

Fokus på ICPC-kodning i almen praksis

Projektdeltager:

Bente Wengler
3. Årgang. År 2009

Vejleder

Sten Christophersen

Uddannelsesretning:

Master of Information Technology
med speciale i Sundhedsinformatik
Efter- og Videreuddannelse

Uddannelsessted

Aalborg Universitet

Forord	8
Introduktion til Projektet.....	10
Læsevejledning	10
Introduktion til ICPC-klassifikationskoden.....	11
Problemfelt	12
Patient case	12
Informationsteknologi i almen praksis	13
Arbejdstilrettelæggelse i almen praksis	13
Arbejdsopgaver	14
Implementering af ICPC.....	14
ICPC-e og ICPC-2-DK	15
Anvendelse af ICPC-kodning.....	15
Kort beskrivelse af resultatet af spørgeskemaundersøgelse	17
Besvarelse af spørgeskemaundersøgelsen.....	17
Besvarelse i forhold til brug af ICPC-klassifikationen	17
Spontane tilkendegivelser i forhold til SPU-besvarelsen.....	17
Sammendrag af problemfeltet	18
Problemstillinger	19
Problemformulering	20
ICPC-diagnosekodningens interesse for:.....	20
Myndighederne	20
Almene praktiserende Læger	20
Patienten	21
Projektskriverens egen rolle i forhold til projektet	21
Vejledning og læring.....	21
Videnskabelig ramme for projektet.....	22
Kognitivt læringsbegreb og konstruktivisme.....	22
Erfaringslæring	23
Teori om samspil og model om læringens 3 dimensioner	25
Model.....	26
Former for samspil.....	27
Drivkraft og Barrierer.....	27
Viden.....	27

Fortolkning af projektet teoretiske ramme.....	28
Metodologiske overvejelser	28
Indsamling af empiri	29
Ethiske overvejelser.....	30
Observation	31
Fokusgruppeinterview.....	31
Success Model af DeLone og McLean	32
Forklaring af model.....	33
Information Quality	34
System Quality	34
Service Quality	34
Use og Intention to use	34
User satisfaction	34
Net benefits	34
Beskrivelse af de enkelte dimensioners indbyrdes påvirkninger	34
McLean og DeLones anbefalinger til brugen af modellen.....	35
D&M IS Success Model i en sundhedsinformatisk ramme med en organisatorisk kontekst.....	35
Brugen af D&M Succesmodel i nærværende projekt.....	36
Aktiviteter på det nationale niveau.....	39
Region Hovedstaden.....	39
Region Sjælland	40
Region Syddanmark.....	40
Region Nordjylland	40
Region Midtjylland.....	40
Dansk Almen medicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E)	41
Erfaringer Internationalt.....	41
Norge	41
England	41
Kravspecifikationen for ICPC-2-DK	42
Beskrivelse og status for lægejournalssystemer.....	44
Beskrivelse af Lægejournalssystemer	46
Æskulap.....	47
MedWin	47
Darwin	48
Novax.....	48

Ganglion.....	49
WinPLC.....	49
PC-Praxis.....	50
Status for certificering af EPJ systemer.....	50
EMAR.....	50
MyClinic.....	50
Dataindsamling.....	51
Observation.....	51
Valg af lægepraksis til Observation.....	51
Optegnelser - Observation.....	51
Lægepraksis 1.....	52
Lægepraksis 2.....	53
Fokusgruppeinterview.....	55
Udvælgelse af informanter til fokusgruppeinterviews.....	55
Deltagere ved fokusgruppeinterview.....	56
Fund ved indbydelse til fokusgruppeinterview.....	57
Forløb af fokusgruppeinterview.....	57
Fokusgruppe 1.....	57
Fokusgruppe 2.....	58
Fokusgruppe 3.....	58
Kontrol på validitet af dataindsamling.....	58
Databehandling af fokusgruppeinterview.....	59
Umiddelbare fund i fokusgruppeinterviewene.....	59
Kondensering af interview.....	60
Fokusgruppe 1.....	62
Deltageraktivitet i fokusgruppe 1.....	63
Dimension System.....	63
Dimension Service.....	63
Dimension Brug.....	63
Dimension Brugertilfredshed.....	64
Dimension forventet Udbytte.....	64
Dimension Organisation.....	64
Dimensionerne Information.....	64
Fokusgruppe 2.....	65
Deltageraktivitet i fokusgruppe 2.....	66

Dimension System	66
Dimension Information	66
Dimension Service	66
Dimension Brug	66
Dimension Brugertilfredshed	66
Dimension forventet Udbytte.....	66
Dimension Organisation	67
Fokusgruppe 3	68
Deltageraktivitet i fokusgruppe 3	69
Dimension System	69
Dimension Information	69
Dimension Brug	69
Dimension Brugertilfredshed	70
Dimension Udbytte.....	70
Dimension Service	70
Dimension Organisatorisk	70
Vejledning	71
Fokusgruppe 1	71
Generelle betragtninger	71
Dimension System	71
Dimension Brug	72
Fokusgruppe 2	72
Generelle betragtninger	72
Dimension System	73
Dimension Brug	73
Fokusgruppe 3	74
Generelle betragtninger	74
Dimension System	75
Dimension Brug	75
Dimension Brugertilfredshed	75
Dimensionen Udbytte.....	75
Sammenfatning af fokusgruppeinterview i forhold til succesmodel	75
Fokusgruppe 1	76
Fokusgruppe 2	77
Fokusgruppe 3	78

Læringsbehovet set i forhold til læringens 3 dimensioner og samfund.....	79
Fokusgruppe1	80
Fokusgruppe 2	80
Fokusgruppe 3	80
Introduktion til diskussionen.....	80
Hvilke barrierer/usikkerhed identificeres i forhold ICPC-kodning	80
Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger i brugen af ICPC-kodningen.....	81
Diskussion	81
Hvilke barrierer/usikkerhed identificeres i forhold til brugen af ICPC-kodningen.....	81
Brug af journalen	82
Delkonklusion: Hvilke barrierer eller usikkerhed	85
Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger i brugen af ICPC-kodningen.....	85
Identifikation af brugerne	85
Undervisning/aktiviteter i forhold til kodeniveau og den sociale kontekst.....	87
Delkonklusion:	90
Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger	90
Konklusion	91
Kritik og diskussion af metode	93
Dataindsamling.....	93
Observation:	93
Fokusgruppeinterview:.....	93
Genereliserbarhed.....	93
Validitet	94
Reliabilitet.....	94
Analyse og modeller	95
Perspektivering.....	96
Skabelon på et multifokus uddannelsesprogram.....	97
Temadag	97
ICPC-kode-kursus – hvordan kommer vi i gang?.....	98
Undervisningsmøde.....	98
Abstract	99
Litteraturliste	101
Begreber	107
Klassifikation.....	107
ICPC klassifikationen.....	107

ICD-10	107
Linkportalen.....	107
Organisationer.....	108
DAK-E	108
DSAM	108
Dansk Selskab for Almen Medicin	108
MedCom	109
Wonca.....	109
Biografi.....	110
Danske	110
Dahler-Larsen P.....	110
Illeris K.	110
Kvale S.....	110
Mainz J.....	111
Internationale	111
Berg M	111
Bloom B. S.....	111
Coiera E.....	111
DeLone W	111
Inglar T.	112
Kolb D.....	112
Kotter J.....	112
Lau F.....	112
Nonaka I og HirotakaT	112
Norman D. A.	113
McLean E. P	113
Van der Meijden M. J.....	113
Bilag A Spørgeskema spørgeskemaundersøgelsen 2008	114
Bilag B Overgang mellem ICPC-e og ICPC-2-DK	115
Bilag C Skema til Observation.....	116
Bilag D Invitation til fokusgruppeinterview	117

Forord

Dette Masterprojekt er udarbejdet under studiet Information Technology in Health Informatics på studiets 3. år.

Temaet for projektet er ifølge studieordningen "Sundhedsinformatik i et videnskabeligt perspektiv. (*Health Informatics from a scientific research perspective*)"

Der skal tages udgangspunkt i et konkret problemområde indenfor sundhedssektoren" (1)

Dette projekt er udarbejdet af Bente Wengler, der har en sundhedsfaglig uddannelsesbaggrund som bioanalytiker og i dag ansat som It-konsulent for ydere i primærsektor i Region Midtjylland, (RM)

Dette projekt er blevet til med velvillighed fra Kvalitets og Efteruddannelses Udvalget, der har ydet støtte til honorering af deltagere i undersøgelsen.

Jeg vil gerne sige tak til Sten Christophersen, der har ydet en behagelige og velovervejede vejledning og samtidig rette en tak til min arbejdsplads og kollegaer for opbakning omkring fuldførelse af projektet og til informanterne for deres deltagelse i interviewene.

Jeg vil desuden gerne takke min familie og venner, for deres forståelse for mit fysiske og mentale fravær i dette forår.

Maj 2009,

Bente Wengler

Resume

Dette projekt har undersøgt hvilke barrierer og usikkerheder, der er i forhold til at anvende ICPC-klassifikationen blandt alment praktiserende læger (AP), samt hvilke aktiviteter som nye brugere og eksisterende brugere efterspørger.

Metode: Undersøgelsen er udført ved 3 fokusgruppeinterview med i alt 16 AP fra tre læge praksis i RM. Deltagerne blev udvalgt ud fra spørgeskemaundersøgelsen om ICPC-kodning fra medio 2008 (SPU2008), ud fra kriterierne om AP ICPC-kodede eller ikke og om de ønskede vejledning eller ikke. Dataene blev analyseret ud fra DeLones og McLean IS Succesmodel og en model udledt fra Knud Illeris 3 læringsdimensioner.

Resultater: Det fremgik, at der var uoverensstemmelse med den forventede gruppering i forhold til ICPC-kodning og vejledning, og de svar der var angivet i SPU2008. Derfor indgår der ikke interview med AP, der ikke ønsker vejledning. Denne gruppe er i stedet for inddraget med personlige tilkendegivelser i SPU2008 og de kommentarer, der har begrundet afslag på deltagelse.

Resultatet viser, at der er barrierer og usikkerheder i gruppen der ikke kodede og i gruppen der kodede. De informanter der ikke koder, har ikke sammenfaldende holdninger til barrierer og usikkerheder. Det fremgik at der var barrierer overfor EPJ-systemets håndtering af ICPC-kodeværktøjet, hvordan ICPC-kodningen bliver udnyttet og hvordan det passes ind i arbejdsgangen i praksis med det tidsmæssige pres i konsultationen og at det var svært at få det til at blive en vane. Der udtryktes usikkerhed i forhold til hvordan kodningen kunne udnyttes politisk. Det fremgår, at en ydelse kunne fremme opgaven. I gruppen af informanter der ICPC-kodede var barrierer og usikkerheder udtrykt ved om EPJ-systemet kunne håndtere ICPC-kodningen bedre og ICPC-kodningen burde være mere specifik.

Der er forskel på behov for vejledning for de AP der koder og de AP, der ikke koder, både i forhold til vejledningsform, -indhold, og i forhold til behov for praktisk undervisning. De fundne resultater blev diskuteret i forhold til KI didaktiske model og KI teori om de 3 dimensioner, indhold, drivkraft (motivation) og samspil.

Konklusion: Konklusionen af undersøgelsen viser, at der er behov for forskellige læringstilbud til AP, og at de AP, der bestemt ikke ønsker vejledning ikke vil understøttes med kurser i ICPC-kodning.

Konklusionen er også at EPJ-systemernes manglende modenhed, kan være en hindring for at ICPC-kode. Der skal etableres en indsats, hvor der som udgangspunkt skabes en stærk vision for ICPC-kodningen og en indsats, hvor der fokuseres på en kontekst som ICPC-kodningen er en del af, dette i relation til patientbehandlingen og til arbejdsgange i praksis.

Projektet foreskriver en uddannelsesplan for aktiviteter til at understøtte ICPC-kodningen, der er underbygget af dette projekts resultater.

Introduktion til Projektet

Dette projekt behandler problemstillingen, hvordan ICPC-kodning fremmes. Projektets fokus er rettet på almene praktiserende læger i RM.

De transskriberede interview er vedlagt på CD-rom

Læsevejledning

For læsevenligheds skyld beskriver jeg her hvorledes projektet er struktureret og hvordan det kan læses.

Projektet indledes med en kort beskrivelse af ICPC-klassifikationens historie og efterfølge af et problemfeltet som dette projekt behandler og projektets problemformulering.

Herefter beskrives den valgte teori til projektet. Først teori til analyse og efterfølgende de metodiske overvejelser

De efterfølgende afsnit omhandler en redegørelse for aktiviteter der har været afholdt andre steder i landet for at fremme ICPC-kodningen, en beskrivelse af kravspecifikationen for ICPC-2 og en kort beskrivelse over EPJ-systemerne håndtering.

Dataindsamlingen for de valgte metoder og databehandling følger i de næste afsnit og afsluttes med en analyse og diskussion og en konklusion.

En kort afsnit omhandler kritik vurdering af metode.

Litteraturlisten er udarbejdet efter Vancouver, hvor referencerne angives i den rækkefølge, de kommer i projektet.

Bagerst i projektet er en litteraturliste, en bilagsliste med figur og tabeloversigt, en liste over begreber og organisationer samt en biografi over de anvendte forfattere

Projektet afsluttes med et forslag til en model for kommende aktiviteter og en perspektivering over nye muligheder.

I projektet anvendes 3 termer om ICPC.

ICPC-klassifikationen er selve klassifikationen

ICPC-kodeværktøjet er ICPC-kodemodulet i EPJ-systemet

ICPC-kode, ICPC-kodning er selve handlingen, men kan også stå for én kode.

Introduktion til ICPC-klassifikationskoden

International Classification of Primary Care (ICPC) er en forenklet klassifikationskode i forhold til klassifikationskoden ICD10(International Classification of Diseases), der anvendes i hospitalsbehandlingen. ICPC blev udviklet først i 1980'erne og blev første gang publiceret i 1987 i Australien som et værktøj til at skabe struktur i den alment praktiserende læges (AP) journal. ICPC klassifikationen er designet ud fra empiriske data fra den alment praktiserende læges felt. Den praktiserende læges felt bygger på en mere patient centreret holistisk tilgang i forhold til den sekundære sektors sygdomscentrerede tilgang. (3, 4) ICPC-klassifikationen er i dag accepteret af WHO og oversat til 18 sprog, herunder dansk.

ICPC koden er gennem årene blevet modificeret. Den version, der anvendes i Danmark ultimo 2008 betegnes ICPC-e. Dette er en dansk udgave af ICPC, der er taget i brug omkring 1998 og er udbygget med praksisrelevante ICD10 koder og et lokaliserings register (HOKUS= Hoved Overekstremitet, Krop, Underekstremitet og Specificationer).

I 1998 publiceres ICPC-2 i bogform af World organisation of ord (Wonca)(5) og i 2005 blev en revideret ICPC-2 frigivet. Den gav mulighed for direkte mapning mellem ICPC koden og sygehusklassifikationskoden ICD10 og inkorporeret inklusions- og eksklusions-kriterier i forhold til entydig valg af diagnosekode. (6). Disse inklusions- og eksklusionskriterier skal være med til at sikre kvaliteten af kodningen ved et korrekt valg af kode(r),

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) købte i 2007-8 licensen til ICPC-2, og denne er blevet frigivet i en oversat dansk version ICPC-2-DK medio 2008. Sammen med denne oversættelse er der udarbejdet en kravspecifikation, som stiller krav til de forskellige Elektroniske Journalsystemer, der findes i almen praksis og håndtering af ICPC Klassifikationen, herunder brugervenlighed. Kravspecifikationen er udarbejdet af Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E), og MedCom er udpeget af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner til at være ansvarlig for at gennemføre en certificering af de enkle EPJ systemer i forhold til denne kravspecifikation.

Problemfelt

Patient case

65-årig mand, mangeårig storryger. Invalidepension på grund af polyartrose, ofte ondt i den ene skulder.

Henvender sig en vinter med hoste mere end 3 uger, de sidste dage feber omkring 37.7. Det gør ondt i skulderen som så ofte før. Stet.p. med rhonchi bilateralt, lille obs. basal stase på venstre side. CRP 48. Sættes i behandling med Primcillin og røntgen thorax anbefales, men det ønsker pt. ikke. Notat i journalen om dette, samt at hvis han bliver syg en gang til, er der ingen pardon – så SKAL han. Accepterer det.

Så går tiden, pt. bliver rask efter denne episode. Lider af små skavanker som resulterer i andre henvendelser, tilfældigvis til andre AP i kompagniskabet. En dag hoster han igen – helt identisk episode som ovenfor. Har ikke selv lyst til at blive undersøgt, så han holder sin mund med det med røntgen billedet, som han er "truet" med. Den fortravlede læge kikker ikke "køkkenrullen" igennem. Får atter Primcillin med god effekt.

Tiden går. Ny læge igen, da han kommer på en akut tid. Nu er det skulderen, der driller. Er holdt med at ryge. Han bliver sendt til fys. et antal gange, men det hjælper ikke. En dag ringer den kvikke fysioterapeut til den "faste" læge og siger: jeg tror, han fejler noget mere alvorligt.

Rtg thorax i åben konsultation et par dage senere: Lungecancer.

Denne anonymiserede case er et uddrag af journalnotater.

AP har været genstand for en øget digitalisering, først og fremmest med kravet om og indførelse af EPJ i almen praksis (7) men også i forhold til kommunikation med samarbejdspartnere og myndigheder. Med indførelsen af EPJ i almen praksis forsvandt indekseringen fra papirjournalen og en ny struktur eller manglende struktur i journalen opstod. Ovenstående case kunne være et typisk eksempel på et forløb, hvor man mister overblikket på grund af mange journalnotater. ICPC-kodningen er et værktøj, der kan skabe struktur i journalen, men interessen for dette værktøj har varieret fra praksis til praksis.

"the value of any particular information technology can only be determined with reference to the social context within which is used and more precisely with reference to those who use the technology" Coiera, E (8 s.103)

Informationsteknologi i almen praksis

ICPC-klassifikationen er kun ét af mange tiltag, som i de sidste 15 år er blevet udviklet i forhold til administration i EPJ. I samme periode har AP skulle forholde sig til implementering af elektroniske henvisninger til speciallæger og hospitaler, elektronisk medicinbestilling og bestilling af laboratorieydelse, indberetning af dødsårsager til Sundhedsstyrelsen samt elektronisk afregning for konsultationer. Hertil kommer kravet om at kunne servicere de patienter, der er tilknyttet den pågældende praksis med E-ydelse i form e-mailkonsultationer, elektronisk receptfornyelse og reservering af tid via nettet. Informationssøgning kan/skal i dag udføres på den danske sundhedsportal Sundhed.dk. Som ovenfor beskrevet kan ICPC kodeværktøjet være med til at give struktur i journalnotater i EPJ og skabe sammenhæng. ICPC kodning giver desuden mulighed for videnssøgning i forhold til konkrete symptomer og diagnoser. Brugen af ICPC-klassifikationen giver mulighed for kvalificeret søgning efter dokumenter via Linkportalen på Sundhed.dk og i den Norske lægehåndbog, der foreligger på dansk. Linkportalen er en samling af dokumenter, der er klassificeret med ICPC-koder, således at der ved opslag på nettet bl.a. kan hentes relevante sundhedsfaglige procedurebeskrivelser og forløbsbeskrivelser. (9) (10)

Arbejdstilrettelæggelse i almen praksis

Disse informationsteknologier har bl.a. bevirket, at der kan ske en ændring i arbejdsfordelingen i konsultationen. En del af de funktioner, der tidligere blev dikteret i konsultationen for efterfølgende at blive effektueret af kliniksekretæren, kan nu udføres af AP under eller mellem patient-konsultationen. Ændring af arbejdsgange er ikke entydig for almen praksis, og ikke alle ændringer synes at passe lige godt ind i alle lægepraksis.

"Technical systems have a social consequences and social system have a technical consequences." Coiera, E. (11 S. 99)

"Given this unpredictability, it is not all evident that an implementation strategy that was successful in one organization will be similarly successful in another. Even if that will count as "success" is fixed, derterminating a definite list of success or sailure factors is imposible because what worked in one case might not be relevant at all in other" Berg. M. (12 s. 177)

Implementering af de elektroniske kommunikationsværktøjer, henvisninger, recepter m.m. er sket efter en aftale mellem (PLO) og Amtsrådsforeningen/Danske Regioner. Danske Regioner forventer, at indførelsen af ICPC-kodning i almen praksis vil kunne være med til at afdække folkesundheden og til at give fingerpeg om bl.a. at planlægge på tværs af primær og sekundærsektoren i forhold til mest cost benefit. Det næv-

nes desuden, at en af effekterne ved brug af ICPC-kodning vil være, at det giver lægen mere overblik i journalen og regionen et billede af, hvad lægen bruger sin tid på. (13)

Arbejdsopgaver

Patientfordeling i forhold til at arbejdsopgaver i almen praksis ændres. Nogle arbejdsopgaver flyttes fra sekundærsektoren til primærsektoren med et øget fokus på de kroniske sygdomme og opsporing af kræftsygdomme. Dette sker i en periode med en stigende mangel på AP (14)

Da opgaven med opsporing og opfølgning af de kroniske sygdomsforløb er ændret og flyttet fra hospitalssektoren til AP, får AP status som tovholder i forhold til patientens behandlingsforløb og en funktion som helhedsorienterende læge.

Tovholderfunktionen kan være af organisatorisk karakter, idet lægen får opgaven med bl.a. at følge op på behandlingsresultater og indlæggelser.

I "National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 – 2012" udgivet af Digital Sundhed nævnes det, at der bl.a. skal fokuseres på at skabe sammenhæng og overblik for alle relevante data på tværs af sundhedsvæsenets sektorer og systemer. Dette skal ske gennem udvikling af en fælles infrastruktur, som kan være med til at skabe den ønskede sammenhæng mellem it-løsninger og fremme digitalisering inden for sundheds-domænet. Det er internationale anerkendte standarder, der skal være med til at skabe denne sammenhæng som f.eks. klassifikationer og terminologier, altså f.eks. ICD10 og ICPC. (15)

Implementering af ICPC

Målsætningen for implementering af ICPC-klassifikationen i AP er nationalt beskrevet i DAK-E aktivitetsplan for 2008-2009.(16) I RM er målsætningen beskrevet i "Visioner for Almen praksis i Region Midtjylland" med sætningen "målet alene er forbedret kvalitet, f.eks. diagnosekodning og brug af datafangst modulet" (17 s. 9) og "Endvidere skal der arbejdes med udbredelse af ICPC-kodning". (17 s. 9)

Graden af implementering af ICPC-klassifikationen synes at være afhængig af systemleverandørens og brugergruppens prioritering, der er opstået omkring mange af EPJ-systemerne. Med kravspecifikationen for ICPC-2-DK stilles der krav til systemleverandørernes løsninger i forhold til, hvordan diagnoserne præsenteres og til brugervenligheden ved håndtering af diagnoserne i journalen.(18 side 59). Hvis systemleve-

randørerne ikke kan opfylde disse krav, vil leverandøren ikke få mulighed for at implementere ICPC-2-DK klassifikationen.

Kravene til brugervenlighed er ikke defineret ud fra en partcipatorisk tilgang men snarere ud fra en heuristisk tilgang. Der har således ikke været inddraget AP fra lægepraksis, som f.eks. ikke anvender ICPC-kodning på nuværende tidspunkt eller repræsentanter fra forskellige typer af lægepraksis. Her tænkes på kompagnipraksis, delepraksis, samarbejdspraksis og solopraksis. Punkterne i kravspecifikationen om brugervenlighed bygger på en intern arbejdsgruppe i DAK-E vurdering.

ICPC-e og ICPC-2-DK

I perioden, hvor systemleverandørerne udvikler ICPC-2-DK faciliteterne i egen EPJ, vil ICPC-e være den klassifikation, der anvendes i almen praksis.

Certificeringen foretages successivt i forhold til, hvornår en systemleverandør har udviklet sit system og er klar til at blive certificeret.

Dette vil betyde, at de certificerede systemer efterfølgende vil anvende ICPC-2-DK og de ikke certificerede systemer vil anvende ICPC-e. Der vil desuden i en ikke defineret tidsperiode være 2 versioner af ICPC standarden, som verserer i almen praksis. En versionsstyring udviklet af DAK-E skal sikre en korrekt konvertering fra ICPC-e til ICPC-2-DK.

Ved skift fra ICPC-e til ICPC-2-DK kan der hypotetisk opstå den situation, at der bliver brugt en forkert kode, fordi nogen AP husker ICPC-koder frem for anvender de indbyggede brugs funktioner og f.eks. vil bruge koden D96 fra ICPC-e i den overbevisning, at koden angiver forstørret lever, men i stedet for angives diagnosen Orm/parasit IKA, svarende til D96 i ICPC-2-DK. Problemet kunne hypotetisk opstå i de praksis, hvor journalnotater dikteres til efterfølgende transskribering i journalen.

(Bilag B)

Anvendelse af ICPC-kodning

Ifølge PLO's formandsberetning for 2007-2008(19) fremgår det, at der på nationalt plan er 40 % af AP, der ICPC-koder alt, 20 % der koder de store (kroniske) sygdomme, 20 %, der koder sporadisk, og 20 % der ikke koder. Disse tal skal relateres til målsætningen i samarbejdsaftalen fra 2006 mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg for anvendelse af ICPC-kodning ved kroniske kontakter. Disse tal er for 70 % i 2008 og 80 % i 2009. Der har gennem en del år været afviklet forskellige former for aktiviteter i forhold til at styrke interessen for ICPC-kodning, men der er sta-

digvæk et gab mellem det estimerede brug og målsætningen for anvendelsen af ICPC-klassifikationen. (20)

Det bedste skøn over anvendelsen af ICPC-kodning medio 2008 i Region Midtjylland (RM) kan hentes fra en national spørgeskemaundersøgelse om brugen af ICPC-kodning, hvor spørgeskemaerne blev udsendt og behandlet regionalt. I denne undersøgelse indgik der udover faktuelle spørgsmål om praksis fem spørgsmål, der omhandlede brug af kodeværktøjet i forhold til kroniske eller ikke kroniske patientkontakter. Der blev også spurgt om der er andre personalegrupper, der anvender kodeværktøjet, om der var ønske om at få vejledning i at bruge værktøjet og om respondenterne ville være vejleder/kontaktperson i forhold til bl.a. ICPC, eller om et andet codesystem end ICPC blev anvendt. (Bilag A)(2) Efterfølgende data berører kun besvarelsen blandt AP i RM.

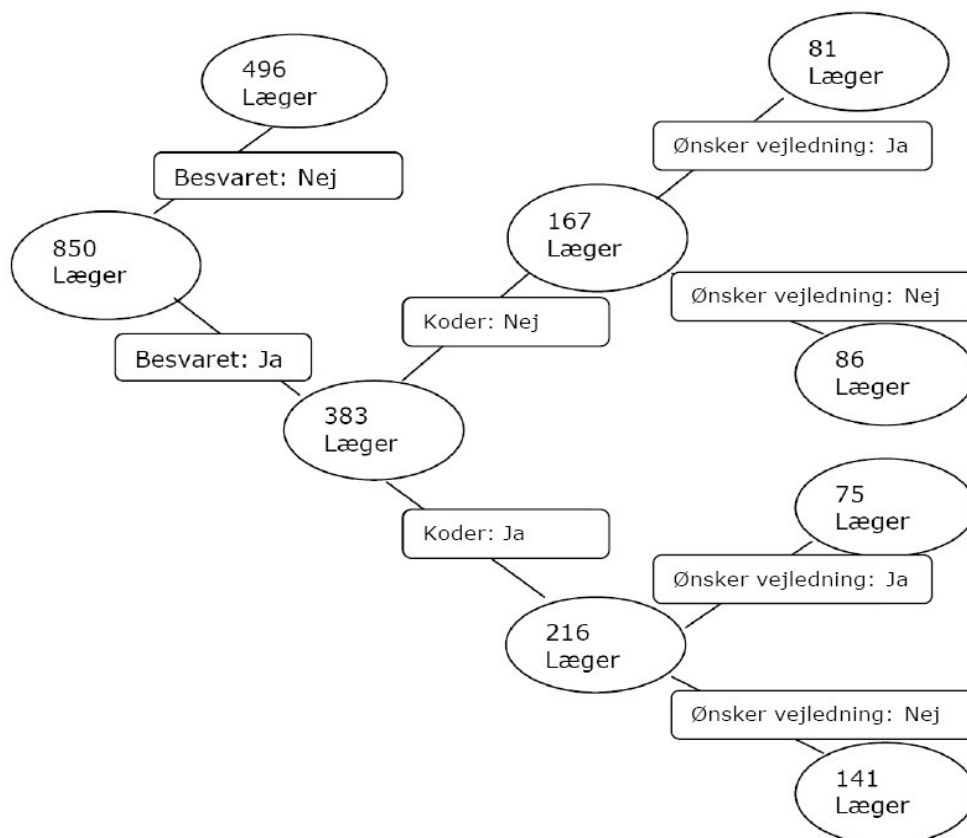


Diagram 1 Besvarelse af Spørgeskemaundersøgelse fra 2008.

Kort beskrivelse af resultatet af spørgeskemaundersøgelse

Besvarelse af spørgeskemaundersøgelsen

Besvarelse i forhold til antallet af AP i RM var 45 % (n= 850 læger) og i forhold til antal praksisklinikker efter korrektion for besvarelse fra flere AP i samme klinik var på 65 % (n= 438 klinikker)

Besvarelse i forhold til brug af ICPC-klassifikationen

I RM var der i medio 2008 56 % af undersøgelsens respondenter (n=383), der tilkendegav, at de kodede alle patientkontakter eller alle kroniske kontakter. Det fremgår af denne undersøgelse, at der er behov for understøttende tiltag i forhold til ICPC-kodningen, selv fra de respondenter, der angav at foretage kodning på alle patientkontakter eller alle kroniske kontakter. Der var 41 % (n=156) af respondenterne, der svarede positivt på spørgsmålet om behov for vejledning, hvoraf 48 % (n=75) havde tilkendegivet, at ICPC-kode alle kontakter eller alle kroniske kontakter.

Resultatet af undersøgelsen viste også, at (23 %) (n= 86) af de respondenter, der angav, at de ikke anvender ICPC-klassifikationen, heller ikke er interesseret i vejledning i forhold til ICPC-kodning.

Spontane tilkendegivelser i forhold til SPU-besvarelsen

Har svaret Nej til brug af ICPC-klassifikationen

- *Jeg ved ikke. om jeg er interesseret i vejledning af ICPC kodning! Det afhænger helt af tilbuddet.*
- *Vil først kende fordele*
- *Ønsker kursus hvis det er rigtigt godt*
- *I Darwin er et super statistik program, hvor jeg kan søge på alt, hvad jeg har lyst til.*
- *Da der ikke er afsat anden plads til kommentar, skrives den her. Alt man gør, skal have konsekvens. Ellers er det kun en tidsrøver og går fra behandlingstiden. Derfor kun kodning for kroniske sygdomme TAK*
- *Har anvendt kodning tidligere, men stort set ophørt hermed, idet tidsforbruget ikke forekommer mig at stå i forhold til den nytte, jeg kan få af systemet*
- *Vi har først nu fået mulighed via Novax. Vi forventer snart at kode langt flere kontakter*
- *Har ikke brug for koder-tidsspilde, så det går fint, som det kører nu*
- *Og jeg ønsker under ingen omstændigheder at bruge tid på kodning*
- *Mit vagthold har lige haft en rundspørge. De fleste synes som jeg: diagnose-kodning har ikke nogen væsentlig værdi*
- *KODER IKKE*

Figur 1 Frivillige udsagn fra spørgeskemaundersøgelsens respondenter, der ikke ICPC-koder.

Har svaret Ja til brug af ICPC-klassifikationen

- *Koder oftest kun "groft", hvilket vil sige med bogstav.*
- *Vi har gennem 14 år haft vores eget system i vores journal, hvor continuationen er underopdelt i mapper, efter organsystemer. Vi kan således se på notater vedr. et organsystem alene og dermed enkelt finde også gamle notater om en konkret problemstilling.*

Figur 2 Frivillige udsagn fra spørgeskemaundersøgelsens respondenter, der ICPC-koder.

Der var ikke afsat plads udfor de enkelte spørgsmål i spørgeskemaet til yderligere kommentarer, og det anvendte felt var heller ikke tiltænkt denne form for besvarelse. Det kan tolkes sådan, at respondenterne har haft særligt behov for at give denne tilkendegivelse. Disse kommentarer spænder fra usikkerhed med hensyn til hvilke tilbud, de kan vælge, til at beskrive anvendelse af og holdninger til ICPC-klassifikationen.

Disse tilkendegivelser går ud på, at man først vil kende fordelene og vide, hvordan det foregår. Det tilkendegives også, at der stilles krav til de kursustilbud, der udbydes.

Der er også respondenter, der tilkendegiver, at ICPC-diagnosekodning ikke har nogen værdi, og at det er tidsspilde.

Sammendrag af problemfeltet

ICPC-klassifikationen har siden 1992 været tilgængelig i flere af de EPJ systemer, der anvendes i almen praksis. Der har ikke været nogen overenskomst mæssig aftale om at bruge ICPC-kodeværktøjet, og der har heller ikke været krav til, på hvilken måde de forskellige EPJ skulle understøtte ICPC-kodningen.

Ved Dansk Selskab for Almen Medicin's (DSAM) køb af licensen til ICPC-2-DK og med efterfølgende udarbejdelse af en kravspecifikation medio 2008, skal systemerne certificeres i forhold til ICPC-2-DK klassifikationen af MedCom. Der stilles krav til udførelsen af kodeproceduren i EPJ og krav til brugervenlighed (18).

Der stilles ikke krav til AP om at bruge ICPC-kodningen. Der foreligger "kun" målsætninger for anvendelse. Dette kan være med til at påvirke systemleverandørernes prioritering af implementeringen af ICPC-2-DK. Det vil bl.a. være krav fra de brugergrupper, der er etableret for flere af EPJ-systemerne, der kan påvirke denne implementering. Dette kan samlet påvirke det tidsmæssige perspektiv for en certificerings-

proces og medføre, at der i en periode vil være to standarder, idet nogle EPJ-systemer vil anvende den nuværende ICPC-e og andre systemer ICPC-2DK.(21) SPU 2008 viser, at nogle AP svarede, at de havde behov for vejledning i forhold til at anvende ICPC-klassifikationen. Undersøgelse viste, at det ikke kun var nye brugere, der ønskede at få vejledning i at komme i gang med ICPC-kodning. Også AP, der i undersøgelsen havde angivet, at de kodede, gav udtryk for, at de havde behov for vejledning. Undersøgelsen gav ikke svar på, om fokus skulle placeres på den tekniske del, "hvilke knapper skal jeg trykke på", eller på den kliniske del, "hvilken kode skal jeg vælge, hvilken dækker bedst tilstanden", eller på "hvordan det kan påvirke organisationen i praksis".

Problemstillinger

Det foregående afsnit beskriver, hvilke udfordringer der er i forhold til implementeringen af ICPC-kodning i forhold til den teknologiske og organisatoriske situation i almen praksis.

Følgende problemstillinger er identificeret eller kan udledes af problemfeltet Øget krav til almen praksis, som skyldes ændrede kommunikationsformer og henvisningsmønstre.

- Der er en gruppe af AP, der ikke anvender ICPC-klassifikationen
- Informationsteknologien kan ændre arbejdsfordelingen i almen praksis
- Manglende ICPC-kodning kan hindre, at AP ikke så nemt kan tilegne sig den tiltagende mængde vigtig og opdateret information og viden
- Manglende ICPC-kodning kan hindre det hensigtsmæssige patientforløb, så utilsigtede hændelser i forhold til f.eks. oversete journalnotater ikke reduceres mest muligt.
- Vil overgangsperioden fra ICPC-e til ICPC-2-DK i forhold til anvendelse af to standarder, øge risikoen for fejkodning?
- Vil utilsigtede hændelser som følge af den automatiske mapning mellem ICPC-2-DK og ICD-10, ved fejlvalg af diagnosekode i enten primær -eller sekundærsektoren opstå?
- Imødegår kravspecifikationens krav om brugervenlighed brugernes reelle behov?

I dette projekt sættes der fokus på at afdække, hvilke aktiviteter AP kan have brug for i forhold til at kunne benytte og udnytte diagnosekodning. Dette sker ved bl.a. at afdække, hvilke usikkerheder og barrierer der er i forhold til diagnosekodningen. Projektet omhandler således ikke, hvorledes en korrekt kodning udføres og undersøger ikke, i hvilken grad ICPC-kodningen kan være med til at reducere antallet af oversete journalnotater. Der vil ikke blive fokuseret på at måle effekten af ICPC-kodningen i forhold til viden søgning eller kvaliteten af emne søgning. Der vil i højere grad være fokus på de virkemidler, der skal anvendes i forhold til at øge interessen og ICPC-kodning. Dette fokus begrundes i, at ICPC-kodningen er det redskab, der er konsensus for at anvende i DSAM, PLO og Danske Regioner, bl.a. til at skabe det sammenhængende patientforløb.

Problemformulering

Hvordan fremmes brugen af ICPC-klassifikationen i almen praksis i Region Midtjylland?

Der udarbejdes nedenstående arbejds spørgsmål:

- *Hvilke barrierer/usikkerhed kan der være i forhold til brugen af ICPC-kodning*
- *Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende brugere i brugen af ICPC-kodningen*

ICPC-diagnosekodningens interesse for:

Myndighederne

Myndighederne (Danske Regioner) ønsker at fremme ICPC-kodningen, for at få et værktøj til at afdække folkesundheden i DK. Kodningen skal give et overblik over, hvilke opgaver, der udføres i AP og hvordan opgaverne kan fordeles mellem den primære og de sekundære sektor i fremtiden.

Myndighederne ser også værktøjet som en mulighed til at få etableret en kronikerjournal og få skabt det sammenhængende patientforløb

Almene praktiserende Læger

AP kan ved brugen af ICPC-diagnosekodning øge sit overblik i den enkelte patients journalen og danne nyttige links til relevante sundhedsfaglige opslag. ICPC-klassifikationen kan som overskrifter lette og præcisere journalnotaterne. ICPC-

kodningen kan lette en AP-Vikar eller uddannelseslæges overblik i en ikke kendt patient journal. AP vil også gennem kvalificeret søgning på ICPC-koder kunne fremsøge patientgrupper.

Patienten

Patientens fordele ved at AP anvender ICPC-kodningen er, at AP let kan overskue patienten fejler og hvornår en tilstand er opstået. Det forventes, at utilsigtede hændelser eller forløb som følge af oversete journalnotater kan reduceres, jnf. Patientcase i problemfeltet.

Projektskriverens egen rolle i forhold til projektet

Jeg er ultimo 2007 ansat i RM som It-datakonsulent med den opgave at understøtte bl.a. AP i forbindelse med implementering af nye It-værktøjer, der er med til at skabe et sammenhængende patientforløb. Jeg har først stiftet bekendtskab med ICPC-kodningen og ICPC-klassifikationen efter påbegyndelsen af It-konsulentjobbet. Som It-konsulent er jeg automatisk blevet medlem af en baggrundsgruppe for ICPC-kodning under DAK-E (22), hvis formål er at styrke implementering af ICPC-kodning i almen praksis. Dette medlemskab gør, at jeg ikke kan betegnes som neutral i forhold til det felt, jeg skal undersøge. Mit ansættelsesforhold i RM kan bevirke, at jeg i undersøgelsesøjemed, f.eks. ved henvendelser, ikke vil fremstå som en uvildig person i forhold til AP.

Vejledning og læring

I SPU 2008 blev der spurgt til, om respondenterne ønskede vejledning. Men hvad betyder ordet vejledning?

Som begreb sætter Nudansk Ordbog lighedstegn mellem det at vejlede og det at rådgive, hvilket vil sige at orientere nogen om, hvad der er mest hensigtsmæssigt at gøre i en given situation. (23) Dette skærpes lidt, hvis ordet slås op i Politikens Pædagogiske Psykologiske Ordbog, hvor begrebet defineres som bistand, der i det væsentlige består af en, på faglig viden og holdning baseret, orientering om hjælpemidler og praktisk fremgangsmåde. Her stilles der krav til vejlederens viden og holdninger i forhold til en situation.(24) I forhold til dette handler læringsbegrebet om at lære sig selv de kundskaber og færdigheder, man har brug for, idet man aktivt tager del i lærerprocessen.(23).

Ifølge den Pædagogiske Psykologiske Ordbog kan læringsbegrebet dække over indlæring, der omhandler en varig adfærdsændring som et resultat af erfaring og øvelser; f.eks. indlæring af ord og andre symboler, erhvervelse af motoriske færdigheder, tilegnelse af kundskaber, holdningers opståen og følelsesreaktioner.(24)

I bogen *Lærer og Vejleder* giver Tron Inglar følgende definition:

*At vejlede indebærer at hjælpe en anden i vedkommendes **læring** og udvikling – den andens tilegnelse eller forandring i kundskaber, færdigheder og holdninger. (25 s. 17.)*

I arbejdsspørgsmålet i forhold til problemformuleringen spørger jeg om, Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger i brugen af ICPC-kodningen. Dette vil jeg, set i forhold til ovenstående, tolke som en søgen efter midler(ikke økonomiske) færdigheder og holdninger.

Videnskabelig ramme for projektet

I dette afsnit vil jeg redegøre for de læringsteorier, som anvendes i forhold til dette projekts problemfelt.

Kognitivt læringsbegreb og konstruktivisme

En af forfædrene til det kognitive læringsbegreb er Jean Piaget (1896-1980), der bl.a. påpegede det vigtige i at skabe en forbindelse mellem nye og gamle erfaringer, en integrativ læring. Piagets påpegede, at læring ikke skete af sig selv, men når man handler aktivt, bearbejder materiale. (26 s. 29-31)

Piaget's teori er konstruktivistisk. Det vil sige, at de kognitive strukturer skabes ved, at der handles i verdenen. Derved bliver handlingen til tanken og heraf kan afledes, at læring foregår, når man handler aktivt i verden. Piaget havde to grundlæggende læringstyper: assimilation og akkommodation

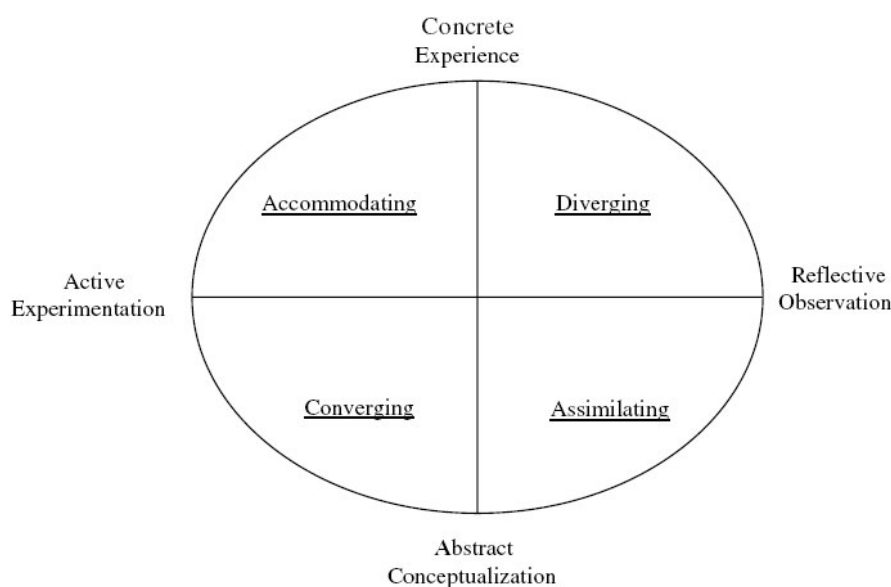
Akkommodation er en nødvendig del af læringen, hvis den skal medføre ændringer af menneskets viden og færdigheder. Dette må ikke være den totale del af en læring, idet der skal være tid til assimilation. Uden assimileringen vil der ikke ske en integration af det nye vidensområde.

Den danske psykolog Thomas Nissen har udskilt en særlig læringstype fra den assimilative, som kaldes den kumulative læring. Denne læringsform handler typisk om udenadslære og har som største betydning, for en begyndelse til at ville lære mere. (27 s. 53)

Erfaringslæring

David Kolb udviklede i årene frem mod 1984 en teori om erfaringslæring. Modellen tog udgangspunkt i et tidligere arbejde udført af Jean Piaget, Kurt Lewin og John Dewey.

Modellen viste, hvorledes læring bevæger sig fra den konkrete oplevelse gennem den reflekterende observation, den abstrakte begrebsliggørelse til den aktive eksperimenterende tilbage til den konkrete oplevelse. Dette sker gennem assimilation, der er en aktiv proces. Her forenes og sammenbindes erfaringer og hvor vidensområdet udvides og gennem akkommodation hvor der sker en hel eller delvis omstrukturering af allerede mentale skemaer.



Figur 3 Kolb læringscirkel (28)

Den konkrete oplevelse er basis for observation og refleksion og gennem en af disse observationer bygges en teori eller en ide, hvorfra der ud fra en aktiv handling dannes en ny oplevelse/opdagelse. Dette kræver ifølge Kolb, at den lærende skal være i besiddelse af de fire forskellige evner: evnen til konkret opdagelse, til observation/refleksion, til abstraktion og til at eksperimentere. (29. s. 236)

Denne proces kan betragtes som en ideal læringscyclus, hvor den lærende berører alle områderne eksperimenterende, tænkende, reflekterende og handlende i en rekursiv (noget der viser tilbage til sig selv) proces, der er lydhør overfor læringsituationerne og hvad det er, der skal læres. Umiddelbare eller konkrete oplevelser er basis for observationer og refleksioner – disse refleksioner optages og omdannes til ab-

strakte koncepter, hvorfra nye konsekvenser for handlinger kan tages. Disse kan testes og overleveres som retningslinjer for dannelsen af nye oplevelser. (29, s 194).

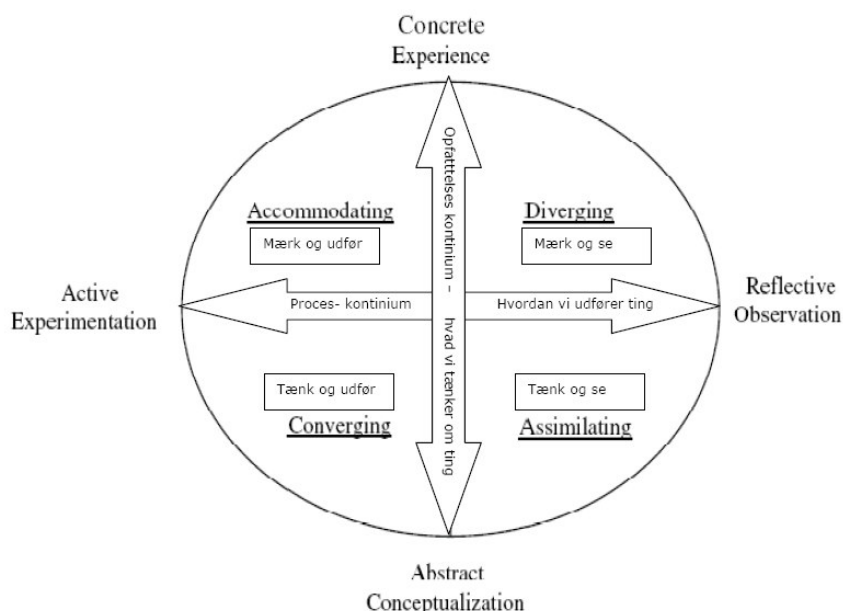
Kolb beskriver fire lærende typer: den konvergerende, den divergerende, den assimilierende og den akkommodative, der hver i sær har sin tilgang til læringen.

Den konvergent lærende tænker og handler og søger det abstrakte og det aktive eksperimenterende. Denne type kan organisere læring på en sådan måde, at der fokuseres på et specifikt problem.

Den divergent lærende har det bedst med konkrete oplevelser og reflektive observationer. De er gode til at føle og at se en situation fra forskellige synsvinkler.

De assimilativt lærende har deres styrke i at kunne danne en teoretisk model. Denne læringsstil er mere karakteriseret ved basis forskning end i anvendt forskning. De tænker og ser. De akkommodative er de mest risikovillige. De føler og handler. De udfører opgaver, udarbejder planer og eksperimenter og bliver involveret i nye eksperimenter. (27, 29, 30). Den personlige læringsstil er den umiddelbare og foretrukne tilgang til at lære et område.

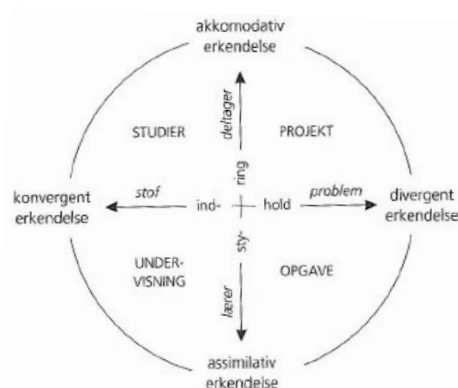
Det horisontale og det vertikale plan i cirklen skal betragtes som kontinuum mellem på det vertikale plan, hvordan vi tænker og på det horisontale plan, hvordan vi handler.



Figur 4 Kolbs model udvidet – egen illustration ud fra (29, 28, 30)

I modellen, der er illustreret ovenfor, tyder det på, at det kan antages, at forskellige typer af lærende har forskellige tilgange til læringen.

Den danske professor ved Roskilde Universitet Knud Illeris videreførte Kolbs læringsmodel så den inddrager læringens tilrettelæggelse (27 s. 257).



Figur 5 En didaktisk model (27 s. 131)

I ovenstående model spænder den lodrette akse mellem lærerstyring, hvor læreren mere eller mindre bestemmer, hvad der skal foregå og hvordan, og deltagerstyring, hvor både lærer og studerende styrer aktiviteterne i fællesskab.

Den vandrette akse omhandler indholdsudvælgelsen, der spænder fra det fagorienterede til det problemorienterede. Ved at kombinere de to akser fås fire udfaldsrum, der kombinerer styring og indhold i forhold til de fire erkendelsesformer fra Kolbs. Læringsmodel.

Det fremgår af modellen, at undervisnings og opgaveformen er velegnet, når det handler om at tilegne sig et bestemt fagligt stof. Hvis der derimod er tale om kompetenceudvikling, er metoder rettet mod det mere deltagerstyrede, frem for det mere lærerstyrede (27 s. 259.)

Som beskrevet tidligere inddrages det samspil, der sker med omverdenen, ikke i Piaget's eller D. Kolb's teorier. I stedet beskrives de processer, der sker i individet under læring og de fire læringstilgange.

Teori om samspil og model om læringens 3 dimensioner.

Knud Illeris inddrager i sine arbejder de omkringliggende påvirkninger, hvilket jeg finder interessant og relevant i forhold til de tidligere beskrevne forhold om nye kommunikationsformer, nye behandlingsstrukturer og eventuelt ændrede forhold i almen praksis.

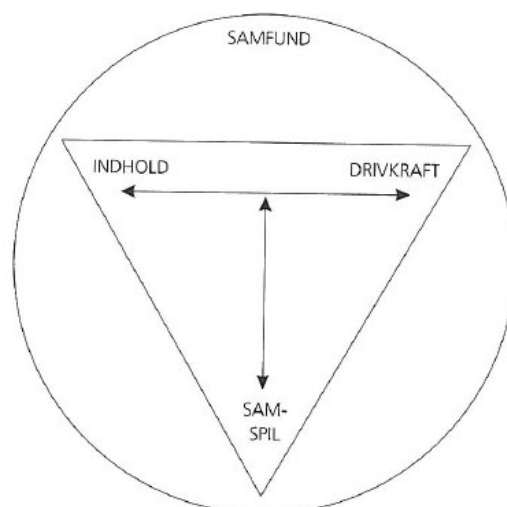
Han ser læringen som et samspil mellem det kognitive, det psykodynamiske og det samfundsmæssige. Den kognitive proces er som ovenstående beskrevet en kombination af iagttagelse, fortolkning og tænkning og erhvervelse og anvendelse af viden og erfaring. Den psykodynamiske proces er den psykiske energi, der formidles gennem følelser holdninger og motivationer og den sociale og samfundsmæssige proces, der omhandler det medmenneskelige og det samfundsmæssige samspil og stiller betingelserne for læringen. (31)

Model

I modellen som Knud Illeris beskrev i 2006 (27 s. 30) indgår termene: indhold, drivkraft og samspil. Termen indhold dækker udover viden og kognitive færdigheder og så praktiske og motoriske færdigheder.

Drivkraften dækker over mere end det følelsesmæssige og inddrager energi, der er nødvendig for at lære. Det kan være usikkerheder, nysgerrighed eller udækkede behov, der driver os til at opsøge viden.

Samspilsdimensionen drejer sig om den umiddelbare og nære sociale og den samfundsmæssige hvor samspillet til den materielle omverden altid er socialt og samfundsmæssigt formidlet. (27 s. 110) Samspillet med den sociale verden kan ikke adskilles fra den materielle verden, men indgår som en læringsmæssig helhed, hvilket jeg fortolker som at de sociale omgivelser vil påvirke den måde, som man lærer på. Dette illustreres i nedenstående model, hvor den samspilmæssige dimension påvirkes eller påvirker sociale og samfundsmæssige dimension. (27)



Figur 6: Læringens 3 dimensioner (27 s. side 39)

Former for samspil

Samspilsformerne kan variere fra perception, formidling, oplevelse, imitation, virksomhed og deltagelse. Perceptionen er en passiv proces, men hvor påvirkninger sanses og registreres. Formidling handler om at få overlevere et budskab. Oplevelsen forudsætter en vis form for aktivitet hos den lærende. I den imiterende samspilsform tilstræbes det, at udføre noget på samme måde som det er blevet forevist. Virksomhed er udtrykt ved en målrettet aktivitet, hvor den lærende selv forholder sig aktivt for at påvirkninger. Deltagelse er karakteriseret ved at den lærende bevidst indgår i en målrettet aktivitet.

Drivkraft og Barrierer

Drivkraften og barrierer mod læring er helt centralt og kommer forud for indhold og didaktiske overvejelser. Det drejer sig ikke om motivation for et bestemt læringsindhold, men måske motivation for i det hele taget at deltage. Det drejer sig om at finde veje til at imødekomme de motivationelle forudsætninger for at få en bæredygtig læring. (27)

Illeris inddeler barrierer mod læring, d.v.s. årsagen til, at læring ikke opstår, i tre grupper: fejllæring, forsvar mod læring og modstand mod læring.

Den første gruppe handler om, at dét, der læres, ikke er korrekt. Dette kan korrigeres, hvis det opdages men kan være alvorligt nok, hvis der assimileres videre på det fejlagtige grundlag.

Den anden gruppe forsvar mod læring omhandler, at indholdet ikke accepteres, eller at mængden af indhold overskrider det, individet kan tilegne sig. Det kan bl.a. være den stadige strøm af forandringer.

Den sidste gruppe, modstand mod læring, kommer til udtryk, når man står overfor noget, som er uacceptabelt, og som man ikke vil affinde sig med. Måske strider det mod ens overbevisninger, eller måske kan man kognitivt ikke forholde sig til det.

Generelt er modstand mere bevidst og velovervejet et forsvar. Dog har de det tilfældes, at de virker "pr. automatik". Derfor kan ny læring indgå direkte i modstanden, hvorimod et forsvar skal nedbrydes eller overskrides, før ny læring kan finde sted.

(27 s. 165-84)

Viden

Nonaka Ikujiro og Hirotaka Takeuchi beskriver viden, som noget, der skabes gennem en social interaktion mellem den tavse eller skjulte viden og den eksplicite viden.

Den tavse viden indbefatter både kognitive og faglige elementer, den eksplicite viden er den viden, der kan beskrives med ord. (32)

Viden er, i Blooms kognitive taksonomi om indlæringsdybder og erkendelsesniveau, det laveste niveau. Viden beskrives her som at kunne genkende og kunne genfortælle. Taksonomien indeholder de 6 erkendelsesniveauer: Viden, forståelse, anvendelse, analyse, syntese og kritisk vurdering, hvor den kritiske vurdering opstår, når man kan evaluere og diskutere udsagn ideer, teorier i forhold til deres indre konsistens eller anvendelighed i forhold til deres mål. (34, 33). Den kognitive taksonomien er en vurdering af den lærendes stadie, og fortæller ikke om, hvordan der læres.

Fortolkning af projektet teoretiske ramme

Illeris flytter fokus fra selve indholdet og ser på, hvordan indholdet læres. I den didaktiske model anvender han Kolbs erkendelsesformer til at beskrive, hvilke didaktiske overvejelser, der skal anvendes i forhold til at formidle indholdet. Læringen af indholdet er derfor bestemt de 4 erkendelsesformer eller læringsstile. Det opnåede erkendelsesniveaus kan herefter bestemmes ud fra f.eks. Blooms taksonomi. Den opnåede erkendelse er bestemt af den læring der er forløbet gennem en proces, hvor tilgangen til læringen er påvirket af den personlige læringsstil.

Illeris samspilsformer handler om hvordan formidlingen foregår og hvilke rammer, der er for læringen. Den sociale og den samfundsmæssige dimension kan påvirke måden vi lærer, lige som læringen kan påvirkes i positiv eller negativ retning gennem "drivkraften" motivation eller barrierer mod det at lære.

Metodologiske overvejelser

I de foregående afsnit er problemfeltet og problemformuleringen beskrevet, sammen med den lærings teoretiske og den sociotekniske ramme for projektet. I dette afsnit beskrives, de overvejelser jeg har foretaget i forbindelse med valg af metodologi til at belyse dette projekts problemstilling.

Et litteraturstudie vil forudsætte, at der allerede er indsamlet viden og erfaringer på området og at denne er gjort tilgængelig gennem videnskabelige artikler, tidsskrifter rapporter eller bøger. Jeg har bl.a. søgt efter studier på DEFF-net, ProQuest, og PubMed, Under søgning efter litteratur om tidligere erfaringer er det mest konkrete materiale en evalueringsrapport om et pilotprojekt i Frederiksborg Amt fra 2006 (48), og en rapport med titlen "Almen praksis' modtagelse af forløbsydelsen for diabetespatienter", der er en evaluering af det første år med forløbsydelsen.?"(40)

DAK-E rettede min opmærksomhed på en rapport fra efteruddannelse i Ledelse, Implementering af diagnosekodning hos de almene praktiserende læger i Danmark, Grosen, L, DJØF, der ikke er publiceret.

Der findes desuden en del danske artikler udgivet af Ugeskrift for Læger, Månedsskrift for praktiserende læger, Practicus, der fremhæver fordele og barrierer ved at kode, (9,43,41,42). Hovedparten af disse artikler bygger på erfaringer, og det er kun få, der tager udgangspunkt i systematisk indsamlede data. De sidste to omhandler kvaliteten af ICPC-kodningen i almen praksis.(41, 42)

Forskningsspørgsmålet lægger op til at indsamle empiri om, hvilket behov der er for aktiviteter for at fremme ICPC-kodningen og hvilke barrierer og usikkerheder, der er i forhold til ICPC-kodningen. Disse empiriske data bør medinddrages i forbindelse med planlægningen af aktiviteter for AP i RM.

Jeg vælger at inddrage et pilotprojektet fra Frederiksborg Amt(48), idet det beskriver de aktiviteter, der har været benyttet i forhold til at få AP til at kode i Frederiksborg Amt og også er en reference i Kravspecifikationen for ICPC-2-DK. (18) Jeg har desuden valgt at inddrage data fra SPU2008.

Indsamling af empiri

Indsamling af ny empiri kan ske ved kvalitative eller kvantitative metoder.

Ifølge Jan Mainz er fordelene ved metoderne:

*"Kvalitative og kvantitative metoder kan give svar på forskellige spørgsmål. De kvalitative metoder vil blandt andet være problematiserende, begrebsdannende og hypotesegenere-
rende, mens de kvantitative metoder blandt andet vil kvalificere et givent problem og være hypotesetestende" (35 s. 211).*

Dette projekts problemstilling handler bl.a. om at få en indsigt i APs verden og afdække både det faktuelle og meningsplanet. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at vælge en kvalitativ metode, idet det kan supplere den kvantitative spørgeskemaundersøgelse.(35) I SPU 2008, som der refereres til i problemstillingen, blev det afdækket, at en gruppe angiver, at de har et behov for vejledning, uanset om de anvender eller ikke anvender ICPC-klassifikationen. Undersøgelsen viste også, at der kan være en gruppe, der har nogle barrierer i forhold til at bruge kodeværktøjet. At denne gruppe eksisterer begrundes ved, at der er AP, som ikke koder og ikke ønsker vejledning, samt at nogle AP giver sig tid til at udtrykke deres holdninger [Figur 1] i forhold til ICPC-kodning.

Spørgeskemaundersøgelsen gav ikke AP mulighed for at give en begrundelse for, hvorfor ICPC-klassifikationen ikke anvendes. De fik heller ikke mulighed for at uddybe deres behov for og valg af vejledningstype. Endelig gav undersøgelsen ikke en begrundelse for, hvorfor der er behov for vejledning, ligesom den heller ikke gav svar på, hvad respondenterne forstår ved vejledning.

Valget af en kvalitativ metode afhænger af det spørgsmål, som ønskes besvaret. Indenfor de tre hovedtyper af kvalitative metoder 1. observation og feltarbejde, 2. Interview og 3. Dokumentationsanalyse, har jeg valgt at bruge observation og fokusgruppeinterview til at beskrive og belyse projektets problemstilling.

Jeg har valgt at anvende observation i almen praksis for at få en indsigt i den kontekst, som ICPC-kodeværktøjet indgår i, under afvikling af patientkonsultationer og modtagelse af post fra eksterne leverandører (laboratorier, røntgenafdelinger).

Formålet med observationerne er at synliggøre, hvilke arbejdsgange ICPC-kodningen indgår i både i EPJ og i selve konsultationen og få skabt en forståelsesramme i forhold til lægens egen beskrivelse af handlinger og de aktuelle handlinger.

Etiske overvejelser

Brugen af Observationsstudier under afvikling af konsultationer i almen praksis kræver etiske overvejelser i forhold til form og valg af optegnelser. I forbindelse med afvikling af fokusgruppeinterview spiller forhold som anonymitet ind.

Ved observationerne i almen praksis deltager jeg i afvikling af patientkonsultationer. Patienterne bliver inden konsultationen forespurgt, om det er i orden, at undertegnede deltager i konsultationen. De bliver også informeret om, hvad det er, jeg skal observere. Jeg laver kun få notater under konsultationen, og der ikke indgår patientdata. Selve optegnelsen sker efter afvikling af en konsultation. Jeg har under observationerne forsøgt at placere mig udenfor læge-patient fortrolighedsrummet, så jeg ikke virker forstyrrende på konsultationen men samtidig også sådan, at jeg kan observere opslag og ydelser, der foretages. Jeg har forinden gjort mig overvejelser om, hvorvidt det kan blive nødvendigt at forlade en konsultation, selvom patienten har givet mig sin accept af, at jeg må deltage. Det kan være situationer, hvor en patient ikke har overskud til at nægte min tilstedeværelse.

I forhold til fokusgruppeinterviewet er der etiske overvejelser i forhold til informanternes identitet, idet de måske kan genkendes ud fra deres kendskab og holdninger til

ICPC-kodning, samt hvilket EPJ-system, de anvender. Informanterne bliver derfor gjort bekendt med, at de fremstår anonymiseret i projektmaterialer

Observation

Observation kan blandt andet karakteriseres ved den struktur, der anvendes under dataindsamlingen og ved strukturen i omgivelserne i det observerede felt.

Mit overordnede mål med observationerne er at danne et billede af det felt, der observeres og senere skal belyses og efterfølges af fokusgruppeinterview med deltagere fra udvalgte praksis.

Observationerne vil foregå i lægepraksis og er derfor karakteriseret ved at være i "Naturlige omgivelser". Dataindsamlingen er delvis struktureret, idet jeg har valgt at anvende et enkelt skema til registrering af, hvilke typer af undersøgelser og hvilke former for registrering, der afvikles i observationsperioderne. Jeg har valgt at tage afsæt i ustrukturerede observationer, idet det anses for at være den metode, der kan generere data omkring handlinger i naturlige omgivelser.

Denne form for observation bruges, når formålet er at observere forekomsten af forskellige typer af hændelser og sociale handlinger. Det handler om at observere og forstå de handlinger, der foregår i en konsultation og opfange de daglige rutiner. Jeg har ikke valgt at observere over hele dage men deltager i et afgrænset tidspunkt af dagen, under afvikling af en almindelig konsultation. Det vil sige, at det ikke sker under specielt udvalgte konsultationssituationer.

Fokusgruppeinterview

Der er i projektet defineret 2 arbejdsspørgsmål som jeg ønsker at undersøge:

Hvilke barrierer/usikkerhed kan der være i forhold til ICPC-kodning?

Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger i brugen af ICPC-kodningen?

En måde, at få disse spørgsmål belyst på, er at indsamle empiri fra AP, der ønsker vejledning. Det omfatter både de AP, der anvender kodeværktøjet, de AP der ikke anvender kodeværktøjet samt gruppen af AP der ikke koder, og som ikke ønsker vejledning.

Det kvalitative fokusgruppeinterview "er især egnet til at undersøge menneskers forståelse af betydningerne i deres livsverden". (36 s. 111)

Ifølge Steiner Kvale skal et kvalitativt forskningsinterview også søge at dække både det faktuelle plan og meningsplanet. Det vil sige, at man både skal lytte til de eksplícitte beskrivelser og meninger og det, der siges mellem linjerne. Ud fra det skal man forsøge at formulere det implicitte budskab og få en umiddelbar be- eller afkræftelse af sin fortolkning af det, den interviewede siger. Et fokusgruppeinterview er med andre ord en metode, der kan afdække den umiddelbare reaktion, og som kan åbne for den implicitte verden af følelser, motiver og holdninger.(36)

Der vælges en semistruktureret tilgang til interviewene, hvor informanterne på forhånd kun er bekendt med de overordnede temaer. Det er et succeskriterium for samtlige interviews, at alle interviewguidens overordnede temaer bliver diskuteret. Spørgeguiden er således "tematisk med hensyn til relevans for forskningstemaet og dynamisk med hensyn til det mellemmenneskelige forhold i interviewet"(36 s. 134). Det er med andre ord udformet for både at opnå produktion af viden inden for specifikke områder og for at skabe en dynamisk interviewinteraktion.

Success Model af DeLone og McLean

Til strukturering og kondensering samt analyse af fokusgruppeinterviews har jeg valgt at anvende et framework Susses Model udarbejdet af Ephraim R. McLean og William Delone 1992. Se bilag biografi for nærmere oplysninger om McLean og Delone.

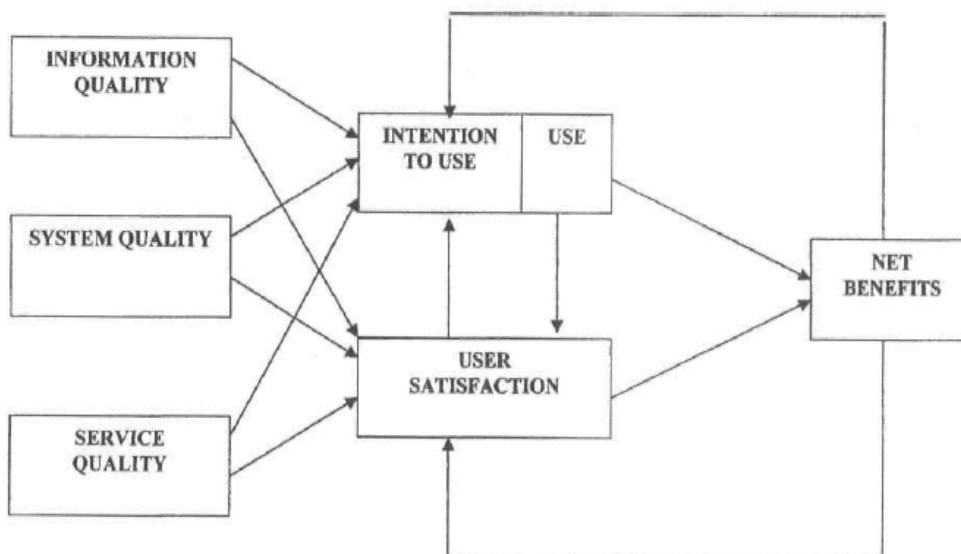
Jeg har tidligere brugt modellen i 1. Års opgave *Implementering af EOJ - Undervisningens betydning* på Master i Sundhedsinformatik(*ikke publiceret*), hvor den projektgruppe jeg deltog i, bl.a. undersøgte undervisningsdimensionens placering i forhold til modellen. Projektgruppen placerede den dengang som en katalysator mellem system og brugsdimensionen. Jeg vælger i dette projekt at tage den antagelse at vejledning kan virke som katalysator mellem system, brug og benefit.

I dette afsnit vil jeg præsentere modellen og efterfølgende tage udgangspunkt i to studier, der sætter modellen i en sundhedsinformatisk ramme. Jeg vil derefter bruge modellen til at analysere udsagnene i interviewene i forhold til mine arbejdsspørgsmål om hvilke barrierer og usikker *Hvilke barrierer/usikkerhed kan der være i forhold til brugen af ICPC-kodning*. Modellen anvendes også til at analysere ønskerne om vejledning i forhold til at kunne fremme anvendelsen af ICPC i Almen praksis i RM.

I 1992 udgav DeLone McLean deres første en multidimensional model over afhængige variable påvirkninger af udbytte af et informationssystem, som de kaldte D&M IS Success Model. De ville med denne model forsøge at få noget opmærksomhed og struktur på de afhængige variabler, der har indflydelse på udbyttet af et informationssystem. De fremlagde en interaktiv model som rammen for de begrebsmæssige og funktionsmæssige sammenhænge, der har betydning for udbyttet af det implementerede system. Modellen beskriver årsagssammenhænge og ikke processen. (37)

DeLone og McLean udarbejdede i 2003 en opdateret version af deres D&M IS Success Model. Denne opdaterede version blev til på baggrund af 285 publikationer om anvendelsen af modellen fra perioden 1992 til 2002, hvor forskellige forfattere havde citeret og brugt deres model. Jeg har valgt at beskæftige mig med denne opdaterede version af modellen, da de afhængige variable i modellen efterfølgende er verificeret og valideret indenfor sundhedsinformatiske systemer.

Den opdaterede model består af seks succes dimensioner(variable), som det fremgår af nedenstående figur:



Figur 7 Succesmodellen (DeLone og McLean, 2003)

Forklaring af model

Modellen er opbygget i tre lodrette grupperinger, hvor grupperingen til venstre indeholder Information-, System- og Service Quality. Den midterste gruppering omhandler brugen og intentioner for brugen samt tilfredsheden med brugen af systemet. Den sidste gruppering indeholder Net Benefit.

Information Quality

Omhandler måleparametre, der har tilknytning til de data, der er i systemet. Det kan være omfang af data, validitet af data, tilgængeligheden af data. Det kan også være formatet af data og parametre som læsbarhed og sammenhæng i data.

System Quality

Omhandler måleparametre der har direkte tilknytning til systemet (Hardware og Software). Det kan være systemets hastighed, svartid eller opetid. Det kan være parametre som brugervenlighed, hvor godt det understøtter arbejdet, og hvor let det er at lære. Det kan også være af negativ karakter i form af stramme systemregler, der hindrer arbejdet. Desuden ligger sikkerhedsaspektet i denne dimension.

Service Quality

Her er der fokus på kvalitet og reaktionstid på support og opfølgning.

Use og Intention to use

Her er det den aktuelle brug af systemet, der er i centrum så som hyppighed i brugen, længden af brugen og typen af brug. Denne dimension indeholder måleparametre, der har betydning for ikke-brugeres lyst til at blive brugere.

User satisfaction

Her handler det om måleparametre som brugertilfredshed, brugerens holdning og oplevelse af systemet og indfrie forventninger. Det handler også om, kompetence, hvilket dækker over kendskab, færdigheder og ekspertise.

Net benefits

Net benefits angiver, hvilke personlige eller organisatoriske fordele systemet giver. Det kan være ændrede arbejdsgange, tidsbesparelse, bedre dokumentation, større job tilfredshed.

Modellen skal læses som en sekvens model, hvor en ændring i de tre kvalitetsdimensioner til venstre i modellen kan påvirke de to brugsdimensioner i midten, som så igen kan påvirke Net benefits.

Beskrivelse af de enkelte dimensioners indbyrdes påvirkninger

Ifølge modellen er der en envejs påvirkning fra de tre kvalitetsdimensioner og ind mod Use og User-satisfaction. Hver af kvalitetsdimensionerne påvirker hver især både Use og User-satisfaction. Det betyder, at en ændring af en succes faktor fra en af kvalitetsdimensionerne vil påvirke brugen og brugertilfredsheden med systemet.

Der er i modellen en gensidig relation mellem Use og User-satisfaction. Ifølge D&M giver en positiv brugsoplevelse brugeren en større tilfredshed, og på samme måde vil en større tilfredshed føre til, at systemet bruges mere.

Brugen og tilfredsheden med brugen vil medføre Net benefits. Det er vigtigt at få defineret Net benefits i forhold til bestemte interessenter og i forhold til den kontekst, arbejdet foregår i. I øvrigt skal det bemærkes, at denne model ikke inddrager organisation som en dimension men tager det forbehold, at modellen skal ses i den kontekst, hvor informationssystemet anvendes.

Måleparametre i Net benefit dimensionen kan påvirke Use og User-satisfaction.

F.eks. kan et informationssystem medføre en ændret arbejdsgang. Hvis brugeren oplever denne ændring som en positiv gevinst, opnås der større tilfredshed med systemet.

McLean og DeLones anbefalinger til brugen af modellen

D&M anbefaler, at man i videst mulig omfang bruger måleparametre (succes faktorer) i modellen, der er valideret videnskabeligt i andre forsøg, men det er tilladt at bruge nye succes faktorer, hvis det er nødvendigt i den aktuelle analyse. Desuden anbefales det, at man skal være meget omhyggelig med definitionen af måleparametre i forhold til det fokus, undersøgelsen har.

D&M angiver, at det er vigtigt at skelne mellem, om succesen direkte kan tilskrives systemet, eller om ydre faktorer kan fremtvinge et resultat. Her mener de, at bl.a. organisatoriske forhold kan påvirke succesen. I deres model ser de bort fra denne påvirkning og fokuserer alene på den succes, som kvalitetsdimensionerne kan frembringe på brug og brugertilfredshed og dermed på et samlet udbytte.

Som det ses af modellen, er der ingen vægtning mellem dimensionerne, hvilket betyder, at modellen ikke kan bruges til at vurdere, hvilke dimensioner der har størst indflydelse på f.eks. Net Benefit

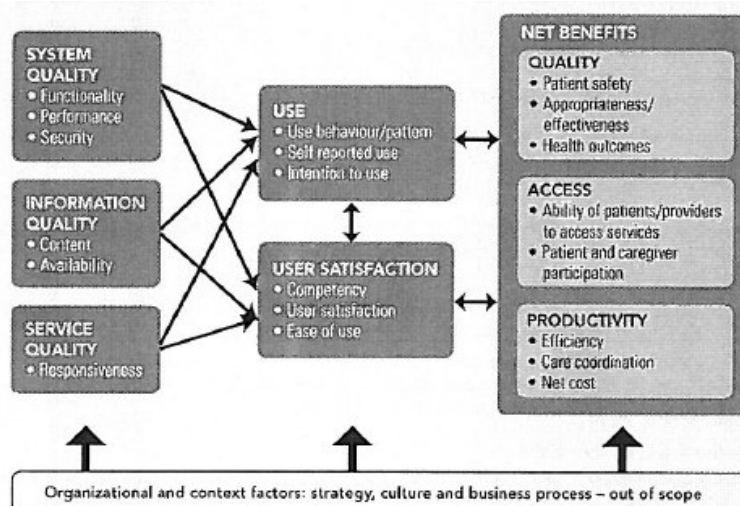
D&M IS Success Model i en sundhedsinformatisk ramme med en organisatorisk kontekst

Ifølge DeLone og McLeans anbefalinger bør modellen så vidt muligt benytte validerede måleparametre. Set i forhold til denne problemstilling prioriteres det at finde måleparametre, der er valideret indenfor sundhedsvæsenet. Et sådan arbejde er udført af van der Meijden et al. I 2003, baseret på et litteraturstudie af engelsk og tysk litteratur fra perioden 1991 til 2001 om evalueringer af Sundhedsinformations-systemer

der kræver indtastning af data, af sundhedsprofessionelle. (38) I dette studie har Meijden et al. bl.a. påpeget, at undervisning, i forhold til en implementering ikke er indplaceret i modellen.

I et studie "A Proposed Benefit Evaluation Framework for Health information System in Canada" af Lau, F. et al, 2007, der anvender D&M IS Success Model, henvises det til Studiet af van der Meijden et al. Der nævnes bl.a., at van der Meijdens et al. i deres arbejde havde tre dimensioner, som de ikke kunne placere i D&M IS Success Model. Disse faktorer var systemudvikling, implementeringsprocessen og strategi samt organisationens karakteristika og kultur.

Den model, der efterfølgende anvendes i dette studiet af Lau, F. et al, er udvidet med den organisation og kontekst, strategi, kultur og forretningsproces. Disse er placeret i en dimension, der ligger udenfor modellen. (39)



Figur 8 Canada Health infoway Benefits Evaluation Framework . Adapted from DeLone and McLean (2003)

Brugen af D&M Succesmodel i nærværende projekt

I dette projekt vil modellen blive anvendt til en ensartet systematisering af de meningskondenserede udsagn fra de tre afviklede fokusgruppeinterview. Til denne proces anvendes de evaluerede måleparametre, der er fundet af Lau et sammenholdt med de parametre som van der Meijden et al har fundet valide. Disse måleparametre omhandler de seks dimensioner, der er indeholdt i den oprindelige succesmodel. Disse måleparametre er sammenholdt med kravspecifikationen for ICPC-2-DKs krav om brugervenlighed, hvor der er fundet sammenfald mellem kravspecifikationens brugervenlighed og de af Lau og Meijdens angivne måleparametre for forventninger til brug og brugertilfredshed.

I forhold til den organisatoriske dimension, hvor der ikke er defineret nogen måleparametre, har jeg valgt at lave en opdeling i en ydre og en indre organisation. Den ydre defineres ved det organisatoriske, der ligger uden for almen praksis, og det indre det der kan henføres til forhold i almen praksis.

Modellen vil i dette projekt desuden blive anvendt til at detektere måleparametre, hvor det ønskes, eller hvor det fremgår af udtalelserne, at brugen kan påvirkes med vejledning. Det kan f.eks. være, at der udtrykkes manglende tilstedeværelse af en funktionalitet i et system.

Detektering af barriere sker ud fra modellen ved at forholde sig til den reciproke term, eksemplificeret ved Funktionalitet. Når dette skal udtrykkes som en barriere vil det f.eks. kunne udtrykkes ved "**Ikke** let at lære".

I nedenstående Tabel 1 vises dimensionerne, hvor måleparametrene defineret af Lau et al er underbygget af de målepunkter, som van der Meijden har fundet valide.

Som tidligere nævnt er det ikke en procesmodel men en årsags sammenhæng model. Modellen kan angive de indbyrdes påvirkninger men kan ikke beskrive graden af påvirkninger, som har størst betydning.

.Dimension	Kategori		Definitioner
System	Funktionalitet	1	Egenskaber Niveau af beslutningsupport i systemet <i>Let at lære</i> <i>Nøjagtighed af data</i>
		2	<i>Indbyggede egenskaber der skaber ekstra arbejde</i> <i>Fysiske tilgængelighed,</i> Svartid, Ydeevne.
	Sikkerhed	3	Databeskyttelse, Sikker brugeradgang Design forsøger at undgå fejl
Information	Indhold	1	<i>Fuldstændige</i> Nøjagtighed, relevans og forståelighed,
	Tilgængelighed	2	Pålidelig og sammenhængende informationer.
Service	Reaktionsevne	3	"Superbruger-undervisning" Adgang til support efter implementeringsfasen og vedvarende (on-time) support.
Brug	Brugsadfærd og -mønster	1	<i>Hyppighed af brug,</i> Varighed af brug, Sted det bruges, Fleksibilitet i aktuel brug
		2	Dækker over samme grupper som ovenstående men de er opfattet af brugeren (præcenteret af brugeren som vigtige?)
	Intentioner af brug	3	Er de forhold de intentioner for fremtidig brug (ved implementering af et system).
Tilfredshed	Kompetencer	1	Viden Færdigheder Erfaring
	Brugertilfredshed	2	Opfattede forventninger af værdier kvalitet og brug af systemet – herunder interaktion ved brug, præferencer, håndterbarhed og erfaringer
	Letthed for brug (enkelt)	3	Brugervenligt og let tilegnelse
Udbytte	Kvalitet	1	Patientsikkerhed Beskyttelse mod hændelser, reduktion af patient risiko; Overvågning af data (f.eks.) markering ved alert) Egnethed og effektivitet <i>Korrespondere til politikker og guidelines og kliniske standards</i> <i>(vejledninger).</i> <i>Sammenhængende informationer der kan håndteres kontinuerligt enten individuelt eller i flere sammenhænge, enten af flere brugere eller på flere lokaliteter</i> <i>Overblik</i>
			Sundhedsfordele enten kliniske resultater eller ændringer i sundhedsmæssig behandling.
	Adgang	2	Let adgang til patientdata Tilstedeværende, forskelligartet og sammenhængende servicefunktion - Patient og behandlers deltagelse, Patient-selvmonitorering
Produktivitet		3	Effektivitet Hvilke ressourcer udbydes Hurtig/forbedret responstid ved in og output. <i>Forbedret håndteringskapacitet</i> Forbedret patientplanlægning Ikke økonomiske effekter
			<i>Behandlings koordinering</i> behandling udført af team Behandling udført udenfor lokalisation. Økonomisk reduktion, besparelse

Tabel 1 Liste over måleparametre

Tekst angivet med kursiv er parametre der er valideret af Van de Meijden et al (Meijden s. 230)

Aktiviteter på det nationale niveau

Dette afsnit beskriver nogle af aktiviteterne, der tidligere har været afviklet i de 5 regioner (eller tilhørende amter) i forhold til at fremme brugen af ICPC-kodning blandt AP i Danmark.

Et af de mest beskrevne og refererede aktiviteter i forhold til udbredelse af ICPC-kodning i Danmark findes i en rapport ”Udbredelse af ICPC-kodning blandt AP i Frederiksborg Amt” fra 2003 til 2006. Denne rapport beskriver og konkluderer på de aktiviteter, der blev iværksat for almen praksis i perioden 2003 til 2006, og hvilken effekt de havde på kodning.

Aktiviteterne bestod i afholdelse af stormøder for AP. Stormøderne skulle motivere til at deltage i efterfølgende erfaringsudvekslingsmøder (erfa-møder).

Ved stormøderne blev der givet en information og en demonstration af kodningen i et lægesystem ud fra billedet af, hvilke gevinster der kunne opnås i en travl hverdag.

Ved de efterfølgende erfa-møder samledes grupper af AP med samme EPJ-system for at drøfte ICPC-kodning og dataudtræk.

Der blev også tilbudt systemspecifikke workshops i den enkelte praksis med udgangspunkt i en demonstration af kodning og en efterfølgende mulighed for hands-on.

Evalueringen af effekten af aktiviteterne blev foretaget ved hjælp af spørgeskemaundersøgelser. Der blev udsendt et spørgeskema før igangsættelse af ICPC-fremmende aktiviteter og efterfølgende tre spørgeskemaundersøgelser i december måned til måling af effekten.

Resultatet af de fire spørgeskemaundersøgelser viste, at et stigende antal AP anvendte kodning. Det viste også, at flere og flere deltog i spørgeskemaundersøgelsen. Det fremgår ikke af rapporten, hvordan det at ICPC-kode er defineret. Om det bare omhandler det at bruge koden en gang i mellem, eller om det betyder at kode f.eks. alle de kroniske tilstande. (48)

Region Hovedstaden

I Region Hovedstadens opgørelse over spørgeskemaundersøgelsen for ICPC-kodning i 2008 fremgår det desværre ikke, hvorledes kodeaktiviteten er blandt AP i det tidligere Frederiksborg Amt. (44)

I Region Hovedstanden er der udarbejdet en projektbeskrivelse med udgangspunkt i tidligere erfaringer fra et pilotprojekt i Frederiksborg Amt. Det forventede projektforsløb er på 2-3 år.

Region Sjælland

Region Sjælland har afholdt 16 ICPC-kode møder/kurser for "nye kodere". Disse kurser er afviklet i praksis af to timers varighed, hvor den lægelige it koordinator har stået for en generel introduktionsdel, mens 10 håndplukkede AP efterfølgende har undervist systemspecifikt. I alt har 81 AP og 55 øvrigt praksispersonale deltaget, det vil sige 15 % af alle AP og 16 % af alle praksis i regionen har været repræsenteret. Endnu to møder skal afholdes. Et opfølgningstilbud tre måneder efter er under planlægning. De deltagende AP har modtaget kursusrefusion. (45)

Region Syddanmark

I Region Syddanmark er der nedsat et ICPC-team og herunder en kursusgruppe. Der har i årene 2007 og 2008 været afholdt en "Praksisdag Syd" hvor ICPC-kodning har indgået som workshop i programmet med udarbejdelse af f.eks. en vejledningsfolder. (47)

Det er planen i løbet af efteråret 2008 at afholde systemspecifikke kurser for brugere af de fire til fem største EPJ-systemer, og det er ønsket at gennemføre brugermøder i erfa-grupper med hjælp fra superbrugere. Det er meningen, at alle praksis skal inviteres.

Region Nordjylland

I Region Nordjylland har der i 2008 været afviklet en Nordjysk Praksisdag, hvor en af sessionerne omhandlede ICPC-kodning. Af programmet for temadagen fremgik det, at det var en generel introduktion til ICPC-klassifikationen med deltagelse fra DAK-E. Der har desuden været afviklet to fyraftensmøder, hvor en systemleverandør har deltaget på hvert af møderne.

Region Midtjylland

I RM, der består af tre amter og en del fra Vejle Amt, er der ikke et samlet materialeoversigt over, hvilke aktiviteter der har været afviklet. Ud fra søgning på Sundhed.dk og Google, som jeg mener, er de mest effektive søgemaskiner i forhold til søgnings karakter, er der fundet materiale fra det tidligere Vejle Amt. Det fremgår, at der har været afholdt workshops i større almene praksis, afholdt erfa-møder og anvendt konkurrence i form af tipskupon.

ICPC-kodningen indgår i en workshop på en temadag "Store Praksisdag" 1. Maj 2009, Formen vil blive et oplæg med efterfølgende visualisering i fem EPJ-systemer.

Dansk Almen medicinsk Kvalitetsenhed (DAK-E)

DAK-E har som tidligere nævnt fået nedsat en baggrundsgruppe,(22) der skal fremme ICPC-kodningen i almen praksis.

Der har bl.a. været afholdt et internatmøde i 2008 om implementering af ICPC-2 og datafangst til diabetes forløbsydelsen.

DAK-E har desuden udviklet et E-læringsprogram til ICPC-kodning. Programmet ligger på Læger.dk og på dak-e.dk. Da e-læringsprogrammet blev lanceret ultimo 2008, var adgangen begrænset til AP, men primo april 2009 er det tilgængeligt for alle interesserede brugere med adgang fra forsiden på dak-e.dk. E-læringsprogrammet indeholder nogle videosekvenser, der beskriver, hvilke fordele en ICPC-kodet journal giver. Programmet, der blev præsenteret på Lægedage 2008, giver også tips til, hvordan man kommer i gang.

Programmet indeholder 10 cases, der kan danne udgangspunkt for en læring i valg af kode i forhold til amnese. Kursisten kan afslutte programmet med en test. Testens 16 spørgsmål omhandler både almene spørgsmål om ICPC-klassifikationen samt relationer til ICD 10 klassifikationen og helt konkrete spørgsmål i forhold til valg af ICPC-kodning.

Erfaringer Internationalt

Norge

I Norge har ICPC-diagnosekoden været standard klassifikation siden 1992, og kodningen er obligatorisk - også i forhold til at få udbetalt ydelser for behandling. Ifølge Brage, S. et al 1996,(49) er AP omhyggelige og præcise med kodning, og data har en kvalitet, så de kan anvendes til yderligere analyse. Det nævnes også i samme artikel, at anvendelse af ICPC-kodning har gjort multipraksis-undersøgelser muligt. Det har ikke været muligt at finde studier, der beskriver, om kvaliteten af ICPC kodningen er blevet påvirket af, at det er et krav, og at ydelsen er betinget af, at der foreligger en ICPC-kode.

England

I England anvendes en READ-klassifikation. Denne klassifikation anvendes for nuværende, fordi den kan migreres til SNOMED-CT(3) men beskrives ikke nærmere

her. Baggrunden for, at dette nævnes i et projekt om ICPC-kodning, er, at honorarsystemet i England baserer sig på et forholdsvis højt basishonorar pr. tilmeldt patient samt honorering for opfyldelse af udvalgte kvalitetsmål og forskellige lokalt forhandlede kontaktmål.(50, s. 188). Denne kvalitetsmålopfyldelse baseres på kodning af patientkontakter. Dette har givet en målopfyldelse på næsten 100 %, men med den bagside, at det estimerede budget er overskredet, og at man faktisk nu betaler praksis for noget, som normalt hører ind under god praksis. Det siges, at løsningen har været effektiv med hensyn til at forandre adfærden i almen praksis og få sat fokus på kvalitet. Det diskuteres dog stadigvæk, om den økonomiske belønning i forhold til krav har en ikke intenderende konsekvens.(50 s 189-203.)

Kravspecifikationen for ICPC-2-DK

Nedenfor følger en kort beskrivelse af de krav der certificeres op imod. Den procentvise angivelse for hver gruppe af krav, viser hvor stor en målopfyldelse systemerne som minimum skal have.

Ifølge kravspecifikationen (18) indbefatter brugervenlighed:

- en nem og hurtig betjening
- at det af grænsefladen kan ses, hvordan systemet skal betjenes
- at det er lette at genkende end at huske
- at designet forsøger at undgå fejlsituationer og hvis det kan ske, da tilbyde brugeren hjælp.

Disse overordnede termer kan genfindes i D. Normans 6 designprincipper:

Visibility, Feedback, Constraints, Mapping, Consistency og Affordance.

(51, s. xi-xii, 9-35)

Designprincipperne omhandler synlighed i forhold til at vide, hvad der skal udføres i næste træk, og tilbagemeldinger om at handlingen er foretaget. Det handler om begrænsninger i forhold til mulighed for at komme et forkert sted hen(lave fejl) og at brugeren kan genkende handlingerne fra andre funktioner. Affordance dækker over begrebet, at brugeren kan se ,hvordan et objekt skal betjenes og mapping, at der er en mapning mellem kontrol og virkning. (51)

Overordnet handler det om, hvordan designet påvirker de 3 forskellige niveauer af kognitiv og følelsesmæssige bearbejdning, Det visuelle, det behagende eller interagerende og det reflekterende

Nedenfor er en kort sammenskrivning over de krav, der er opsat i forhold til håndteringen af ICPC-kodningen i EPJ-systemet. Overskrifterne er markeret med den farve, med hvilke de er grupperet i kravspecifikationen for ICPC-2-DK.

Det er for hver gruppe af krav relateret til den vægtning der er angivet i kravspecifikationen. (18 s. 59)

Overordnede krav som skal opfyldes med 100 %

Omhandler at det kun er muligt at anvende eksisterende koder, at de ikke kan ændres og skal være synlige sammen med patientens data, hvilket vil sige, at en kontaktdiagnose skal stå som overskrift for journalnotatet, og forløbsdiagnosen skal være synlig i EPJ. Det må ikke være muligt at anvende obsolete diagnoser. Brugeren skal kunne fremsøge den ønskede diagnosekode og EPJ-systemet skal kunne håndtere inklusion og eksklusionskriterier og understøtte det korrekte valg.

Ved modtagelse af epikriser skal ICD10 koderne konverteres til ICPC-koder, dog skal kode og ICD10 teksten fremstå i kursiv. Er der mere end en ICPC-kode, der modsvarer ICD10 koden skal brugeren kunne vælge mellem tilbud.

Generel funktionalitet basis, der som minimum skal opfyldes med 80 %

Dette omhandler antallet og behandling af synlige kontaktdiagnoser og forløbsdiagnoser – samt behandlingen af ikke diagnosekodede kontakter. Herunder ligger også kravet til integration til Sundhed.dk og ICPC-indekseret patientinformation, samt krav om at, der skal kunne tilknyttes op til 10 diagnoser pr journalnotat.

Generel funktionalitet udvidet, der som minimum skal opfyldes 40 %

Omhandler bl.a. kopiering og mærkning af forløbsdiagnoser og forløbsprofil, samt indsættelse og konvertering af ICD10-koder i forbindelse med en henvisning. Her er kravet at den senest diagnose overføres til henvisningen, dog med mulighed for at fravælge og indsætte andre koder. ICD-10 koden og ikke ICPC-koden sendes med henvisningen

Avancerede funktionalitet, der som minimum skal opfyldes med 0 %.

Dette omhandler bl.a. dannelse og håndtering af forløbsprofiler og forløbsdiagnoser, samt dannelse af patientliste ud fra diagnoser over en tidsperiode, samt råd i forhold til diagnosekodning.(18, s. 58-73)

Selve certificeringsprocessen er evaluering af summativ karakter, idet der kontrolleres i om målene er opfyldt og at de fungerer i forhold til kravspecifikationen (55)

Beskrivelse og status for lægejournalssystemer

Systemnavn	System leverandør/udvikler
Æskulab	Profdoc A/S - Danmark
Darwin	Profdoc A/S - Danmark
MediCare	Profdoc A/S - Danmark
Novax	Novax A/S
Medwin	EG Data Inform A/S
MyClinic	MyClinic A/S
Emar	EM-data A/S
MultiMed	DataGruppen MultiMed ApS
Ganglion	Ganglion-gruppen
Docbase	Lægernes EDB Central A/S
WinPLC/PLC	A-DataA/S
PC-Praktic	pc-idé ApS
Patina	Structura IT ApS
Dan-Med-Soft	Dan-Med-Soft
Medol	medol aps
Fomatex	Formatex
Xmedicus	Linet

Tabel 2 EPJ-systemer der forhandles i Danmark til almen praktiserende læger

Tabel 2 fremgår det, at der er mange udbydere af journalssystemer til AP i Danmark. Hovedparten af systemerne er opbygget på en Windows platform, men enkelte systemer er stadigvæk baseret på en Dos-platform.

Den markedsførende udbyder i Danmark er i dag Profdoc Danmark A/S, der ejer rettighederne til EPJ-systemerne Darwin, MediCare, og Æskulap. Det er hensigten, at brugere af disse tre EPJ-systemer over en tidsperiode skal konvertere til XMO (eX-treme Medical Office), der er leverandørens fremtidige produkt. Brugere af MediCare vil som de første af Profdoc`s brugere få tilbudt at blive konverteret til XMO i 2009. MediCare skal udfases og vil derfor ikke blive opdateret. EPJ-systemerne Patina, Medol, Formatex og Dan-Med-soft har mindre end fem brugere af deres EPJ i Danmark.(53)

Tabel 3 illustrerer, hvilke lægejournalssystemer AP, der indgik i SPU 2008 i RM, anvendte og viser samtidig også fordelingen i forhold til de AP, der ønsker vejledning udtrykt i % af det samlede antal, der ønskede vejledning.

Den procentvise fordeling af lægejournalssystemer i almen praksis i RM svarer overvejende til fordelingen på national plan. Dog anvender flere Æskulab og færre Win-PLC i RM, end tilfældet er i resten af Danmark(DK).

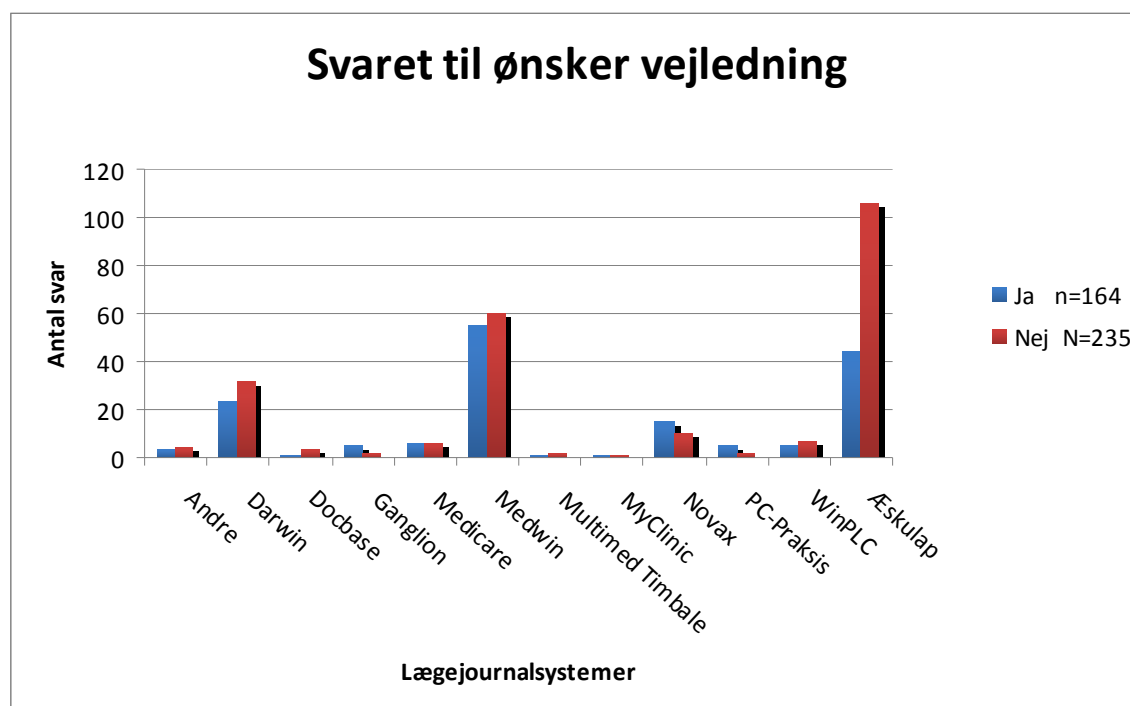
Systemnavn	Antal	Udbredelse i % RM	Udbredelse i % DK n = 1228**	Ja – til Vejledning RM	Ja til vejledning i % af udbredelse n=441	Ja til vejledning i % af ønske vej- ledning n=164
Ikke opgivet				3		1,8 %
Æskulab	171	38,7 %	27,3 %	44	28 %	26,8 %
Medwin	130	29,4 %	26,1 %	55	42 %	33,5 %
Darwin	44	10,0 %	9,5 %	23	52 %	14,0 %
NOVAX	41	9,5 %	10,8 %	15	37 %	9,1 %
WinPLC	16	3,6 %	7,3 %	5	42 %	3,0 %
Ganglion	18	4,0 %	5,1 %	5	28 %	3,0 %
Medicare	8	1,8 %	4,6 %	6	75 %	3,7 %
PC-Praxis	6	1,3 %	3,7 %	5	83 %	5 %
Emar	3	0,7 %	1,9 %
MultiMed*	2	0,5 %	0,5 %	1	50 %	0,6 %
MyClinic	2	0,5 %	1,0 %	1	50 %	0,6 %
Docbase	1	0,2 %	1,9 %	1	100 %	0,6 %

Tabel 3 EPJ-systemernes udbredelse blandt almen praktiserende læger i Region Midtjylland, samt fordeling af brugere, der ønsker vejledning. Datakilde. (53)

* Har ikke implementeret ICPC-e.

** Antal beregnet ud fra kilde (53)

Nedenstående figur 9 viser grafisk fordelingen af ønsket om vejledning i forhold til EPJ-system.



Figur 9 Fordeling af svar i forhold til ønske om vejledning fordelt på EPJ-system.

Beskrivelse af Lægejournalssystemer

Som det fremgår af tidligere afsnit, er der forskel på, hvor mange der ønsker vejledning i ICPC-kodning i forhold til lægejournalssystem. Dette kan skyldes antallet af brugere pr. system, men det kan også afhænge af systemernes integration af ICPC-klassifikationen.

I nedenstående beskrivelse indgår de EPJ-systemer, der anvendes af de AP, der er repræsenteret med mere end 2 % enten i RM eller i DK og hvor AP fra RM har angivet, at de ønsker vejledning. Beskrivelse af MediCare EPJ er udeladt, idet dette system som tidligere nævnt er under udfasning fra markedet.

Beskrivelsen giver en kort gennemgang af, hvorledes en kodning i et patientjournalnotat foretages. Det beskrives desuden, på hvilke måder den anvendte kodning kan anvendes i forbindelse med søgning, filtrering og genudnyttelse af data, f.eks. i forbindelse med oprettelse af elektroniske henvisninger til sygehusafdelinger eller speciallæger.

EPJ systemerne gennemgår opdateringer, hvor funktioner tilføjes og/eller tilpasses. Der vil derfor være systemer, hvor ICPC-kodeværktøjet er ændret siden SPU 2008, og der kan også siden været sket ændringer.

Hvis ICPC er implementeret i EPJ-systemet, er ikke ensbetydende med, at ICPC-2-DK er implementeret i systemet. Som beskrevet i problemfeltet er det et krav for at måtte implementere ICPC-2-DK, at EPJ-systemet er certificeret af MedCom. Status for certificering primo april 2009 er, at 2 EPJ-systemer Emar og MyClinic er blevet certificeret. Disse to systemer er kort beskrevet i forhold til opfyldelse af kravspecifikationen til certificeringen af ICPC-2-DK i et særskilt afsnit.

Nedenstående beskrivelse bør ikke betragtes som en samlet vurdering af EPJ-systemerne.

Æskulap

I EPJ-systemet Æskulap er kodeproceduren integreret i journalnotatet. Ved brug af genvejstaster eller "klik-takster kan brugeren fremsøge den ønskede kode. Såfremt der tidligere har været anvendt kodning på den aktuelle patient, tilbydes disse i en filtreret oversigt, men der er også mulighed for at vælge fra den globale liste. Angivelse af, om kodningen angiver en kronisk tilstand, sker ved at sætte en vinge i et felt foran koden. Der kan knyttes flere ICPC-koder til et notat.

Brugeren har mulighed for at ICPC-kode indkomne epikriser og røntgensvar.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Brugeren har mulighed for at filtrere sin journal ud fra de påhæftede ICPC-koder. Denne filtrering kan direkte overføres til eksterne dokumenter som f.eks. forsikringserklæringer men kan også overføres til elektroniske henvisninger til sygehuse/hospitaler og speciallæger og eksterne behandlere.

Brugeren har mulighed for at få vist de faste/kroniske ICPC-koder, som er tilknyttet en patient ved åbning af patientens journal.

MedWin

EPJ-systemet MedWin er et af de systemer, der er blevet opdateret siden SPU 2008. I EPJ-systemet Medwin foretages kodningen som en del af journalnotatet. Ved brug af genvejstaster eller "klik-takster kan brugeren fremsøge den ønskede kode i et pop-up vindue. Der er enten mulighed for at indtaste en ICPC-kode eller søge kode ud fra en tekst (f.eks. diabetes). ICPC koden kan markeres som kronisk ved klik på en knap eller ved brug af en genvejstast. Ved kronisk markering ses et K ved siden af ICPC-koden efterfølgende i journalen. Der kan knyttes flere ICPC-koder til et notat.

Brugeren har mulighed for at ICPC-kode indkomne epikriser og røntgensvar.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Brugeren har mulighed for at filtrere sin journal ud fra de påhæftede ICPC-koder. Denne filtrering kan direkte overføres til eksterne dokumenter som f.eks. forsikringserklæringer men kan også overføres til elektroniske henvisninger til sygehus/hospitaler og speciallæger og eksterne behandlere.

Brugeren har mulighed for at få vist de faste/kroniske ICPC-koder, som er tilknyttet en patient ved åbning af patientens journal.

Darwin

I EPJ-systemet Darwin foretages ICPC-kodningen direkte i notatmodulet i specifikke felter i bunden af notatformularen. Det kræves, at der er skrevet et notat. ICPC-koden kan enten direkte indtastes, eller der kan skrives en tekst (f.eks. diabetes), hvorefter der fremkommer et pop-up vindue med forslag til valg af kode. Der vises samtidig den tilsvarende ICD10. Det er muligt at tilknytte flere ICPC-koder til et notat.

Det er ikke muligt at kode indkommen korrespondance.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Det er muligt at fremkalde en oversigt over de koder, der har været benyttet på den enkelte patient, samt se ICD10 koder der er tilsvarende ICPC-koderne og de ICD10 koder, der har været tilknyttet epikriser.

I henvisningsmodulet kan en ICPC kode fremsøges med visning af tilknyttede journalnotater, tilstedeværende koder af de ICPC koder og ICD10 koder, der er tilknyttet en patient. ICPC koderne vil altid stå øverst på listen.

Ved udarbejdelse af en elektronisk henvisning kan relevante ICPC koder tilknyttes dog uden selve notatet. Det er ikke muligt at samle og overføre filtrede notater for en enkelt diagnose til en henvisning eller til et eksternt dokument.

Novax

Novax er også blevet opdateret siden undersøgelsen i 2008. I EPJ-systemet Novax foretages kodningen direkte i journalnotatet, hvor ICPC-koden direkte kan indtastes, eller der kan søges på tekst (f.eks. diabetes). En pop-up menu åbnes, hvor det er muligt at angive, om det er en fast diagnose. Brugeren har mulighed for at benytte sig af både ICPC koder og ICD10 koder og kan enten indtaste koden direkte eller foreta-

ge en søgning ved hjælp af en tekststreng. Der kan kun knyttes en ICPC-kode pr. notat.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Ved hver notatskrivning vises de koder, der er tilknyttet den pågældende patient. Systemet har indbygget et søgemodul, der giver mulighed for filtrering af journalen.

Skal man for eksempel danne en henvisning og ønsker al tekst med diagnose X, så sætter man filter på, så man kun ser "X" og kopierer derefter teksten over i henvisningen.

Ganglion

Ganglions diagnoseside er bygget op med to hovedrubrikker: Den ene er til midlertidige kontaktdiagnoser, og den anden er til de faste diagnoser. Diagnosen kan vælges enten fra et fra ICD 10 -og/eller et ICPC-register, som fremkaldes gennem genvejstast eller en tast i knapbjælken. I et notatfelt, som følger den enkelte diagnose, kan der indskrives kommentarer omkring diagnosen.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Disse oplysninger foreligger ikke på nuværende tidspunkt.

WinPLC

I EPJ-systemet Win-PLC foretages kodningen som en del af journalnotatet. Ved brug af genvejstaster eller "klik"-takster kan brugeren fremsøge den ønskede kode i et pop-up vindue. Der er enten mulighed for at indtaste en ICPC-kode eller søge kode ud fra en tekst (f.eks. diabetes). ICPC koden kan markeres som kronisk ved klik på en knap eller ved brug af en genvejstast. Der kan tilføjes flere ICPC-koder til notatet i samme arbejdsgang. Ved kronisk markering angives diagnoserne øverst i journalnotatet. ICPC-koden kan genbruges i efterfølgende notater. Brugeren har ikke mulighed for at ICPC-kode indkomne epikriser og røntgensvar.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Brugeren har mulighed for at filtrere sin journal ud fra de påhæftede ICPC-koder. Denne filtrering kan direkte overføres til eksterne dokumenter som f.eks. forsikringserklæringer, men kan også overføres til elektroniske henvisninger til sygehuse/-hospitaller og speciallæger og eksterne behandlere.

Brugeren har mulighed for at få vist de faste/kroniske ICPC-koder, som er tilknyttet en patient ved åbning af patientens journal.

PC-Praxis

I EPJ-systemet PC-Praxis foretages kodningen som en del af journalnotatet. Ved brug af genvejstaster eller "klik"-takster kan brugeren fremsøge den ønskede kode i et pop-up vindue. Der er enten mulighed for at indtaste en ICPC-kode eller søge kode ud fra en tekst (f.eks. diabetes). ICPC koden kan markeres som kronisk ved klik på en knap eller ved brug af en genvejstast. Brugeren har ikke mulighed for at ICPC-kode indkomne epikriser og røntgensvar.

Udnyttelse af kodeværktøjet internt i journalen

Brugeren har mulighed for at søge i sin journal ud fra de påhæftede ICPC-koder. I henvisningsmodulet kan en tidligere patientdiagnose fremsøges. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at fremsøge notater for en ICPC-kode og overføre disse notater til henvisninger og eksterne dokumenter.

Status for certificering af EPJ systemer

Der er medio maj 2009, to EPJ-systemer der er certificeret i forhold til ICPC-2-DK.

Det er EMAR og MyClinic. I opgørelsen fra MedCom (53) ses det, at der er 38 almen praksis i Danmark der har EPJ-systemet EMAR og 22 almen praksis der har EPJ-systemet MyClinic på landsplan.

Ifølge opgørelse fra MedCom (52) er to EPJ-systemer certificeret, og følgende krav er opfyldt for:

EMAR

Har opfyldt de "Overordnede krav" og "Generel funktionalitet basis" samt "Generel funktionalitet udvidet" med 100 % for hvert af de tre områder og med 19 % i forhold til den "Avancerede funktionalitet".

MyClinic

Har ved deres certificering opfyldt de "Overordnede krav" med 100 %, "Generel funktionalitet basis" med 86 % og "Generelle funktionalitet udvidet" med 65 %. Her er de "Avancerede funktionalitet" opfyldt med 73 %.

Det fremgår ikke af opgørelsen, hvilke af funktionerne der ikke er opfyldt.

Dataindsamling

Observation

Valg af lægepraksis til Observation

I RM er 534 AP organiseret i kompagniskabspraksis. Det svarer til 62 % af AP. Derudover er 247 AP organiseret som enkeltmandspraksis, svarende til 29 % af AP og 72 AP er delelæger i delepraksis, svarende til 9 % af AP. Som observationspraksis vælges en kompagnipraksis med flere end fire AP og en delepraksis, hvor to AP på skift arbejder i konsultationen. Dette valg er foretaget med det udgangspunkt, at jeg i en kompagni- og en delepraksis kan se de individuelle arbejdsgange, men også se, hvor ICPC-kodningen får indflydelse på det kollegiale samarbejde.

Optegnelser - Observation

En måde at opnå en forståelse af den kontekst, som ICPC-klassifikationen indgår i i forbindelse med afvikling af konsultationer og modtagelse af post fra eksterne samarbejdspartnere, sker ved at udføre to sæt observationer i to lægepraksis. Den ene praksis er en kompagnipraksis med flere AP, og den anden praksis er en delepraksis med to AP.

Formålet med observationerne er som tidligere nævnt at synliggøre arbejdsgangen af EPJ og få skabt en forståelsesramme for mig, som konsulent, i forhold til lægens egen beskrivelse og den aktuelle handling i forbindelse med ICPC-kodning i almen praksis. Disse observationer skal danne ramme for temaerne til Fokusgruppeinterview.

Der planlægges to observationer i hver af de to udvalgte praksis, hvor første observation har fokus på brug af EPJ i forbindelse med konsultationer, og anden observation har fokus på modtagelse af post fra eksterne leverandører.

Patienterne bliver ved modtagelse i konsultationen gjort bekendt med min tilstedeværelse og på, hvad der registreres under konsultationen. Optegnelserne er fokuseret på, hvilke ydelser der bliver registreret og bestilles i journalen – om der er anvendt ICPC-kode i journalen ved tidligere konsultationer, og om der bliver anvendt ICPC-koder i forbindelse med konsultationerne. Observationerne sker ved angivelse af de

enkelte handlinger, og dette forsøges udført så diskret som muligt for ikke at distrahere patient lægeforholdet. (Bilag C).

En observation af en handling kan – netop fordi den observeres - påvirke aktøren i handlingen således, at handlingen udføres hyppigere end i dagligdagen. Dette fænomen er betegnet Hawthorne effekten. Set i forhold til projektets observationer har det ikke nogen direkte indflydelse, idet det er selve håndteringen, der er fokus på.

Lægepraksis 1

En kompagnipraksis med EPJ-system XX. Ved første observation var jeg tilstede ved konsultationerne i tidsrummet 09:30 til 11.30. I dette tidsrum blev der afviklet otte konsultationer. Undersøgelserne varierede fra et forvredet knæ, der skulle viderevisiteres til skadestuen til lungebetændelse og kattebid. De undersøgte patienter udgjorde tre børn og fem voksne. Konsultationernes længde varierede fra 10 til 15 min.

Under observationen blev der udført følgende rekvisitioner og undersøgelser:

- 3 henvisninger til en sygehusafdeling/speciallæge
- 1 laboratorierekvisition
- 3 receptbestillinger
- 2 Blodtryksmålinger
- 1 gynækologisk undersøgelse
- 1 tympanometri
- 2 laboratorieundersøgelser (egen undersøgelse)

AP foretog opslag i journalen under konsultationerne. Antallet af opslag varierede fra et enkelt ved opslag til mange opslag. Disse opslag blev ikke foretaget på baggrund af en søgning ud fra en ICPC-kode, idet den pågældende læge ikke var bekendt med denne facilitet i sit EPJ. De otte patientkontakter blev kodet i forbindelse med journalnotatskrivningen for den pågældende konsultation. Den pågældende AP vurderede, at det tidsmæssige forbrug for kodning lå under et minut inkl. vurdering af hvilke(n) ICPC-koder der skulle tilknyttes det pågældende notat.

2.observation (1.2)

Anden observation lå i tidsrummet fra 14.30-16.30. Der var det på forhånd aftalt, at observationen ville omfatte håndtering af den indkomne kliniske korrespondance til praksis. Som tidligere nævnt er den pågældende praksis en kompagnipraksis med mere end fire AP, og rent organisatorisk er det aftalt, at det er en læge, der dagligt er ansvarlig for at kvittere for den indkomne korrespondance. Den omfatter bl.a. hver dag ca. 120 epikriser, laboratorie- og røntgen svar.

Det viser sig, at det ikke er kutyme at ICPC-kode den indkomne post, men at posten åbnes og læses. Hvis der er noget, kollegaerne skal følge op på, bliver der skrevet

en besked i journalen til den pågældende læge. Dette sker i tidsbestillingen for den pågældende læge.

Her trådte jeg ud af min rolle som observatør og traf aftale om, at den pågældende læge skal forsøge at kode den indkomne post. Under processen erfarede den pågældende læge, at EPJ foreslog den ICD10-kode, der er medsendt fra den pågældende afdeling – og hvis der findes en ICPC-kode der relateret hertil – dog kun på organniveau. Det vurderes, at sammenkædning (mapning) mellem ICPC-kodning og ICD10 kodning kunne være bedre. Under kvittering for modtagelse af ekstern post gøres den pågældende AP opmærksom på en overordnet facilitet i journalen, der medfører, at der kan søges specifikt i forskellige kontakttyper i journalen.

Den involverede læge vurderer, at hvis kodeværktøjet skal kunne anvendes fuldt ud, så søgning kan foretages på kodeniveau, skal alle ansatte i praksis bruge kodeværktøjet ensartet – specielt på baggrund af at det kun er en af AP, der dagligt læser al indkommen post.

Spørgsmål der uddrages af denne observation i forhold til kommende fokusgruppeinterview:

Hvad er vigtigt for, at du kan anvende diagnosekodning?

Spørgsmålet retter sig mod systemets funktioner, afvikling af en konsultation og samarbejde med øvrige læger.

Hvad er dit kendskab til ICPC-diagnosekodning?

Spørgsmålet omhandler viden om diagnosekodningen og brugen af den.

Lægepraksis 2

Nedenstående observationer er indsamlet hos en AP i en delepraksis, med to AP, der anvender EPJ-system YY.

Ved første observation var jeg tilstede ved konsultationerne i tidsrummet 09:30 til 11.30. I dette tidsrum blev der afviklet fem konsultationer. Undersøgelserne varierede fra vaccination af børn til allergivaccination, blodtryksmålinger og vægt. De undersøgte patienter fordelte sig på et barn og fire voksne. Konsultationernes varighed varierede fra 10 til 15 min.

Under observationen blev der udført følgende rekvisitioner og undersøgelser

- 2 receptbestillinger
- 1 blodtryksmåling
- 2 vaccinationer
- 2 vægtmålinger
- 1 højdemåling

AP foretog opslag i journalen under konsultationerne. Antallet af opslag varierede fra et enkelt ved opslag til mange opslag. Disse opslag blev ikke foretaget på baggrund af en søgning ud fra en ICPC-kode, idet der ikke ret mange kodede notater. De fem konsultationer blev ICPC-kodet og AP vurderede, at tidsforbruget for kodningen var under et minut inkl. vurdering af hvilken kode, der skulle tilføjes en pågældende journalnotat.

AP udtaler, at brugen af diagnosekoder er med til at præcisere journalen og reducere den frie tekst i notatet.

2. Observation (2.2)

Under anden observation var det meningen, at jeg som observant skulle følge den indkomne eksterne post, der som tidligere nævnt bl.a. kan være epikriser, laboratoriums og røntgensvar. I det pågældende EPJ indlejres den modtagne korrespondance direkte i journalen, og gennemgang af posten sker via en postliste i Outlook. Som tidligere nævnt er pågældende praksis en delepraksis, der er organiseret således, at patienterne ikke kan være sikre på, at det er den samme læge, de kommer ind til hver gang. Dette bevirker også, at de to AP begge gennemgår al indkommet post. Da den indkomne post direkte indlejres i de enkelte patients journal, er det ikke muligt at foretage en samlet kodning af posten. De indkomne epikrisers medsendte ICD-10 koder gemmes i journalen og kan anvendes til en efterfølgende søgning.

Spørgsmål der uddrages af denne observation i forhold til kommende fokusgruppeinterview:

Hvad er efter din mening vanskeligt ved diagnosekodning?

Spørgsmålet går på, hvilke barrierer der kan være i forhold til at bruge kodeværktøjet, på hvilke område, der kan være behov for vejledning

Hvad er vigtigt for, at du vil anvende diagnosekodningen?

Spørgsmålet skal bl.a. afdække, hvilke benefit der forventes, og hvordan systemet kan påvirke brugen.

Udover disse spørgsmål, der tager udgangspunkt i observationerne, udarbejdes der også to spørgsmål ud fra de spontane besvarelser i SPU 2008.

Hvad kan forhindre brugen af diagnosekodningen?

Barrierer, holdninger til ICPC-kodning. Brug af andre funktioner i journalsystem.

Vejledning – hvilken form for vejledning?

Hvilke ønsker og forestillinger om vejledning har lægerne haft i forbindelse med besvarelse af spørgsmålet om vejledning i spørgeskemaundersøgelsen.

Fokusgruppeinterview

Udvælgelse af informanter til fokusgruppeinterviews

Deltagere til fokusgruppeinterviewene udvælges blandt de respondenter, der har besvaret SPU 2008 om anvendelse af ICPC-kodning i almen praksis.

Det tilstræbes at kunne samle følgende:

AP, som ikke koder og som ikke ønsker vejledning

AP, som ikke koder og som ønsker vejledning

AP, som koder og som ønsker vejledning.

Eftersom fokusgruppen forudsætter frivillighed og en engageret deltagelse i samtalen, vil de ideelle grupper i forhold til spørgsmålet være deltagere, som er interesseret i emnet. Ifølge Dahler-Larsen (54) skal gruppen være så heterogene som muligt, for at man kan bruge svarenes bredde og variation til at arbejde med. Det vil i praksis sige, at det ideelle er at samle AP fra forskellige lægepraksis men med samme EPJ-system. Systemfællesskabet skal sikre, at der er fælles forståelsesramme for selve begrebet, det at ICPC-kode i EPJ.

AP udvælges blandt AP, der har responderet på SPU 2008, idet jeg ser det som den eneste måde, hvorpå jeg kan identificere de tre grupper, som jeg ønsker at interviewe. Selve udvælgelsen af deltagere sker med en vis grad af bekvemmelighed, idet jeg ser mig nødsaget til at tage hensyn til AP skulle bruge på interviewet og på transport. Derfor sker udvælgelsen blandt de lægepraksis, der hører ind under de nævnte gruppe uden hensyntagen til, hvilket EPJ-system der anvendes i de udvalgte praksis. Det eneste krav er, at EPJ-systemet skal have ICPC-e-klassifikationen implementeret. Denne bekvemmelighedstilgang kan have "en skjult tendens, så bestemte erfaringer og synspunkter bliver overset." (56)

Dahler-Larsen (54) nævner, at de udvalgte grupper, som udgangspunkt kan

betrages som naturlige gruppe, der deler samme hverdagsvirkelighed, og som i en naturlig situation diskuterer fokusgruppeinterviewet emne uden indgreb fra undersøgeren. Denne naturlige gruppe kan dog også vise sig at være temmelig heterogen, idet personer måske kun føler, at de i begrænset grad deler samme virkelighed og ikke plejer at tale sammen om den slags emner, der præsenteres i fokusgruppeinterviewet, f.eks. hvis gruppen består af ledere og medarbejdere.(54, 57)

Denne kombination af deltagere kan bevirke, at dataindsamlingen bliver cluster, hvilket vil sige, at de medlemmer i en gruppe vil fremstå som én holdningstilkendegivelse.

Som udgangspunkt tilstræbes det at udvælge fem-seks informanter til hvert interview, dels på grund af at jeg som udgangspunkt alene skal gennemføre disse interviews som moderator, med brug af en båndoptager som referent og dels på grund af min knap så store erfaring med at styre et fokusgruppeinterview.

Hvis gruppen er for lille, kan deltagerne have svært ved at debattere og dermed kan formålet med fokusgruppen kompromitteres. (57).

Den konkrete udvælgelse er foretaget ved at gennemgå besvarelserne fra SPU 2008 og udvælge de praksis, hvorfra der var flest AP, der har besvaret spørgeskemaet. Indbydelsen til interview foregik gennem fremsendelse af brev til de pågældende praksis.

I brevet fremgik det, hvad formålet med fokusgruppeinterviewet er, og hvorledes det gennemføres. Samtidig bliver AP gjort bekendt med, at de ved deltagelse i interviewet bliver honoreret for en time. Det er desuden beskrevet, at der vil blive rettet henvendelse efter ca. syv dage til praksis med henblik på tilsagn og aftale om tidspunkt for interview.

Interviewguiden i overskrifter er desuden vedlagt for at sikre, at alle har mulighed for at overveje temaerne på forhånd.

Deltagere ved fokusgruppeinterview.

Der udsendes brev til 3 praksis. (Bilag D)

I første udsendelse var der negativ respons på deltagelse fra en praksis, der ikke koder, og som ikke ønsker vejledning, og fra en praksis, der koder, og som ønsker vejledning. Efter udsendelse af indbydelse til andre udvalgte AP var der positiv respons fra en lægepraksis, der i undersøgelsen havde angivet, at praksis ikke kodede og ikke ønskede vejledning, og respons fra en læge i en praksis, der koder, og som øn-

sker vejledning. Ved en telefonisk henvendelse til en praksis, der koder, og som ønsker vejledning, blev der aftalt et tidspunkt for fokusgruppeinterview.

Handling	
Udsendelse af Indbydelser	Uge 5
1. Kontakt til læger	Uge 6
2. Udsendelse af indbydelser	Uge 7
2. Kontakt til læger	Uge 8
Aftale: AP der ikke koder og ikke ønsker vejledning Kalder herefter Fokusgruppe 1	19. marts 2009
Aftale: AP der ikke koder og ønsker vejledning Kaldes herefter Fokusgruppe 2	1. april 2009
Aftale: AP, der koder og som ønsker vejledning Kaldes herefter Fokusgruppe 3	16. april 2009

Tabel 4 Oversigt over tidsplan for fokusgruppeinterview

Fund ved indbydelse til fokusgruppeinterview

Ved henvendelse til klinikkerne efter udsendelse af indbydelser var der flere årsager til afslagene for deltagelse.

En begrundelse, der stammer fra AP, der ikke koder, og som ikke ønsker vejledning, citeres her:

Der fremkommer ord som: Tidsrøvende, besværligt. Unødvendigt. Uoverskueligt, Uden egentlig værdi i daglig arbejde m.m.

"Jeg ved ikke, hvad det er med de ICPC koder, men så snart jeg nævner dette, er det afvisning og hælene sættes i. Ikke interesse i at berøre emnet mere"

(citeret med tilladelse)

Forløb af fokusgruppeinterview.

Fokusgruppeinterview afvikles i almen praksis. Intervieweren møder op i praksis kort før afholdelse af interview. Interviewene optages på båndoptager. Der er inden første interview udført kontrolforsøg med båndoptagere, hvor båndoptagelsens kvalitet er afprøvet, samt hvor stor en rækkevidde båndoptageren har. Dette tages der højde for i placeringen af båndoptageren ved interviews.

Hvert interview starter med en præsentation af interviewer og formål for fokusgruppeinterviewet. Deltagerne informeres om, på hvilket grundlag de er blevet udvalgt, og at deres udtalelser vil blive anonymiseret.

Fokusgruppe 1

Fokusgruppe 1 er tidsmæssigt placeret før aftenkonsultationen, og interviewet afvikles i kaffestuen, hvor deltagerne placeres rundt om et rektangulært bord.

Deltagere ved interview er to af de fire faste AP i praksis, en praksisreservelæge, ny-startet i praksis og to uddannelseslæger.

Fokusgruppeinterviewet varighed: 45 minutter

Fokusgruppe 2

Fokusgruppe 2 er tidsmæssigt placeret efter frokost og før eftermiddags-konsultation. Tidsrummet bruges ofte i pågældende lægehus til undervisning. Interviewet afvikles i kaffestuen, hvor deltagerne placeres rundt om tre borde, der som danner en trekant. Deltagere ved interview er fire af fire faste AP i praksis og to uddannelseslæger.

Fokusgruppeinterviews varighed: 1 time.

Fokusgruppe 3

Fokusgruppe 3 afvikles i formiddagstimerne på et tidspunkt, hvor lægepraksis modtager besøg udefra eller har intern undervisning. Grundet misforståelse afholdes fokusgruppeinterviewet i forbindelse med en kaffepause.

Ved interviewet deltager tre faste AP, samt to uddannelseslæger, der er vant til at anvende kodesystemet.

Fokusgruppeinterview varighed: 45 minutter.

Kontrol på validitet af dataindsamling

Ved det Fokusgruppe 2 deltog en antropolog som observatør. Formålet med denne deltagelse var, at få en refleksion over fokusgruppernes forløb specielt med vægt på min rolle som moderator og interviewets validitet i forhold til at få belyst de områder og spørgsmål, som undersøgelsen stiller. I projektets startfase blev det overvejet, om antropologen skulle deltage ved de tre interviews, men på grund af de planlægningsmæssige udfordringer kunne det ikke lykkes.

Den efterfølgende kritik var positiv i forhold til moderators evne til at få informanterne til at tale sammen, holde pauser og give rum til refleksion og også til at stille efterprøvende spørgsmål. Det blev nævnt, at moderatorrollen ind i mellem blev udskiftet med "rollen som it-konsulent", facilitator, hermed ment at det var svært ikke at undgå at komme med løsninger på nogle af deres problemstillinger. Informanterne kan se interviewerens som personen, der kan besvare spørgsmål om f.eks. systemets funktionalitet.

Som tidligere nævnt i afsnittet om udvælgelsesmetoden af informanter til fokusgruppe-interview kan den valgte metode medføre, at dataindsamlingen fra AP i den enkelte praksis vil fremstå som et cluster, idet der kan være en udpræget samhörighed og enighed i den arbejdsform og de holdninger, der er i den aktuelle praksis. Som det ses af ovenstående korte beskrivelser af de enkelte interviews, indgår uddannelseslæger og vikar i interviewene. Disse medlemmer kan bringe en viden i spil fra andre lægepraksis. Der vil dog også være en risiko for, at de ikke vil udtrykke markante meninger, fordi de er nyansatte i organisationen.

Databehandling af fokusgruppeinterview

De bandede interviews transskriberes af interviewereren mellem hvert interview. Jeg har ikke fundet nogen tidsangivelse i litteratur af S. Kvale eller J. Mainz, der angiver noget om længden af tidsrum, fra interview er optaget, til transskribering er foretaget. I dette projekt er det valgt at foretage transskriberingen i tæt tilknytning til interviewet, hvilket jeg har defineret som maksimalt en uge efter, at interviewet er foretaget og inden den næste interview. Dette valg begrundes i fordelene ved at kunne huske "scenen" og kunne placere stemmerne i forhold til informanterne.

Som tidligere nævnt i dette afsnit foretages transskriberingen af interviewereren, hvilket sikrer ens skriveprocedure. Transskriberingen sker ved at gengive ordret, hvad informanterne udtaler. Pauser er ikke gengivet. Det transskriberede materiale anvendes til en efterfølgende analyse, hvor bearbejdningen er afhængig af den valgte metode.

Umiddelbare fund i fokusgruppeinterviewene

I nedenstående skema angives fund fra både fokusgrupper og SPU 2008, som umiddelbart er synlige uden meningskondensering af udsagn.

	Spørgeskema 2008	Fokusgruppeinterview
Fokusgruppe 1	AP der ikke koder og ikke ønsker vejledning	Har forsøgt at kode og vil gerne i gang og ønsker vejledning
Fokusgruppe 2	AP der ikke koder og som ønsker vejledning	Har forsøgt at kode gennem længere tid og ønsker vejledning
Fokusgruppe 3	AP som koder og som ønsker vejledning	Ikke alle læger i praksis koder Ønsker vejledning.

Tabel 5 Sammenfatning af forventet og fundet gruppering i forhold til ICPC-kodning og ønske om vejledning.

Som det fremgår af ovenstående Tabel 5 er der varierende sammenfald mellem, hvad respondenterne har angivet i spørgeskemaundersøgelsen, og hvad de reelle behov og ønsker er ved afholdelse af fokusgruppeinterview. Dette er ikke ensbetydende med, at der er "svaret forkert" i SPU 2008. Men det er et resultat af den manglende mulighed for at afgive den pågældende svartype, eller det kan også bero på nedenstående:

"From cognitive studies it is well known that there is a difference between what people say they do, think they do and actually do and all three methods are not adequate for a study of the three levels. Questionnaires and committees may be suitable for studying what the clinical staffs say they do. By means of different questioning techniques interviews can uncover what the staff think they do, but to uncover what they actually do it is necessary to for a third party to observe the specific work practice " (58 s. 291)

Kondensering af interview.

Til kondensering af interview anvendes meningskondensering. En meningskondensering er en proces, hvor informanternes udsagn reduceres til korte sætninger med essensen af udsagnene, således at der skabes et overblik over det sagte.

Kondensering sker ved at forholde hvert et udsagn med dimensionerne i Tabel 4.

Underkategorierne bruges til at præcisere udsagnene.

Jeg definerer dimensionen System til at være EPJ-system plus ICPC-klassifikationen men markerer i parentes, hvis udsagnet kun omhandler ICPC-klassifikationen.

Der indgår kun de dimensioner i tabellerne, hvor de fundne udsagn kan indplaceres.

Interviewene navngives efter rækkefølge 1- 3 og informanterne kodes ud fra følgende terminologi:

1 interview: Læger L +fortløbende nummer (f.eks. to læger: L1, L2)

Uddannelseslæger U + fortløbende nummer

2 interview: Læger LL +fortløbende nummer (f.eks. to læger: LL1, LL2)

Uddannelseslæger UU + fortløbende nummer

3 interview: Læger LLL +fortløbende nummer (f.eks. to læger: LLL1, LLL2)

Uddannelseslæger UUU + fortløbende nummer

I interview 1 og 2 skulle indgå brugere, der ikke bruger ICPC-klassifikationen. Under interviewene fremgik det, at AP i begge praksis havde prøvet at komme i gang med

at anvende ICPC-klassifikationen men var ophørt igen. Ved kondensering af disse interviews anvendes dimensionerne ud fra den tilgang, hvad brugerne vil forvente, og hvad de har oplevet i deres anvendelse. Det betyder, at når der anvendes Brugertilfredshed er det ud fra informanternes forventning om og erfaring med brugertilfredshed, hvis de anvendte systemet.

I interview 3, der omhandler bruger af ICPC-klassifikationen, bruges dimensionerne direkte.

Der er i udvælgelse af informanter ikke selekteret på, hvilket EPJ-system informanterne anvender til journalføring.

Deltagerne ved fokusgruppe 1 og fokusgruppe 2 anvender det samme EPJ-system (yy), hvorimod deltagerne ved fokusgruppe 3 anvender et andet EPJ-system (xx)

Som første led i kondenseringen grupperes informanternes udsagn i forhold til de enkle dimensioner ved at forholde udsagnet til den dimension, der bedst karakteriserer indholdet i det udtalte. Enkelte af udsagnene kan godt indeholde flere forhold, og derfor kan de placeres i flere af dimensionerne.

Næste led er selve meningskondenseringen, hvor der sker en sammentrækning af de enkelte udsagn til kortere formuleringer, der indeholder essensen af udsagnet i forhold til dimensionen.

Fokusgruppe 1

Dimension	Kategori	Hvem	Meningskondenseret udtalelser
System	1	L1	Fleksibelt i forhold til overførsel af koder
	1	L3	Dette system er ret nemt at gøre det i.(Kode)
	2	L2	Tidskrævende
	1	L2	Systemet kan mere end andre. Er meget teknisk – svært tilgængeligt
Service	0	L2	Systemhuset kører også kurser i kodningen – er en del af deres udbudsbuket når de holder kurser
Brug	2	L1	Så langt er jeg ikke kommet ind i det endnu (i forhold til at bruge faciliteten at gøre en diagnose fast)
	2	L2	Kun skal bruge kodningen når det er af betydning. Skal ikke bruge det til alle konklusioner – <i>Man må ikke bruge det(kodningen) ukritisk</i>
	2	L3	og vi alle sammen havde kodet
	2	L2	Alle konsultationerne skal kodes
	3	L1	Vi skal anvende de samme koder – kode ens
	3	L3	Hvis man gennemgår og koder dem efter hver konsultation så er patienterne gennemgået efter et til to år.
	2	L2	Bare det at finde ud af, hvordan vi koder, er en barriere, for at komme i gang
	3	L2	Kodning i forhold til konsultationen, Manglende vane – det glider ud
	2	L3	Umiddelbart det at få det gjort Det er at få det til at blive en vane at få det gjort.
	3	L1	Øvrige arbejdsopgaver og registreringer tager tiden
Tilfredshed	2	L1	Kodningen kan være en hjælp ved søgning om oplysninger ved patienter som lægen ikke kender.
	2	L2	Kodningen kan være en hjælp ved søgning om oplysninger for uddannelseslæger
	2	L3	Systemet er let at bruge i forhold til det der tidligere er anvendt.
	2	L3	Vil kunne bruge det til at fremsøge notater
	2	U1	Vil kunne bruge det til at finde det relevante notat
Udbytte	1	L1	Overblik.
	1	L2	For os er det primært – det er overblik
	1	L2	Mulighed for kvalitetssikring
	1	L3	Arbejdsbesparelse i forhold til at søge
	1	L3	Hurtigt overblik
	1	L3	så var det måske nemmere at finde diagnoserne når patienterne kom igen
	2	U1	Tidsbesparende i forhold til at læse konsultationsnotater
	3	L1	Hvis det at kode det udløste ydelser kunne være motiverende
	1	L1	Uoverskuelig tidsramme for gevinst (ICPC)
		L2	Det er noget vi ikke umiddelbart har glæde af
	1	L2	Manglende her og nu gevinst
1	U1	Gevinst lidt hurtigere	

Tabel 6 meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 1 i forhold til D & M IS Model

Dimension	Kategori	Hvem	Meningskondenseret udtalelser
Organisation		L1	Hvis det at kode det udløste ydelser kunne være motiverende
		L2	Hvad er den skumle bagtanke fra regionen
		L2	Konsultation kan forlades uden notatudarbejdelse Tidspres Patientoverload, (ventetid i konsultation)

Tabel 7 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 1 i forhold til organisation

Deltageraktivitet i fokusgruppe 1

Som det fremgår af Tabel 6, deltager de fem informanter på lige fod i diskussionen. Dog er der færre udsagn fra de to deltagende uddannelseslæger indplaceret i skemaet. Dette skyldes ikke manglende deltagelse i interviewet, men manglende kendskab til EPJ-systemet i den aktuelle praksis. Uddannelseslægerne bidrager i interviewet med igangsættende overvejelser så som ” Kan man ikke gøre nogen af dem kroniske?”(Diagnoserne), der får de deltagende AP til at reflektere over deres kendskab til deres EPJ-system og ”Jeg kunne bedre gennemskue det”(Et EPJ-system fra et tidligere turnus-sted), der sætter en overvejelse i gang vedrørende selve EPJ-systemet.

Dimension System

Informanterne udtrykker, at EPJ-systemet er fleksibelt i forhold til at overføre ICPC-koder ved modtagelse af ekstern post, og at systemet er let at kode i. Samtidig udtrykkes det, at systemet er nørdet og kan meget. Det udtrykkes, at det at kode er en tidskrævende proces.

Dimension Service

Systemhuset afholder kurser bl.a. i ICPC.

Dimension Brug.

I forhold til brug er der funktionaliteter, som ikke kendes endnu. En informant giver udtryk for, at kodningen kun skal anvendes, når journalnotatet er væsentligt, og at der ikke må kodes ukritisk. Der gives udtryk for, at alle skal anvende kodning, og at det er vigtigt, at der anvendes de samme koder for samme tilstand. Umiddelbart vurderes det, at hvis der gøres en indsats, vil patienternes journaler være kodet indenfor et til to år.

De barrierer, der er i forhold til at anvende kodningen, handler for det første om, hvordan systemet fungerer, og dernæst hvordan det udnyttes korrekt. Det udtrykkes,

at dét at kode glider ud af bevidstheden, fordi det ikke er en vane, og det er svært at få gjort det til en vane. Andre opgaver så som anden registrering fjerner opmærksomheden fra at kode journalnotaterne.

Dimension Brugertilfredshed.

Informanterne angiver, at systemet er let at bruge, og at kodningen kan blive en hjælp i forbindelse med søgninger på journalnotater for uddannelseslæger og i forbindelse med konsultationer, hvor patienten ikke er hos vanlig læge. Det forventes, at kodningen kan anvendes til at fremsøge relevante journalnotater.

Dimension forventet Udbytte

Informanterne angiver, at deres primære udbytte er overblik i journalen. Derudover angives det, at det giver bedre søgemuligheder og mulighed for kvalitetssikring. Det forventes også, at kodningen vil give en tidsbesparelse i forhold til gennemlæsning af journalnotater.

Det påpeges fra en af informanterne, at udløsning af en ydelse for kodning kunne være en motiverende faktor.

Det nævnes som en hæmmende faktor, at det tager så lang tid, før kodningen giver gevinst.

Dimension Organisation

Her gives udtryk for, hvad Regionens skumle tanker er med at fokusere på ICPC-kodningen, og at hvis kodningen udløste ydelser, ville det være en motivationsfaktor. Der er et stort tidspres i praksis, og til tider må notater ligge ufærdige hen.

Dimensionerne Information

Der er ikke fundet belæg for at placere nogle af de kondenserede udsagn fra fokusgruppeinterview 1 i dimensionerne Information

Fokusgruppe 2

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
System	1	LL3	Krav til system: Nemt at bruge – nemt at finde oplysningerne
	1	LL1	EPJ-systemet er ikke fleksibelt i brug
	1	LL1	Systemet passer ikke ind i arbejdsgang – der dikteres
	2	LL1	Systemet er ikke nemt og overskueligt i sin visning af data
	1	LL1	Manglende funktionaliteter i form af pop-up
	1	LL1	Systemets søgefunktion for den enkelte patient er ikke optimal
	1	LL4	Vi skal have et system vi kan finde ud af (det synes xx ikke, at de har de ikke)
Informationer	1	LL1	Misbrug/mistolkning af informationer i koderne f.eks. ved forsikringsager
	1	LL1	Antager at kodningen ikke kan blive ensartet på landsplan
Service		LL1	Leverandørens kurser supporterer ikke kodning og søgning.
Brug	1	UU2	Antaget at der er sandsynlighed for at kode forkert
	1	LL1	Sådan er systemet ikke indrettet. Vi har ikke mulighed for at samle data
Brugertilfredshed	1	LL3	Har ikke kendskab til at håndtere alle funktionaliteter
Udbytte	1	LL1	Samle notatdata - overblik – der er masser af fordele i det
	1	LL2	Samle notater – overblik – vi skal bruge det for at se nytten.
	1	LL2	Overblik og en lettelse, mens patienten sad hos os så kunne det jo godt være, at vi havde tid til det.
	1	UU1	Lettere at skabe et overblik for en ny læge. Der kan jeg sagtens se en fordel.
	1	UU2	Nytteværdi i form af mulighed for statistik
	2	UU2	Lettere at skabe overblik for en ny læge
	3	LL1	Kobling til instrukser og vejledninger (Linkportalen)
	3	LL4	Tager tid
	1	LL4	Der er ingen repressalier, hvis vi ikke gør det, der er heller ikke nogen gevinst hvis vi gør det

Tabel 8 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 2 i forhold til D & M IS Model

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
organisation	Intern	LL1	Vi dikteret
	ekstern	LL3	Regionens administrative personale kender ikke til virkeligheden, hvor det kan være svært at kategorisere patienterne Er det umagen værd, hvis det ikke anvendes til noget ordentligt
	ekstern	LL3	Kan påvirke ressourcefordelingen mellem praksis – samt hvad der skal bruges tid på i praksis
	ekstern	LL3	Der ligger også i datafangst noget med indikatorer – og det siges, at indikatorer har svært ved at stå neutrale – de vil kunne bruges til et eller andet opdragelsesmæssigt. om man så er klar til at betale den samme regning som man måtte i England, hvor man røg op med 12 % (i ydelser), da de opfyldte kriterierne, det ved jeg så ikke rigtigt om, der ikke kommer en mufælde eller rottefælde, der siger, I er så dygtige, så får I kun halvt Den bekymring er der også, at der bliver et instrument der er kontrollerende og beskæmmende

Tabel 9 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 1 i forhold til organisation

Deltageraktivitet i fokusgruppe 2

Som det fremgår af Tabel 8 er der en lille tendens til fordeling af udsagn i forhold til fokusområder. Den ene af AP har mest fokus på brug og andre mere fokus på udbytte, og som det fremgår af Tabel 9 på organisatoriske forhold

Dimension System

Udsagn, der er rubriceret under system, omhandler informanternes holdninger til deres EPJ-system. Systemet passer ikke ind i praksis arbejdsgang, idet journalnotatet dikteres. Det nævnes også, at systemet ikke er fleksibelt, og at søgefunktionaliteten ikke er optimal. Der gives udtryk for, at det er svært at finde ud af at bruge systemet og at ICPC-kodeværktøjet ikke er brugervenligt.

Dimension Information

En af informanterne siger, at der kan opstå misfortolkning og misbrug af koderne i forbindelse med forsikringsager (*Skyldes brug af Obs. pro diagnoser*) og også at det ikke antages, at kodningen kan blive ensartet på landsplan.

Dimension Service

Leverandørens kurser berører ikke emnet ICPC-kodning.

Dimension Brug

Det fremhæves, at der er risiko for at kode forkert, samt at systemet ikke er fleksibelt i forhold til at samle data.

Dimension Brugertilfredshed

En af informanterne udtaler, at der ikke er kendskab til alle funktioner i det pågældende system.

Dimension forventet Udbytte

Informanterne forventer at kunne få et udbytte i form af overblik. Det gælder både AP i praksis og nye AP - herunder uddannelseslæger. Der forventes også en nytteværdi i forhold til at kunne lave statistik på egne patienter og kunne finde instrukser og vejledninger gennem Linkportalen. Det ses som en barriere, at det tager tid, og at der ikke er nogen repressalier, hvis det ikke gøres, men heller ikke nogen gevinst hvis der anvendes ICPC-kodning.

Dimension Organisation

Set i forhold til den interne organisation angives det, at pågældende praksis dikterer deres journalnotater og derfor må indføre en ekstra handling i form af at indskrive diagnose-koden i journalnotatet.

I forhold til den eksterne organisation udtrykkes der bekymring for, hvad data fra f.eks. datafangst skal/kan anvendes til. Om det skal anvendes opdragelsesmæssigt eller som en kontrolforanstaltning.

En af informanterne mener, at det kan komme til at påvirke ressourcefordelingen mellem praksis (*De gode og de mindre gode praksis*), samt hvad der skal bruges tid på i almen praksis. Dette ud fra en baggrund med manglende kendskab til hvordan det er i praksis, og hvilke udfordringer der er.

Fokusgruppe 3

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
System	2	LLL2	Mulighed for selvdefinerede overskrifter
	1	LLI1	Tidskrævende
	1	LLL1	utilfreds med hvordan det er skruet sammen på – det kunne godt være bedre – i forhold til vi sidder med i dagligdagen
	1	LLL1	Manglende integration med ICD-10 koder
	1	LLL1	Det er for inkonsekvent og det er svært at ramme det som vi har brug for, det kan det være. (ICPC)
	1	UUU2	Manglende specificitet i kodning (ICPC)
	1	UUU2	Sygdomsforløb er pr. definition er kroniske mærkes ikke automation som fast
	1	UUU2	Faste forløb står ikke centralt
	2	LLL1	Svært at finde koder (ICPC)
	2	LLL3	Svært at finde den rigtige kode(ICPC)
Information	1	LLL1	ICPC-koden er ikke dækkende for tilstanden
Brug	2	LLL1	Kodning anvendes ikke konsekvent
	1	LLI1	Det kunne være at det kunne gøres smart i det system vi har, hvis vi bruger det rigtigt
	2	LLL1	Kodningen sker i forbindelse med diktering
	2	LLL2	jeg koder lidt engang imellem
	2	LLL3	Jeg koder alle notaterne, men det er lidt det samme, på nogle områder og på nogen ikke (<i>problemer med at ramme den rigtige kode</i>)
	1	LLL1	Mener du til kvalitetssikring eller statistik eller - vi bruger det ikke
	2	LLL1	Så skal vi over til at have konsekvent kodning på eller bliver det skævt
Tilfredshed	2	LLL1	Den er ikke så stor(<i>Kendskab</i>) – vi er bare gået i gang med den første kodning
	2	LLL1	hvis der er kodet, det er rart synes jeg, at man lige kan lige finde det frem der er relevant
	1	LLL3	Men det går meget hurtigere med at kode nu end det gjorde for et år siden
	1	LLL2	Det ved jeg ikke - Jeg har for travlt med alt mulig andet. For øvrigt går det galt.
Udbytte	1	UUU1	Godt for uddannelseslæger til at få hurtigt kendskab til patientens forhold
	1	LLL1	Undgår at overse vigtige data
	1	LLL1	Men vi bruger den til at skabe overblik
	1	LLL1	det er åbenbart – det skaber overblik,
	1	LLL1	Nå ja, det der den hvor man kan gå ind på Sundhed.dk under den diagnose og se de forløbsbeskrivelser der er –men det har bare ikke været så godt endnu, så jeg bruger det ikke længere
		LLL1	Intet udbytte i forhold til kvalitetssikring eller statistik

Tabel 10 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 2 i forhold til D & M IS Model

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
organisation	internt	LLL1	hvis der blev kodet konsekvent så ville det være meget nemmere at finde tingene frem , det ville det, det ville være et stort skridt, men det gør vi nemlig ikke konsekvent
	internt	LLL1	Nej det er det ikke tid til sådan længere vi dikterer (henvisningerne) og angiver koder så skriver sygeplejerskerne det der skal stå
	internt	LLL1	Sekretær ordner den indkomne post

Tabel 11 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 2 i forhold til organisation

Deltageraktivitet i fokusgruppe 3

Som det fremgår af Tabel 10, er deltageraktiviteten båret af LLL1. Der indgår dog enkelte udtalelser fra de øvrige AP.

De to uddannelseslægers deltagelse berettiges ved at inddrage vinkler, som ny i en praksis og forhold omkring systemets opbygning.

Uddannelseslægerne har kendskab til ICPC-kodning. Det nævnes også, at tidligere kendskab til kodning i EPJ-system ikke var så brugervenligt som det, der er i den aktuelle praksis og derfor var tidskrævende.

Dimension System

En enkelt informant udtaler, at EPJ-systemet er fleksibelt i forhold til at selvdefinere behandlingsoverskrifter.

Derudover udtrykkes det, at det er en tidskrævende proces, og at det er svært at finde de relevante koder, og at koderne mangler specificitet. Der er utilfredshed med den måde, som kodningen er skruet sammen på, og det er påpeget, at der mangler integration med ICD-10. Det bemærkes, at kroniske sygdomsforløb automatisk burde være angivet som faste diagnoser, og at de burde stå centralt.

Dimension Information

En informant fremhæver, at ICPC-koden ikke er dækkende for tilstanden, *Ikke er fuldkommen (red.)*.

Dimension Brug

Det bemærkes, at der ikke kodes konsekvent i den aktuelle praksis, og at graden af kodning varierer fra læge til læge. En af informanterne udtaler, at alle notater kodes, hvis koden kan findes, og en anden informant udtaler, at der kodes lidt en gang i mellem. Der er tvivl om, hvorvidt systemet anvendes korrekt. Kodningen anvendes ikke i forhold til kvalitetssikring.

En barriere for brugen af kodningen er, at det ikke anvendes konsekvent.

Dimension Brugertilfredshed

Det bemærkes, at praksis kendskab til kodning ikke er så stor. Dog går det hurtigere med at kode, end det gjorde for et år siden. Praksis er bare gået i gang med kodningen.

Der udtrykkes tilfredshed med, at man kan finde notaterne frem i stedet for at skulle bladre igennem journalnotaterne.

En informant udtaler, at han har travlt med alt mulig andet, og at det går galt, når der skal kodes.

Dimension Udbytte

Som udbytte nævnes, at vigtige data ikke overses, og at det skaber overblik i journalen. En informant nævner, at en af fordelene er, at man fra sit EPJ-system direkte kan slå op på Sundhed.dk og finde relevante forløbsbeskrivelser, men at det ikke rigtigt fungerer. Derfor anvendes det ikke længere i praksis.

Dimension Service

Der var ingen af udtalelserne, som jeg fandt belæg for at rubricere under dimensionen Service.

Dimension Organisatorisk

På det organisatoriske område kan fremdrages følgende af interviewet.

AP dikterer deres henvisninger, men fremhæver ingen bemærkninger i forhold til ICPC-kodning og denne praksis. Sekretær modtager den eksterne post. Det fremhæves, at der ikke er fuld konsensus for internt, hvor meget der skal kodes, og hvordan koderne udvælges.

Vejledning

Fokusgruppe 1

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
Overordnet	0	L1	jeg har ikke lært noget om det sådan organiseret
	0	L1	Måltrettet kursus om ICPC
	0	L1	Kursus rettet mod den enkelte praksis
	0	L2	Systemhuset kører jo kurser – og kører også kurser i kodningen – er en del af deres udbudsbuket når de holder kurser
1 System	1	L1	Gennemgang af funktioner.
	1	L1	det kunne godt være at det blev meget nemmere, hvis man blev sat grundigt ind i det og fik lært de der tricks der kunne gøre det nemmere
	1	L1	Det køre nok mere på det enkelte system (journalssystem)
	1	L1	Jo man hvis I (regionen) kom her og viste os hvordan vi skulle bruge vore systemer. Det ville vi helt klart synes ville være alle tiders
	1	L1	Hands-on er bedre så har man mulighed for at lære det
	1	L2	Det er det at bruge systemet. Lære funktionaliteterne.
	1	L2	Bare det er systemorienteret
	1	L3	Hvis det ikke er systemorienteret skal det i hvert fald være let at overføre til en praksissituation
	1	L3	Overførsel fra gennemgang til selv at kunne bruge system
Brug	1	L3	Hvordan får jeg overblik i journal.

Tabel 12 Fokusgruppe 1 – Udsagn om vejledning fordelt på dimensioner

Ønsket om vejledning for fokusgruppe 1 fordeler sig, udover nogle generelle betragtninger over afvikling af kursus, i dimensionerne system og brug, hvor hovedvægten ligger i dimensionen system.

Generelle betragtninger

En informant udtrykker, at der skal være et generelt kursus om ICPC-kodning, og at kurset skal være rettet mod den enkelte praksis. Det udtrykkes implicit, at der er ønske om at lære det mere organiseret.

En af informanterne nævner, at systemhuset har kurser i forbindelse med ICPC-kodning, men det uddybes ikke nærmere.

Dimension System

Informanterne ønsker en gennemgang af funktionerne, og de ønsker at få lært de tricks, der kan gøre det mere enkelt at anvende. Der er fokus på det systemorienterede eller på en tilgang, der er nem at overføre til det benyttede system. En af informanterne udtrykke ønske om hands-on, hvilket vil sige træning ved en PC.

Dimension Brug

En informant udtaler et ønske om at lære, hvordan overblikket opnås i journalen.

Fokusgruppe 2

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
Alment	0	LL1	Basalt kursus
	0	LL1	Kursus der indeholder både undervisning i systemets håndtering og koderne
	0	LL2	Fællesstof for alle, kan godt blive formidlet samlet og efterfølgende kan lægerne gå en tur i et øverum ved siden af (f. eks ved leverandør) helst samme dag
	0	LL1	Lave et ad hoc EDB-undervisningslokale i praksis med egne PC
	0	LL1	Jeg kunne ikke forestille mig en konference, hvis vi nu legede at vi lavede en konference om hvilke diagnoser skulle de enkelte have, vi sad sådan og tog patient frem for patient og kiggede på, så blev vi aldrig færdige – vi ville have 4 forskellige meninger om, hvilken diagnose der skulle på, altså det ville tage tid med alle de muligheder der er der (henviser til kodekortet)
	0	LL4	Og så gør vi det i 14 dage 3 uger for at holde dampen oppe og så kommer der en og med vore data, vi nu har samlet sammen, og der er jo også nogen der siger, hvad kan vi bruge diagnoserne til
	0	LL2	Måske skal det deles op over 2 dage – system for sig og kodning for sig
	0	UU1	Undervisning i et laboratorium med cases – kan spørge de andre kursister til råds. Det kan være svært at overføre det til virkeligheden – derfor fint med et opfølgende kursus nogle måneder senere.
	0	LL2	Det kunne være rigtig godt – hvis det bare var os, ikke?
	0	UU2	Jeg har samme erfaring med kursus, der var lige nogle korte ting, der var nogle eksempler og det er så udvalgte der blev gennemgået bagefter.
System	1	LL3	Ønsker kendskab til systemets funktionaliteter
	1	LL3	Ønsker at få fortalt/demonstreret og prøvet, hvordan kodning udføres
	1	LL4	Vejledning i den tekniske del af kodningen
	1	LL4	Ønsker at få fortalt/demonstreret og prøvet, hvordan kodning udføres
	1	LL4	Ønsker at få fortalt/demonstreret og prøvet, hvordan kodning udføres – med træner på
Brug	3	LL2	Det der fylder mest er, hvad er det så rent faktisk man skal gøre
	2	LL3	Hvilke koder skal anvendes
	1	LL3	Selv finde ud af hvordan det bruges, et sted, hvor der er nogen viser hvordan, eller nogen man kan spørge.
	1	LL4	Undervisning ved kodning af egne data – mener ikke at teori er noget der flytter. men heller en eller 2 der sad ved maskinen og brugte vores egne data, Hands-on

Tabel 13 Fokusgruppe 2 – Udsagn om vejledning fordelt på dimensioner

Ønsket om vejledning for fokusgruppe 2 fordeler sig, udover nogle generelle betragtninger over afvikling af kursus, i dimensionerne system, information, brug

Generelle betragtninger

En informant udtrykker, at der skal være et generelt kursus om ICPC-kodning, og at kurset skal indeholde både undervisning i systemet håndtering samt selve koderne. Det foreslås, at det kunne opdeles over to dage og eventuelt ved at lave en opstilling af PC i praksis. Det nævnes også, at det f.eks. kan foregå i øverum hos leverandør-

ren, men efter samtale er der enighed om, at man foretrækker, at det foregår i egen praksis. Der tales om opfølgning efter en kodeperiode.

Dimension System

Informerterne ønsker en gennemgang af funktionerne samt en vejledning i den tekniske del af systemet. Der er ønske om hands-on, hvilket vil sige træning ved en PC.

Dimension Brug

Det udtrykkes, at der mangler kendskab til, hvilke koder der skal anvendes, og hvordan man faktisk skal gøre det.

Mener at der skal arbejdes i reelle patientjournaler.

Fokusgruppe 3

Dimension	Kategori	Hvem	Tekst
Alment	0	LLL1	Stedets nærhed har betydning – max 1 times kørsel
	0	LLL3	jeg tror nok e-learning var noget, så man kunne sidde i fred og ro
	0	LLL1	Der skal være gang i den. Det kunne meget bedre være en ala dig(it-konsulent) eller en der sådan formidler det tror jeg, tror i ikke? – (<i>henvendt til de andre</i>)- bekræfter
	0	LLL3	Præsentere e-learning på mødet – det er nogen gange meget rart at have det bagefter Når man så sidder til sådan noget (<i>møde</i>) Så bliver man præsenteret for hundrede forskellige genveje , så er det begrænset hvor mange af dem du kan huske dagen efter
System	1	LLL1	Kendskab til systemet funktionaliteter.
	1	LLL1	Opbygning af codesystemet Baggrund for codesystemet Hvordan finder vi den rigtige kode
	1	LLL1	(<i>Går det mest på selve brugen af kodningen?</i>) JA
Brug	3	UUU1	Man husker det bedre, får det bedre kørt ind, hvis man sidder selv og lige og. Men det er ikke noget der skal vare (90 min), og så høre
			Hvordan kodes der mest hensigtsmæssigt?
	1	LLL1	Bruges eller hvordan bruges journalsystemets funktionaliteter rigtigt.
Brugertilfredshed	2	LL1	Hvad man kan bruge det til andet end det vi i øjeblikket kan, det kunne skabe interesse for folk til at komme for hvad skal jeg bruge det til
	1	LLL1	Hvilke kompetencer skal jeg have – hvilke kompetencer har jeg
	1	LLL1	Hvad er det jeg skal kunne?
	1	LLL1	Kode så det er anvendeligt
	1	LLL1	Hvordan kan kodningen være lidt bedre
Udbytte	1	LLL1	Sådan en aha oplevelse, nå kan man kode det på den måde, nå den diagnosekode findes også til det,
	1	UUU1	Hvis overskriften er at spare tid med diagnose-kodning Men også hvad man kan bruge det til, det synes jeg godt kunne flettes ind

Tabel 14 Fokusgruppe 3 – Udsagn om vejledning fordelt på dimensioner

Områder, hvor vejledning kan påvirke anvendelsen af ICPC-kodningen, er ifølge fokusgruppe 3, udover nogle generelle betragtninger over afvikling af kursus, i dimensionerne system, brug/brugertilfredshed og udbytte. Nogle af udsagnene omhandler kompetencer og færdigheder, der i terminologien hører ind under brugertilfredshed.

Generelle betragtninger

En informant udtrykker, at afstanden i forhold til placering af et kursus har betydning. E-learning bliver nævnt som en mulighed (kender *ikke* til det udviklede program fra DAK-E), eller en kombination af et kursus(møde) og e-learning.

Dimension System

I forhold til dimensionen system udtrykker en af informanterne, at der ønskes kendskab til EPJ-systemets funktioner samt opbygning af kodesystemet og baggrund for kodesystemet. Det udtrykkes, at hovedvægten skal ligge på selve ICPC-kodningen.

Dimension Brug

Her udtrykker en informant, at det handler om, hvordan der kodes mest hensigtsmæssigt. Det handler desuden om at få og en vurdering af, om journalsystemets funktioner anvendes korrekt, eller hvordan det anvendes og om det (ICPC) kan anvendes til mere.

Dimension Brugertilfredshed

Her påpeges det, at det handler om, hvilke kompetencer skal jeg have, hvad skal jeg kunne, og hvordan kan jeg kode, så det bliver anvendeligt. Udsagnene stammer fra en af informanterne.

Dimensionen Udbytte

Ønsker at lære hvordan kodning sparer tid, og hvad kodningen kan bruges til.

Sammenfatning af fokusgruppeinterview i forhold til succesmodel

I dette afsnit sammenfattes hvert fokusgruppeinterview enkeltvis. Sammenfatningen af fokusgruppeinterviewene sker både ved en grafisk illustration og en sammentrækning af de meningskondenserede udsagn. Den grafiske illustration viser de enkelte dimensioners vægtning i forhold til kategoriseringen af barrierer og sammenholder dette med, hvor informanterne har ønsket vejledning.

Det er vigtigt at fastslå, at vægtningen af barrierer er sket i forhold til antallet af udsagn i den enkelte dimension, og at det ikke er en vægtning i forhold til betydning. At der er dimensioner, som der ikke er knyttet udsagn til, er kun et udtryk for, at dette har der ikke har været i spil.

Fokusgruppe 1

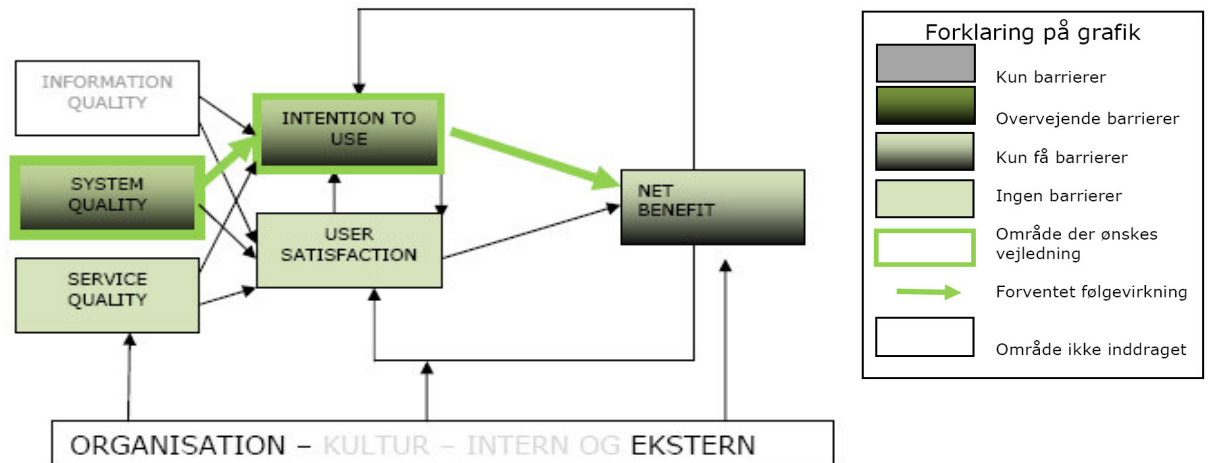


Diagram 2 Fokusgruppe 1

Som det ses af diagram for fokusgruppe 1, er der fundet barrierer/usikkerhed i forhold til System Quality og intention to use samt manglende opfyldelse af Net Benefit. Dette giver sig bl.a. til udtryk i manglende kendskab til funktioner, manglende opmærksomhed i forhold til kodning (er ikke en vane), og manglende tid.

Det nævnes i fokusgruppe interviewet, at AP skal kode ens, og det bemærkes, at udløsning af ydelser i forhold til kodning kunne være en motiverende faktor. Der spørges til Regionens intentioner i forhold til at sætte fokus på ICPC-kodningen.

Brugerne ønsker vejledning i forhold til kendskab af systemets funktioner, og de ønsker at få lært "tricks", der kan gøre det lettere for dem at anvende ICPC-kodningen og hvordan der opnås overblik over journalen.

Der er fokus på det systemorienteret, eller på en tilgang, der er nem at overføre til det benyttede system, eventuelt i form af om hands-on. (træning ved en PC.)

Det nævnes, at systemleverandøren afholder kurser.

Fokusgruppe 2

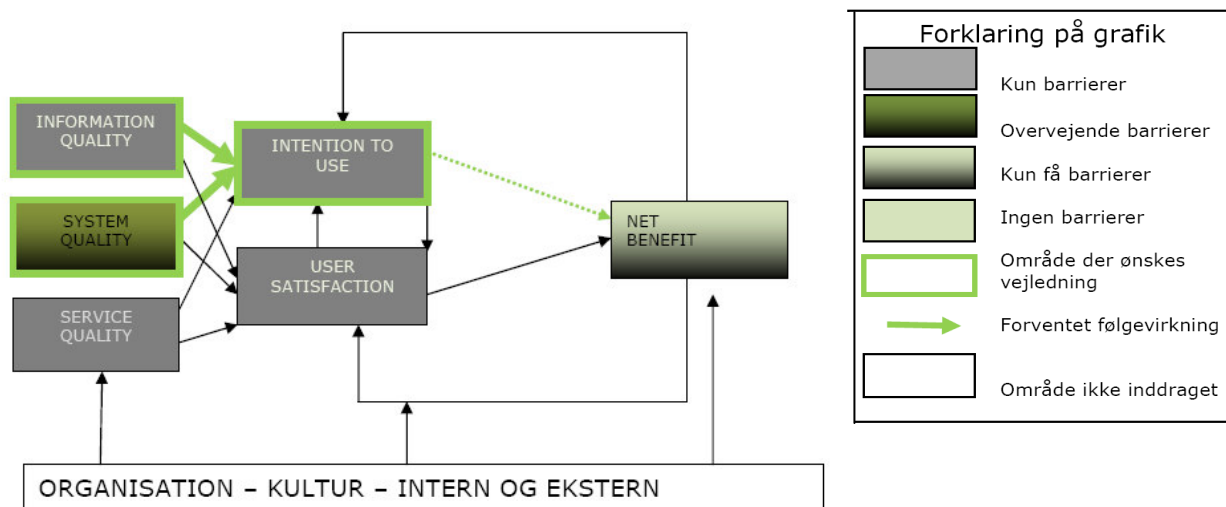


Diagram 3 Fokusgruppe 2

Det fremgår af diagrammet for fokusgruppe 2, at der er fundet barrierer/usikkerhed i forhold til system Quality, Information Quality og intention to use, user satisfaction samt manglende opfyldelse af Net Benefit.

Det udtrykkes, at EPJ-systemet ikke passer ind i praksis arbejdsgang, især fordi det er kutyme at diktere journalnotaterne. EPJ-systemet betegnes som svært og uoverskueligt at anvende, og der mangles kendskab til EPJ-systemets funktioner. Det nævnes, at der kan opstå misfortolkninger af diagnosekodningen og der kan foretages forkert kodning, enten ved forkert valg eller ved at bruge sygdomsdiagnoser som arbejdsdiagnoser.

Informanterne forventer et udbytte i form af bedre overblik i journalen og brug af eksterne vejledninger. Dog er tidsforbruget ved kodningen en barriere samtidig med, at der ikke er nogen gevinst ved at gøre det (heller ikke nogen repressalier).

Der udtrykkes bekymring i forhold til, hvordan data kan anvendes af ekstern myndighed i forhold til f.eks. ressourcefordeling.

Nævner at systemleverandørens kurser ikke gennemgår ICPC-kodning.

Informanterne ønsker en gennemgang af funktionerne samt en vejledning i den tekniske del af systemet. Der er ønske om hands-on, hvilket vil sige træning ved en PC. Det udtrykkes, at der mangler kendskab til, hvilke koder der skal anvendes, og hvordan man faktisk skal gøre det

Det foretrækkes at vejledningen, foregår i egen praksis. Der tales om opfølgning efter en kodeperiode.

Fokusgruppe 3

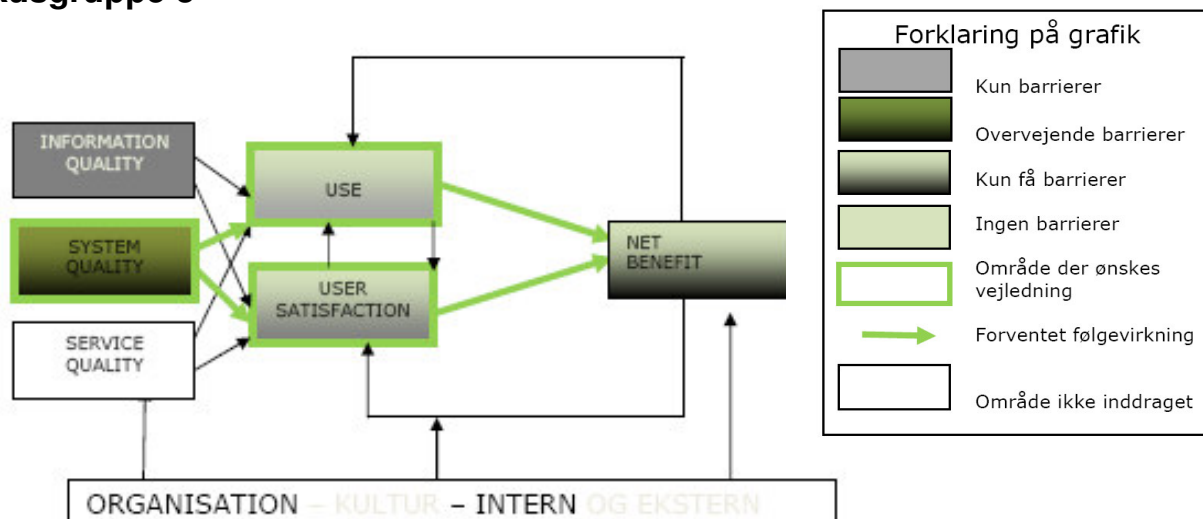


Diagram 4 Fokusgruppe 3

Generelt udtrykkes det, at det er en tidskrævende proces, at det er svært at finde de relevante koder, og at koderne mangler specificitet. Det påpeges, at der mangler integration med ICD-10. Det bemærkes, at kroniske sygdomsforløb automatisk burde være angivet som faste diagnoser, og at de(koderne) burde stå centralt.

Det bemærkes, at der ikke kodes konsekvent i den aktuelle praksis, og at graden af kodning varierer fra læge til læge. Der er tvivl om, hvorvidt systemet anvendes korrekt. Brugen af kodningen anvendes ikke konsekvent.

Det bemærkes, at praksis kendskab til kodning ikke er så stor. Dog går det hurtigere med at kode, end det gjorde for et år siden. Det nævnes, at vigtige data ikke overses, og at det skaber overblik i journalen. En informant nævner, at en af fordelene skulle være, at man, fra EPJ-systemet, kan anvende ICPC-koden som søgekriterium til opslag på Sundhed.dk, men at det ikke er så godt endnu. Derfor anvendes det ikke længere. Kodningen anvendes ikke i forhold til kvalitetssikring.

Her udtrykker en informant, at det handler om, hvordan der kodes mest hensigtsmæssigt og få en vurdering af, om funktionerne i journalsystemet anvendes korrekt. Det handler også om korrekt kodning, og om ICPC-kodningen kan anvendes til mere. Der er et ønske om at lære, hvordan kodning sparer tid. Kursets fysiske placering har betydning for fremmøde, og E-learning eller en kombination af et kursus(møde) og e-learning bliver nævnt som en mulighed. Dette udsagn skal ses i forhold til, at delta-

gerne i fokusgrubeinterview 3 ikke har kendskab til det nyudviklede e-learning-program fra DAK-E.

Læringsbehovet set i forhold til læringens 3 dimensioner og samfund

Illeris samspilsmodel, som er beskrevet og illustreret i afsnittet om læring, indeholder dimensionerne indhold, drivkraft og samspil omkranset af samfund. Illeris skriver om sin model, at dette samspil både omhandler det nære sociale niveau og de overordnede samfundsmæssige. Nedenstående tabel viser informanternes udsagn opdelt i forhold til dimensionerne indhold, drivkraft og samspil, sammen med den sociale og samfundsmæssige relation. Denne opstilling har jeg ikke fundet beskrevet i litteraturen, men som følge af, at modellen bygger på, hvordan disse dimensioner påvirker hinanden. [Figur 6], finder jeg belæg for at undersøge, hvilke interview-udsagn, der kan relateres til de enkelte dimensioner og hermed vise sig, om der er en forskel i det udtryk, som fokusgrupperne efterlader.

Valgene af udsagn i forhold til dimensionerne sker ud fra en subjektiv vurdering. Der er medtaget flere udsagn, hvis de modsiger hinanden.

Dimension	Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3
Indhold	Måltrettet kursus om ICPC Gennemgang af funktionaliteter Lære funktionaliteterne -	Kendskab til journalsystemets funktionaliteter Den tekniske del af kodningen – Hvordan udføres en kodning Hvordan kodes rigtigt Kodning og system kan ikke adskilles.	Baggrund og baggrund forkodesystemet Hvordan kodes rigtigt og hensigtsmæssigt Korrekt brug af journalsystemets funktionaliteter Hvilke kompetencer skal være opfyldt
Drivkraft	Hvordan får jeg overblik Organiseret lære noget om det (ICPC)	Hvordan får vi overblik Hvordan bruger vi det statistisk	Hvad kan det bruges til Anvendelighed
Samspil	Hands-on (Imitering)	Hands-on (Imitering)	E-learning – egen læring Fællesundervisning
Social	I egen praksis	I egen praksis (dog er andre muligheder været nævnt)	Sammen med andre AP
Samfund	Ønsker om ydelse i forhold til løsning af opgave.	Der ligger også i datafangst noget med indikatorer – og det siges, at indikatorer har svært ved at stå neutrale – de vil kunne bruges til et eller andet opdragelsesmæssigt	Ingen

Figur 10 Udsagn i forhold til læringens 3 dimensioner og samfund

Fokusgruppe 1

Ønsker målrettet kursus om ICPC og ønsker at få gennemgået og lært (hands-on) funktioner. Ønsker det placeret i egen praksis. Deres drivkraft (motivation) er ønsket om at få overblik i journalen. Giver udtryk for at en overenskomstmæssig ændring kan være med til at påvirke brugen af ICPC-kodningen.

Fokusgruppe 2

Ønsker at få kendskab til journalsystemets funktioner og den praktiske udførelse af en ICPC-kodning. Her er også fokus på, hvordan koderne anvendes korrekt i forhold til notaterne. Der ønskes træning i kodning. Den praktiske del forestilles afviklet i praksis, men andre muligheder blev også nævnt. Deres drivkraft er et ønske om at få overblik og kunne anvende værktøjet statistisk. Der er et overvejende ønske om, at det foregår i egen praksis.

Der udtrykkes bekymring i forhold til, hvordan data kan anvendes eksternt.

Fokusgruppe 3

Informanterne i fokusgruppe 3 har mere fokus på det indholdsmæssige og på at få noget baggrundsviden om ICPC-klassifikationen og blive opdateret på den tekniske del af kodningen i journalsystemet. Her er motivationen, hvad ICPC-kodningen kan anvendes til. Informanterne i fokusgruppe 3 har ikke behov for, at det afholdes i egen praksis. E-learningprogram fremhæves som en mulighed til egen-læring.

Der er ikke fundet belæg for at placere noget i samfund.

Introduktion til diskussionen

Nedenstående præsenteres de samlede fund fra fokusgruppeinterviewene der vil indgå i diskussionen.

Hvilke barrierer/usikkerhed identificeres i forhold ICPC-kodning

Der er enighed blandt informanterne om, at tidsfaktoren har stor betydning. Blandt de informanter, der ikke anvender kodeværktøjet, udtrykkes der bekymring for, på hvilken måde data kan udnyttes i andre sammenhænge, f.eks. at ressourcer allokeres i forhold til aktivitetsniveau i praksis.

Det er en barriere at få indarbejdet ICPC-kodningen, som en vane i den daglige arbejdsproces, eller at få det passet ind i den arbejdsgang, der er i praksis, fordi journalnotaterne dikteres.

Der udtrykkes problemer med at finde de korrekte ICPC-koder, men også i forhold til kodningens specificitet. Der er også fundet belæg for at vurdere, at der er manglende viden om, hvordan kodningen udføres.

Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger i brugen af ICPC-kodningen

Det fremgår af analysen, at informanternes ønsker om fremtidige aktiviteter i forhold til ICPC-kodning er kurser, der omhandler hvordan ICPC-kodningen foretages. Ønsket omhandler også, hvad ICPC-kodningen kan anvendes til, og hvordan kodesystemet er opbygget, samt baggrunden for klassifikationen.

I analysen er der fundet forskellige behov hos informanterne i forhold til, om der kodes i forvejen, eller der ikke kodes. De informanter, der ikke koder, er mest fokuseret på den praktiske del, hvorimod de informanter, der koder, giver udtryk for, at de gerne vil "vide lidt mere". Ellers ligger behovet i at lære, hvordan det giver overblik i journalen. Der udtrykkes ønske om at lære at fremsøge de korrekte ICPC-koder.

Diskussion

Efter analysen af fokusgruppeinterviewene, hvor et af resultaterne viser, at der ikke vil indgå udsagn fra den identificerede gruppe af AP, der ikke koder, og som ikke ønsker vejledning, har jeg valgt at lade nogle af de spontane udsagn fra SPU 2008 [Figur 1] samt udsagn i forbindelse med henvendelse om deltagelse til fokusgruppeinterview til ovenstående gruppe indgå i diskussionen.

Anvendelsen af ordet læring i stedet for vejledning, som blev anvendt i SPU 2008, kan yderligere begrundes med, at der hyppigt bliver anvendt ordet "lære" i interviewene, og at der udtrykkes ønsker om at kende baggrunden for kodningen, og hvordan man koder rigtigt. Dette kan tages som et udtryk for at ville lære frem for at få en vejledning, eller en rådgivning.

Hvilke barrierer/usikkerhed identificeres i forhold til brugen af ICPC-kodningen

Det er bemærkelsesværdigt, at informanterne i fokusgruppe 1 og fokusgruppe 2 har en forskellig vurdering af deres EPJ-system(xx) og ser forskellige barrierer i forhold til at implementere ICPC-kodningen i det daglige arbejde. Informanterne i de 2 fokusgrupper har været enige om, at ville indføre ICPC-klassifikationen i deres praksis. De

2 grupper giver forskellige grunde til, at det ikke lykkes, hvilket diskuteres i det efterfølgende.

Brug af journalen

Journaloptegnelse og kodning af et journalnotat kan betragtes som en lineær proces. Bestemte handlinger skal foretages i rækkefølge. Og nogle processer skal være valgfrie, for eksempel markering af diagnoser som kroniske. Informanterne fra fokusgruppe 1 påpeger, at det er det tidsmæssige, der er årsagen til, at de ikke anvender ICPC-kodning. For informant L2, der indimellem må forlade sin konsultation, fordi der er mange patienter i venteværelset, er dilemmaet, at arbejdsgangen med skrivningen af journalnotatet bliver en ulineær proces. Eftersom det endnu ikke er blevet en vane at ICPC-kode, udskydes det til sidst på dagen eller måske til sidst på ugen. Og måske ender det med, at man helt glemmer at gøre det.

Årsagen til at tilegnelsen af ICPC-kodningen ikke er opstået, kan forklares med at der opstået et "forsvar," idet mængden af "mentalt indhold", som følge af at skulle anvende ICPC-koden, er overskredet.

Tekniske systemer har ofte en social konsekvens og sociale processer har eller kan have en konsekvens i forhold til brugen af It-systemer. Hver gang der udvikles et system, er det nødvendigt at beskrive både de sociale processer og handlinger sammen med systemets tekniske opførsel og design.(11).

Her kunne en teknisk løsning som f.eks. en pop-up-menu til indtastning af en ICPC-kode, før lukning af journalnotatet være en mulighed. Denne løsning vil ikke afhjælpe problemstillingen med, at systemets procedurer ikke passer til en praksisprocedure med diktering af journalnotater. Informanterne anvender ikke journalnotatdelen, idet dikteringen transskriberes af sekretæren. Og i de daglige konsultationer anvender de journaloversigten, der ifølge informanterne giver overblikket. Problemstillingen er her proceduren med at skulle ind i journalnotatet og angive en ICPC-kode. Det er et indgreb i deres normale arbejdsgang og organisation i den pågældende praksis.

Dette tolker jeg sådan, at det ikke kun er systemets egenskaber, der er årsagen, men også, hvordan de anvendes. Den viden, brugerne har om systemet, og de ressourcer, f. eks i. tid, som brugeren har, påvirker brugen. (8),(12)

Her kan årsagen til den manglende læring til at anvende ICPC-kodningen, forklares med en "modstand" over for EPJ-systemet måde, at håndtere ICPC-kodningen

For en informant fra fokusgruppe 3, der har EPJ-system (yy), er problemstillingen, at det er svært at finde den rigtige kode og også usikkerheden på, om informanten anvender systemet korrekt. Dette er en problemstilling i forhold til både det tekniske niveau og Human Computer Interaktion-niveau. En konsekvens af dette kan være, at alle journalnotaterne ikke ICPC-kodes, på trods af en fælles forventning herom.

Denne usikkerhed om "fejllæring" kan, fordi den er erkendt af informanten give motivation til at deltage.

Som beskrevet i problemfeltet, er udvalget af EPJ-systemer til lægepraksis stort, og som det fremgår af Tabel 3 er der mange forskellige systemer repræsenteret i alment praksis i RM. Som tidligere nævnt, er der flere måder at organisere sig på i almen praksis. Disse forhold er med til, at AP kan få en forskellig oplevelse af ICPC-kodningen. I kravspecifikationen for ICPC-2-DK er det beskrevet, hvilke krav EPJ-systemerne skal opfylde, og i hvilken grad dette skal ske, for at et system kan certificeres. Dette er overvejende sket på det tekniske og til dels på det brugervenlige (Usability) niveau.

Det er et spørgsmål, om denne kravspecifikation vil kunne imødegå de organisatoriske forhold, eller om organisationerne skal tilpasse sig systemet.

Hvis det sidste er tilfældet, kræver det i følge John Kotter bl.a. kræve en effektiv vision. Det kræver en vision, der er tænkelig, ønskelig, gennemførlig, fleksibel og nem at kommunikere. Visionen skal kunne kommunikeres på fem minutter og kommunikeres mange gange(59)

Findes der en vision for ICPC-kodning i almen praksis? Det tætteste jeg kan komme det. er de 10 målsætninger for ICPC-2-DK, som er udførlige, men ikke nemme at kommunikere på fem minutter.(18)

Har en vision nogen indflydelse i almen praksis? Det fremgår af interviewene, at det er de interne gevinster, der er den forventede gevinst blandt informanterne. Det at få overblik i journalen er en gevinst, der klart er slået igennem i bevidstheden, og et mål der tilstræbes. Er det stærkt nok i forhold til den påvirkning, brugen af ICPC-kodningen kan have på organisationen? En af informanterne udtaler, at overblikket vil gavne uddannelseslægerne, men selv har vi ingen glæde af det. Dette kunne tyde på, at der ikke er en tilstrækkelig stor gevinst.

Den manglende gevinst, kan frembringe en "modstand" idet man ikke kan forholde sig det indhold, der skal læres.

Interviewene viser ligeledes tvivl hos informanterne om specificiteten af ICPC-kodningen mellem AP. Dette kan tolkes, som en implicit, indirekte vægtning af ICPC-kodningens betydning for den enkelte informant i forhold til andre opgaver i praksis, men kan også tolkes som en reel usikkerhed på kvaliteten. (42, 41).

Blandt informanterne, der ICPC-koder, er der en bevidsthed om, at der er mulighed for at søge relevante patientvejledninger, forløbsbeskrivelser eller andre opslag ved hjælp af Linkportalen. Brugere er ikke tilfredse med funktionen, så linkportalen anvendes ikke længere. Denne bevidsthed om, at der er nogle funktioner, som kan være nyttige, men som ikke virker, gør, at brugeren mister lysten til at anvende det. Der er kun få forsøg hos udvikleren til at ramme rigtigt med sit design, derfor er det vigtigt, at det rammer/fungerer første gang. (51)

Følgende udsagn fra de tre fokusgruppeinterviews beskriver informanternes holdning til deres EPJ-system i forhold til at håndtere ICPC-klassifikationen.

Vores system er meget nørdet og kan meget,
Så langt er jeg ikke kommet ind i det(systemet) endnu,
Det er ikke fleksibelt,
Søgefunktionen er ikke optimal,
Ikke tilfreds med hvordan systemet er skruet sammen,

Brugerens Conceptual model af systemet er ifølge Donald Norman vigtig. En Conceptual model afspejler, om brugeren forstår de handlinger, systemet foretager. Ved manglende forståelse vil brugeren måske foretage tilfældige handlinger og lave fejl (51 s.12-13, 189). De to første udsagn, ovenfor stammer fra fokusgruppe 1, hvor det udtrykkes, at informanterne overordnet udtrykker, at det er et godt EPJ-system. Udtalelserne kan ses i forhold til manglende consistency og visibility(51,61). Brugeren har svært ved at gennemskue systemet, og det er måske ikke let at lære. De sidste udsagn kan ses i forhold til en manglende tilpasning til den kontekst, som systemet er en del af, men også som et udtryk for, at systemets effektivitet ikke kun er de indbyggede funktioner, men også den måde, som brugeren fortolker systemet på. Denne fortolkning vil være subjektiv(8)

Udover de deltagende uddannelseslæger, har en af informanterne i undersøgelsen været på kursus eller modtaget vejledning i at anvende ICPC-klassifikationen. Ingen af deltagerne i undersøgelsen giver udtryk for, at de har lært at anvende ICPC-

klassifikationen i eget journalsystem. Som en af informanterne i gruppen af AP, der ICPC-koder, udtrykker det, er det sket ved learning by doing. Ved Learning by doing handler det ud fra det mentale billede den enkelte har skabt fra tidligere erfaringer. Ifølge Kolb er det den konkrete oplevelse, der gennem observation og refleksion er med til, i sidste ende gennem aktiv handling, at danne en ny opdagelse. Hvis den igangsættende oplevelse ikke giver lyst til aktiv handling, så dannes der ikke en ny opdagelse, og hermed stopper den dynamiske læring, (29, 30) som når det erkendes, at OBS. Pro. diagnoserne vil fremgå af forsikringspapirerne.

Her er det oplevede et resultat på en "fejllæring", der skal opdages for at kunne korrigeres.

Den manglende honorering for arbejdsopgaven og usikkerheden for, hvad de interne data kan anvendes til internt, er to situationer, hvor der er et velovervejede "forsvar", der kan modgå drivkraft i en læring

Delkonklusion: Hvilke barrierer eller usikkerhed

Systemernes manglende modenhed og tilpasning til arbejdsgangene er barrierer, der er identificeret i forhold til brugen af ICPC-kodeværktøjet og som hæmmer helt eller delvis enten ved et forsvar, eller ved en modstand mod læring. Visionen og samlede målsætning for synes ikke at være tydelig for informanterne, idet informanterne ser ICPC-kodeværktøjet kodeværktøjet som et internt redskab til overblik i journalen.

Dog nævnes usikkerheden på, hvad data kan bruges til af myndighederne og forsikringsselskaber, hvilket kan begrundes med manglende vejledning i brugen af ICPC-klassifikationskoden. Manglende honorering for arbejdsopgaven nævnes også som hæmmende for indsatsen med at anvende ICPC-kodning.

Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger i brugen af ICPC-kodningen

Identifikation af brugerne

Som beskrevet i problemstillingen har målet været, at 80 % af AP ICPC-koder medio 2009. Dette mål er endnu ikke nået, og kendes de faktiske tal for kodeaktiviteten blandt AP i Danmark?

I følge resultatet af SPU 2008 angav 56 % af AP, at de ICPC-kodede (alle patient-kontakter eller de kroniske patientkontakter), og 44 % der angav, at de ikke ICPC-kodede (få eller ingen patientkontakter). Af disse grupper var der som tidligere nævnt

nogle, der ønskede vejledning og andre, der ikke ønskede vejledning. Som det fremgår af

Tabel 5 er der en diskrepans mellem, hvad der er besvaret i spørgeskemaundersøgelsen, og hvad det reelle behov er.

En af årsagerne kan bl.a. være, at der ikke var mulighed for at angive, at man havde "prøvet, men opgivet" at ICPC-kode, og at de lukkede ikke udtømmende svarmuligheder, gjorde, at respondenterne valgte en mere neutral midterkategori eller NEJ.

Nogle fandt det eneste tomme felt og ytrede sig udenfor de fastlagte svarfelter.

Jeg har her ikke mulighed for at efterprøve spørgeskemaet, men vil i stedet fokusere på gruppen, der ikke har besvaret spørgeskemaet, og den gruppe, der ikke koder, i forhold til om de har angivet, at de ønsker vejledning eller ej.

Selvom hovedparten af AP i én praksis svarer ja til, at de ICPC-koder, så er det ikke ensbetydende med, at billedet nødvendigvis er det samme på praksisniveau. Hermed henstår den store gruppe af AP (55 %), der ikke har besvaret SPU 2008 ubekendt, i forhold til kodeaktivitet. Det kan være, at AP anvender ICPC-koder, men ikke har villet eller kunnet besvare spørgeskemaet. Det kan også være, at AP ikke ICPC-koder og ikke har lyst til at blive kontaktet, eller at de har prøvet at ICPC-kode, og er gået i stå eller har opgivet.

Den gruppe der har angivet, at de ikke koder, kan ifølge SPU 2008 dække over respondenter, der ikke har lyst til at anvende ICPC-klassifikationen, hvilket fremgår af besvarelser som: "*Og jeg ønsker under ingen omstændigheder at bruge tid på kodning*" [Figur 1], Det kan også, som det fremgår af denne undersøgelse, dække over respondenter, der prøvet at anvende ICPC-kodning, men er gået i stå. Dette ophør begrundes med, at systemet er svært at finde ud af, eller med at tidspresset er for stort i klinikken.

Den første gruppe angiver, at de ønsker vejledning, idet respondenterne selv har identificeret en problemstilling, i forhold til at bruge ICPC-kodningen i eget system. Den anden gruppes problem er tidspresset i klinikken, hvilket ikke relateres til selve håndteringen af kodningen.

AP, der ønskes vejledning og som har prøvet at kode, kan have en anden tilgang til at komme i gang med kodningen, end de AP der ikke tidligere har anvendt ICPC-kodningen. De førstnævnte vil være præget af tidligere viden/erfaringer og ressourceforbrug og den kontekst, ICPC-klassifikationen har været anvendt i. (8). Som det fremgår af udtalelser fra fokusgruppe 2, handler det om et basalt kursus, med fokus

på den tekniske del, men det fremgår også, at det er vigtigt at få inddraget den kontekst, som systemet skal anvendes i.

Undervisning/aktiviteter i forhold til kodeniveau og den sociale kontekst

Som det fremgår af undersøgelsen udtrykker informanterne forskellige behov for undervisning og aktiviteter i forhold til indhold og metode.

Det fremgår af informanternes besvarelse [Figur 10], at de fleste af de informanter, der ikke anvender kodeværktøjet, har udtrykt at blive trænet i at ICPC- kode. Det handler om, at prøve at anvende det i eget EPJ-system, men også at lære noget om, hvad ICPC-kodningen kan anvendes til.

Informanterne, der hyppigt anvender ICPC-kodningen, udtrykker behov for at få baggrundsviden, lære om selve ICPC-klassifikationen og udvælgelse af koder i forhold til indhold i journalnotat.

Ovenstående vil efterfølgende diskuteres i forhold til den tidligere beskrevne model læringens tre dimensioner [Figur 1].

Den form for læring, der efterspørges blandt informanterne, der ikke koder, kan betragtes som en kumulativ læring, hvor de tekniske handlinger for kodningen(indholdet) trænes, imiteres (læres udenad), og de grundæggende principper for kodningen indlæres. Drivkraften er ønsket om at få overblik i journalnotater og her underforstået ved, at det skal tage udgangspunkt i egne patienter, hvor handlingen giver nytteværdi.

Informanterne, der ICPC-koder, har allerede kendskab til området og ser sig i stand til at tillægge ny viden til det kendte og herved opnå ændringer af viden og færdigheder. Dette kan ses som en blanding mellem assimilativ og akkomdativ læring, hvor især den sidste læringstype kræver, at der er energi til, at rekonstruere sin viden og til at turde slippe det allerede kendte gennem virksomhed. Drivkraften eller motivationen er søgningen efter, om jeg gør jeg det rigtigt, og om det kan anvendes til mere.

Der er forskel på nærheden i samspilsrelationen for de informanter, der ikke koder og de informanter, der koder. De informanter, der ikke ICPC-koder, lægger vægt på det interne kollegiale samspil, hvor det, at kunne relatere det til eget system fremhæves.

Fordelen ved undervisning i egne journalnotater fremhæves også. Den praksisnære relation er også fremhævet enten udtrykt i forhold til, at det skal foregå i egen praksis eller i form af sætningen "bare os".

De ønsker, informanterne der ICPC-koder, har i forhold til det sociale samspil, er mere rettet mod erfaringer fra andre praksis eller egen-læring. Her er det ikke det praksisnære sociale, der fremhæves, men enten et større kollegialt forum eller et e-learning program om ICPC-kodningen, som de selv kan sidde og arbejde med.

Jnf. den didaktiske model [Figur 5] er det hensigtsmæssigt, at vægte anvendelsen af undervisnings-, opgave og projektformen, når det omhandler at tilegne sig et bestemt fagligt stof eller en problemstilling. Er der derimod tale om kompetenceudvikling, er metoderne rettet mod det mere deltagerstyrede frem for det mere lærerstyrede (27 s. 259.) Det faglige stof formidles gennem assimilativ og kognitiv erkendelse, hvorimod det mere problemorienterede formidles gennem den assimilative og divergente erkendelse. Der ligger ikke klare skel mellem indhold og problem, men det er der imod et kontinuum.(27, 29)

Når dette overføres til denne undersøgelse, vil resultatet være, at undervisning kombineret med opgaver - her i form af den praktiske udførelse af ICPC-kodningen - være en didaktisk metode, der kan modsvare ønskerne fra de informanter, der ikke koder og undervisning uden decideret specifik opgaveløsning, der vil kunne tilgodese ønskerne fra de informanter, der ICPC-koder.

Dette fund kan relateres til et studie udført af Barbara J. Daley, hvor det er undersøgt, hvorledes professionelle lærer. Studiet har inkluderet 20 sygeplejersker, hvor 10 var novicer¹(nybegynder), og 10 var defineret som eksperter. Interview af sygeplejerskerne og disses egen-beskrivelser af læringsituationer indgik som datagrundlag. Resultatet af studiet er bl.a., at nybegynderne ønskede en mere formel læringsproces, hvorimod eksperterne efterspurgte læring, der gik mere i retning af det informationsprægede og efter dialogen med kollegaer.(60)

Ovenstående inkluderer ikke de AP, der ikke koder og som **ikke** ønsker vejledning.

¹ Begreberne Novice og Ekspert er defineret af Dreyfus, H.L. og Dryfus, S.E. og er beskrevet i bogen Mind over Machine(62)

Her mangler drivkraften i forhold til indholdet. Drivkraften og barrierer mod læring er helt centralt og kommer forud for indhold og didaktiske overvejelser. Hvis termen ICPC får AP til at "sætte hælene i", er det ifølge Peter Jarvis, engelsk læringsteoretiker, en "rejection" hvilket vil sige en afvisning i forhold til at ville lære noget nyt i en bestemt sammenhæng. Det skyldes ifølge Illeris' begreber en modstand eller et forsvar. Det kan være svært at vurdere, men en måde at omgå det på er ved at overskride dette forsvar eller modstand.(27)

Hvis ordet ICPC får AP til "at sætte hælene" i, skal udgangspunktet for læringen måske ændres fra at være om ICPC til den kontekst, som ICPC-koden indgår i. Den kontekst, som ICPC-kodningen er en delmængde af, og hvor ICPC-kodningen naturligt indgår. Der er en mulighed i forhold til de kroniske patientforløb (diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), eller hjerte kar området). Her er en tydelig relation eller kontekst for ICPC-kodning.

Den reelle usikkerhed om, hvor mange AP der vil ønske at komme i gang med at ICPC-kode og ønske vejledning, er en parameter, der skal inddrages i planlægningen af metode og indhold. Det kan ikke planlægges eller økonomisk beregnes ud fra besvarelserne fra SPU 2008. I stedet for må man prøve at sikre, at de ønsker, der udtrykkes om den kollegiale tæthed, træning i eget system med forståelse for konteksten, tages med i planlægningen.

Undersøgelsen viser, at den måde, systemerne håndterer ICPC-kodningen, påvirker brugen. Derfor bør det overvejes, hvordan integreringen af ICPC-klassifikationen skal fremmes. Ved integrering af ICPC-klassifikationen forstår jeg, at den tages i anvendelse. Hermed stiller jeg spørgsmålstegn ved, om integreringen i forhold til af ICPC-kodningen skal ske i forlængelse af implementering af ICPC-2-DK i EPJ-systemerne, eller om dette kan ske uafhængigt af denne implementering. Er det relevant at undervise i systemer, der ikke fungerer i forhold til hensigten?. Ifølge D. Norman er det vigtigt, at systemet fungerer, idet man kun har nogle få forsøg hos brugeren, før et system opgives. Set i dette perspektiv og i relation til de frustrationer, der udtrykkes både blandt de informanter, der ikke ICPC-koder og de informanter, der ICPC-koder, hvor sidstnævnte netop udtrykker manglende eller mangelfulde funktioner.

Delkonklusion:**Hvilke tilbud støtter kommende og nuværende bruger**

Det kan konkludere, at det er svært at identificere om AP koder og om AP ønsker vejledning. SPU2008 kan kun i den forbindelse anvendes som en vejledning og kun anvendes i forhold til de AP der har responderet på SPU2008. AP, der ikke koder og ikke ønsker vejledning omfatter to grupper. En gruppe som ikke mener at de ønsker vejledning for at komme i gang og en gruppe, som ikke kan se fordelene ved ICPC-klassifikationen. Disse kan ikke understøttes med kurser/vejledning i ICPC-kodning. Et gradueret læringstilbud kan opfylde AP behov for vejledning. Den måde AP lærer på, og de erfaringer AP tidligere har haft med ICPC-kodning, er betydende for ønsket om form og indhold.

Indhold og form bør tilrettelægges, så fremmer AP forståelse af , hvilken kontekst ICPC-kodningen indgår i og hvordan det påvirker og udnyttes i de eksisterende arbejdsgange

Konklusion

I det foregående afsnit har jeg fokuseret på, hvordan undersøgelsens resultater kan forstås på baggrund af forskellige referencer og med udgangspunkt i projektets problemformulering.

Hvordan fremmes brugen af ICPC-klassifikationen i almen praksis i Region Midtjylland

Til at belyse dette, har jeg, med min undersøgelse, forsøgt at identificerede barrierer og usikkerheder i forhold til ICPC-kodningen, og hvilket form for vejledning der er behov for.

Undersøgelsen viser, at den måde, systemerne håndterer ICPC-kodningen, påvirker brugen eller hæmmer brugen af ICPC-kodningen. Jeg vil, derfor anbefale, at certificeringen af EPJ-systemerne i forhold til ICPC-kodeværktøjet går forud for en indsats i forhold til at fremme AP brug af ICPC-kodningen.

Visionen for hvorfor ICPC-kodningen skal fremmes bør være tydelig for AP. Nytteværdien af ICPC-kodningen ses ved at det skaber overblik i journalen, og til dels ved lettere søgning efter eksterne dokumenter, der er også usikkerheder i forhold til, hvad det vil blive brugt til i forhold til ressourceplanlægning og fordeling.

Undersøgelsen viser at der behov for forskellige former for undervisning. Undervisning kombineret med opgaver, her i form af den tekniske udførelse af ICPC-kodningen, kan være en didaktisk metode, som kan tilgodese behov fra de AP, der har behov for at lære systemets funktioner. og se det i forhold til egne arbejdsgange. Undervisning uden decideret specifik opgaveløsning, der vil kunne tilgodese ønskerne fra de informanter, der har behov for at vide mere om selve ICPC-klassifikationen og hvordan specielle patientcase ICPC-kodes.

Der er AP, som ikke anvender ICPC-kodning og som ikke vil anvende det, bl.a. p.g.a AP ikke kan se nytteværdien af indsatsen.

Det tyder derfor på det kan være hensigtsmæssigt, at integrere indsatsen for at fremme ICPC-kodningen i den kontekst, som det er en del af og fokusere på denne kontekst.

Konklusionen af denne undersøgelse skal ses i forhold til, at der blandt informanter til interviewene i denne undersøgelse ikke indgår AP fra SPU-2008, der ikke koder og som ikke ønsker vejledning.

Den reelle usikkerhed om, hvor mange AP, der vil ønske at komme i gang med at ICPC-kode og ønske vejledning, er en parameter, der skal inddrages i planlægningen af metode og indhold. Det kan ikke planlægges eller økonomisk beregnes ud fra besvarelserne fra SPU 2008.

Kritik og diskussion af metode

Dette afsnit gennemgår projektets dataindsamling samt de modeller, der er anvendt. Valget af de kvalitative metoder i forhold til indsamling af data været hensigtsmæssigt, idet jeg har efterspurgt holdninger. Der er fundet en diskrepans mellem interview udsagn om kodning i forhold til besvarelse i SPU2008. Jeg har for fokusgruppe 1 efterfølgende forespurgt, om informanterne havde forsøgt sig med kodning inden SPU 2008, hvilket positivt bekræftes. Dette underbygger min formodning om manglende overensstemmelse kan være reel. Efterfølgende vil jeg kritisk gennemgå de tre stadier dataindsamling, databearbejdning og analyse. Databehandlingen vurderes ud fra generaliserbarhed, reliabilitet og validitet.

Dataindsamling.

Observation:

Observationerne, indgår i dette projekt, som en fortælling af observerede konsultationer. Observationerne er brugt til inspiration for temaerne til fokusgruppeinterviewene. Den etnometodologisk tilgang (63) fastholder at man ikke skal ligge sig fast på en bestemt måde at beskrive praksis på, men snarere at leve sig ind i den givne sammenhæng. Selve observationsteknikken er svær. Den viden jeg har opfanget under observationerne har været værdifuld for processen, og jeg håber også at fortællingerne er med at skabe en forståelse for de læsere, der ikke har kendskab til arbejdsopgaverne ved en patientkonsultation.

Fokusgruppeinterview:

Der kan stilles spørgsmålstejn ved interviewenes validitet. Er det de rigtige spørgsmål, der stilles, er det de rigtige informanter, der indgår, og får jeg faktisk svar på de stillede spørgsmål?

Der er i interviewene ikke fremlagt forslag til kurser eller aktiviteter, idet jeg har været interesseret i at få at vide, hvilke behov der er og ikke, hvad der lige umiddelbart tiltrækker dem. Dette kan på den anden side have en begrænsning i forhold til "at de ikke ved, hvad de kan få".

Generaliserbarhed

Informanterne er udvalgt selektivt fra SPU2008's population og udelukker derfor den store gruppe, der ikke har besvaret SPU2008. Den valgte strategi for udvælgelse af informanter medinddrager ikke soloAP og AP i delepraksis. Det giver undersøgelsen

en svaghed i forhold til den manglende gruppe og i forhold til, at gruppen ikke er tilfældigt udvalgt. Dette gør, at det ikke kan generaliseres til AP som en helhed. Gruppering af informanter til fokusgruppeinterview giver en risiko for, at de enkelte fokusgruppeinterview kan fremstå som et cluster, hvor den interviewede gruppe fremstår som en enhed med fælles holdning.

Som tidligere beskrevet i afsnittet om dataindsamling til fokusgruppeinterview, deltager der også uddannelseslæger og en vikarlæge i interviewene, hvilket giver modspil til grupperne. Der er for hvert fokusgruppeinterview foretaget en vurdering af deltageraktiviteten, udført med udgangspunkt i de meningskondenserede udsagn.

Vurdering af deltageraktivitet er vanskeligt. Skal informanterne aktivitet vurderes med baggrund i hvor mange udtalelser de kommer med? Eller hvilken samtale de pågældende informanter sætter i gang. Jeg har ikke fundet noget litteratur, der belyser området.

Validitet

I forhold til om det er de rigtige svar, jeg får på de stillede spørgsmål, handler det bl.a. om interviewerens evne til at forfølge en udtalelse. Gennemlytning af bånd viser, at der er udtalelser, som jeg i første omgang ikke forfølger. F.eks.: *En af informanterne nævner, at systemhuset har kurser i forbindelse med ICPC-kodning.* Denne udtalelse får jeg ikke uddybet nærmere, men jeg er dog opmærksom på at få det fulgt op i næste interview. (36 s.149)

Interview-deltagerne har været grupperet ud fra deres status i forhold til ICPC-kodning og om ønske om vejledning. Det kan ikke afvises, at flere interviews ville indbringe nye og andre data.

Reliabilitet

Der har tidligere i projektet været beskrevet, at der kun indgår en person i projektarbejdet. Dette faktum gør, at transskribering, kategorisering og meningskondensering af udsagnene beror på én persons forståelse af udsagnene. (36). Ifølge Kvale kan en transskriberings reliabilitet styrkes ved, at to personer foretager transskriberingen med efterfølgende kvantificeret reliabilitet kontrol, i form af en liste over de ord, der er forskellige i transskriberingerne. I dette projekt er der foretaget en ekstra-gennemlytning som kontrol.(36 s. 165) Der har været passage i interviewene, hvor optagelseskvaliteten har været dårlig, eller hvor informanterne har talt lavt eller samtidigt.

Analyse og modeller

Analysen i dette projekt sker gennem en meningskondensering og en kategorisering ud fra D&M IS dimensioner. Fordeling af udsagnene beror på min forståelse for betydningen af udsagnene. Det har ind i mellem været svært at kategorisere udsagnene. Specielt i mellem dimensionerne system og brug. Der er i datafremstillingen sorteret udsagn fra, som jeg ikke mener hører ind under de sammenhænge, som jeg behandler. Dette er sket ud fra en subjektiv vurdering af udsagnene, hvorved det ikke kan udelukkes, at en anden projektmager ville have foretaget en anden fortolkning. Ved inddragelse af Lau. F fortolkning af D&M IS Succes-model har den organisatoriske dimension kunne medinddrages.

Modellen har vis sig velegnet til at få et overblik over forskellene mellem de 3 gruppers udsagn om fordele og barrierer, og også i forhold til, hvor der er udtrykt behov for vejledning.

Jeg har eksperimenteret med Illeris model om læringens tre dimensioner og anvendt den til strukturering af data, hvilket jeg ikke har set beskrevet i litteraturen.

Denne model finder jeg velegnet til at skabe overblik, men det var svære at få inddraget det sociale og samfundsmæssige. Dette er begrundelsen for, at jeg bla. har inddraget Coiera, E. i diskussionen.

Brugen af modellerne ved analysen af data kan have den risiko, at teksten ved reduktion bliver til en ophobning af ord eller enkeltstående meninger, men metoden kan også være med til at forstå tekstens mening, hvor det forsøges at afklare, hvad der udtrykkes i interviewene. Som ovenfor beskrevet er kategoriseringen sket ud fra en subjektiv vurdering og kan ubevidst være præget af indhøstet erfaring, holdning og egen tolkning. Der kan være en grad af selvforståelse.

Perspektivering

Denne undersøgelse bygger på fokusgruppinterview med 16 deltagende AP fordelt på 3 praksis med udvalgt på baggrund af besvarelse i SPU2008 om hyppighed af kodning og ønske om vejledning.

Hvis denne undersøgelse skal generaliseres til hele gruppen af AP, skal der foretages flere studier. Metoder hertil kan være trianguleringer, der kan betragtes som en strategi til at reducere systematisk(d.v.s. ikke tilfældig) bias.(35, 211-212).

En kildetriangulering indbefatter, at forskellige datakilder er involveret f.eks. datakilder, interviewdata og spørgeskemadata.

Store Praksisdag i RM 1. Maj 2009, blev afviklet som en temadag, med indlæg om formiddagen og workshop om eftermiddagen. I indlæggene fra talerstolen indgik bl.a. kvalitetsudvikling, kronikerforløb, it-udnyttelse og ICPC-kodning. ICPC-kodning blev nævnt i flere sammenhæng. Eftermiddagens workshop om ICPC-kodningen var en af de mere velbesøgte, hvor dørene måtte lukkes.

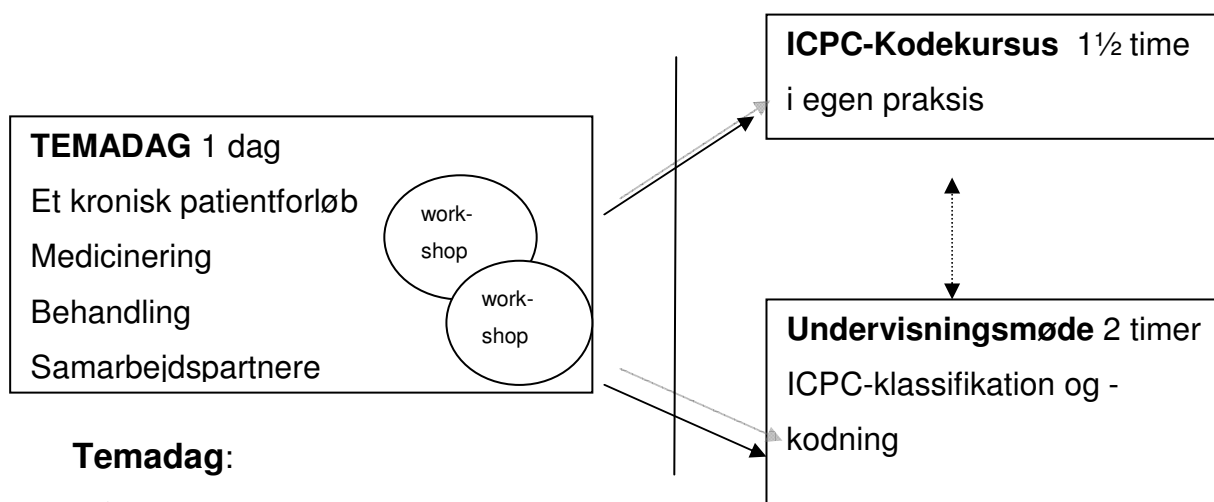
En evaluering af Store Praksisdag 2009 er udarbejdet på baggrund af deltagerne tilbagemeldinger, men endnu ikke offentliggjort.

Jeg vil prøve om data fra evalueringsskema fra Workshopen om ICPC-kodning, kan belyse behovet for vejledning, og hermed styrke denne undersøgelse.

Ændring af fokus fra en vejledning i et stykke software som AP skal lære at anvende, til et sammenhængende beskrevet forløb f.eks. "en kronikeruddannelsespakke", hvor det er en beskrevet delmængde af, vil kunne anvendes i andre sammenhænge og vil være spændende at prøve. Det kunne gælde i forhold til det fælles medicinkort.

Skabelon på et multifokus uddannelsesprogram

(Eksemplificeret ved ICPC-klassifikationen)



Temadag:

Målgruppe: Alle praktiserende AP

Indhold: Behandling og opfølgning af kronisk patientforløb

Form Oplæg i plenum ,Work-shops

Metode afstemt efter at der er nogen der har kendskab (undervisning) og andre der ikke har kendskab(Undervisning og opgaver)

Sted: Placeret i forhold til Praksisenhederne

Undervisere: AP, praksisudviklings-, lægemiddel- og It(datakonsulenter)

ICPC-kodningen skal her indgå som et naturligt element i undervisningen, der både indeholder en klinisk gennemgang, men også fælles teknisk gennemgang af, hvor informationer og ICPC-kodning udnyttes.

På temadagen skal der være mulighed for at prøve at kode i eget systemtype (workshops), samt at afprøve e-learning-programmet.

Læringsform

En blanding mellem den konvergente og den assimilative erkendelse, i et kontinuum mellem at tænke og se og tænke og handle. Kursisten har mulig for begge dele.

Samspilsformen er perception, formidling og imiterende,

Perceptionen, det passive, kan blive det første skridt mod accepten.

ICPC-kode-kursus – hvordan kommer vi i gang?

Målgruppe: Alment praktiserende læger, som har behov for hovedsagelig teknisk vejledning

Indhold: Kort introduktion og praktisk kodning i eget system
E-learning-program introduceres kort.

Form: Kodning i eget system i egen praksis

Sted: Almen praksis

Varighed: 1- 1½ time

Underviser: It-konsulent, evt. læger

ICPC-kodningen er det centrale element – det handler om at få ”indarbejdet” arbejdsgange og prøve grænser med eget system.

Læringsform:

Assimilativ erkendelse, hvor det handler om, at tænke og se. Samspillet er rettet mod det imiterende, og deltagerne arbejder selv med opgaven(i systemet)

Undervisningsmøde

Målgruppe: Alment praktiserende læger, der anvender ICPC-kodning.

Indhold: ICPC-klassifikationen,
Kodeprocedure og specielle situationer
Hvad kan ICPC-koden anvendes til
E-learning-program

Form: Oplæg

Sted: Placeret i forhold til Praksisenhederne

Varighed: 2 timer

Underviser: It-konsulent, læger med særlig interesse for ICPC-kodning.

ICPC-kodningen er det centrale element – Opbygning af kodesystemet
Baggrund for kodesystemet - Hvordan finder vi den rigtige kode i forhold til patientens tilstand. Hvad man kan bruge det til andet end det vi i øjeblikket kan.

Læringsform::

Den konvergente erkendelse, hvor der tænkes og udføres. Samspilsformen kan være formidling.

Abstract

This project has studied the barriers and uncertainties that are in relation to using ICPC classification among general practitioners (GP) and the activities of new users and existing users demand.

Performance :The study was performed by 3 focus group interviews(FG) with a total of 16 GP from 3 physician practices in RM. Participants were selected from questionnaire on ICPC coding from mid 2008 (SPU 2008), based on criteria of GP using ICPC codes or not and whether they want advice or not. The data were analyzed from DeLones and McLean IS Success Model and a model derived from Knud Illeris (KI) 3 learning dimensions.

Results: It appeared, there was a discrepancy between the expected grouping in relation to ICPC coding and guidance, and the answers that were given in SPU 2008. Based on that there are no FG with GP, who don't want guidance. This group is instead associated with personal expressions of SPU 2008 and the comments that have justified refusal of participation.

The result shows, that there is barriers and uncertainties in the group that didn't use coding and the group that did. The informers who doesn't use coding, has no coincident positions of barriers and uncertainties. It appeared, that there were barriers to the EPR system handling the ICPC code tool, how ICPC coding was used and how it fit into the workflow of the practice with the time pressure in the consultation and that it was difficult to make it become a habit. There is uncertainty to how the coding could be exploited politically. It appears that a benefit could promote engagement. In the group of informants who uses ICPC coding the barriers and uncertainties were expressed as to if the EPR system could handle the ICPC coding better and if the ICPC classification should be more specific.

There is a difference between the need for guidance for doctors both in relation to form of guidance, and compared to the need for practical training. The results obtained were discussed in relation to the KI didactic model and theory on the 3 dimensions, contents, driver (motivation) and interaction.

Conclusion : The conclusion of the study indicates that there is a need for different learning services to the doctors who uses coding and the doctors who dont and that the doctors who certainly do not want guidance will not be supported with training ICPC coding.

The conclusion is also that the EPR systems lack of maturity can be an obstacle to the ICPC coding. A response must be established in which, as a starting point a strong vision for the ICPC coding is created, and a response where focus is on a context which ICPC coding is a part of, all of that in relation to patient care and workflow in practice.

The project provides an education for activities to promote and support the ICPC coding in the GP supported by the results of this project.

Tabelliste

Tabel 1 Liste over måleparametre	38
Tabel 2 EPJ-systemer der forhandles i Danmark til almen praktiserende læger	44
Tabel 3 EPJ-systemernes udbredelse blandt almen praktiserende læger i Region Midtjylland, samt fordeling af brugere, der ønsker vejledning. Datakilde.	45
Tabel 4 Oversigt over tidsplan for fokusgruppeinterview	57
Tabel 5 Sammenfatning af forventet og fundet gruppering i forhold til ICPC-kodning og ønske om vejledning.	59
Tabel 6 meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 1 i forhold til D & M IS Model.....	62
Tabel 7 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 1 i forhold til organisation	63
Tabel 8 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 2 i forhold til D & M IS Model.....	65
Tabel 9 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 1 i forhold til organisation	65
Tabel 10 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 2 i forhold til D & M IS Model.....	68
Tabel 11 Meningskondenserede udsagn fra fokusgruppe 2 i forhold til organisation	69
Tabel 12 Fokusgruppe 1 – Udsagn om vejledning fordelt på dimensioner	71
Tabel 13 Fokusgruppe 2 – Udsagn om vejledning fordelt på dimensioner	72
Tabel 14 Fokusgruppe 3 – Udsagn om vejledning fordelt på dimensioner	74

Figurliste

Figur 1 Frivillige udsagn fra spørgeskemaundersøgelsens respondenter, der ikke ICPC-koder.	17
Figur 2 Frivillige udsagn fra spørgeskemaundersøgelsens respondenter, der ICPC-koder.	18
Figur 3 Kolb læringscirkel	23
Figur 4 Kolbs model udvidet	24
Figur 5 En didaktisk model	25
Figur 6: Læringens 3 dimensioner.....	26
Figur 7 Succesmodellen	33
Figur 8 Canada Health infoway Benefits Evaluation Framework . Adapted from DeLone and McLean (2003)	36
Figur 9 Fordeling af svar i forhold til ønske om vejledning fordelt på EPJ-system.....	46
Figur 10 Udsagn i forhold til læringens 3 dimensioner og samfund.....	79

Litteraturliste

Kildeangivelse og litteraturliste er opbygget efter Vancouver referencesystem, hvor kilderne er angivet i den rækkefølge optræder i teksten.

- 1 *Studieordning for Masteruddannelsen Information Technology in Health Informatics under Åben Uddannelse*
http://www.v-chi.dk/masteruddannelse_i_sundhedsinformatik/Studieordning_vejledning/Studieordning_2007-Godkendt-28.09.07.pdf
- 2 Wengler, B. *Brug af ICPC-kodning i Region Midtjylland – en spørgeskemaundersøgelse udarbejdet i samarbejde med DAK-E ICPC-kodning i almen Praksis i RM*
https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=7168&ext=pdf&navn=Spoergeskema_ICPC_kodning.pdf (sidst. 12.05.2009)
- 3 Lusignan S., et al.; *What is Primary Care Informatics*, Journal of the American Medical Information Association, vol. 10 no 4 Jul/august 2003, s. 304-309
- 4 *WICC Wonca International Classification Committee*
<http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/about.html> - sidst set 04.05.2009
- 5 Wonca, *ICPC-2 International Klassifikation for den primære sundhedstjeneste*, 2. Udgave, World organisation of family Doctors – Wonca 2003, Oversat af B. Bjerre, Lægeforeningens forlag, ISBN: 87-88638-19-7
- 6 Soler, J-K; Okkes, I; et. Al; *The coming of age of ICPC: celebrating the 21 st birthday of the international Classification of Primary Care*
Family Practices Advance Access, (31217) June 2008
- 7 Landsoverenskomsten 01-04-2006 § 39 A *Anvendelse af IT i almen lægepraksis*
http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LOEN_OVERENSKOMSTER/PLO/LANDSOVERENSKOMSTEN2006/OVERENSKOMSTEN/PARAGRAF_39_A (sidst set 17.04.09)
- 8 Coiera E. *Designing interactions*, udgivet i Berg, M., Health Information management, Routledge 2004, ISBN 0-415-31518-2
- 9 Scroll, H. *Tre tryk fra tastehimlen*, Ugeskr Læger 2005;167(10):1200-

- 10 Afdækningsarbejde vedr. formidling af kvalitetsindikatorer i almen praksis ved *Almen praktiserende læge Tina Eriksson* September 2008
http://www.sst.dk/publ/PUBL2009/SUNDHEDSKVALITET/BILAG14_%20AFDAEKNING%20SARB_%20FORMIDLING%20KVALITETSINDIKATORER.PDF (sidst set d. 29-03-09)
- 11 Coiera E. *Putting the technical back into sociotechnical system research*. International journal of medical informatics 76S 2007.
- 12 Berg, M., *Health Information management*, Routledge 2004, ISBN 0-415-3151
- 13 Danske Regioner; *Ledelsesinformationssystemer i almen praksis*
Delrapport Almen Praksis i Fremtidens Sundhedsvæsen, Danske Regioner November 2007.
<http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Sundhed/Praksissektoren/Almen%20Praksis%20i%20Fremtidens%20Sundhedsvaesen/~media/migration%20folder/upload/filer/sundhed/ledelsesinformationssystemer%20-%20endelig%20version.pdf.ashx> (sidst set 14.05.2009)
- 14 Region Midtjylland: *Delpraksisplan for rekruttering og fastholdelse i almen praksis*
<https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=26047.596> (sidst set 18.03.2009)
- 15 Digital Sundhed;. *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 – 2012 – til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling*, December 2007,
<http://www.regioner.dk/PolitikOgHoldninger/Sundhed/Sundheds-IT/~media/migration%20folder/upload/filer/sundhed/it%20og%20kvalitet/hele%20strategi.pdf.ashx> (sidst set 17.05.2009)
- 16 DAK-E; *Aktivitetsplan 2008-2009*
http://www.dak-e.dk/files/18/2008_2009_dak_e_aktivitetsplan.pdf
(Sidst set 26.05.2009)
- 17 Samarbejdsudvalget på Almenområdet, Region Midtjylland: *Visioner for Almen Praksis i Region Midtjylland, delplan, Region Midtjylland, september 2008*.
<http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Prim%C3%A6r%20Sundhed/Samlet%20visionsplan.pdf> (sidst set 18.05.2009)
- 18 DAK-E, *Kravspecifikation for ICPC-2-D, International Klassifikation for den Primære Sundhedstjeneste*, Anden Udgave, april 2008
- 19 Maagaard R; *Årsberetning fra DSAM*,. 2007-2008
http://www.dsam.dk/flx/organisation/bestyrelse/beretninger/formandens_beretning_for_2007_2008/ (sidst set 06.01.09)

-
- 20 *Samarbejdsaftale mellem PLO og SFU om kvalitetsudvikling i almen praksis, Bilag 6 til Forhandlingsaftalen*,
http://www.dak-e.dk/files/18/2006_dak_e_samarbejdsaftale_mellem_plo_og_sfu.pdf -
(sidst set d.13.05.2009)
- 21 DAK-E, *Lægesystemer*
http://www.dak-e.dk/files/20/icpc_oversigt_over_systemhuse.pdf
(sidst set 28. marts 2009).
- 22 DAK-E, *ICPC Baggrundsgruppe*
http://www.dak-e.dk/flx/dak_e_it/icpc/icpc_baggrundsgruppe/ (sidst set
18.05.2009)
- 23 *Nu Dansk Ordbog m/Etymologi*, Politikkens 1. Udgave 1999, ISBN 87-567-6987-6
- 24 *Pædagogisk-Psykologisk Ordbog*, Gyldendal 14. Udgave 2002,
ISBN 87-020-1768-7
- 25 Inglar, T.; *Lærer og Vejleder*, Forlaget Klim. 1999, ISBN 87-7724-873-2
- 26 Hansen K. G. *Læring og kognition*, indeholdt i Riche T. *Teorier om læring – en læringspsykologisk antologi*. Billesø & Baltzers forlag, 1. Udgave 1. Oplag 2007
ISBN 978-87-7842-208-8
- 27 Illeris, K *Læring*, Roskilde Universitetsforlag 2. Reviderede udgave, 2006 ISBN
1087-7867-335-6
- 28 Kayes, A., B, Kayes, D., C, Kolb, D.A *Experiential learning in teams*, Simulation
Gaming 2005; 36; 330
- 29 Kolb, A. and Kolb. D. *Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education*, Academy of Management Learning & Education, 2005, Vol. 4, No. 2, 193–212.
- 30 Kolb, D. A *Learning Styles and disciplinary Differences*, 1981
ISBN 0-87589-466-6,
- 31 Illeris, K. *Læring – aktuel læringsteori i spændingsfeltet mellem Piaget, Freud og Marx*. Roskilde Universitetsforlag, 2001 1. Udgave 3. Oplag ISBN 87-7687-098-5
- 32 Schlamovitz, Jesper, 2000, *The Knowledge-Creating Company – Note*,
<http://sopper.dk/speciale/book/book62note.html> (sidst set 21.05.2009)

-
- 33 Olsen P. B & Pedersen K. *Problemorienteret Projektarbejde – en værktøjsbog*, skilde Universitets Forlag, Ny 3. Udgave ISBN 978-87-7867223-0
- 34 Blooms, B. S., *TAXONOMY OF EDUCATIONAL OBJECTIVES The Classification of Educational Goals*, DAVID McKAY COMPANY. INC, nov. 1971
- 35 Mainz J.; *Triangulering som grundlag for kvalitetsvurdering I sundhedsvæsenet*, Ramshøj P . red. Overvejelser og metoder i Sundhedsvæsenet, Akademisk forlag 1993, KBH
- 36 Kvale S. *En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels forlag 1999, 3. Oplag ISBN 87-412-2816-2
- 37 DeLone W. H. And McLean E.R.; *The Delone and McLean Model of Information System Success: A Ten Year Update*; Journal of Management Information System, Vol. 19 No 4, 2003, S. 9-30
- 38 van der Meijden et al; *Determinats of Success of Inpatient Clinical Information Systems: A Literature Review*; Journal of the American Informatics Association, Vol. 10 No 3, May/June 2003
- 39 Lau, F, Hagens, S. and Muttitt, S., *A Proposed Benefits Evaluation Framework for Health Information Systems in Canada*, Healthcare Quarterly Vol. 10, No. 1, 2007 (Side112-18)
- 40 Thorsen, T.; *Almen praksis' modtagelse af forløbsydelsen for diabetespatienter*, Maj 2008, Synthese, http://www.dak-e.dk/files/9/200805_forloebssydelsen_en_kvalitativ_evaluering.pdf (sidst set 14.05.2009).
- 41 Schroll H, Støvring H, Kragstrup J. *Forskelle i praktiserende lægers anvendelse af International Classification for Primary Care-diagnoser. Inter- og intraobservatørvariationen*. Ugeskr Læger 2003; 165: 4104-7
- 42 Nielsen, M.N. et al. *Diagnosekodning i almen praksis af lidelser i bevægeapparatet*, Ugeskrift for læger 170/37 september 2008, 1281-4
- 43 Lassen B. et. al; *Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis*; Månedsskrift for læger, oktober 2006, 84 årgang
- 44 NN; *Spørgeskemaundersøgelse vedrørende udbredelsen og anvendelse af ICPC kodning i Region Hovedstaden* <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=13787.218>

-
- 45 *Diagnosekodning – få overblik i din journal*
<http://www.preben.kri.dk/icpc/> (sidst set 26.05.2009)
- 46 Lauritzen, K. M.; *Kodning mindsker kaos i den elektroniske patientjournal*,
Ugeskr. Læger 2001; 163 (23): 3276
- 47 ICPC-team for Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for Almen Praksis i Region Syddanmark, *Kvalificer din elektroniske patientjournal– Brug ICPC diagnosekoder*
<http://www.regionsyddanmark.dk/dwn58840> (sidst set 18.05.2009)
- 48 Krabbe, T. og Føns, A. Rapport - *Udbredelse af ICPC-kodning blandt alment praktiserende læger i Frederiksborg Amt Projektperiode juni 2003 - december 2006*
https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=1023&ext=PDF&navn=datakonsulent_icpc_kodning_projekt.PDF (sidst set 26.05.2009)
- 49 Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, NygSrd JF and Gunnar Tellnes. *ICPC as a standard, classification in Norway. Family Practice* 1996; 13: 391-396.
- 50 Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen*. November 2008, **ISBN:** 978-87-7601-271-7, <http://www.sum.dk>
- 51 Norman D.A; *The design of every day things*
New York Basic Book ©, ISBN 978-0-46506710-7
- 52 MedCom, *ICPC-2-godkendelse*
<http://www.medcom.dk/wm110775> (Sidst set d. 11.05.2009)
- 53 MedCom, *Lægepraksis i Danmark (lægepraksis.xls (opdateret 01.01.09))*
<http://www.medcom.dk/wm109867> (sidst set 11.05.2009)
- 54 Dahler-Larsen, A.,M.; Dahler-Larsen, P. *Fokusgrupper i teori og praksis*. Politologiske Skrifter No 2/1999, ISSN 1399-7319
- 55 Brender J,; *Metodehåndbog i teknologivurdering af IT-baserede løsninger indenfor sundhedssektoren, EPJ-Observatoriet*, 1. Udgave 2004, ISBN: 87914-04-6
- 56 Riis, O. *Samfundsvidenskab i praksis, Introduktion til anvendt metode*, Hans Reitzels Forlag 1. Udgave 1. Oplag ISBN 87-412-0363
- 57 Morgan, D. L. *Why Things /sometimes Go Wrong in Focus Groups, Quality Health Research*, vol 5, no. 4, November 1995, 516-23.

-
- 58 Nøhr, C. Botin, L.; *Metodology for analysis of work practice with video observation. Information, Technology in Health Care* 2007.
- 59 Kotter J.P. *I spidsen for forandringer*, Peter Asschenfeldt nye forlag, 1997, 1. udgave 3. oplag, ISBN 87-7880-709-3
- 60 Daley, B.J; *Novice to Expert: How do professionals Learn*, Adult Education Quarterly, Vol. 49, No. 4, 133-147 (1999)
- 61 *Nielsen J. Traditional Dialog Design Applied to Modern User Interface*
Communcation of the ACm, October 1990, Vil 33, No 10
- 62 Dryfus, H. L., Dryfus, S.E., *Mind over Machine*, Free Press 1986
ISBN 0-7432-0551-0
- 63 Jensen C.B. et al; *Introduktion til STS Science Technology Society*, Hans Reitzels Forlag.,2007. ISBN 978-87-412-5028-1
- 64 WHO-Programmes and projects – Classifications- International Classification of Diseases(ICD10
<http://www.who.int/classifications/icd/en/> (sidst set d. 05.04.2009.)
- 65 Wonca
<http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/aboutwonca.asp?refurl=aw> (sidst set 22.05.2009)
- 66 **MedCom – om os**
<http://www.medcom.dk/wm109974....>
(sidst set 29-03-09)

Begreber

Klassifikation

ICPC klassifikationen

ICPC er et codesystem der er udviklet specifikt til almen praksis. ICPC- klassifikationen er opdelt i 17 kapitler der dækker over de enkelte organer samt et kapitel for almenne og uspecificerede symptomer og et kapitel for sociale forhold.

Kapitlerne er herefter opdelt i undergrupperne, Proces- og symptom diagnoser, infektionssygdomme neuroplasmaer, skader, medfødte misdannelser og specifikke sygdomme. ICPC-klassifikationen er udviklet ud fra empiri fra almen praksis.

ICD-10

The ICD is the international standard diagnostic classification for all general epidemiological, many health management purposes and clinical use. These include the analysis of the general health situation of population groups and monitoring of the incidence and prevalence of diseases and other health problems in relation to other variables such as the characteristics and circumstances of the individuals affected, reimbursement, resource allocation, quality and guidelines

IDCD10 indgår som en delmængde i Sundhedsstyrelsen Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem, SKS, der indeholder danske klassifikationer af de kliniske og administrative forhold, og indgår i dokumentation af patientforløb ved diagnostik, behandling og information. ICD-10 indgår sammen med den nordiske Operationsklassifikation, der vedligeholdes og tilpasses nordiske forhold i samarbejde med det nordiske klassifikationscenter i Uppsala. (64)

Linkportalen

Linkportalen er en søgegrænseflade til Sundhed.dk, hvor der kaldes til Sundhed.dk med et specielt modul der er indlejret i EPJ-systemet. Kaldet til Sundhed.dk sker gennem en ICPC-kode som søgekriterium.

Det forventes, at Linkportalen vil kunne linke til andet relevant og ofte anvendt udenfor Sundhed.dk som f.eks. billedeinformation, litteratur(NEL, den Norske Lægehåndbog) og individuelle links.

Prakticus.

En forudsætning for at få et positivt resultat er at der anvendes ICPC-koder i almen praksis og at dokumenter på Sundhed.dk er indekseret med ICPC-kode(r).

Organisationer

DAK-E

DAK-E er en enhed, der ligger i Kvalitets- og InformatikFonden (KIF) regi, i overensstemmelse med overenskomstaftalen mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Arbejdet i DAK-E tager udgangspunkt i den af overenskomstparterne aftalte [rammeplan](#) og er koordineret med [Den Danske Kvalitetsmodel](#).

DAK-E har bl.a. formandskabet for en baggrundsgruppe for ICPC-kodningen. I denne baggrundsgruppe indgår Regionale (It)datakonsulenter og almene praktiserende læger med speciel interesse for ICPC-kodningen. Baggrundsgruppens opgave er at udbrede ICPC anvendelsen i de enkelte regioner og at standardisere redskabet. Samtidig skal gruppen sikre, at kodningskvaliteten er optimal, d.v.s., at de praktiserende læger koder deres patientkontakter rigtigt og ensartet. Gruppen skal derfor - i samarbejde med de regionale deltagere - etablere kodningskurser for alle praktiserende læger i regionerne.(22) (16)

DSAM

Dansk Selskab for Almen Medicin

Som ordinære medlemmer af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) kan optages speciallæger i almen medicin og yngre læger, der er under uddannelse i specialet almen medicin. De af selskabets medlemmer, der er yngre læger udgør en fraktion af selskabet betegnet FYAM (Forum for yngre almenmedicinere).

Selskabet har til formål at

- udvikle det almenmedicinske speciale med særlig vægt på uddannelse,
- forskning og kvalitetsudvikling,
- etablere og udbygge internationale kontakter med henblik på fagets udvikling både nationalt og internationalt,
- repræsentere faget almen medicin i relevante nationale fora samt
- udgive eller medvirke ved udgivelsen af tidsskrifter, publikationer eller anden formidling via elektronisk medie om almenmedicinske emner. (www.dsam.dk)

MedCom

MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. I økonomiaftalen fra 1999 mellem amterne og Regeringen blev det besluttet at permanentgøre MedCom med følgende formål:

"MedCom skal bidrage til udvikling, afprøvning, udbredelse og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren med henblik på at understøtte det gode patientforløb".

MedCom finansieres af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner Kommunernes Landsforening Velfærdsministeriet og Danmarks Apotekerforening (66)

Wonca

Wonca står for World organization of National National Colleges, akademier og akademiske sammenslutninger af General Practitioners / Family Physicians

Wonca's korte navn er Verdensorganisationen for Familie læger

Wonca består af nationale læreanstalter, akademier eller organisationer med den akademiske aspekter af almindelig familie praksis og der er 97 medlemsorganisationer i 79 lande. Dette omfatter otte organisationer i samarbejde med Wonca. I alt har det samlede medlemskab af medlemmer af Wonca er over 200.000 alment praktiserende / familie læger. Wonca repræsenterer og fungerer som en fortaler for dets medlemmer på et internationalt niveau, hvor den indgår i et samspil med verden organer såsom Verdenssundhedsorganisationen.

Wonca mission er at forbedre livskvaliteten for folk i verden ved at definere og fremme sine værdier, og ved at fremme og opretholde høje standarder for behandling i almen praksis / familie medicin ved at fremme personlige, omfattende og fortsatte pleje for de enkelte inden for rammerne af familien og samfundet, stimulere og støtte udviklingen af akademiske organisationer som alment praktiserende læge / familie læger, der giver et forum for udveksling af viden og information mellem de deltagende organisationer som alment praktiserende læge / familie læger, og repræsenterer de uddannelses-, forsknings - og tjenesteydelseskortet virksomhed som alment praktiserende læge / familie læger før andre dele af verden organisationer og fora med sundhed og pleje. (5, 65)

Biografi

I denne biografi beskrives de forfattere der indgår i de teoretiske afsnit kort.

Afsnittet er delt op danske og udenlandske forfattere. Hvert område er opstillet i alfabetisk rækkefølge. Der er enkelte forfattere, hvor der er fundet færre oplysninger end andre. M.J. van der Meijden er kun kort beskrevet, men er taget med i projektet da der bliver refereret til et studie, hvor van der Meijden er hovedforfatter.

Danske

Dahler-Larsen P

Peter Dahler-Larsen har en Ph.d., Organization Studies, Odense University

Han er ansat ved Odense Universitet som Professor, ved Department of Political Science and Public Management, og I 2002 Vice President and president-elect of the European Evaluation Society

Hans hoved interesseområder er Evaluation, Qualitative methods, Public management, Institutional theory

Illeris K.

Knud Illeris har tidligere været ansat som professor på Insitut for Uddannelsesforskning på Roskilde Universitets Center. Han er efter 2005 ansat på Learning Lab Denmark, Dansk Pædagogisk Universitet.

Knud Illeris er forfatter til en lang række bøger og artikler om læring. Hans særlige interesseområder er: Lærings-, motivations- og kvalifikationsteori, livslang læring og læring i arbejdslivet. Knud Illeris er professor i livslang læring, æresprofessor ved Columbia University, New York medlem af The Adult and Continuing Education International Hall of Fame

Kvale S.

Steinar Kvale er professor I pædagogisk psykologi og har været leder af center for Kvalitativ Metodeudvikling ved Århus universitet og adjungeret professor ved Saybrook Institute I San Francisco. Han har udgivet en række bøger, Han er kendt for Interview, En introduktion til det kvalitative forskningsinterview.

Mainz J

Jan Mainz professor i kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet ved Syddansk Universitet og blev herved den første professor i kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i Norden. Ph.d-studium ved Århus Universitet og Harvard School of Public Health, Department for Health Policy and Management, Center for Quality of Care Research and Education in Boston

Internationale**Berg M**

Marc Berg er professor ved, Plexus Medical Group/Erasmus University, Rotterdam, Holland

er en læge og sundhedsforsker. Hans interesseområde er styring af sundhedsinformationer og kvalitetsstyring. Han har publiceret mange artikler og bøger. Berg er kendt for sin Socio-tekniske tilgang til området.

Bloom B. S

Benjamin Bloom , modtog sin Ph.d. i 1942 og var ansat ved University of Chicago. Han deltog i arbejdet med at udforme en fælles ramme for klassificering af den brede vifte af formål og læringsresultaterne. Otte år senere udkom taksonomi for uddannelsesmæssige mål, klassificering af Educational Goals, Hand-book I: Cognitive Domain blev offentliggjort. Ved slutningen af 1960'erne blev det kendt som Bloom's taksonomi

Coiera E.

Enrico Coiera er Professor ved Center for Health informatic. Coiera har udviklet modeller for menneske-computer interaktion i sundhedssektoren. Udvikling af avancerede videnforvaltning og beslutningsstøtte værktøjer til at hjælpe med klinisk beslutningstagning, herunder avancerede søgemaskine-teknologier. Coiera har interesse i virkningen af dårlig kommunikation systemer i sundhedsvæsenet, med fokus på deres rolle ved fejl og ineffektivitet, samt udvikling af tekniske og ikke-tekniske løsninger til at forbedre sundheden organisation kommunikation.

DeLone W

William DeLone er "Professor of Information Systems" og formand for "Information Technology Department" ved "Kogod school of Business at American University" i Washington DC. Hans primære forskningsområder er effekt- og værdivurderinger af

informations-systemer, implementering og brugsværdi af informationssystemer i små og mellemstore virksomheder. Dette er publiceret i flere artikler i f.eks. Information Systems Research og MIS Quarterly. (DeLone og McLean, 2003)

Inglar T.

Tron Inglar er ansat ved Højskolen Agershus og har pædagogik som fagområdet. Inden for dette område, han har også skrevet bøger. Han har også ekspertise i forskning inden for forskning metodologi.

Han har undervist i praktisk-pædagogiske (grunduddannelse) uddannelse, programmet i universitetet og college uddannelse, videreuddannelse program i vejledning uddannelse, postgraduate kursus og en kandidatuddannelse erhvervsskolelærer

Kolb D.

David Kolb er professor ved Department of Philosophy, Bates College, Lewiston, Maine, og en kendt læringsteoretiker.

Han modtog sin Ph.d i social psykologi fra Harvard University.

Kolb er bedst kendt for sin forskning om erfaringslæring og læring stilarter beskrevet Kolbs aktuelle forskning fokuserer på team læring og erfaringslæring i samtalen.

Kotter J.

John Kotter er professor i ledelse ved Harvard Business School.

Han har skrevet seks bestsellere, deriblandt The new Rules og A Force for Change and Power Influence.

Lau F

Francis Lau modtog en Ph.d. i computer science fra University of Waterloo i Canada og er et aktivt medlem af IEEE Computer Society. Dr. Lau blev ansat ved Department of Computer Science, University i Hong Kong som lektor i 1987. Hans forskning på OS fortsatte, hvilket førte til dannelsen af den Systems Research Group (SRG) i afdelingen

Nonaka I og Hirotaka T

Nonaka Ikujiro og Hirotaka Takeuchi er begge professorer indenfor teknologisk videnskab, de er uddannet i Californien, men bosat i Japan. De har i 1994 skrevet den meget citerede bog "The Knowledge Creating-Company", som handler om japanske virksomheders evne til at skabe organisatorisk viden

Norman D. A.

Donald A Norman medstifter af Nielsen Norman Group. Han er professor i Computervidenskab ved Northwestern University og professor emeritus ved Universitetet i Callifornia, San Diago.

Norman har været vicepræsident for Apple Computer Advanced Technology Group.

McLean E. P

Ephraim R. McLean er ledende professor på George E. Smith Eminent Scholars, og formand for "Information Systems" på "Robins College of Business" ved universitetet i Georgia. Hans forskning har fokus på "management of information services", værdien af IS investeringer og anliggender i IS professionelles karriereforløb. McLean har udgivet over 125 artikler i blade som Journal of Management Information Systems, MIS Quarterly med flere. (DeLone og McLean, 2003)

Van der Meijden M. J.

M.J van der Meijden er ansat ved Department of Medical Informatics, Maastricht University, I Holland.Meijden

Bilag A Spørgeskema spørgeskemaundersøgelsen 2008

(også udsendt som elektronisk survey)

(Følg brevet side 1 er udeladt)

Praktiserende læge
ydernummer
adresse)
adresse)
telefon)
Lægesystem:

1. Jeg ICPC-koder (sæt ét kryds)
- Ingen kontakter
 - Enkelte kontakter
 - De fleste kroniske sygdomme
 - Alle kontakter
2. Koder klinikkens personale? Ja Nej
Hvis **Ja**, hvem koder? (Sæt gerne flere krydser)
- Sekretær
 - Sygeplejerske
 - Uddannelseslæge
 - Medicinstuderende
 - Andre (beskriv: _____)
3. Er du interesseret i at få vejledning i ICPC kodning?
Ja Nej
4. Har du lyst til at være Vejleder/kontaktperson for andre brugere i anvendelse af blandt andet ICPC kodning i det lægesystem du anvender?
Ja Nej
5. Jeg diagnosekoder med et andet system end ICPC (beskriv):

Tak for dine svar!Besvarelsen kan enten sendes pr fax til **8728 4620**

eller pr post til: Praksisenheden Horsens
Emil Møllers Gade 41
8700 Horsens
Att. IT konsulent Bente Wengler

Bilag B Overgang mellem ICPC-e og ICPC-2-DK



Søgning på Linkportalen på D96.
 Bemærk at der i hovedet står
ICPC: D96 Forstørret lever/hepatomegali
 Kategori: **Alle kategorier**
 Region: **Alle regioner** (nationale informationer inkluderet)

Bemærk at der for lægehåndbogen står:
Lægehåndbogen
[Orme-/parasitsygdom \(D96\)](#)

Bilag C Skema til Observation

	Henviſning	EKG/Spirometri	Blodprøver	Recept	Antal opſlag i journal	Andre undersøgelſer	Tid	Bemærkning/Notat

Bilag D Invitation til fokusgruppeinterview

Invitation til et fokusgruppeinterview med temaet ICPC-diagnosekodning.

Med baggrund i en spørgeskemaundersøgelse i 2008 om brug af ICPC-diagnosekodning i almen praksis, indbydes din praksis til at deltage i et fokusgruppeinterview med fokus på hvilke forhindringer der kan være i forhold til at anvende ICPC kodeværktøjet, og hvad der skal til for at fremme brugen af ICPC-kodningen. Interviewet er fastsat til at vare en time.

Formålet med Fokusgruppeinterviewet.

Fokusgruppeinterviewet skal, på baggrund af de oplysninger der blev indsamlet i spørgeskemaundersøgelsen, være med til at skaffe yderligere viden om, hvilke tiltag der skal iværksættes i Region Midtjylland for at give en kvalificeret og målrettet vejledning og indsats i forhold til brug af ICPC-diagnosekodning, samt afdække hvad der hindrer brugen af ICPC-diagnosekodning.

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at der var en stor gruppe læger, der ønskede vejledning, og at denne gruppe indeholdt både nuværende brugere af kodeværktøjet og kommende brugere. Den resterende gruppe, som ikke ønskede vejledning, delte sig i nuværende brugere og brugere som ikke anvender ICPC-kodeværktøjet.

Fokusgruppeinterviewet indgår desuden som dataindsamling til et Masterprojekt i Sundhedsinformation med titlen ICPC-kodning i almen praksis

Afvikling af Fokusgruppeinterviewet

Interviewet vil foregå ved, at gruppen på 4-6 personer bliver bedt om at samtale indbyrdes om nogle spørgsmål, som interviewereren (undertegnede) præsenterer gruppen for. Intervieweren vil være ansvarlig for at styre samtalen, men vil ikke selv indgå i samtalen.

Interviewet vil blive optaget på bånd, som efterfølgende transskriberes og grupperes i forhold til udsagn. De deltagendes navne vil ikke fremgå i det endelige materiale, og båndet vil efterfølgende blive destrueret.

Projektet er støttet af KEU i Region Midtjylland og deltagelse i fokusgruppeinterviewet honoreres med kr. 812,- pr. deltager.

Aftale om tidspunkt.

Jeg tillader mig, at kontakte dig/din praksis i uge 6, for at høre om I vil deltage og for at aftale tid. I er selvfølgelig også velkommen til at kontakte mig med en mail til Bente.Wengler@stab.rm.dk eller på telefon 2945 8699, gerne med forslag for et tidspunkt.

Jeg håber, at I vil deltage.

Venlig hilsen

Bente Wengler
IT Konsulent
Praksisenheden Horsens
Mobil tlf. 2945 8699 eller
Mail: bente.wengler@stab.rm.dk

./. Vedlagt overordnede spørgsmål til Fokusgruppeinterviewet.

midt
regionmidtjylland

Dato 26.05.2009
Bente Wengler
Tel. +45 8728 4609
Bente.Wengler@stab.rm.dk

Side 1/2

R03 D81 X23 P06 Y86 L18 F27 S26
U02 Y77 A02 D71 H03 N19 B26 K04
R03 T90 A86 P06 Y85 L18 F27 S77
U02 Y14 A03 D71 H03 N19 B26 K04
R03 N K25 P06 P70 L18 F27 S26
U02 Y77 A08 D71 H03 N19 B26 K04
B02R03 T29 R05 P06 W13 L70 F27
S26 U02 Y13 A18 D71 H03 N19 B26
K04 R03 Z01 X86 P06 W70 L18 F27
S26 U02 Y16 A78 D21 H03 N19 B76
K04 F75 T90 X14 P06 S03 L18 F27
S26 U02 Y77 A79 D11 H03 N19 B26
K04 R03 T08 X06 P06 W29 L97 F17
S26 U02 Y27 A29 D71 H03 N19 B26
K04 R03 T90 X86 P06 W05 L18 F79
S26 U02 Y27 A29 D11 H03 N19 B26
K04 R92 T27 X06 P06 W70 L18 F27
S26 U02 Y16 A18 D71 H03 N19 B26
Z01R03 H15 X82 P06 W10 L18 F27