensen FS, Kjærgaard J.** Reservelægers vurdering af epikrisen. En enqueteundersøgelse. Ugeskr Læger 1990;152(42):3062.

**Kristensen FB, Sigmund H.** Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. 2. udgave. December; 2007.

**Kvale S.** Interview - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. 3. oplag. Hans Reitzlers Forlag; 1997.

**Launsø L, Rieper O.** Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2005.

**Lunde IM, Ramhøj P.** Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. Kvalitative metoder. 1. udgave, 2. oplag. København: Akademisk Forlag A/S; 2001.

**Madsen FF.** Epikriser til tiden! Kvalitetssikringsartikel. Ugeskr Læger 2002; 164(14): 1932.

**Madsen F, Frølund L, Nielsen NH, Scharling B, Malling HJ, Backer P.** Epikriser. Praktiserende lægers ønsker om indhold i epikriser fra en grenspecialiseret intern medicinsk afdeling. Ugeskr Læger 1989; 151(33); 2113.

**Mainz J.** Problemidentifikation og Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet. Teori. Metode. Resultater. Ph.d. afhandling. Aarhus Universitet. København: Munksgaard; 1995.

**Mainz J.** Kvalitative metoder. Lunde IM, Ramhøj P editors In: Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. 1. udgave, 2. oplag. København: Akademisk Forlag A/S; 2001.

**Mejlby P, Nielsen KU, Schultz M.** Introduktion til organisationsteori med udgangspunkt i Scotts perspektiver. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur; 1999.

**Nielsen JA, Schlichting P, Dyremose EB, Riis P.** Udskrivningsbreve. En opgørelse fra Københavns Amt. Ugeskr Læger 1990;152(42):3066.

**Olsen PB, Pedersen K.** Problemorienteret projektarbejde - en værktøjsbog. 3rd ed. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur; 2003.

**Pharmadanmark.** En tredjedel af alle fejl på sygehusene skyldes for lidt, for meget eller forkert medicin. Elektroniske nyhedsbrev Fredag Formiddag. 8. februar 2008 - uge 6.

**Petersen KT, Rasmussen PK.** Smøleri med udskrivningskortet. Ugeskr Læger 1955;117:457.

**Poulsen LR, Hansen FR.** Den vellykkede udskrivning. Ugeskr Læger 2004;166(49):4460.

**Poulsen LR.** Tværsektorielt samarbejde - hvordan opnår vi det? Ugeskr Læger 2006; 168(13):1356.

**Projektgruppen rcDallund/LTA.** Overgangen mellem hospital og kommune - udfordringer og muligheder i et komplekst felt. 1. erfaringsnotat. 2007 Aug.

**Ramian K.** Casestudiet i praksis. Århus: Academica; 2007.

**Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L, Rubak JM, Andersen JS.** Den gode henvisning og den gode epikrise - en indikatorbaseret auditundersøgelse. Den Gode Medicinske Afdeling, Praktiskoordinatorerne, Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprogram. København S; 2005.

**Rienecker L, Jørgensen PS.** Lærerbatchelorporgaven: den studerendes bog. Frederiksberg: Forlaget Samfundsfarmaci; 2004.

**Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Krasnik A.** Sundhedsaftaler som nyt styringsredskab til at sikre sammenhæng i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. 2006 Dec; 82 (10).

**Sundhedsstyrelsen.** Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. Red. Kristensen FB, Sigmund H. København: 2007.

**Sygehusdirektoratet.** Københavns Amts Sygehusvæsen. Den gode henvisning. Den gode epikrise. Det gode ambulante notat. Københavns Amt; 2002 Jan.

**Vagtborg KJ.** Kommunale sundhedscentre - et casestudie af apotekets muligheder i fremtidens sundhedsvæsen. Kandidatspeciale, Afdelingen for Samfundsfarmaci, Det Farmaceutiske Fakultet, Københavns Universitet. København; 2008.

**Vallgårde A, Krasnik A.** Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. 1 udgave, 1. oplag. København: Munksgaard Danmark; 2007.

**Wiuff MB, Jacobsen CB, Sørensen TH, Nielsen ML.** Intensiv polyfarmakologisk behandling af patienter med type-2 diabetes i daglig klinisk praksis - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007;7(6)/DSI Rapport 2007.05.

## Hjemmesider

ditliv.dk [hjemmeside på Internettet] Grindsted P, Friberg S. Privathospitaler skal tage mere ansvar. **Dagens Medicin** - uafhængig nyhedsavis om sundhedssektoren. 13. december 2007 Tilgængelig på: <http://www.ditliv.dk/debat/2007/12/13/privathospitaler-skal-tage/index.xml>

drs.dk [hjemmeside på Internettet] København K: **Dansk Sygeplejeråd.** Sammenhængende patientforløb - input til sundhedsaftalerne, april 2006 [citeret 2008 Feb 4] Tilgængelig på: [http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/814/sammenhaengende\\_patientforloeb.pdf](http://www.dsr.dk/dsr/upload/3/0/814/sammenhaengende_patientforloeb.pdf)

ds.dk [hjemmeside på Internettet] **Dansk Standard.** Seamless care. [Opdateret 2004 Jan 13, citeret 2008 Apr 9] Tilgængelig på: <http://www.ds.dk/1942,2>

hjerterforeningen.dk [hjemmeside på Internettet] **Hjerterforeningen.** Hjertereinsufficiens [Opdateret 2004 Feb 18, citeret 2008 Apr 9] Tilgængelig på: <http://www.hjerterforeningen.dk/sw627.asp?lsearchdataid=495041>

im.dk [hjemmeside på Internettet] **Indenrigsministeriet** [citeret 2008 Feb 4] Tilgængelig på:  
<http://www.im.dk/publikationer/strukturaftale/Strukturaftale.pdf>

medinfo.dk [hjemmeside på Internettet] **Sundhedsstyrelsens Enhed for Sundhedsinformatik**. SKS-browser [citeret 2008 Apr 10] Tilgængelig på: <http://www.medinfo.dk/sks/brows.php>

patientforeningen-danmark.dk [hjemmeside på Internettet] **Patientforeningen Danmark**. Praksissektor [citeret 2008 Apr 21] Tilgængelig på:  
<http://patientforeningen-danmark.dk/Defaulta856.html?ID=24>

patientsikkerhed.dk [hjemmeside på Internettet]. Hvidovre: **Dansk Selskab for Patientsikkerhed** [citeret 2008 Apr 2] Tilgængelig på: [http://www.patientsikkerhed.dk/2006\\_Hoerings svar](http://www.patientsikkerhed.dk/2006_Hoerings svar).

sociologiskforum.dk [hjemmeside på Internettet] **Sociologisk forum**. Ordbog: Eksplorativ [citeret 2009 Mar 5] Tilgængelig på: <http://sociologiskforum.dk/ordbog.vis.asp?id=261>

sst.dk [hjemmeside på Internettet]. København S: **Sundhedsstyrelsen**. Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. 22. februar 2007 [citeret 2008 Jan 8] Tilgængelig på:  
[http://www.sst.dk/publ/Publ2007/EFT/Epikriser\\_vejl/Vejledning\\_om\\_epikriser.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2007/EFT/Epikriser_vejl/Vejledning_om_epikriser.pdf)

sst.dk [hjemmeside på Internettet]. København S: **Sundhedsstyrelsen**. XX Kommunes Sundhedsaftale [citeret 2008 Feb 4] Tilgængelig på: Kontakt undertegnede for link.

sst.dk [hjemmeside på Internettet]. København S: **Sundhedsstyrelsen**. Shared care [citeret 2008 Feb 4] Tilgængelig på:  
[http://www.sst.dk/publ/publ2006/CEMTV/Shared\\_care/MTVubilag\\_sharedcare.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2006/CEMTV/Shared_care/MTVubilag_sharedcare.pdf)

sst.dk [hjemmeside på Internettet]. København S: **Sundhedsstyrelsen**. Medicinsk Teknologivurdering [citeret 2008 Mar 24] Tilgængelig på:  
[http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling.aspx)

sundhedsit.net [hjemmeside på Internettet] **SundhedsITnet**. Netværk for IT-baserede sundhedsydelse. Shared Care [Opdateret 2007 Feb 6; citeret 2008 Apr 9] Tilgængelig på:  
<http://www.sundhedsit.net/index.php?id=387>

vifab.dk [hjemmeside på Internettet] **Videns- og forskningscenter for Alternativ Behandling**. MTV [citeret 2008 Mar 24] Tilgængelig på:  
[http://www.vifab.dk/ordbog/medicinsk\\_teknologivurdering/](http://www.vifab.dk/ordbog/medicinsk_teknologivurdering/)

who.int [hjemmeside på Internettet] **WHO**. International Statistical Classification og Diseases and Related Health Problems. [opdateret 006 Apr 5; citeret 2008 Apr 11]

Tilgængelig på: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

wikipedia.org [hjemmeside på Internettet]. **Wikipedia**, den frie encyklopædi [opdateret 2008 Mar 2; citeret 2008 Mar 4] Tilgængelig på:

[http://da.wikipedia.org/wiki/Kommunalreformen\\_%282007%29](http://da.wikipedia.org/wiki/Kommunalreformen_%282007%29)