

SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD OG KLINISKE RETNINGSLINJER

***- Faciliteret anvendelse af kliniske
retningslinjer i klinisk praksis***



***Rikke Kristensen
Morten Schøler Kristensen***

10. semester Sundhedsteknologi

De Ingeniør-, Natur- og Sundhedsvidenskabelige Fakulteter

Aalborg Universitet



2010

Synopsis:

Titel:

Sundhedsfagligt Indhold og kliniske retningslinjer
- *Faciliteret anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis*

Semester:

4. Semester
Kandidatuddannelsen i Sundhedsteknologi med specialisering i Medicinsk Informatik

Projektperiode:

1. februar - 4. juni 2010

Projektgruppe:

10gr1086a

Deltagere:

Rikke Kristensen
Morten Schøler Kristensen

Vejledere:

Pia Elberg
Kirstine Hjære Rosenbeck

Oplagstal: 5**Sidetal:** 163**Hovedrapport:** 1-104 (104)**Appendiksrapport:** 106-163(58)

Sundhedsfagligt indhold (SFI) skal sikre, at EPJ understøtter kliniske processer og dokumentationen af disse, hvor kliniske retningslinjer er evidensbaserede anbefalinger for de kliniske processer. Det er kendt, at der er forskel på den behandling, der er evidens for og den som patienten modtager i praksis. Dette betyder, at sundhedsvæsenet risikere at yde behandling, der ikke er af højeste kvalitet, hvorved patienten risikere at modtage inadækvat og ukorrekt behandling. Derfor fokuserer dette projekt på, hvorledes arbejdet med SFI i EPJ og IT-systemer kan facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer.

Først analyseres potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI ved at besvare hvorfor kliniske retningslinjer ikke anvendes i praksis samt hvilke muligheder der er for at indarbejde disse i SFI med henblik på at sikre anvendelsen af retningslinjerne i praksis. Derefter modelleres IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner med henblik på at facilitere implementeringen af kliniske retningslinjer i praksis. Vidensindsamlingen til analyse er konstitueret af litteraturreviews og et interview. Modelleringen af dokumentationsskabelonerne er foretaget gennem en systematisk gennemgang af kliniske retningslinjer og pakkeforløbet for prostatacancer.

Ekstensive barrierer begrænser anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis og spænder fra udviklingen af retningslinjer til kliniskernes individuelle holdninger og adfærd. Derfor er de dokumentationsskabeloner, der er modelleret i dette projekt, karakteriseret ved at indføre kliniske retningslinjer i dokumentationsprocessen og dermed facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer i klinisk praksis.

SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer har potentialet til at facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer ved at indføre disse i klinisk praksis, og gøre det muligt at følge op på om det der dokumenteres er i overensstemmelse med retningslinjerne. Dokumentationsskabelonerne der er modelleret i dette projekt konceptualiserer dette, men en egentlig udvikling skal foretages i samarbejde med de klinikere der skal anvende dokumentationsskabelonerne.

Synopsis:

Titel:

Clinical content and clinical guidelines
- *Facilitated application of clinical guidelines in clinical practice*

Semester:

4th semester
M.Sc. in Biomedical Engineering and Informatics with specialization in Medical Informatics

Project period:

1st of February - 4th of June 2009

Project group:

10gr1086a

Group members:

Rikke Kristensen
Morten Schøler Kristensen

Supervisors:

Pia Elberg
Kirstine Hjære Rosenbeck

Number of copies: 5

Pages: 163

Main report: 1-104 (104)

Appendix report: 106-163(58)

Clinical content (SFI) shall ensure that electronic healthcare records (EHR) support clinical processes and the documentation of these, where clinical guidelines are evidence based recommendations for the clinical processes. It is known that there is a difference between the evidence suggested treatment and the treatment that the patient receives. This implies that the health sector might provide treatment that is not of the highest quality, with the patient at risk of receiving inadequate and inappropriate treatment. Therefore, this project focuses on how the work with SFI in EHR and IT-systems can facilitate the application of clinical guidelines. First the potentials in incorporating clinical guidelines into SFI are analysed by answering; why are clinical guidelines not applied in clinical practice as well as and what are the possibilities to incorporate clinical guidelines into SFI to ensure the application of the guidelines in practice. Then IT-based SFI documentation templates are modelled to facilitate the implementation of clinical guidelines in clinical practice. Knowledge gathering for the analysis is constituted of literature reviews and an interview. The modelling of documentation templates are achieved through a systematic review of clinical guidelines and the description for continuity of care (kræftpakkeforløb) for prostate cancer. Extensive barriers prevent the application of clinical guidelines in clinical practice and range from the development of guidelines to the clinician's individual attitude and behaviour. Therefore, the documentation templates modelled in this project are characterised by adopting clinical guidelines in clinical practice through the documentation process and thereby facilitate the application of clinical guidelines in clinical practice. SFI documentation templates based on clinical guidelines has the potential to facilitate the application of clinical guidelines by adopting these in clinical practice and thereby making it possible to evaluate whether what is documented is in concordance with the clinical guidelines. The documentation templates modelled in this project conceptualise this, but an actual development must be carried out in collaboration with the clinicians who are to use the templates.

FORORD

Denne rapport er udarbejdet i perioden 1. februar til 4. juni 2010 af Rikke Kristensen og Morten Schøler Kristensen, gruppe 10gr1086a på 4. semester af kandidatuddannelsen i Sundhedsteknologi indenfor specialiseringen Medicinsk Informatik ved Aalborg Universitet. Temaet for dette semester er "Anvendt sundhedsteknologi og informatik", hvorfor denne rapport fokuserer på hvorledes arbejdet med sundhedsfagligt indhold (SFI) i elektroniske patientjournaler (EPJ) og IT-systemer kan facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer.

Baggrunden for denne rapport er en undren over, hvorfor der ikke er sammenhæng mellem den behandling, der er evidens for og den patienterne modtager og hvilke muligheder, der er for at sikre dette gennem arbejdet med SFI i EPJ og IT-systemer. Rapporten er derfor skrevet med henblik på at bidrage med viden om hvorledes arbejdet med SFI i EPJ og IT-systemer kan facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer. Desuden bidrages med viden om hvad der karakteriserer den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer samt hvilke muligheder der er for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI. Rapporten henvender sig til andre, der har interesse i SFI og hvorledes anvendelsen af kliniske retningslinjer kan faciliteres for at opnå sammenhæng mellem det, der er evidens for og det der udføres i praksis.

Projektgruppen vil gerne rette en tak til Berit Fabricius, SFI konsulent ved Region Nordjylland, for spændende diskussioner om sundhedsfagligt indhold, samt for hjælp med kontaktpersoner. Projektgruppen vil gerne rette en tak til Susanne Bünger som har givet nyttige perspektiver på projektet i forbindelse med et interview. Yderligere vil projektgruppen også gerne takke CSC Scandihealth A/S for diskussion af projektet i forbindelse med en præsentation d. 10 juni. En særlig tak rettes til John Møller-Jensen fra CSC Scandihealth A/S for spændende diskussioner om sundhedsfagligt indhold og kliniske retningslinjer, en demonstration af EPJ rammesystemet Clinical Suite og for at muliggøre præsentationen af projektet d. 10 juni. Til sidst rettes en tak til projektets vejledere, Pia Britt Elbjerg og Kirstine Hjære Rosenbeck, for kyndig vejledning.

Rikke Kristensen

Morten Schøler Kristensen

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse	8
FORKORTELSER	10
FIGUROVERSIGT	13
TABELOVERSIGT	15
Kapitel 1 Indledning	17
1.1 Problemformulering	20
Kapitel 2 Metode til besvarelse af projektets problemformulering	21
Kapitel 3 Analyse af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI	27
3.1 Barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis	27
3.2 IT-baserede løsninger der har forsøgt at reducere eksisterende barrierer	41
3.3 SFI begrebet	49
3.4 Muligheder for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI	53
3.5 Delkonklusion	60
Kapitel 4 Modellering af IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner	65
4.1 Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer	65
4.2 Realiseringsovervejelser for IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner	80
4.3 Delkonklusion	83
Kapitel 5 Diskussion	85
Kapitel 6 Konklusion	91

LITTERATUR	97
APPENDIKS	106
Appendiks A Interviewguide	107
Appendiks B Transskribering af interview med Susanne Bünger	113
Appendiks C Kræftpakkeforløb	143
Appendiks D Definitioner på sundhedsfagligt indhold	151
Appendiks E Klinisk proces	155
Appendiks F Dokumentstyrings- og håndteringssystemer	159
BILAG	161
Bilag I Prostatacancerforløb på Aalborg Sygehus	161

FORKORTELSER

Akronym	Beskrivelse
bPSA	bundet PSA
DRE	digital rektal eksploration
DRG	Diagnose Relaterede Grupper
EBM	Evidensbaseret Medicin
EKG	Elektrokardiogram
EPJ	Elektronisk Patientjournal
fPSA	frit PSA
GUI	Graphical User Interface
IKAS	Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
ISO	International Organization for Standardization
MDT	MultiDisciplinære Teamkonferencer
MoM	Map of Medicine
PSA	prostata-specifikt antigen
SFI	Sundhedsfagligt Indhold
SKS	Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms

Forkortelser

Akronym	Beskrivelse
tPSA	totalt PSA
TRUS	TransRektal UltralydsScanning
XML	eXtensible Markup Language

FIGUROVERSIGT

2.1	Oversigt over metode for besvarelse af projektets problemformulering	22
2.2	Metode for analyse af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI	23
2.3	Metode for modellering af IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner	25
3.1	Processen for udvikling af kliniske retningslinjer	29
3.2	Oversigt over identificerede barrierer	37
3.3	Forløbet for prostatacancer i primær sektoren	44
3.4	Forløbet for prostatacancer i sekundære sektoren	45
3.5	Inddata-uddata problematik	48
3.6	SFI omfatter indhold, datastruktur, visualisering og standardisering	50
3.7	Tilpasning af standardplan	50
3.8	SFI i klinisk proces	54
3.9	Similariteter mellem kliniske retningslinjer, instrukser og SFI	56
3.10	Kliniske retningslinjer og instrukser indarbejdet i standardplaner	57
3.11	Eksempel på højt struktureret data	58
3.12	Barrierer der kan reduceres med retningslinjebaserede dokumentationsskabeloner . .	64
4.1	Flowdiagram for pakkeforløbet for prostatacancer	67
4.2	Mock-Up af brugergrænsefladen for udredningen	69
4.3	Eksempel på dokumentationsskabelon for udredning	70
4.4	Retningslinjen for udredning vist som flowchart	71
4.5	Retningslinjen for udredning vist som tekst	73
4.6	Mock-Up af brugergrænsefladen for strålebehandling	74
4.7	Dokumentationsskabeloner for patienter i mellem og høj risikogruppen	75
4.8	Dokumentationsskabeloner for en patient i lav risikogruppen	76

FIGUROVERSIGT

4.9	Retningslinjen for strålebehandling vist som flowchart	77
4.10	Retningslinjen for strålebehandling vist som tekst	78
4.11	Opdatering af dokumentationsskabeloner	79
4.12	Overordnet systemdesign	80
5.1	Udbyggelse af dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer	90
C.1	Eksempel på et flowchart for et kræftpakkeforløb	145
C.2	Forløbstider i kræftpakkeforløb	149
E.1	Kliniske overvejelser	156
E.2	Klinisk beslutningsproces	157

TABELOVERSIGT

3.1	Oversigt over artiklerne fra hvilke barriererne er identificeret	40
3.2	Oversigt over dokumentstyrings- og håndteringssystemer i de danske regioner	47
D.1	Oversigt over forskellige SFI definitioner	152

KAPITEL 1

INDLEDNING

I Danmark er der fokus på Sundhedsfagligt Indhold (SFI) i forbindelse med udviklingen af Elektronisk Patientjournal (EPJ). Hvor EPJ er et datalager for sundhedsrelevante informationer om patienter på en computerbearbejdelig form. Disse informationer er gemt og udvekslet på sikker vis samt tilgængelige for multiple autoriserede brugere [ISO, 2005].

SFI begrebet blev første gang anvendt i EPJ-Observatoriets statusrapport fra 2002 og er siden hen blevet anvendt af bl.a. Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), Region Hovedstaden og CSC Scandihealth A/S m.fl. [Andersen et al., 2002], [Hovedstaden, 2007], [Møller-Jensen, 2009], [Fabricius, 2008]. SFI dækker bl.a. over det indhold, der skal dokumenteres til EPJ som følge af udførte sundhedsfaglige handlinger. Dette betyder, at SFI bl.a. omhandler hvordan klinikerne skal dokumentere udførte sundhedsfaglige handlinger i EPJ gennem notatskabeloner. Fabricius [2008] definere formålet med SFI som:

"SFI skal sikre, at EPJ-systemet understøtter den kliniske proces og hvorledes denne dokumenteres"

[Fabricius, 2008]

Ud fra dette skal arbejdet med SFI fokusere på, at EPJ-systemet understøtter de sundhedsfaglige handlinger såvel som dokumentationen af disse.

De sundhedsfaglige handlinger bør udføres på et evidensbaseret grundlag for at sikre patienten det bedste resultat. Ifølge Sundhedsstyrelsen er det et tiltagende krav at sundhedsydelser er baseret på evidens:

"Der er et tiltagende krav i et moderne sundhedsvæsen, at sundhedsydelser er baseret på bedste kliniske evidens. Det er således ikke tilstrækkeligt, at en behandling hviler på tradition eller personlig erfaring."

[Sundhedsstyrelsen, 2010a]

Den klinisk hverdag handler derfor om at praktisere evidensbaserede handlinger, der også kaldes Evidensbaseret Medicin (EBM). EBM er den samvittighedsfulde, eksplicitte og velovervejede anvendelse af den bedste tilgængelige evidens til at tage beslutning omkring behandling og pleje af individuelle patienter. Gode klinikere gør brug af både deres individuelle kliniske ekspertise og den bedste tilgængelige eksterne evidens. Ved individuel klinisk ekspertise forstås den færdighed og dømmekraft, som individuelle klinikere tilegner sig gennem klinisk erfaring og klinisk praksis. Ved bedste tilgængelige eksterne evidens forstås, der klinisk relevant forskning i nøjagtighed og præcision af diagnostiske tests, effekten af prognostiske markører og effekten og sikkerheden af terapeutiske, rehabiliterende og præventive regimer. Ekstern evidens både afkræfter tidligere accepteret diagnostiske tests og behandlinger og erstatter dem med nye som er sikrere, mere nøjagtige og mere virkningsfulde. [Sackett et al., 1996]

Den eksterne evidens omsættes typisk til kliniske retningslinjer, der kan anvendes som vejledninger i klinisk praksis. Med kliniske retningslinjer forstås evidensbaseret anbefalinger, der anvendes i klinisk praksis, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer. [Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006a] Fordelen ved kliniske retningslinjer er, at de kan forbedre kvaliteten af den pleje patienten modtager, og dermed sikre et bedre resultat for patienten. [Grimshaw og Russell, 1993], [Woolf et al., 1999], [Vesely et al., 2006], [Kaiser og Miksch, 2009], [Hoelzer et al., 2002] Dette skyldes, at kliniske retningslinjer giver anbefalinger om, hvilke diagnostiske procedure der bør udføres, hvilken behandling der bør gives eller hvilket medikament, der vil være hensigtsmæssigt at anvende. [Lin og Slawson, 2009], [Woolf et al., 1999] Hermed hjælper kliniske retningslinjer klinikerne med at træffe beslutninger om varetagelsen af individuelle patienter, hvis klinikerne er i tvivl. [Lin og Slawson, 2009] Ved brug af kliniske retningslinjer sikres

en mere ensartet behandling, da retningslinjerne foreskriver, hvorledes en behandling bør udføres, baseret på evidens. Woolf et al. nævner ligeledes at kliniske retningslinjer vil sikre en større sandsynlighed for ensartet behandling af patienter med lignende kliniske problemer

[Woolf et al., 1999].

Kliniske retningslinjer bygger ideelt set på den nyeste evidensbaserede viden fra litteraturen og kan dermed være med til at holde klinikerne opdateret på deres fagområde. Dette kan være en stor fordel da mange klinikere ikke har tiden til at holde sig opdateret med litteraturen og ud fra den sammensætte kliniske retningslinjer til brug i praksis. [Chung og Shauver, 2009], [Grimshaw et al., 2002]. De kliniske retningslinjer gør det dermed nemmere for klinikerne, da en del af arbejdet er gjort for dem.

Der har derfor været stort fokus på anvendelsen af kliniske retningslinjer i forbindelse med praktiseringen af EBM, men det er dog velkendt, at der er stor forskel mellem den behandling patienterne modtager og den behandling, der er evidens for. [Hay et al., 2008], [Liang, 2007], [Ehrenberg et al., 2004], [Grol og Grimshaw, 2003], [Bates et al., 2003], [Grimshaw et al., 2002], [Committee on Quality of Health Care in America og Institute of Medicine, 2001], [Woolf et al., 1999] Dette har stor betydning for patienten, da vedkommende risikere at modtage inadækvat og ukorrekt behandling [Woolf et al., 1999]. Dette bliver ikke kun et problem for patienten, men også for sundhedsvæsenet, der risikere at yde behandling, der ikke er af højeste kvalitet.

Selvom der i litteraturen er enighed om, at kliniske retningslinjer kan være et middel til at bringe det, der gøres i praksis tættere på den evidensbaseret viden, der er på området [Woolf et al., 1999], [Chung og Shauver, 2009], anvendes de kliniske retningslinjer ikke.

1.1 Problemformulering

For at skabe sammenhæng mellem evidens og praksis er det nødvendigt at sikre anvendelsen af de kliniske retningslinjer. I den forbindelse er det nødvendigt at kende årsagerne til at de kliniske retningslinjer ikke anvendes, hvorfor projektets første problemstilling er:

"Hvad karakteriserer den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis?"

Når årsagerne til at de kliniske retningslinjer ikke anvendes er klarlagt er det efterfølgende nødvendigt at udarbejde en løsning der sikre anvendelsen af disse. Da kliniske retningslinjer og SFI er sammenhængende idet kliniske retningslinjer beskriver evidensbaserede anbefalinger for de sundhedsfaglige handlinger og SFI skal sikre at EPJ-systemet understøtter de disse og deres dokumentation, er det interessant at se på hvordan arbejdet med SFI kan være med til at sikre anvendelsen af de kliniske retningslinjer. Derfor er projektets anden problemstilling er:

"Hvordan kan kliniske retningslinjer indarbejdes i SFI med henblik på at sikre anvendelsen af kliniske retningslinjer?"

For at få dokumenteret de udførte sundhedsfaglige handlinger i et EPJ-system, kræver dette dokumentationsskabeloner der sikre, at det der udføres i klinisk praksis understøttes i dokumentationsprocessen med korresponderende dokumentationsskabeloner, hvorfor projektets tredje problemstilling er:

"Hvordan kan der i et IT-system udvikles SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer?"

Besvarelsen af disse problemstillinger er med til at belyse projektets overordnede problemformulering:

"Hvorledes kan arbejdet med sundhedsfagligt indhold i EPJ og IT-systemer facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer?"

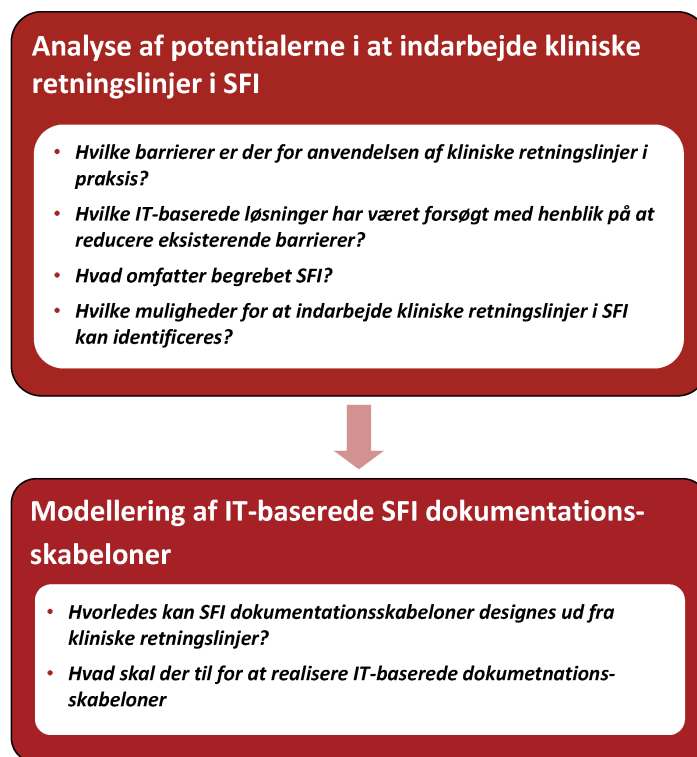
KAPITEL 2

METODE TIL BESVARELSE AF PROJEKTETS PROBLEMFORMULERING

*I dette kapitel beskrives metoden, der er blevet anvendt til at besvare projektets problemformulering:
"Hvorledes kan arbejdet med sundhedsfagligt indhold i EPJ og IT-systemer facilitere anvendelsen af
kliniske retningslinjer?"*

Metodeoversigt

En oversigt over metoden til besvarelse af problemformuleringen ses på Figur 2.1 på den følgende side. Som det fremgår af figuren besvares problemformulering ved først at analysere potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI, hvorefter der foretages en modellering af IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner.



Figur 2.1: Oversigt over metode for besvarelse af problemformuleringen. Først analyseres potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI, hvorefter der modelleres IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner med henblik på at facilitere anvendelsen af de kliniske retningslinjer.

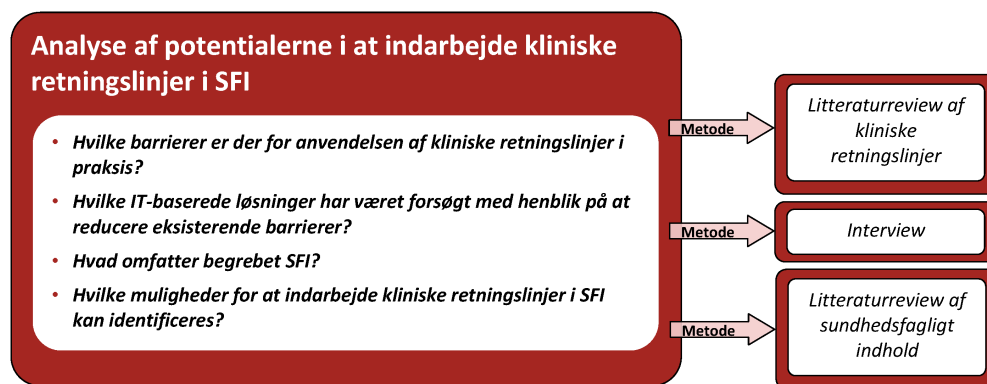
Analyse af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI

Analysen har til formål at besvare projektets to første problemstillinger:

- 1) *Hvad karakteriserer den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis?*
- 2) *Hvordan kan kliniske retningslinjer indarbejdes i SFI med henblik på at sikre anvendelsen af kliniske retningslinjer?*

Dette gøres ved at identificere hvilke barrierer der er for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis, hvilke IT-baserede løsninger der har været forsøgt for at reducere disse, hvad SFI begrebet omfatter og hvilke muligheder der er for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI.

Analysen af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI er udarbejdet ud fra metoden, der ses på Figur 2.2 på næste side. Analysen foretages som litteraturreviews af kliniske retningslinjer og SFI, og suppleres med et interview.



Figur 2.2: Oversigt over den anvendte metode til analysen af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI. Analysen foretages gennem litteraturreviews af kliniske retningslinjer og SFI, samt et interview.

Litteraturreviewet af kliniske retningslinjer udarbejdes ud fra søgning på specifikke MeSH termer i PubMed. De anvendte MeSH termer er:

1. *"Medical Records Systems, Computerized"*[Majr] AND *"Practice Guidelines as Topic"*[Majr]
2. *"Decision Support Systems, Clinical"*[Majr] AND *"Practice Guidelines as Topic"*[Mesh]
3. *"Decision Support Systems, Clinical"*[Mesh] AND *"Practice Guidelines as Topic"*[Majr]

Ud fra disse søgeresultater blev først titlen vurderet på om den indeholdt noget, der var relevant i forhold til at belyse barriererne ved anvendelse af kliniske retningslinjer som f.eks. ordene "barrierer" eller "challenge". Hvis en artikel blev vurderet relevant ud fra dens titel, blev artiklens abstrakt læst og artiklens relevans blev vurderet ud fra, hvorvidt artiklen omhandlede kliniske retningslinjer i forhold til barrierer for anvendelse i praksis og/eller forsøg på at reducere barrierer. Yderligere blev der suppleret med artikler fra PubMeds autogenererede liste over "relaterede artikler", som vises når et givent abstrakt læses. Udover søgninger på MeSH termerne er der også blevet anvendt fritext søgninger for at supplere med eventuelle artikler, som ikke blev fundet ved søgning på MeSH termerne. Ved fritext søgning i PubMed og Google Scholar på »"Clinical guidelines"« blev samme kriterier for selektering af artikler anvendt. For at opnå litteratur der afspejlede den tilgængelige viden på området, blev der efterfølgende anvendt reference tracking til at udvælge yderligere relevante artikler på baggrund af de allerede fundne artiklers referencelister. Dette er beskrevet af Greenhalgh og Peacock [2005], som beretter at regulære søgninger i journaler kun giver et delvist repræsentativt billede af den tilgængelige viden, mens en supplerig med reference tracking giver et mere repræsentativt billede [Greenhalgh og Peacock, 2005]. De udvalgte artikler blev gennemgået

systematisk med henblik på at besvare, hvilke barrierer der er for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis, samt hvilke IT-baserede løsninger der har været forsøgt med henblik på at reducere barrierer.

Litteratur omhandlende SFI er begrænset, men et SFI litteraturreview udarbejdet af Berit Fabricius [2008] er anvendt. Dette review fokuserer på litteraturens definitioner af SFI begrebet, samt hvad det omfatter [Fabricius, 2008]. For at supplere reviewet med nyere viden blev der suppleret med en fritekstsøgning på ordet »*"Sundhedsfagligt indhold"*« i søgemaskinen Google. Søgningen blev begrænset til kun at omfatte sider på dansk, da den internationale SFI litteratur, til trods for visse ligheder, er forskellig fra den danske. Ud fra søgningen blev der udvalgt rapporter og hjemmesider omhandlende SFI arbejdet på baggrund af deres titel. De udvalgte rapporter og hjemmeside gennemgås systematisk med henblik på at besvare, hvad der er omfattet af begrebet SFI, samt hvilke muligheder der er for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI.

Ydermere, er der foretaget interview med Susanne Bünger. Susanne Bünger er akkrediteringskoordinator ved Børne- og Kirurgicentrets Kvalitets- og Akkrediterings-centerråd på Aalborg sygehus, men har tidligere været udviklingssygeplejerske og SFI koordinator, hvorfor hun kan bidrage med synspunkter på kliniske retningslinjer og SFI i både et klinisk såvel som administrativt perspektiv. Formålet med interviewet er at undersøge mulighederne for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI med henblik på at reducere eksisterende barrierer. Interviewet blev udført som et semi-struktureret interview, som beskrevet af Steiner Kvale [Kvale, 2008a]. Fordelen ved denne interviewmetode er at den muliggøre en supplerende af den, igennem litteraturreviews, opnåede teoretiske viden med nye synsvinkler og informationer. Forud for interviewets udførelse blev der udarbejdet en interviewguide, denne kan ses i Appendiks A på side 107 og det transskriberede interview kan ses i Appendiks B på side 113.

Modellering af IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner

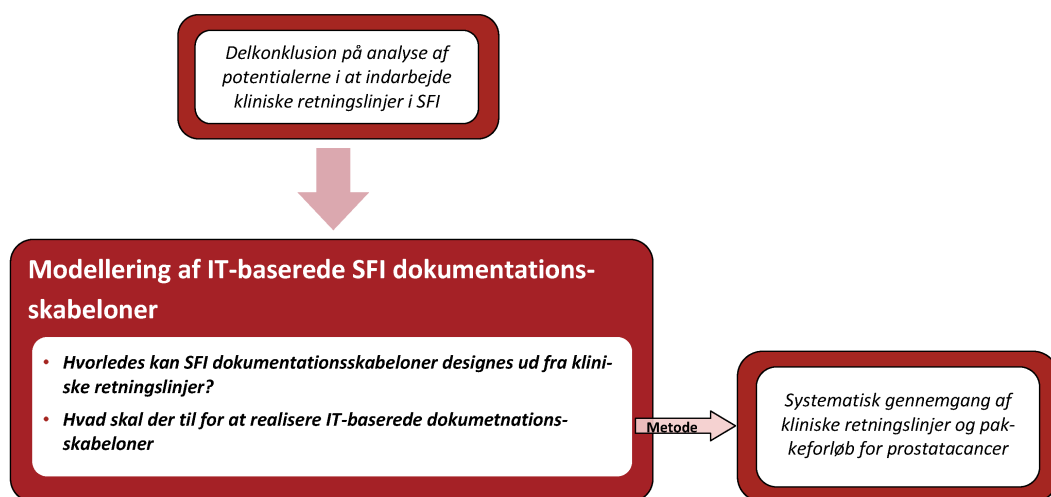
Formålet med modelleringen af dokumentationsskabeloner er at kunne svare på projektets tredje problemstilling:

- 3) *Hvordan kan der i et IT-system udvikles SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer?*

Dette gøres ved først at undersøge, hvorledes IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner kan designes ud fra kliniske retningslinjer, hvorefter det overvejes hvad der skal til for at realisere IT-baserede dokumentationsskabeloner.

Modelleringen tager udgangspunkt i et kræftpakkeforløb, da pakkeforløbene beskriver standardiserede og evidensbaserede patientforløb. Dermed er de evidensbaserede handlinger beskrevet, og der behandles flere patienter efter samme standard. En generel beskrivelse af pakkeforløbene for kræft kan ses i Appendiks C på side 143. Der tages udgangspunkt i pakkeforløbet for prostatacancer, der med en skønsmæssig incidens på 63 pr. 100.000 er den hyppigste kræftform hos mænd i Danmark.

Modelleringen er foretaget på baggrund af metoden, der ses på Figur 2.3.



Figur 2.3: Oversigt over metoden til modellering af IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer

For at besvare hvorledes SFI dokumentationsskabeloner kan designes med henblik på at facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer, foretages modelleringen af dokumentationsskabeloner først som Mock-Ups af brugergrænsefladen på baggrund af kliniske retningslinjer for udredning af prostatacancer samt strålebehandling, og implementeres ikke i et IT-system. Modelleringen foretages ved en systematisk gennemgang af kliniske retningslinjer i form af Dansk Urologisk Selskabs betænkingsrapport fra 2005 og det nationale pakkeforløb for prostatacancer. Den systematiske gennemgang af materialet er foretaget ved gennemlæsning af retningslinjernes og pakkeforløbets beskrivelser og anbefalinger med henblik på at identificere, hvilke sundhedsfaglige handlinger der

bør udføres, i hvilke rækkefølge de bør udføres og hvilke informationer der afgør det videre forløb ved udredning og strålebehandling. For at få en større forståelse for forløbet for prostatacancer, suppleres der med pakkeforløbet for prostatacancer på Aalborg Sygehus, som er blevet udleveret af tidligere udviklingssygeplejerske på Urologisk Afdeling, Susanne Bünger. Materialet er systematisk gennemgået med henblik på at finde uddybende informationer omkring forløbet ved udredning og strålebehandling. Dette forløb kan ses i Bilag I på side 161.

Dernæst overvejes det hvad der skal til for at realisere de modellerede IT-baserede dokumentationsskabeloner. Dette gøres ved først at illustrere det overordnede koncept, og derefter en systematisk gennemgang af konceptet med henblik på at beskrive de teknologiske muligheder.

KAPITEL 3

ANALYSE AF POTENTIALERNE I AT INDARBEJDE KLINISKE RETNINGSLINJER I SFI

Dette kapitel har til formål at besvare projektets to første problemstillinger: 1) Hvad karakteriserer den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis? 2) Hvordan kan kliniske retningslinjer indarbejdes i SFI med henblik på at reducere eksisterende barrierer? Dette gøres ved at analysere hvilke barrierer der er for anvendelsen af kliniske retningslinjer, hvilke IT-baserede løsninger, der har været forsøgt med henblik på at reducere de identificerede barrierer, hvad SFI begrebet omfatter, samt hvilke muligheder der er for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI. Dette er gjort i følge metoden beskrevet i Kapitel 2 på side 21.

3.1 Barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis

At indføre kliniske retningslinjer i sygehusvæsenet vil umiddelbart være en god idé idet disse giver evidensbaserede anbefalinger om adækvat og korrekt behandling med det formål at sikre patienten det bedste outcome. Til trods for dette følger klinikerne oftest ikke retningslinjerne på området [Cabana et al., 1999], [Woolf et al., 1999], [Grol, 2001], [Grimshaw et al., 2002], [Lyng, 2009], hvorved indførelsen af retningslinjer vil være nytteløs. Årsagerne til at retningslinjerne ikke anvendes er mange, hvorfor

flere har identificeret disse barrierer. Cabana et al. [1999] beskriver, i et review, overordnede tre grupper af barrierer, ud fra det de betegner, som en sekvens af adfærdsforandringer, bestående af viden, holdninger og adfærd. Før en kliniske retningslinje kan påvirke patientresultatet skal den først påvirke klinikerens viden, så holdninger og til sidst adfærd. [Cabana et al., 1999] Men inden retningslinjer kan påvirke klinikerens viden, skal retningslinjen udvikles mhp. at forbedre patient resultatet, hvorfor sekvensen for adfærdsforandringer, beskrevet af Cabana et al. [1999], udbygges med denne kategori. Sekvensen bliver derfor udvikling, så viden, så holdninger, og adfærd. Barriererne for hver af disse sekvenstrin beskrives i det følgende.

3.1.1 Udvikling

I forbindelse med udvikling af kliniske retningslinjer ses der forskellige barrierer, såsom en biased udvikling, herunder tidsmæssige barrierer, samt manglende vedligeholdelse af de kliniske retningslinjer.

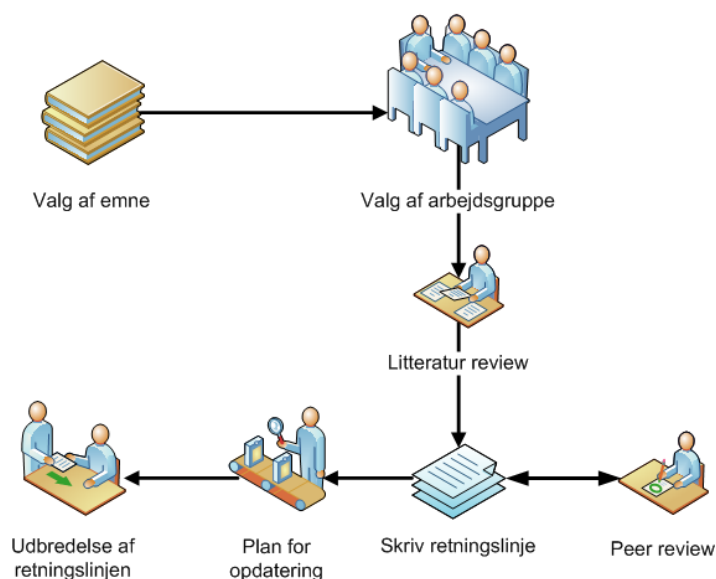
Biased udarbejdelse

Udarbejdelsen af kliniske retningslinjer sker på baggrund af flere skridt, hvor der først identificeres et emne af en gruppe bestående af eksperter og potentielle brugere eller evaluatore af retningslinjen [Shekelle et al., 1999]. Dernæst iværksættes en arbejdsgruppe, hvis ansvar er at udvikle retningslinjen, hvorefter der laves en omhyggelig litteratursøgning og et litteraturreview. Retningslinjen udarbejdes og peer reviewes for at sikre tydelighed og brugbarhed. En plan for opdatering og omskrivning af retningslinjen udarbejdes, inden retningslinjen videre formidles, dette forløb ses på Figur 3.1 på modstående side. [Chung og Shauver, 2009], [Grol, 2001]

I Danmark kan udarbejdelsen af kliniske retningslinjer ske på baggrund af referenceprogrammer, hvor et referenceprogram, ifølge Sundhedsstyrelsen, oftest er overordnede anbefalinger for organisation og behandlingsforløb for en given patientgruppe [Sundhedsstyrelsen, 2009d]. Nationale kliniske retningslinjer udvikles eller godkendes i Regi af Sundhedsstyrelsen, mens landsdækkende kliniske retningslinjer er udviklet i regi af medicinske selskaber og klinisk praksis. [Sundhedsstyrelsen, 2010a]

Grimshaw et al. [2002] beretter, at det er grundlæggende at have en udbredelse og implementeringsstrategi, for at støtte klinikernes brug af kliniske retningslinjer. Klinikerne har ikke meget tid i den daglig rutine til at læse reviews og kliniske retningslinjer, hvorfor de ikke alene kan indføre

3.1. Barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis



Figur 3.1: Processen for udvikling af kliniske retningslinjer. Først defineres emnet for hvilket den kliniske retningslinje skal oprettes, dernæst udvælges en arbejdsgruppe, der følgende laver review af den tilgængelige litteratur. Litteratur reviewet fører til nedskrivningen af den kliniske retningslinje på området, som peer reviews for at sikre videnskabelighed og kvalitet. Dernæst udarbejdes en plan for, hvornår retningslinjen skal opdateres. Sluttelig udbredes den kliniske retningslinje til relevante aktører. Inspireret af [Chung og Shauver, 2009]

retningslinjerne, der leder til en signifikant forbedring i behandling og pleje. [Grimshaw et al., 2002]

Woolf et al. [1999] påpeger at anbefalingerne i retningslinjer kan være influerede af kliniske erfaringer, subjektive meninger, samt sammensætningen af den gruppe, der udvikler retningslinjerne. Når anbefalinger for eller imod intervention skal bedømmes i forhold til fordele og ulemper for interventionen, bliver det en subjektiv vurdering fra udviklergruppen. Denne bedømmelse kan være upassende i forhold til den enkelte patient. [Woolf et al., 1999] Udviklergruppen består af forskellige individer, hvorfor de kliniske retningslinjer vil være influerede af gruppens meninger, men i og med at retningslinjerne bliver udformet ud fra litteraturen og peer reviewet inden de accepteres og formidles burde påvirkningen af de subjektive meninger ikke være stor. Desuden ses en retningslinje som en vejledning og ikke en "køgebog", hvorved klinikernes erfaring og viden er essentiel, som supplement til de kliniske retningslinjer.

Manglende vedligeholdelse

For at sikre forbedring i plejen af patienten skal de kliniske retningslinjer være udviklet på evidensbaseret viden. Hvis der ikke tages hensyn til den evidensbaseret viden kan dette resultere i suboptimal, ineffektiv og skadelig praksis. [Woolf et al., 1999] For at sikre patienten den bedste kontinuerede og evidensbaserede pleje i praksis, må de kliniske retningslinjer opdateres. Der kan ses to aspekter der gør, at det tager tid før effekten af en ny retningslinje effektueres. Det første aspekt er en antagelse om, at det afhænger af afdelingens størrelse, antallet af patienter og klinikere, hvorved større afdelinger er længere tid om at indrulle nye kliniske retningslinjer. Problemet bliver her, at retningslinjerne kan være forældet inden de er indrullet i praksis fuldt ud. Dette kunne løses ved at påminde klinikerne om den pågældende retningslinje på området. Herved bliver klinikerne gjort opmærksom på, at der forefindes kliniske retningslinjer og indrulningen af dem kunne dermed blive mere effektiv. Det andet aspekt er, at retningslinjerne skal bygges på evidensbaseret viden og skal opdateres løbende, men såfremt der ikke laves en opdateringsplan ved udarbejdelsen af retningslinjen risikeres det at retningslinjen bliver forældet og dermed giver inadækvate anbefalinger. Dette er studeret af flere [Chung og Shauver, 2009], [Grol, 2001], [Shekelle et al., 1999], [Kaiser og Miksch, 2009] og [Shekelle et al., 2001]. Ifølge Chung og Shauver [2009] vil opdateringen afhænge af, hvilket område det er indenfor. Retningslinjer på et specielt område vil muligvis kræve et review af litteraturen oftere end andre, pga. offentliggørelsen af nye forskningsresultater [Chung og Shauver, 2009]. Ifølge Grol [2001] skal de kliniske retningslinjer opdateres efter tre til fem år afhængende af tilgængeligheden af ny evidensbaseret viden [Grol, 2001]. Hvorimod Shekelle et al. [1999] mener, at en bedre løsning ville være at der ved udformningen af en kliniske retningslinje fastsættes en dato for hvornår den skal opdateres selvom dette kunne gøres så snart der frigives ny evidensbaseret viden. [Shekelle et al., 1999] Grundet retningslinjernes tidskrævende udviklingsproces risikeres det, at en retningslinje er forældet idet den er færdig. Dette sker pga. at nye forskningsfund kontinuerligt publiceres. For at udrede dette problem identificeres holdbarheden for retningslinjen, enten ved at fastsætte en dato for hvornår retningslinjen vil blive reviewet, som Shekelle et al [1999] ligeledes foreslog, eller ved en erklæring om, at datoen for et review af retningslinjen vil være når ny evidens er tilgængelig. [Kaiser og Miksch, 2009] Shekelle et al. [2001] giver et forslag til at retningslinjer skal opdateres, når der f.eks. er sket ændringer i evidens, eller ændringer i de tilgængelige ressourcer i sundhedsvæsenet. Ændringer i evidens kan betyde, at en eller nogle af anbefalingerne i en given retningslinje er forældet, og dermed måske også forkerte. Retningslinjen opdateres med ny evidens, hvis størstedelen af anbefalingerne er forældet. Dette gøres hvis den nye evidens beviser,

at tidligere anbefalede interventioner er upassende, ineffektive eller erstattede af nye interventioner. I nogle tilfælde kan den ene forældede anbefaling gøre hele retningslinjen ugyldig. Hvorfor bedømmelsen af hvorvidt en retningslinje skal opdateres eller ej er gennemgående subjektiv. [Shekelle et al., 2001]

Igennem opdatering af retningslinjer sikres det, at der anvendes ny evidensbaseret viden i praksis, derved mindskes muligheden for, at klinikerne udfører interventioner, der bygger på et forældet evidensgrundlag. Dette skader ikke kun patienten, men også de sundhedsprofessionelle, da de giver upræcise informationer og udfører upræcise kliniske anbefalinger, som mindsker kvaliteten af plejen. Sygehusledelsen, samfundet og patientens pårørende m.m. kan uretfærdigt dømme kvaliteten af behandlingen, der er udført på baggrund af de mangelfulde retningslinjer. [Woolf et al., 1999] Denne bedømmelse vil ikke være retfærdig, da klinikerne udførte interventioner som vedkommende troede var adækvate og korrekte. Det er derfor vigtigt at udarbejde en plan for opdatering af de kliniske retningslinjer, hvorved mulighederne for forældede anbefalinger reduceres.

3.1.2 Viden

Manglende tilgængelighed, manglende bevidsthed og manglende familiaritet ses som barrierer der påvirker klinikernes viden omkring retningslinjerne, og beskrives i det følgende.

Manglende tilgængelighed

Lyng [2009] har udarbejdet et observationsstudie, hvor mangel på adgang til computer i arbejdsituationer, mangel på integration mellem kliniske retningslinjer og kliniske informationssystemer, og erfaringen af, at det er svært at finde retningslinjerne var nogle af grundene til, at de kliniske retningslinjer ikke blev anvendt. [Lyng, 2009] I disse tilfælde er retningslinjerne uanvendelige idet de ikke er gjort tilgængelige. De kliniske retningslinjer giver kun mening i de tilfælde, hvor de er tilgængelig og klinikerne ikke skal bruge for meget tid på at finde dem.

Woolf et al. [1999] belyser, at retningslinjer giver mening når klinikerne er usikre på den rette pleje. Derimod er retningslinjer mindre anvendelige, når klinikerne allerede er klar over, hvad situationen kræver. [Woolf et al., 1999] Grundene dertil er, at klinikerne i tvivlstilfælde vil anvende retningslinjer på området for at finde frem til den rette pleje for patienten, hvorved retningslinjerne er gode. I andre tilfælde, hvor klinikerne føler sig sikre på den rette pleje vil de ikke anvende retningslin-

jerne, for at få dette bekræftet. I de tilfælde hvor evidensgrundlaget for retningslinjen er forældet kan det have store konsekvenser for patienten, da den pleje klinikerne er sikre på er korrekt, kan være ukorrekt og skadelig for patienten. Herved vil klinikerne udføre ukorrekt pleje i den tro, at det er korrekt pleje.

I dette tilfælde er retningslinjen tilgængelig, men som Woolf et al. [1999] beretter giver det kun mening, hvis klinikerne er i tvivl om plejen ellers anvendes den ikke. Men i det tilfælde hvor klinikerne er ved at udføre ubevidst ukorrekt pleje er retningslinjen ikke tilgængelig til at korrigere vedkommende.

Hoelzer et al. [2002] beretter, at præsentationen af medicinsk information enten er let struktureret eller slet ikke struktureret, hvorved det bliver næsten umuligt for klinikerne at genfinde den specifikke del i retningslinjen. [Hoelzer et al., 2002] Hvis de kliniske retningslinjer ikke er tilgængelige eller informationerne deri er let eller slet ikke struktureret anvendes de kliniske retningslinjer ikke.

Manglende bevidsthed

Klinikerne kan også være ubekendt med retningslinjernes eksistens [Cabana et al., 1999], hvorved dette i sig selv bliver en barriere, da klinikerne ikke kan følge retningslinjen, hvis ikke vedkommende er klar over, at der findes en på området. Grunden til denne uvidenhed kan skyldes klinikernes mangel på tid, der derved gør det svært for klinikerne at holde sig opdateret.

Den voksende mængde af forskning gør det ligeledes svært for klinikerne at holde sig opdateret på samtlige retningslinjer og anvende dem kritisk i praksis [Cabana et al., 1999].

Manglende familiaritet

Klinikerne kan have kendskab til kliniske retningslinjer, men dette er ikke ensbetydende med, at de er klar over, hvorledes de skal anvende anbefalingerne. Ifølge Cabana et al. [1999] kan mængden af information i retningslinjen være en af grunde til den manglende familiaritet. [Cabana et al., 1999] Klinikerne ved at der eksisterer retningslinjer på området, men ved ikke hvordan anbefalingerne skal anvendes i praksis. Dette kan skyldes at klinikerne ikke har tid til at sætte sig grundigt ind i de kliniske retningslinjer pga. vedkommendes travle hverdag eller at de kliniske retningslinjer er for komplicerede at blive familiære med pga. mængden af information og strukturen af denne.

Som Hoezler et al. [2002] beretter, er tiden en central faktor i dagligdagen for klinikerne. Hvorfor

klinikerne ikke har tid til at læse det hele af en klinisk retningslinje, for at finde den specifikke del vedkommende er interesseret i.

3.1.3 Holdninger

Ud fra klinikernes holdninger til de kliniske retningslinjer ses der ligeledes nogle barrierer som manglende enighed, manglende tiltro til resultatet af retningslinjen, manglende tillid til egne evner og manglende motivation. Disse barrierer beskrives i det følgende.

Manglende enighed

Klinikernes manglende enighed med de kliniske retningslinjer, kan inddeles i klinikerens uenighed med henholdsvis specifikke og generelle retningslinjer. I reviewet foretaget af Cabana et al. [1999] berettes der om flere grundene til at klinikerne er uenig med den specifikke retningslinje, såsom at klinikerne har en anden opfattelse af evidensen, at retningslinjens fordele var for små i forhold til at behandle patienten på baggrund af dette, at retningslinjen var en "kogebog", eller at retningslinjen reducerede selvstændigheden. [Cabana et al., 1999]

Udover klinikernes uenighed med retningslinjen, kan evnerne hos forfatterne til retningslinjen ligeledes betvivles af klinikerne [Cabana et al., 1999]. Hay et al. [2008] beskriver ligeledes klinikernes mistillid til dels institutionerne der laver randomized control trials, som er grundlaget for retningslinjerne. Dels til forfatterne af de publicerede randomized control trials, der muligvis ikke er klinisk dreven. [Hay et al., 2008]

Klinikernes manglende enighed med retningslinjer generelt skyldes flere ting, såsom at klinikerne opfatter retningslinjerne, som "kogebøger", at de reducerer klinikernes mulighed for at være selvstændig, at de ikke er praktisk anvendelig, at de vil reducere klinikernes selvrespekt, at de vil nedsætte fleksibiliteten og de vil gøre patient-kliniker forholdet upersonligt. [Cabana et al., 1999]

En anden grund til at klinikerne er uenig med retningslinjerne er klinikernes følelse af egen kompetence [Lyng, 2009], klinikerne ved godt hvordan f.eks. en behandling skal foretages, det behøves der ikke en retningslinje til. Woolf et al. [1999] beretter at klinikerne ofte finder retningslinjer for tidskrævende og uhensigtsmæssige, selvom de er korrekte. [Woolf et al., 1999]

Manglende tiltro til resultatet

Hvis klinikerne ikke mener, at den behandling retningslinjen foreslår vil forbedre patientens tilstand, er der større tilbøjelighed til, at klinikerne ikke følger retningslinjen. [Cabana et al., 1999] Klinikerne står til ansvar for den udførte behandling eller pleje, hvorfor klinikerne vælger den behandling vedkommende har størst tiltro til.

Manglende tillid til egne evner

Hvis klinikerne ikke tror på, at de kan udfører retningslinjernes anbefalinger, hvorved der skabes en barriere, da klinikerne derfor ikke anvender de kliniske retningslinjerne. [Cabana et al., 1999] Dette kan skyldes at retningslinjerne er for komplicerede og mængden af let eller slet ikke struktureret information er stor.

Manglende motivation

Klinikernes manglende motivation til at ændre deres vaner og den daglige rutine, skaber en barriere for anvendelsen af de kliniske retningslinjer i praksis. Klinikerne er muligvis ikke i stand til at ændre den daglige rutine pga. manglende overskud. [Cabana et al., 1999] Det er ikke kun klinikerne, der skal være motiveret for ændringer i den daglige hverdag, men også hele sygehusvæsenet.

3.1.4 Adfærd

Selv om den rette viden om og holdning til kliniske retningslinjer er der, kan eksterne barrierer påvirke klinikernes adfærd, og dermed klinikernes evne til at udføre anbefalingerne fra retningslinjerne. [Cabana et al., 1999] De eksterne barrierer kan være patientrelaterede, miljørelaterede eller retningslinjerelaterede og beskrives i det følgende.

Eksterne barrierer

Patientrelaterede barrierer er f.eks. hvis patientens præferencer ikke kan forenes med retningslinjernes anbefalinger, vil klinikerne ikke kunne følge anbefalingerne. [Cabana et al., 1999] Hay et al. [2008] beretter ligeledes om dette, hvor patientens tilstand og situation gør at retningslinjen ikke kan følges, hvor det er nødvendigt at finde en anden løsning [Hay et al., 2008]. Dette kan f.eks. være at retningslinjen anbefaler undersøgelser eller behandlinger, der ikke kan udføres pga. patientens

religion.

Mange af ændringerne i klinikernes adfærd kræver organisatoriske ændringer [Grimshaw et al., 2002]. Der findes derfor miljørelaterede barrierer, hvor der i et administrativt perspektiv kan være tale om manglende pres fra ledelsen. [Lyng, 2009] Hvis der ikke foreligger et krav fra ledelsen om, at de kliniske retningslinjer skal anvendes, er det ikke sikkert at de vil blive anvendt af klinikerne. Klinikernes manglende motivation for anvendelse af kliniske retningslinjer kan muligvis forbedres, hvis ledelsen stiller krav om anvendelsen. Derudover er der en økonomisk barriere for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis [Grimshaw et al., 2002]. De kliniske retningslinjer kan foreslå dyre interventioner, som sygehusets økonomi ikke kan klare, hvorved det er nødvendigt at finde en anden løsning. Hermed drejer det sig om manglende ressourcer i praksis, hvilket Hay et al. [2008] ligeledes beretter som en barriere for at følge retningslinjen [Hay et al., 2008].

Retningslinjerrelaterede barrierer går på karakteristika af retningslinjerne, såsom at de ikke er nemme at bruge, besværlige og forvirrende. [Cabana et al., 1999] I følge Susanne Bünger kan sprogbruget i en retningslinje bevirke at klinikere ikke gør brug af denne fordi de synes det anvendte sprog er for ulig det de selv anvender i klinisk praksis [Susanne Bünger, 2010]. Infleksible retningslinjer begrænser klinikerens, da de mindsker vedkommendes mulighed for at tilpasse patientens pleje til patientens omstændigheder og medicinske historie. Denne begrænsning kan medføre skade på patienten. Den pleje der overordnet set er bedst for flest patienter, er ikke altid den mest hensigtsmæssig for den individuelle patient. [Woolf et al., 1999] En kliniker behandler sine patienter individuelt og ikke som en gruppe, hvorved det er nødvendigt, at retningslinjerne skal have den fleksibilitet, der sikrer en tilpasning til den enkelte patient. Berg og Toussaint [2003] påpeger ligeledes, at ikke alle patientforløb er identiske [Berg og Toussaint, 2003]. Det er vigtigt i denne situation at huske, at kliniske retningslinjer ikke skal erstatte klinikerens viden og erfaring, men at klinikerens skal bruge både sine kompetencer og bedst tilgængelig evidens. Dette bekræftes også af Chung og Schauer [2009], der beretter at en klinisk retningslinje ikke er en erstatning for den viden, der er opnået gennem betydningsfuld interaktion med patienten. Kun den behandlende kliniker kender til omstændighederne for en speciel patient. I sidste ende er behandlingsbeslutningen en delt beslutningsproces, mellem patienten og klinikerens, der gør brug af den bedste videnskabelige evidens. [Chung og Schauer, 2009] Lin og Slawson [2009] nævner, at en retningslinje kan hjælpe med at estimere risici og fordele, men beslutningen om hvad der skal gøres i en given situation afhænger af patientens tilstand ved hvert muligt udfald. Gode retningslinjer er ikke "køgebøger", de argumenterer for hvorfor tingene skal gøres, men erstatter ikke klinisk dømmekraft. [Lin og Slawson, 2009] The Lancet Editorial [2005] der

ligeledes nævner, at retningslinjer ikke skal være en erstatning for klinisk dømmekraft eller for en tidligere gold standard erfaring. Retningslinjerne er ikke statiske, de skal derimod kunne revideres og forbedres, og der skal være plads til forståelse. [Lancet Editorial, 2005]

3.1.5 Oversigt over identificerede barrierer

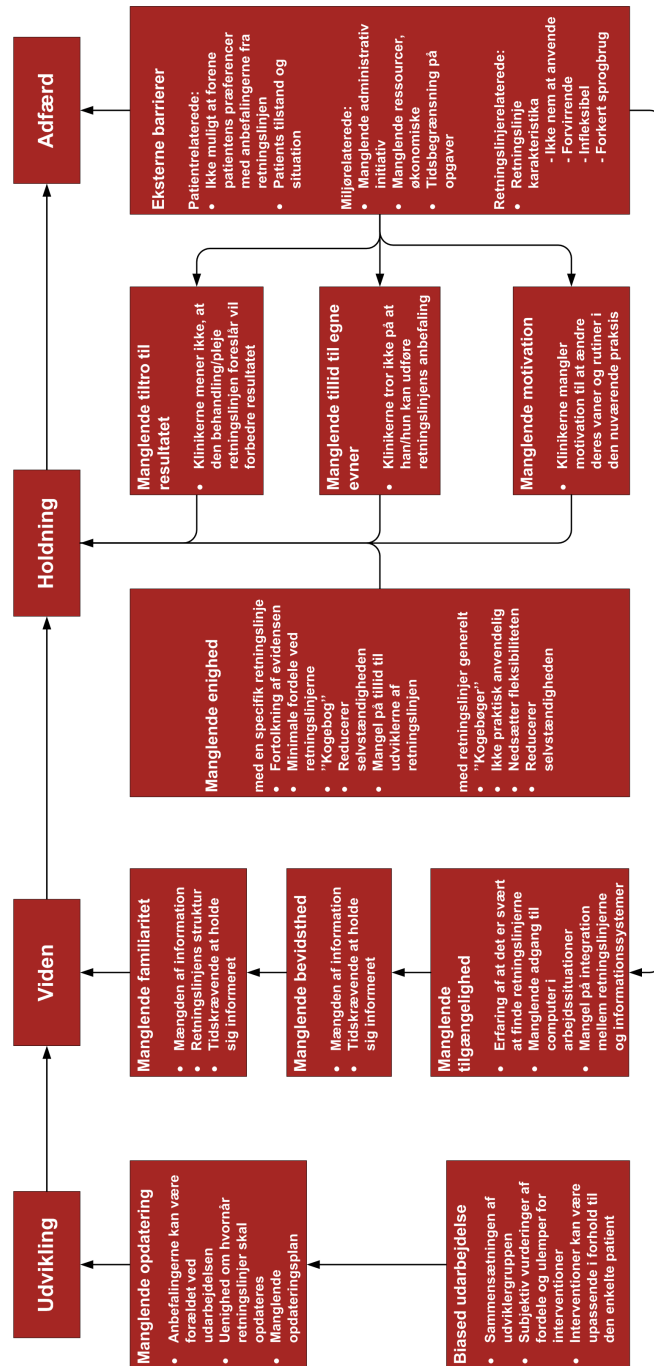
De identificerede barrierer kan ses i Figur 3.2 på næste side, hvor barrierernes placering i den adfærdsforandrende sekvens, samt relationerne mellem barriererne ses.

Figuren illustrerer relationerne mellem de forskellige barrierer og dermed kompleksiteten og omfanget af barriererne der besværliggøre anvendelsen af kliniske retningslinjer i klinisk praksis. På figuren ses der en relation mellem de eksterne barrierer og manglende tiltro til resultatet, manglende tillid til egen evne og manglende motivation. Patients tilstand og situation kan have indvirkning på klinikerens manglende tiltro til resultatet af retningslinjen, hvis ikke klinikerens kan se, at der vil ske en forbedring i patientens tilstand er der ingen grund til at udføre anbefalingerne. Retningslinjernes karakteristika kan ligeledes indvirke på barriererne over for manglende tiltro til resultatet og på manglende tiltro til egne evner. Hvis klinikerens finder retningslinjen forvirrende, er det ikke sikkert vedkommende mener at han/hun kan følge den, måske mere fordi det ikke er vedkommende klart, hvad der skal udføres. Tidsbegrænsningerne på opgaver kan medføre at klinikerens vurderer at vedkommende ikke kan nå at sætte sig ind i anbefalingerne foreslået af retningslinjen. Manglende administrativt initiativ kan være årsag til klinikerens manglende motivation til, at ændre vedkommendes vaner og rutiner. En stressende hverdag kan ligeledes være med til, at klinikerens ikke kan overskue at skulle lægge sin daglige rutiner om. Ligeledes kan forvirrende og svære anvendelige retningslinjer være med til at klinikerens ikke er i stand til at ændre den daglige rutine.

Desuden ses der en relation mellem de eksterne barrierer og manglende tilgængelighed. Tidsmæssige begrænsninger på opgaverne medfører at klinikerens har mindre tid til at holde sig opdateret med samtlige retningslinjer, og at få de kliniske retningslinjer læst. Tidsbegrænsningen medfører ligeledes at klinikerens kan være helt uvidende omkring eksistens af retningslinjerne.

Barriererne for anvendelsen af kliniske retningslinjer er godt beskrevet i litteraturen, men nogen mere end andre. I tabel 3.1.5 på side 38 ses de artikler, hvori de forskellige barrierer er blevet identificeret. Artiklerne er angivet i forhold til de barrierer de beskriver under de forskellige dele af sekvensen for adfærdsforandring.

3.1. Barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis



Figur 3.2: De identificerede barrierer og relationen imellem barriererne. De eksterne barrierer kan påvirke klinikerne holdning til kliniske retningslinjer, barriererne der påvirkes er: manglende tiltro til resultatet, manglende tillid til egen evne og manglende motivation. Desuden påvirkes klinikerne viden ligeledes af de eksterne barrierer.

SEKVENSTRIN	BARRIERER	FORFATTERE
Udvikling	Biased udarbejdelse • <i>Sammensætning af udviklergruppen</i> • <i>Subjektiv vurderinger af fordele og ulemper for interventioner</i> • <i>Interventioner kan være upassende i forhold til den enkelte patient</i>	[Woolf et al., 1999], [Shekelle et al., 1999], [Grol, 2001], [Kaiser og Miksch, 2009], [Chung og Shauver, 2009]
	Manglende vedligeholdelse • <i>Anbefalinger kan være forældet ved udarbejdelsen</i> • <i>Uenighed om hvornår retningslinjer skal opdateres</i> • <i>Manglende opdateringsplan</i>	[Woolf et al., 1999], [Shekelle et al., 1999], [Grol, 2001], [Shekelle et al., 2001], [Kaiser og Miksch, 2009], [Chung og Shauver, 2009]
Viden	Manglende familiaritet • <i>Mængden af information</i> • <i>Retningslinjens struktur</i> • <i>Tidskrævende at holde sig informeret</i>	[Cabana et al., 1999], [Hoelzer et al., 2002]
	Manglende bevidsthed • <i>Mængden af information</i> • <i>Tidskrævende at holde sig informeret</i>	[Cabana et al., 1999]
	Manglende tilgængelighed • <i>Erfaring af at det er svært at finde retningslinjerne</i> • <i>Manglende adgang til computer i arbejdssituationer</i> • <i>Mangel på integration mellem retningslinjerne og informationssystemer</i>	[Woolf et al., 1999], [Lyng, 2009]

3.1. Barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis

Holdninger	Manglende enighed <i>med en specifik retningslinje:</i> • Fortolkning af evidensen • Minimale fordele ved retningslinjen • "Kogebog" • Reducerer selvstændigheden • Mangel på tillid til udviklerne af retningslinjen <i>med retningslinjer generelt:</i> • "Kogebøger" • Ikke praktisk anvendelig • Nedsætter fleksibiliteten • Reducerer selvstændigheden	[Cabana et al., 1999], [Woolf et al., 1999] [Hay et al., 2008], [Lyng, 2009]
	Manglende tiltro til resultatet • Klinikerne mener ikke, at den behandling/pleje retningslinjen foreslår vil forbedre resultatet	[Cabana et al., 1999]
	Manglende tillid til egne evner • Klinikerne tror ikke på at han/hun kan udføre retningslinjens anbefalinger	[Cabana et al., 1999]
	Manglende motivation • Klinikerne mangler motivation til at ændre deres vaner og rutiner i den nuværende praksis	[Cabana et al., 1999]

Adfærd	Eksterne barrierer	[Cabana et al., 1999], [Woolf et al., 1999], [Grimshaw et al., 2002], [Lancet Editorial, 2005], [Hay et al., 2008], [Lyng, 2009]
	<i>Patientrelaterede:</i> • Ikke muligt at forene patientens præferencer med anbefalingerne fra retningslinjen • Patientens tilstand og situation	
	<i>Miljørelaterede:</i> • Manglende administrativt initiativ • Manglende ressourcer, f.eks. pga. økonomi • Tidsbegrænsning på opgaver	
	<i>Retningslinjerrelaterede:</i> • Retningslinjens karakteristika – Ikke nem at anvende – Forvirrende – Infleksibel	

Tabel 3.1: Oversigt over artiklerne hvori barriererne er identificeret. Artiklerne er anført udfor hver enkelt barriere de beskriver under de forskellige trin af den adfærdsforandrende sekvens

Som det fremgår af tabellen er der en del forfattere, der har identificeret barrierer i forhold til udvikling af kliniske retningslinjer. Desuden er barrierer som manglende enighed og de eksterne barrierer godt belyst. Selvom der ikke er fokuseret så meget på de andre identificerede barrierer, så er de stadig betydningsfulde barrierer. For eksempel er barriererne under viden ikke så godt belyst, men det er nødvendigt at tage højde for disse barrierer, for at klinikerne bliver gjort opmærksom på retningslinjernes eksistens, og at de bliver gjort tilgængelig, således klinikerne ikke skal bruge tid på at finde dem. Det vil være fordelagtigt at kliniske retningslinjer bliver integreret med de kliniske informationssystemer, hvorved de bringes tættere ind i praksis, og dermed tættere på klinikerne. Klinikernes holdning skaber ligeledes barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis. Nogle af disse barrierer må anses som de mest komplicerede at få reduceret, som den manglende enighed med retningslinjerne. Hvis klinikerne ikke er enige med retningslinjerne anvendes de ikke. Opfattelsen af at retningslinjerne er "køgebøger" og at de nedsætter selvstændigheden, er barrierer der er vigtige at få reduceret, for at klinikerne anvender retningslinjerne. Selvom klinikernes viden og holdning til retningslinjerne ændres, er der stadig de eksterne barrierer der kan påvirke klinikernes adfærd. Det er derfor vigtigt ligeledes at tage hånd om disse barrierer.

Det er vigtigt at tage de forskellige barrierer i betragtning, for at kunne opnå en større anvendelsen af kliniske retningslinjer. Forskellige praksisser har forskellige barrierer, hvorved det der er effektivt et sted ikke nødvendigvis er effektivt i en anden kontekst. [Cabana et al., 1999] Ud fra dette er det altså ikke muligt at lave en national generel reduceringsstrategi af barriererne for anvendelse af kliniske retningslinjer i praksis, men derfor er det stadig relevant at undersøge hvilke IT-baserede løsninger der er forsøgt for at reducere barriererne. Herved kan der opnås en forståelse for, hvilke løsningsmuligheder der allerede er forsøgt, og samtidig indsamle ideer til eventuelle løsningsforslag.

3.2 IT-baserede løsninger der har forsøgt at reducere eksisterende barrierer

Det store fokus på barriererne for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis har medført et fokus på at reducere barriererne. Der har været forsøgt forskellige teknologiske løsninger, der har fokuseret på forskellige barrierer, såsom udvikling, opdatering og tilgængelighed. De forsøgte løsninger, der er identificeret i gennemgangen af litteraturen er eXtensible Markup Language (XML) baserede, internetbaserede og EPJ integrerede retningslinjer. Disse beskrives i det følgende.

3.2.1 Extensible Markup Language baserede løsninger

Hoelzer et al. [2002] ønskede at strukturere kliniske retningslinjer på en standardiserede måde for at sikre strukturerede retningslinjer, hvori klinikerne nemt kan finde den del af retningslinjen vedkommende er interesseret i. Hoelzer et al. [2002] vælger at bruge XML skema til elektronisk repræsentation for at strukturere retningslinjerne på en standardiserede måde. Meningen med denne model er, at den skal bruges til konsistent udvikling, udbredelse, præsentation og implementering af retningslinjer. XML modellen tillader strukturering af nye eller eksisterende retningslinjer og gør det muligt at tilføje ny meningsfuld information uden at ændre i den originale tekst. [Hoelzer et al., 2002]

Denne metode giver klinikerne en struktureret retningslinje, hvori det er muligt at søge efter det specifikke indhold. Herved bliver det nemmere for klinikerne at anvende retningslinjen, hvilket kan være tidsbesparende. Hvorvidt denne model vil have indflydelse på klinikernes holdning til anvendelsen af kliniske retningslinjer er uvidst, men det må formodes, at en strukturering af retningslinjerne vil have en vis indvirkning, men at dette alene ikke er vejen frem.

3.2.2 Internetbaserede løsninger

Af internetbaserede løsninger har det været forsøgt med Extensible Hyper Text Markup Language, Hyper Text Markup Language, Map of Medicine (MoM), Zynx Health og dokumentstyrings- og håndteringssystemer, disse beskrives i det følgende.

Extensible Hyper Text Markup Language

En af de nævnte barrierer er problematikken med opdatering af kliniske retningslinjer. Denne barriere har Kaiser og Miksch [2009] prøvet at reducere ved at finde en løsning i form af "Living guidelines", som er dokumenter der præsenterer ajourført viden for klinikerne. Kaiser og Miksch tager udgangspunkt i at retningslinjerne ligger som en løs struktureret tekst i form af XHTML formatet. "Living guidelines" forbliver under revision og opdateres med bestemte intervaller, der f.eks. kunne være årligt. [Kaiser og Miksch, 2009]

For at anvende "Living guidelines" er det nødvendigt at formalisere kliniske retningslinjer til et computer forståeligt format. Denne proces er kompleks, besværlig og tidskrævende, hvorfor Kaiser og Miksch [2009] mener, at en automatisering af dele af modelleringsprocessen, samt opdateringer af kliniske retningslinjer er nødvendigt. Til at gøre "Living guidelines" computer bearbejdelig har de udviklet en dokument-centrerede metodologi, der formaliserer retningslinjerne i multiple trin fra tekstmæssig form til præsentationen af retningslinjerne. Denne metodologi markerer relevante sætninger i den originale retningslinje og generer tilsvarende modeller for hver markeret tekst del i retningslinjen, herved skabes der et link imellem den tekstmæssige retningslinje og modellerne. Når der kommer en ny version af retningslinjen, analyseres denne version og der søges efter hver sætning, der blev markerede i den tidligere version. De relevante sætninger i den tidligere version, der ikke findes i den nye version fjernes. I den nye version finder modellen relevante sætninger og markerer dem, hvorefter de tilføjes et versions id. De ændrede informationer fra den tidligere version til den nye version kan ses vha. versions id'et. Brugeren kan derefter lave rettelser eller tilføje nye informationer til repræsentationen af retningslinjen.

For at evaluere om de kliniske retningslinjer blev opdateret med denne model, udførte de en test, hvor de havde en tidligere version af en retningslinje, og en nyere version af den samme retningslinje. Konklusionen blev, at metoden til implementering af "Living guidelines" gav en hurtig tilpasning af nye kliniske retningslinjer, hvorved klinikerne vil få ajourført viden.

[Kaiser og Miksch, 2009]

Studiet af Kaiser og Miksch [2009] virker umiddelbart som en god mulighed for at holde de kliniske retningslinjer ajourført, hvorved en af barriererne for anvendelse af kliniske retningslinjer er reduceret. Det er dog uvidst om dette er afprøvet i klinisk praksis, hvorfor det ikke vides om det er en mulig løsning til at sikre klinikerens anvendelse af kliniske retningslinjer i praksis. Ved anvendelse af "Living guidelines" vil retningslinjerne blive opdateret løbende, denne løsning reducerer, som tidligere nævnt, kun en enkelt barriere, hvorved denne løsning alene ikke er vejen frem.

Hyper Text Markup Language

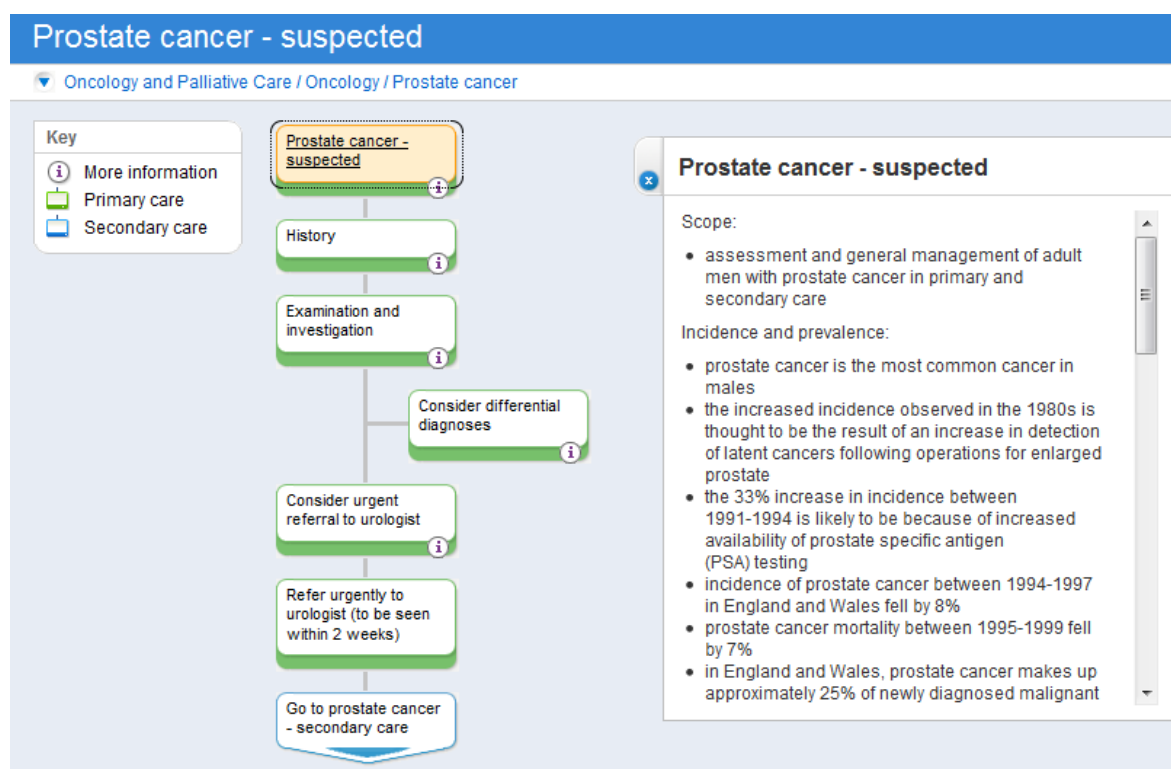
For at øge brugen af kliniske retningslinjer i praksis, udarbejdede Jeannot et al. [2003] et studie, hvor to kliniske retningslinjer blev transskriberet til HTML filer, hvorefter de blev gjort tilgængelige på internettet. Formålet med studiet var at vurdere muligheden for at anvende internettet til at implementere kliniske retningslinjer i det kliniske miljø. Studiet blev foretaget i den fransktalende del af Schweiz, hvor 33 klinikere deltog i studiet. Af de 33 klinikere, konsulterede 20 klinikere kliniske retningslinjer for mindst en patient. Hovedårsagerne for ikke at anvende kliniske retningslinjer var frygt for, at det ville forstyrre kliniker-patient forholdet, og at situationen var så tydelig og klar, at det ikke var nødvendigt at gøre brug af de kliniske retningslinjer på området. Under halvdelen af klinikerne havde en computer med netadgang i konsultationsrummet. 15 klinikere, svarende til 75 %, mente at brugen af kliniske retningslinjer var nem og tiden det tog at finde dem var acceptabel. 75 % af klinikerne mente at internettet havde et stort potentiale for udbredelsen af kliniske retningslinjer. Udover nævner 78 % af klinikerne, at de ville anvende kliniske retningslinjer, hvis de blev tilgængelig via internet. Internetbaseret retningslinjer er ifølge Jeannot et al. [2003] et skridt i retningen af at integrere kliniske retningslinjer i klinisk praksis, men det er ikke tilstrækkeligt kun at facilitere adgangen til kliniske retningslinjer, barriererne skal også reduceres. [Jeannot et al., 2003]

Ud fra det beskrevne studie af Jeannot et al. [2003] er internetbaserede kliniske retningslinjer en måde til at få brugen af kliniske retningslinjer tættere på praksis, og resultatet viste også at klinikerne vil gøre brug af internetbaserede kliniske retningslinjer, hvis de blev tilgængelige. Men, som det nævnes er, en af barriererne for anvendelse af kliniske retningslinjer i praksis, at patient-kliniker forholdet muligvis forstyrres. Ved implementering af internetbaserede kliniske retningslinjer vil denne barriere ikke være reduceret, hvorfor der skal andre metoder til. Det må antages at antallet af deltagende klinikere ikke er stort nok i forhold til at kunne generalisere resultatet, men at internetbaserede kliniske retningslinjer bestemt er en måde at få kliniske retningslinjer ind i praksis.

Map of Medicine

En anden løsning til hvordan opdatering af kliniske retningslinjer skal gøres er det engelske MoM, der er afprøvet, som pilotprojekter i Danmark. MoM er et engelsk sproget klinisk IT-system, der skal anvendes til produktion, formidling og vedligeholdes af patientforløb, der er baseret på kliniske retningslinjer og som både dækker forløbet i primær- og sekundærsektoren. MoM sikre derved en hurtig udarbejdelse, formidling og vedligeholdes af nationale, samt lokale kliniske retningslinjer. Formålet med at anvende MoM er at bevare et tilstrækkeligt evidensgrundlag, og øge produktionen af kliniske retningslinjer. [Sundhedsstyrelsen, 2009b]

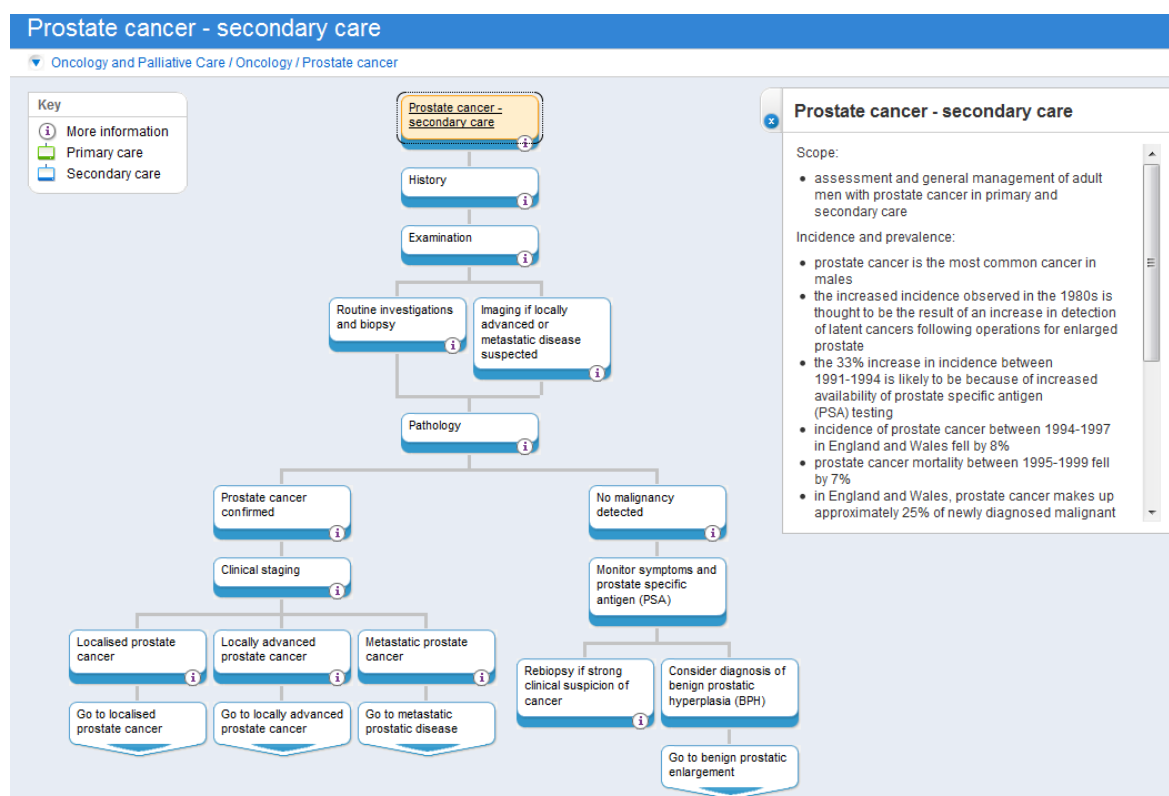
MoM består af en række forløbsbeskrivelser, der er opdelt i forløb i primær sektoren og i sekundær sektoren vha. farvekoder [Sundhedsstyrelsen, 2009b]. På Figur 3.3 ses et forløb for prostatacancer i primær sektoren, hvor de grønne trin foregår i primær sektoren og de blå i sekundær sektoren.



Figur 3.3: Forløbet for prostatacancer i primær sektoren. Det sidste trin er blå, da det udgør forløbet i sekundær sektoren. Ved at trykke på dette trin ses forløbet i sekundær sektoren, der er vist i Figur 3.4 på næste side [Map of Medicine, 2010c]

3.2. IT-baserede løsninger der har forsøgt at reducere eksisterende barrierer

Udover forløbs opdelinger er forløbsbeskrivelserne inddelt i overordnede kategorier, som f.eks. en medicinsk kategori og kirurgisk kategori, hvorefter de underopdeles i medicinske specialer, der f.eks. kunne være infektionsmedicinsk. I de enkelte medicinske specialer er de enkelte forløb angivet, og kaldes for delforløb. [Sundhedsstyrelsen, 2010b] Hvert forløb beskrives med et flowdiagram med trin, hvor der til nogle af trinene er knyttet ekstra information. [Sundhedsstyrelsen, 2010b] [Sundhedsstyrelsen, 2009b]. På Figur 3.4 ses forløbet for prostatacancer i den sekundære sektoren. Trinene, hvor der er knyttet ekstra information til, er markeret med et "i". Ved at trykke på et af trinene vil informationen komme frem. Dette er vist på figuren, hvor der er trykket på det første trin, og den tilknyttede information ses til højre i figuren.



Figur 3.4: Forløbet for prostacancer i den sekundære sektor, hvor trinene er blå, da de udgør forløbet i den sekundære sektor. Trinene, der er markeret med et "i", er der knyttet ekstra information til. [Map of Medicine, 2010b]

Med udgangspunkt i nationale forløb kan der udvikles regionale og/eller lokale versioner, f.eks. ved klinisk eller administrativ tilpasning, der er henholdsvis ændring i rækkefølgen af trin eller

supplere trin teksten med regional/lokal informationer. Udover den kliniske viden og muligheden for lokal tilpasning af den kliniske viden, består systemet af views, hvor der er et "internationalt" view, der består af de originale engelsksprogede forløb udarbejdet af MoM, ligeledes skal der blive et "Danmark" view, der er det nationale tilpassede danske forløb. Derudover er det muligt for regionerne at udvikle egne views. [Sundhedsstyrelsen, 2009b]

Som Sundhedsstyrelsen beskriver i deres MoM pilot rapport, kan der ses en del fordele ved at anvende MoM, blandt andet at kunne reducere ressourceforbruget til udarbejdelsen af kliniske retningslinjer, samt til opdatering af nationale kliniske retningslinjer. [Sundhedsstyrelsen, 2009b] I det store hele er det fordele, der vil spare tid mht. at udvikle systemer til opdatering af kliniske retningslinjer, men dette er ikke ensbetydende med at klinikerne vil anvende MoM. Det er et system, der er i den kliniske praksis, som klinikerne kan bruge når de er i tvivl om, hvorledes en behandling udføres, hvorved barrierer som opdatering og tilgængelighed kan reduceres. I tilfælde hvor en kliniker ikke er i tvivl omkring en behandling, men behandlingsmetoden måske ikke er evidensbaseret, bliver vedkommende ikke gjort opmærksom på den manglende evidens med MoM.

Zynx Health

En anden løsning er det internetbaserede amerikanske videnssystem Zynx Health, der er datterselskab af Hearst Corporation. Zynx Health leverer evidensbaseret og erfaringsbaseret klinisk beslutningsstøtte. Zynx Health består af ZynxEvidence, ZynxCare, ZynxOrder og ZynxAmbulatory. Zynx Health er anvendt på flere amerikanske sygehuse. [Zynx Health, 2010a]

ZynxEvidence er en internetbaseret ressource, der sørger for evidensbaseret klinisk indhold og bedst mulige vejledning til læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle i sygehusvæsenet. Det kliniske indhold er udviklet af læger, sygeplejersker og farmaceuter, og indeholder mere end 145 moduler, der indeholder kliniske tilstande, f.eks. hjertefejl, procedurer, f.eks. hofteoperation, og patientproblemer. Klinikerne ved Zynx Health sørger for at opdatere informationerne, så nuværende informationer er tilgængelig. Det er i ZynxEvidence muligt at se kliniske retningslinjer og det fulde dokument, hvorfra de er udviklet. [Zynx Health, 2010d]

ZynxCare er evidensbaseret plejeplaner, der findes mere end 190 plejeplaner. Plejeplaner er udviklede af sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle baseret på grundig gennemgang af ny litteratur. [Zynx Health, 2010c]

ZynxOrder er evidensbaseret behandlingsplaner, klinisk beslutningsstøtte regler og kvalitets mål-

3.2. IT-baserede løsninger der har forsøgt at reducere eksisterende barrierer

ing. Der findes mere end 950 behandlingdplaner, der er mulige at justere på nettet, dette giver mulighed for versionskontrol og vedligeholdelse. [Zynx Health, 2010e]

ZynxAmbulatory giver kvalitetsforbedring på tværs af hele plejeforløb. Zynx Health giver bl.a. ambulante patienter evidensbaseret behandlingsplaner, beslutningsstøtte regler. [Zynx Health, 2010b]

Zynx Health skal oversættes til dansk inden dette kan anvendes i det dansk sundhedsvæsen. Det er ikke afprøvet i Danmark endnu, men der ses potentiale i at anvende Zynx Health, da det er udviklet af sundhedsprofessionelle og da det er muligt at implementere det i de kliniske informationssystemer, og muligt at lave beslutningsstøtte og samtidig tilgå de kliniske retningslinjer.

Dokumentstyrings- og håndteringssystemer

I Danmark er de kliniske retningslinjer ligeledes blevet gjort tilgængelige på internettet i form af dokumentstyrings- og håndteringssystem. Dette er gjort som et led i implementeringen af den danske kvalitetsmodel, der er udviklede for at sikre kvaliteten af sygehusene. Formålet med modellen er at fremme kvaliteten af patientforløb, udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet og at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet. [IKAS, 2009] I de danske regioner bruges der forskellige systemer til at håndtere dokumenterne. De forskellige systemer ses i Tabel 3.2.

REGION	DOKUMENTSTYRINGS- OG HÅNTERINGSSYSTEM
Region Nordjylland	PRI-systemet
Region Midtjylland	e-Dok
Region Syddanmark	Infonet og VisInfoSyd
Region Sjælland	Infonet
Region Hovedstaden	VIPportalen, SundViden, VIPbasen, PVI og Kvalitetshåndbogen

Tabel 3.2: Oversigt over hvilke dokumentstyrings- og håndteringssystem der findes i de forskellige regioner.
[Sundhedsstyrelsen, 2010a]

Ved at gøre de kliniske retningslinjer tilgængelige på Internettet fokusere denne løsning på at reducere barrierer som tilgængelighed og opdatering.

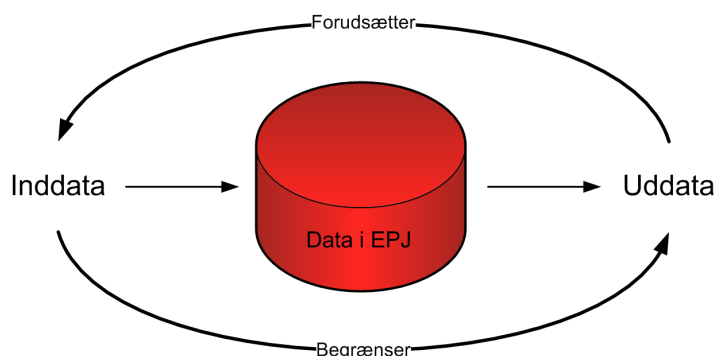
3.2.3 Elektronisk patientjournal

Vesely et al. [2006] har udarbejdet en metode til direkte at sammenligne diagnose og behandlingsrelaterede input i EPJ med kliniske retningslinjer. Hvis det der indtastes i EPJ ikke er i overens-

stemmelse med kliniske retningslinjer udløses en påmindelse. EPJ-systemerne skal analysere det indtastede data og advare brugeren, hvis vedkommende f.eks. indtaster værdier, der er uden for et muligt interval, eller hvis vedkommendes indtastning foreslår beslutninger eller interventioner, der strider imod almen medicinsk viden. [Veselý et al., 2006]

Ved hjælp af metoden udarbejdet af Veselý et al. [2006] vil det være muligt at få kliniske retningslinjer indarbejdet i praksis, uden at der er en direkte kontakt mellem klinikerne og retningslinjerne. I metoden anvendes de kliniske retningslinjer som aktiv beslutningsstøtte, idet klinikerne kan blive gjort opmærksom på 1) konsekvensen for vedkommendes foreslået beslutning eller intervention, hvis denne strider imod almen medicinsk viden og 2) på en indtastede værdi, hvis den ligger uden for normalen. Hvorved klinikerne er nødt til at forholde sig til værdien, og evt. grunde til denne værdi. Grunden kunne f.eks. være hvis værdien er indtastet forkert, således den ligger uden for det realistisk udfaldsrum, hvorved en nærmere undersøgelse er nødvendig for at klarlægge årsagerne til værdien.

Metoden koncentrerer sig ikke om, hvad der skal dokumenteres og registres i EPJ, men om det der indtastes er korrekt, ved at sammenholde det med de kliniske retningslinjer. For at det er muligt for EPJ-systemet at tjekke indholdet er det nødvendigt, at der er en struktur af indholdet, f.eks. vil det ikke være muligt ud fra fritekst felter at tjekke indholdet med retningslinjerne. Strukturering af indholdet er vigtig, men standardiseringer er ligeledes vigtigt, f.eks. hvad skal der som minimum registreres og dokumenteres, hvad er obligatorisk at dokumentere og registrere. Hvis dette ikke overholdes vil det betyde, at inddata vil være forskelligt fra kliniker til kliniker. Det er vigtigt at fokusere på, hvad der skal ind i EPJ, da det der dokumenteres og registreres i EPJ begrænser mulighederne for, hvad der kan trækkes ud af EPJ-systemet, denne problematik ses på Figur 3.5.



Figur 3.5: Den data der skal kunne hentes ud (uddata) fra en EPJ forudsætter, at data registreres (inddata) til en EPJ, men samtidig begrænser inddata mulighederne og indholdet i uddata.

Det er samtidig også vigtigt at fokusere på, hvordan data bliver indtastet i EPJ-systemet, da det ud fra det indtastede skal være muligt at forstå begrundelsen for den valgte behandling.

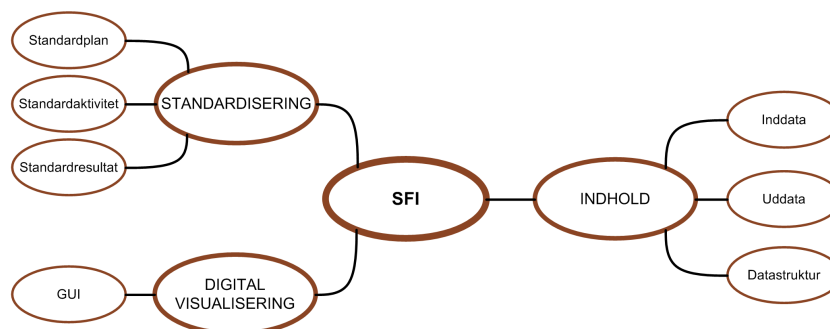
I forhold til de forsøgte løsninger der er blevet analyseret er det kun Veselý et al., [2006] der har fokuseret på EPJ som en løsning, men til aktiv beslutningsstøtte i stedet for facilitering af anvendelsen af kliniske retningslinjer. Løsningen fokuserer ikke på hvad der skal dokumenteres i EPJ, men på at opsætte regler for hvorledes et data input eksempelvis kan analyseres med henblik på at bestemme om det er uden for et realistisk interval. Der foreligger ingen løsninger i forhold til hvorledes kliniske retningslinjer kan indarbejdes i EPJ gennem SFI med henblik på at facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer i klinisk praksis. Derfor analyseres det i det følgende hvad SFI begrebet dækker over og hvilke muligheder der er for at indarbejde de kliniske retningslinjer i SFI.

3.3 SFI begrebet

Siden 2002, hvor SFI begrebet blev nævnt første gang i EPJ-Observatoriets statusrapport, er der kommet flere forskellige definitioner på begrebet. Disse definitioner kan ses i Appendiks D på side 151. I følge Susanne Bünger giver det ikke mening at have en EPJ uden også at have SFI, da SFI er alt det der dokumenteres om patienterne elektronisk [Susanne Bünger, 2010]. En mere formålsbestemt forståelse af SFI er, at det skal sikre at EPJ-systemet understøtter den kliniske proces og hvorledes denne dokumenteres [Fabricius, 2008].

På baggrund af litteraturens forståelse af SFIs formål omfatter SFI indholdet i EPJ og indholdets datastruktur, den digitale visualisering og standardisering af kliniske arbejdsgange, se Figur 3.6 på den følgende side. SFI i EPJ omfatter bl.a. resultat- og notatskabeloner (inddata) samt udskrivningsbreve, kliniske oversigter og indberetninger (uddata). Den digitale visualisering kan ses som Graphical User Interface (GUI) til EPJ, der gør det muligt for klinikerne at registrere og se data, men den kan også ses som en GUI, der assisterer klinikerne i forhold til udarbejdelsen af standardplaner m.m. og adgangen til kliniske retningslinjer.

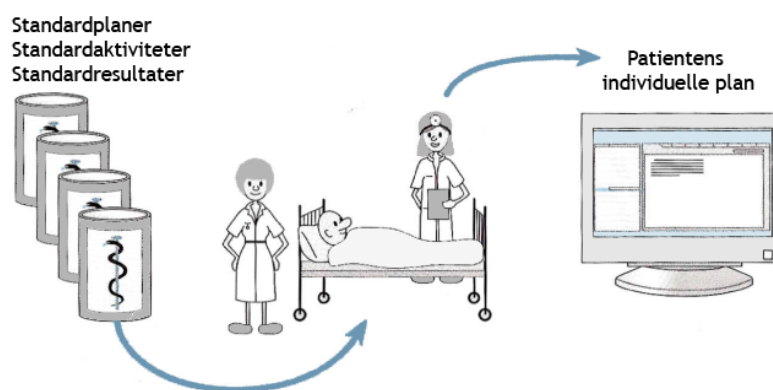
Standardisering, indhold og digital visualisering uddybes i det følgende med henblik på at give en større forståelse for SFI.



Figur 3.6: SFI omfatter indholdet i EPJ og indholdets datastruktur, den digitale visualisering og standardisering af kliniske arbejdsgange. Indholdet i EPJ omfatter bl.a. resultat- og notatskabeloner (inddata) samt udskrivningsbreve, kliniske oversigter og indberetninger (uddata). Den digitale visualisering kan ses som den visualisering af ind- og uddata klinikerens præsenteres for.

3.3.1 Standardisering

Standardiseret klinisk arbejde er nødvendigt for, at sundhedspersonalet udfører ensartet behandling, og så enkelt som muligt kan dokumentere og registrere patientplejen. Ved indførelsen af standardiserede arbejdsgange er det vigtigt at påpege, at samtlige patienter ikke bliver sat i bås, og kategoriseret ud fra deres diagnose, og derved bliver til standardpatienter i sundhedsvæsenet. Ingen mennesker er ens, og det er derfor nødvendigt at tilpasse standardplanerne til den enkelte patient. Figur 3.7 illustrerer, hvordan tilpasningen af en standardplan til den enkelte patients individuelle behov udføres. Tilpasningen er baseret på klinikerens faglige vurdering og i samarbejde med patienten.



Figur 3.7: Tilpasning af en standardplan til en patient. Tilpasningen baseres på en lægefaglig vurdering og udarbejdes af klinikerens og patienten. [Darmer og Villadsen, 2007]

Standardplaner

En standardplan kan, ifølge Darmer og Villadsen [2007], bestå af standardplaner og en række standardaktiviteter. Herved kan en standardplan ses, som den beslutningsproces en kliniker gennemgår ved en konsultation med en patient, da der her udformes en plan for det videre patientforløb. Den udformede plan består på den måde af flere planer og aktiviteter.

Standardplaner er planer for, hvordan sundhedsfaglige handlinger udføres i praksis. Dette er ikke ensbetydende med, at de sundhedsfaglige handlinger er evidensbaseret. For at sikre, at handlingerne der udføres i praksis bygger på evidens, skal planer og aktiviteter udformes ud fra evidensbaseret viden på det pågældende område inden de anvendes i praksis. Herved er det muligt, at standardplanerne kan mindske afstanden mellem klinisk praksis og evidensbaseret viden. Darmer og Villadsen [2007] beretter, at evidensbaseret standardplaner og standardaktiviteter vil understøtte integration af kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenets ydelser. Ved hjælp af SFI sikres det, at ny viden og nye metoder løbende inddrages i beskrivelsen af det kliniske arbejde [Darmer og Villadsen, 2007, Bruun-Rasmussen et al., 2005].

En kvalitetsvurdering af standardplaner er nødvendigt, for at sikre at de underbygger klinikernes arbejdsgang. Hvis standardplanerne ikke er dækkende for de aktiviteter og resultater, der foretages i klinisk praksis, vil det ikke give mening for klinikerne at bruge dem. Det er vigtigt, at standardplanerne modsvarer den kliniske virkelighed og at de fremstår som troværdige. Hvis det er nødvendigt for klinikerne at foretage omfattende ændringer af en standardplan, før den kan anvendes, er det et tegn på at kvaliteten af planen ikke er acceptabel og at standardplanen derfor ikke er tilstrækkelig. [Darmer og Villadsen, 2007]

Standardaktiviteter

En standardaktivitet beskrives som en sundhedsfaglig handling, der udføres af klinikerne. Denne handling kan give klinikerne et indblik i patientens tilstand, hvorved en standardaktivitet kunne være måling af blodtryk, en scanning m.m.. Hver standardaktivitet indeholder et standardresultat [Darmer og Villadsen, 2007, Bruun-Rasmussen et al., 2005].

Standardresultater

I følge Darmer og Villadsen [2007] består et standardresultat af et navn og en værdi, f.eks. hvis standardaktiviteten er måling af blodtrykket, vil resultatets navn være "blodtryk" og resultatets værdi kunne være "120/80". [Darmer og Villadsen, 2007]

3.3.2 Indhold

Som det kunne ses på Figur 3.5 på side 48 er der en afhængighed mellem den data der skal ind i journalen (inddata) og den data der kan trækkes ud (uddata). Uddata forudsætter, at der er registreret noget til journalen, dvs. inddata, men samtidig begrænser inddata også den data, der kan trækkes ud af journalen igen. EPJ skal kunne håndtere et bredt spektrum af fagdiscipliner såvel som relevante datastrukturer. Disse datastrukturer favner fra fri tekst til komplekse datastrukturer der i høj grad formaliserer indholdselementerne i EPJ. Datastrukturerne skal gøre informationerne i EPJ tilgængelige på en form, der gør udtræk til analyse og forskning meningsfuld. [Andersen et al., 2002] Det er derfor relevant at strukturere EPJ data således de kan genfindes og genanvendes på meningsfuld vis.

3.3.3 Digital visualisering

Da EPJ er et datalager er det nødvendigt med et interface til klinikerens i form af en brugergrænseflade, hvor en digital visualisering af ind- og uddata overskueliggør klinikerens tilgang til EPJ. I forhold til inddata til journalen har klinikerens behov for skabeloner, der understøtter vedkommendes registrering af patientdata til journalen. Disse skabeloner inkluderer en digital visualisering for klinikerens. I forhold til uddata fra journalen har klinikerens behov for oversigter over patientens data. Disse oversigter kan laves med grafer, tabeller, tekstfelter m.m.. Når klinikerne skal se allerede dokumenteret data, foretrække de at data er kort og præcist repræsenteret i en sammenhængende tekst, fremfor at det ligner dokumentationsskabelonen [Susanne Bünger, 2010].

3.3.4 SFI og kliniske processer

Den kliniske proces er de sundhedsfaglige handlinger klinikerens udfører i praksis. Når en patient opsøger en kliniker pga. forskellige symptomer, står klinikerens over for at skulle træffe en række beslutninger i forhold til at vælge den bedst mulige behandling og pleje af patienten. Beslut-

ningsprocessen er kompliceret, og klinikerens må nøje træffe sine valg, da der for hvert valg der træffes, kan forekomme konsekvenser for patienten og sundhedsvæsenet. [Wulff og Gøtzsche, 1997]

Patientinformationer, klinikerens egne erfaringer, faglig og evidensbaseret viden gør klinikerens i stand til at træffe beslutningerne om den rette behandling og pleje for patienten.

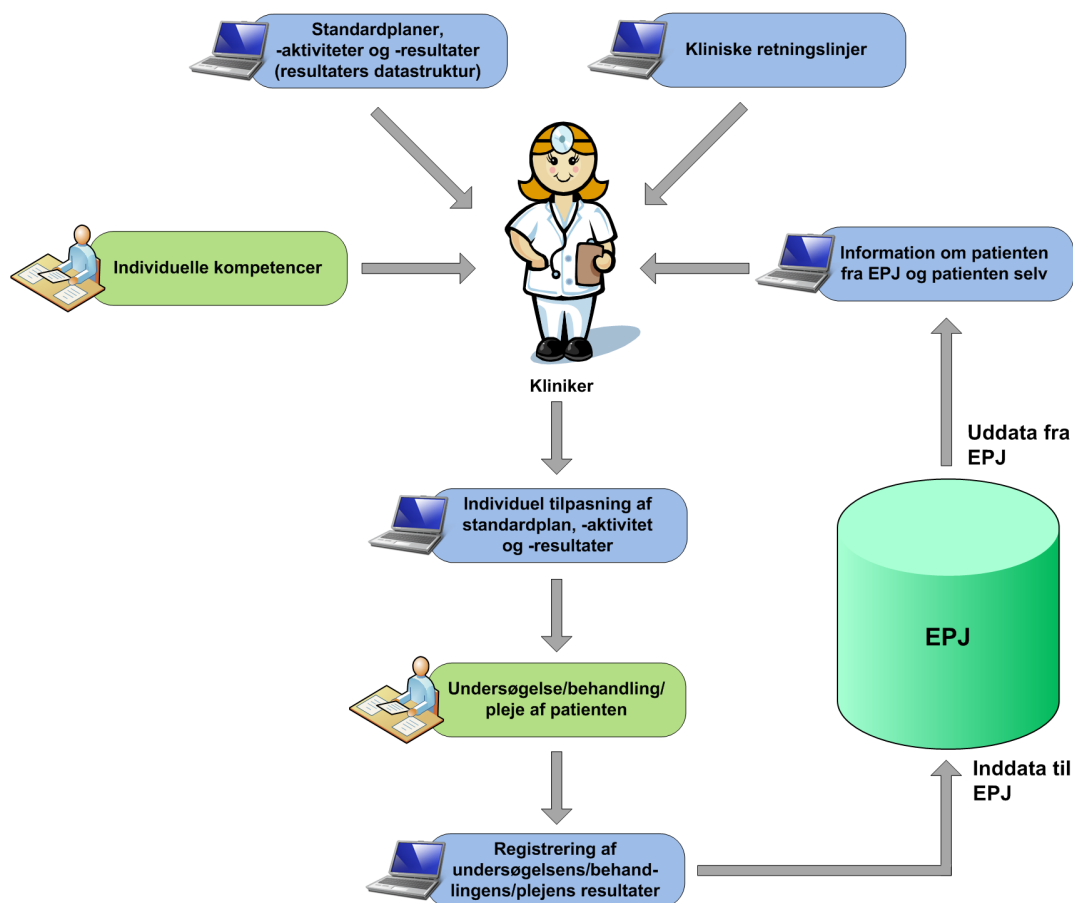
[Wulff og Gøtzsche, 1997] For en nærmere beskrivelse af den kliniske proces se Appendiks E på side 155.

På baggrund af den beskrivelse Wulff et al. [1997] giver af den kliniske proces og definitionerne på SFI, kan SFI i en klinisk proces illustreres som på Figur 3.8 på den følgende side. Til at udarbejde en individuel, patienttilpasset standardplan gør klinikere brug af standardplaner, -aktiviteter og -resultater, kliniske retningslinjer, informationer om patienten fra EPJ og patienten selv, samt klinikerens individuelle kompetencer til at tilpasse undersøgelser, behandling og pleje til den pågældende patient.

Standardplanerne, -aktiviteterne og -resultaterne kan beskrive, hvad afdelingen plejer at gøre i det pågældende tilfælde, hvor der til standardresultaterne hører en datastruktur, der kan facilitere dokumentationsprocessen og samtidig sikre kvaliteten af indholdet i EPJ. Informationer om hvad de bør gøre for den pågældende patient findes i evidensbaserede kliniske retningslinjer. På baggrund af informationerne om hvad de plejer at gøre, hvad de bør gøre, klinikerens individuelle kompetencer og informationer om patienten, udarbejder klinikerens en individuel standardplan, med tilhørende standardaktiviteter og -resultater, der derved er tilpasset den specifikke patients situation. På baggrund af patientens standardplan undersøges, behandles og plejes patienten med henblik på at forbedre vedkommendes outcome. Resultaterne af undersøgelser, behandlinger og pleje registreres efterfølgende til EPJ, hvor informationerne lagres med henblik på at gøre dem tilgængelige for autoriserede brugere. Dele af en klinisk arbejdsgang kan håndteres i IT-systemer, hvilket er illustreret med en computer ved de enkelte handlinger i Figur 3.8 på næste side. De dele af en klinisk arbejdsgang der ikke kan håndteres i IT-systemer er illustreret med en kliniker placeret ved et bord.

3.4 Muligheder for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI

I dokumentstyrings- og håndteringssystemer defineres politikker og strategier, retningslinjer og instrukser, se Appendiks F på side 159. Jævnfør disse definitioner omfatter og beskriver retningslinjer og instrukser dele af det SFI beskriver, nemlig standardplaner, -aktiviteter og -resultater,



Figur 3.8: I en klinisk proces gør klinikere brug af standardplaner, -aktiviteter og -resultater, informationer om hvad de bør gøre i form af kliniske retningslinjer og instrukser, informationer om patienten fra EPJ og patienten selv og ydermere klinikerens individuelle kompetencer til, at udarbejde en individuel, patienttilpasset standardplan. På baggrund af patientens standardplan undersøges, behandles og plejes patienten med henblik på at forbedre vedkommendes outcome. Resultaterne af undersøgelser, behandlinger og pleje registreres efterfølgende til EPJ, hvor informationerne lagres med henblik på at gøre dem tilgængelige for autoriserede brugere. De dele af processen der kan håndteres og understøttes i IT-systemer er illustreret med en computer ved de enkelte handlinger, og de dele af en klinisk arbejdsgang der ikke kan håndteres og undersøges i IT-systemer er illustreret med en kliniker placeret ved et bord

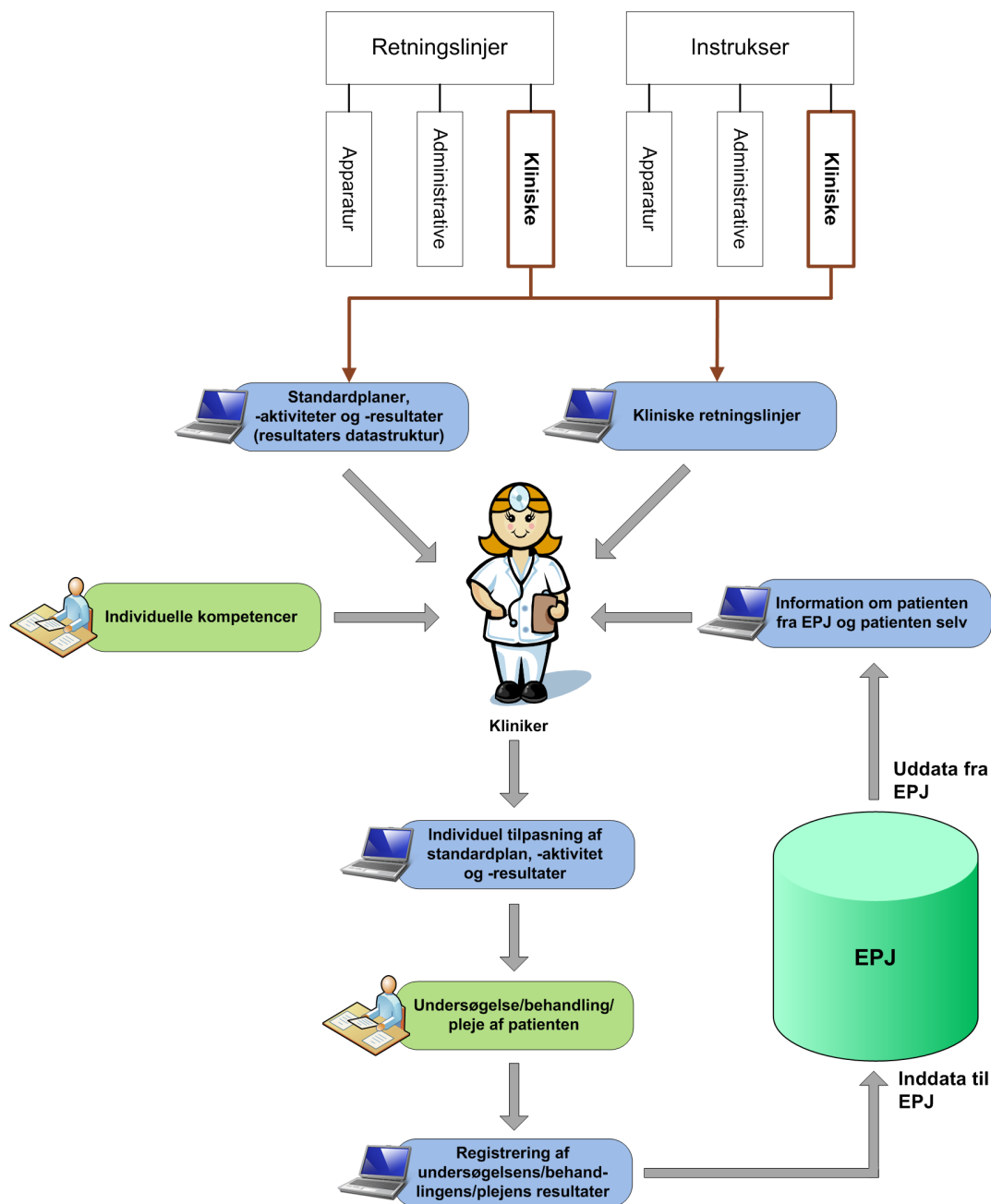
se Figur 3.9 på næste side. Kliniske retningslinjer beskriver kliniske procedurer, hvilket også er gældende for SFI standardplaner, -aktiviteter og -resultater.

Der ses derfor muligheder for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI standardplaner, -aktiviteter og -resultater.

Resultaterne af de udførte undersøgelser, behandlinger og pleje skal registreres til en patientjournal for at dokumentere patientforløbet og relevante kliniske informationer, der senere kan genfindes og genanvendes til at træffe beslutninger om den pågældende patients behandling. SFI beskriver i særdeleshed den information, der er relevant i et sundhedsfagligt perspektiv og som kræver en registrering. Eftersom de kliniske retningslinjer beskriver evidensbaseret anbefalinger for, hvad der bør gøres, beskriver de også informationer, der er vigtige at få registreret, samt det evidensbaserede grundlag for prioriteringer og beslutninger i patientforløbet. Derfor kan kliniske retningslinjer implicit relateres til registreringsprocessen, da de beskriver undersøgelser og behandlinger, som medfører en række resultater, der er relevante for patientforløbet og derfor bør registreres til patientjournalen. Der ses derfor en mulighed for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI inddata i form af dokumentationsskabeloner.

Det evidensbaserede grundlag som kliniske retningslinjer introducerer kan ses, som anbefalinger der sikre en ensartet behandling. I forbindelse med en ensartet behandling vil en ensartet dokumentation være gavnlig i forhold til konsistent dokumentation, hvor alle informationer der er relevant for det kliniske problem dokumenteres. Med henblik på at sikre en ensartet dokumentation, kan forskellige datastrukturer overvejes, f.eks. om klinikerens skal dokumentere sin viden i et fritekstfelt, der har en lav struktureringsgrad, eller om det skal være fra, eksempelvis, en valgliste, hvori et svar udelukker de øvrige svarmuligheder. De kliniske retningslinjer beskriver bl.a. data, der er relevante for det kliniske problem, men også udfaldsrummet for en række værdier mhp. at stille en diagnose. Eksempelvis kan en klinisk retningslinje beskrive, at diagnosen systemisk inflammatorisk respons syndrom kan stilles, såfremt patienten har " $38^{\circ}\text{C} > \text{Temperatur} < 36^{\circ}\text{C}$ " og " $\text{Puls} > 90 \text{ slag/minut}$ ".

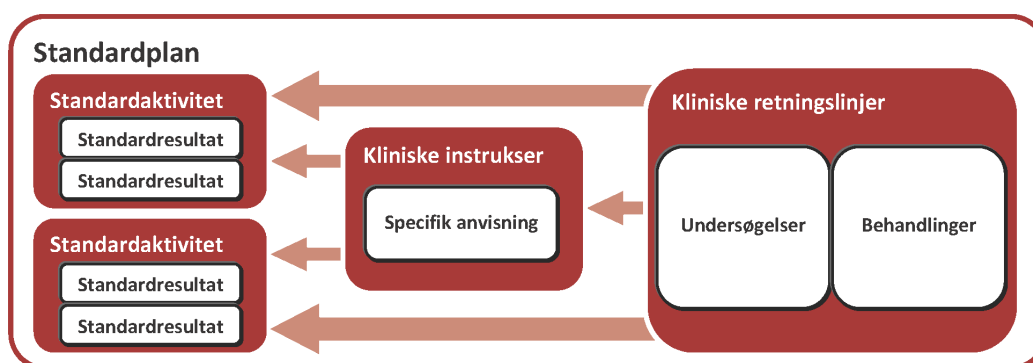
I det følgende beskrives de fundne muligheder for at indarbejde kliniske retningslinjer i standardplaner, -aktiviteter og -resultater samt inddata, herunder også datastrukturer.



Figur 3.9: Similariteter mellem kliniske retningslinjer, instrukser og SFI. Kliniske retningslinjer, kliniske og instrukser definerer en række procedurer og handlinger i givne situationer, herunder også udfaldsrum for visse undersøgelser. Dette er også gældende for standardplaner, -aktiviteter og -resultater som er omfattet af SFI.

3.4.1 Standardplaner, -aktiviteter og -resultater

Selvom de kliniske retningslinjer ikke har til formål at beskrive forløb i et medicinsk speciale, fokuserer de på undersøgelse og behandling i forhold til en diagnose, hvilket modsvarer SFI standardaktiviteter. Når der udarbejdes en standardplan med tilhørende standardaktiviteter og -resultater kan kliniske retningslinjer og kliniske instrukser indarbejdes så de repræsenterer de aktiviteter og resultater, der hører til standardplanen, dette er illustreret på Figur 3.10. På denne måde komplimenterer SFI og kliniske retningslinjer hinanden, og de kliniske retningslinjer bliver gjort mere praksisnære.



Figur 3.10: Når en standardplan udarbejdes kan de tilhørende standardaktiviteter og -resultater udarbejdes på baggrund af de kliniske retningslinjer og kliniske instrukser.

Ved at indarbejde kliniske retningslinjer eller instrukser i standardplaner, -aktiviteter og -resultater opnås en mere praksisnær indførelse af kliniske retningslinjer, der samtidig er med til at sikre standardiserede arbejdsgange. Dette kan bevirke, at patienter oplever den samme gode behandling uanset, hvem de behandles af. Hvis kliniske retningslinjer på denne måde indarbejdes i standardplaner, -aktiviteter og -resultater og i samarbejde med klinikerne, der skal anvende dem, vil det være en praksisnær indførelse af kliniske retningslinjer, som klinikerne måske selv kan se anvendeligheden af. Dette er derfor et område indenfor, hvilket kliniske retningslinjer kan implementeres i praksis, og potentielt reducere en række barrierer.

Region Hovedstaden har tidligere forsøgt at indarbejde kliniske retningslinjer i standardplanerne. Det lykkedes dem at skabe et materiale der, af klinikerne, blev opfattet som både klinisk relevant og standardiseret. I arbejdet med at dokumentere til deres EPJ har der dog været fokus på, at klinikerne fik mulighed for at dokumentere i relativt enkle dokumentationsskabeloner med lav struktur. Dette har bevirket af standardresultaterne har haft en varierende struktureringsgrad, hvilket har

medført en inkonsistent dokumentation. [Hovedstaden, 2007]

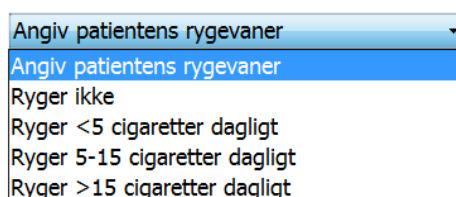
3.4.2 Indhold

Da de kliniske procedurer, som kliniske retningslinjer beskriver, fører til en række resultater, der skal dokumenteres i en patientjournal, og SFI ligeledes beskriver indholdet i EPJ ses der derfor muligheder for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI inddata i form af dokumentationsskabeloner.

Hvis der udarbejdes dokumentationsskabeloner på baggrund af de undersøgelser og behandlinger, som de kliniske retningslinjer beskriver, opnås der dokumentationsskabeloner der matcher den kliniske retningslinje. Da de kliniske retningslinjer også kunne indarbejdes i standardplaner, -aktiviteter og -resultater vil dokumentationsskabeloner også kunne matche disse. Hvis dokumentationsskabeloner udvikles på baggrund af de kliniske retningslinjer vil det kunne medføre en ensartet dokumentation af kliniske undersøgelser og behandling. Derudover vil det også være muligt at dokumentere den kliniske retningslinje, hvilket muliggøre en senere forståelse af grundlaget for den udførte undersøgelse og behandling. Herved er det muligt at lave en kvalitetsvurdering af de registrerede data.

Datastruktur

Data kan være højt eller lavt struktureret, hvor højt struktureret vil være en række svarmuligheder, der gensidigt udelukker hinanden og lavt struktureret vil være et fritekstfelt, hvor der kan skrives både tal og bogstaver i alle tænkelige kombinationer. Figur 3.11 illustrerer højt struktureret data, hvor et svar udelukker øvrige svarmuligheder.



The image shows a screenshot of a web-based form. At the top, there is a dropdown menu with the text 'Angiv patientens rygevaner' and a downward arrow. Below the dropdown, the same text 'Angiv patientens rygevaner' is repeated. Underneath, there are four radio button options: 'Ryger ikke', 'Ryger <5 cigaretter dagligt', 'Ryger 5-15 cigaretter dagligt', and 'Ryger >15 cigaretter dagligt'. The first option, 'Ryger ikke', is selected, indicated by a small blue circle next to it.

Figur 3.11: Eksempel på højt struktureret data. Her skal patientens rygevaner angives og der kan vælges mellem patienten ryger ikke, patienten ryger <5 cigaretter dagligt, patienten ryger 5-15 cigaretter dagligt eller patienten ryger >15 cigaretter dagligt. Der kan kun vælges et svar, og det ene svar udelukker automatisk de øvrige mulighed.

Kliniske retningslinjer beskriver bl.a. data, der er relevant for det kliniske problem, men også datastruktur i form af udfaldsrummet for en række værdier mhp. at stille en diagnose eller vælge en

behandling. Hvis disse datastrukturer indarbejdes i SFI standardresultaterne vil der være yderligere evidensbaseret standardisering og dermed også yderligere standardiseret og struktureret dokumentation.

Ved at indarbejde de kliniske retningslinjers datastrukturer i arbejdet med SFI datastrukturer kan der opnås en evidensbaseret strukturering af dokumentationen. Hvis der indarbejdes datastrukturer af højere struktureringsgrad bliver det også muligt at kunne koble medicinske koder til de enkelte elementer. Dette kunne være Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMED CT) koder, Sundhedsvæsenets KlassifikationsSystem (SKS) koder og afregning på baggrund af Diagnose Relaterede Grupper (DRG). Derudover vil det kunne facilitere dokumentationen, hvis klinikerens som udgangspunkt kunne vælge "Ingen fund" eller "fund", hvor "Ingen fund" vil svare til, at klinikerens for en given aktivitet ikke havde fundet noget abnormt, og "fund" ville betyde, at klinikerens havde fundet noget abnormt. Ved "fund" vil kategorien blive udvidet så der er mulighed for at dokumentere de gjorte fund, mens der ved ingen fund ikke vil ske en udvidelse. Dette ville kunne facilitere dokumentationsprocessen i forhold til den tid det vil tage klinikere at skrive i journalen, og dette vil ifølge Susanne Bünger have værdi for klinikerne [Susanne Bünger, 2010]. Kombineres strukturerne med koder som SNOMED CT, SKS vil det formentlig også kunne facilitere afregning, på baggrund af DRG, samt facilitere kommunikation mellem aktører da SNOMED CT og SKS specificerer terminologi og klassifikationer.

På den anden side giver højt struktureret data ikke nødvendigvis plads til en righoldig dokumentation, hvor klinikerens kan dokumentere al sin relevante viden. Yderligere kan højt struktureret data være yderst relevant i en given kontekst, men i andre kontekster hvor der eksisterer andre strukturer, ville disse informationer risikere at blive meningsløse og irrelevante. Der må derfor være en balance i den struktur, der indarbejdes for at sikre senere genanvendelse af data.

Sygeplejersker på hjerte intensiv afdelingen (HIA) på Universitetshospitalet i Lund har tidligere haft problemer med at dokumentere den udførte pleje. 75-80 % af de patienter der er på HIA har akut koronararteriesygdom, og sygeplejerskerne har brugt meget tid på at dokumentere plejen af hver enkelt patient, hvilket er gået udover patientbehandlingen. For at løse problemet, og give mere tid til at arbejde med patienterne, udviklede HIA en standardplejeplan indeholdende normale problemområder, foranstaltninger og mål. Ved indførelsen af standardplejeplanen fulgte plejen de eksisterende kliniske retningslinjer og dokumentationen af plejen blev gjort nemmere. Dokumentationen blev baseret på, at sygeplejerskerne forholdte sig til de samme aktiviteter som før, men hvis intet abnormt blev fundet i eksempelvis Elektrokardiogram (EKG), ville et flueben

under "Udført EKG" være tilstrækkeligt. Først når noget abnormt blev fundet, blev dette dokumenteret i deres EPJ (Melior) i form af en uddybning af fundene.

3.5 Delkonklusion

Kliniske retningslinjer er en anbefaling til at hjælpe klinikerens med at træffe en beslutning om passende sundhedsfaglig ydelse f.eks. korrekt diagnose, behandling og ordinerings af medicin. Kliniske retningslinjer har den fordel, at de kan forbedre kvaliteten af den pleje en patient modtager, og støtte klinikerens i situationer, hvor vedkommende er i tvivl om, hvilken diagnostisk og behandlingsmetode der bør anvendes. Men det er vigtigt, at retningslinjerne og deres anbefalinger ikke ses, som en erstatning for den viden og erfaring klinikerens har opnået igennem årene, samt erfaringen opnået igennem samarbejdet med den pågældende patient. Retningslinjerne er kun en vejledning for, hvorledes f.eks. en behandling bør udføres. Retningslinjen er ikke tilpasset til hver enkelt patient, hvorfor der netop skal være plads til klinikerens viden og kendskab til patientens tilstand. Det er blevet et velkendt fænomen, at klinikerne ikke anvender de kliniske retningslinjer, dette skyldes flere barrierer i de identificerede sekvenstrin for adfærdsforandring: udviklingsmæssige-, vidensmæssige-, holdningsmæssige- og adfærdsmæssige barrierer.

En vigtig forudsætning for anvendelsen og implementeringen af retningslinjer er, at kliniske retningslinjer skal bygge på evidensbaseret viden, hvorved den bedste kvalitet for patientens pleje opnås. Ved at implementere evidensbaseret retningslinjer bør afstanden mellem praksis og evidensbaseret viden mindskes, da den behandling patienten får i praksis vil bygge på evidens. Den vigtigste forudsætning for at implementere kliniske retningslinjer er at få reduceret så mange barrierer som muligt, hvorfor det bl.a. vil være nødvendigt at afholde workshops med klinikerens og derved få afklaret deres ønsker og forventninger i forbindelse med implementeringen af retningslinjer. Herved kan eventuelle barrierer ligeledes afklares.

Ved implementering af retningslinjerne er det vigtigt at have klinikernes arbejdsgang og ønsker for øje, men samtidig reflektere over den evidensbaseret viden, for netop at bringe praksis og evidensbaseret viden tættere på hinanden. Målet med implementering af retningslinjerne er at hjælpe klinikerne og ikke betvivle deres autoritet og ekspertise.

De kliniske retningslinjer er ikke integreret i EPJ endnu, men Lyng [2009] vurderer at en datamati-

sering af kliniske retningslinjer vil være en fordelagtig måde at støtte klinikerne med den relevante vejledning [Lyng, 2009].

Der er forsøgt en del IT-baserede løsninger for at reducere barriererne for anvendelsen af kliniske retningslinjer, såsom XML-baserede retningslinjer, internetbaserede retningslinjer og EPJ integrerede retningslinjer. Hvor de EPJ integrerede retningslinjer er de mest interessant, da klinikerne skal registrere i EPJ, hvorved de kliniske retningslinjer bringes ind i klinisk praksis. De fleste af løsningerne har forsøgt at reducere en enkelt barriere, såsom tilgængelighed og opdatering af de kliniske retningslinjer. Det er ikke nok kun at fokusere på en enkelt barriere, da barriererne afhænger af hinanden, men derimod vil det være nødvendigt at fokusere på flere barrierer. MoM, Zynx Health og dokumentstyrings- og håndteringssystemerne har forsøgt at reducere flere barrierer som, udarbejdelse, opdatering og tilgængelighed. Ved disse løsninger kan udviklingsbarriererne reduceres, og en del af vidensbarriererne.

Den essentielle løsning vil reducere flest mulige barrierer og dermed få de kliniske retningslinjer ind i den daglige rutine, hvor de kan understøtte og facilitere klinikernes arbejdsproces. Ydermere er det vigtigt at udvikle løsninger med fokus på den kontekst og det miljø hvori den skal anvendes. Derfor skal løsningen helt ind i praksis, hvor den understøtter og facilitere kliniske arbejdsgange.

Der er mange forskellige definitioner på SFI, hvilket besværliggør en klar definition og afgrænsning af begrebet. Der er dog bred enighed om, at SFI omfatter standardplaner, -resultater og -aktiviteter, indholdet i EPJ, datastrukturer for indholdet samt den digitale visualisering i form af GUI.

Kliniske retningslinjer kan indarbejdes i SFI standardplaner, -aktiviteter og -resultater, hvorved der opnås en mere praksisnær indførelse af kliniske retningslinjer, der samtidig er med til at sikre standardiserede arbejdsgange. Det kan betyde, at patienter oplever den samme gode behandling uanset, hvem de behandles af.

Region Hovedstaden har forsøgt at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI standardplaner, hvilket gav gode resultater i forhold til standardplanerne, men resulterede i en inkonsistent dokumentation, fordi dokumentationsskabelonerne ikke havde en matchende struktur. Selve registreringen af den udførte behandling og pleje er vigtig for at kunne dokumentere patientens informationer til senere brug ved samme eller andre kliniske problemer. For at sikre den gode og komplette registrering forekommer det som en god idé at udvikle dokumentationsskabeloner på baggrund

af de kliniske retningslinjer, hvorved dokumentationsskabelonerne matcher standardplanerne og derfor burde understøtte og facilitere dokumentationsprocessen.

Kliniske retningslinjer kan indarbejdes i SFI dokumentationsskabeloner, hvorved dokumentationsprocessen for den tilhørende evidensbaserede arbejdsgang understøttes. Klinikerne kan gøres opmærksom på den kliniske retningslinje igennem den rækkefølge registreringselementerne præsenteres på, på en grafisk brugergrænseflade og ved at linke til den pågældende kliniske retningslinje. Derved kan der reduceres barrierer som:

Manglende tilgængelighed idet dokumentationsskabelonerne er bygget på de kliniske retningslinjer, bliver disse også tilgængelige i klinisk praksis

Manglende bevidsthed idet de kliniske retningslinjer bliver tilgængelige i klinisk praksis i form af dokumentationsskabeloner, bliver klinikere også opmærksomme på at den kliniske retningslinje findes

Manglende familiaritet idet de kliniske retningslinjer indarbejdes i dokumentationsskabeloner vil klinikerne derigennem blive gjort familiær med disse

Manglende tillid til egne evner idet dokumentationsskabelonerne viser en kondenseret udgave af den kliniske retningslinje, kan klinikerne nemmere overskue den, hvorved vedkommendes tiltro til egne evner kan øges

Manglende motivation idet dokumentationsskabelonerne er en processunderstøttende og -faciliterende version af kliniske retningslinjer kan klinikerne dermed motiveres. Dette vil indirekte medføre ændringer af klinikerens vaner og rutiner i kliniske arbejdsgange

Retningslinjerelaterede idet kliniske retningslinjer indarbejdes i dokumentationsskabeloner bliver de nemmere at overskue og dermed mindre forvirrende og nemmere at anvende i klinisk praksis

Ved at strukturere data i dokumentationsskabeloner, så det eksempelvis ikke kun er fritekstfelter der anvendes, faciliteres dokumentationsprocessen ved at det bliver nemmere for klinikerne at dokumentere det nødvendige data. Yderligere kan der kobles SKS koder til dokumentation af diagnoser, hvorved DRG afregningsprocessen faciliteres. Dermed kan der reduceres barrierer som:

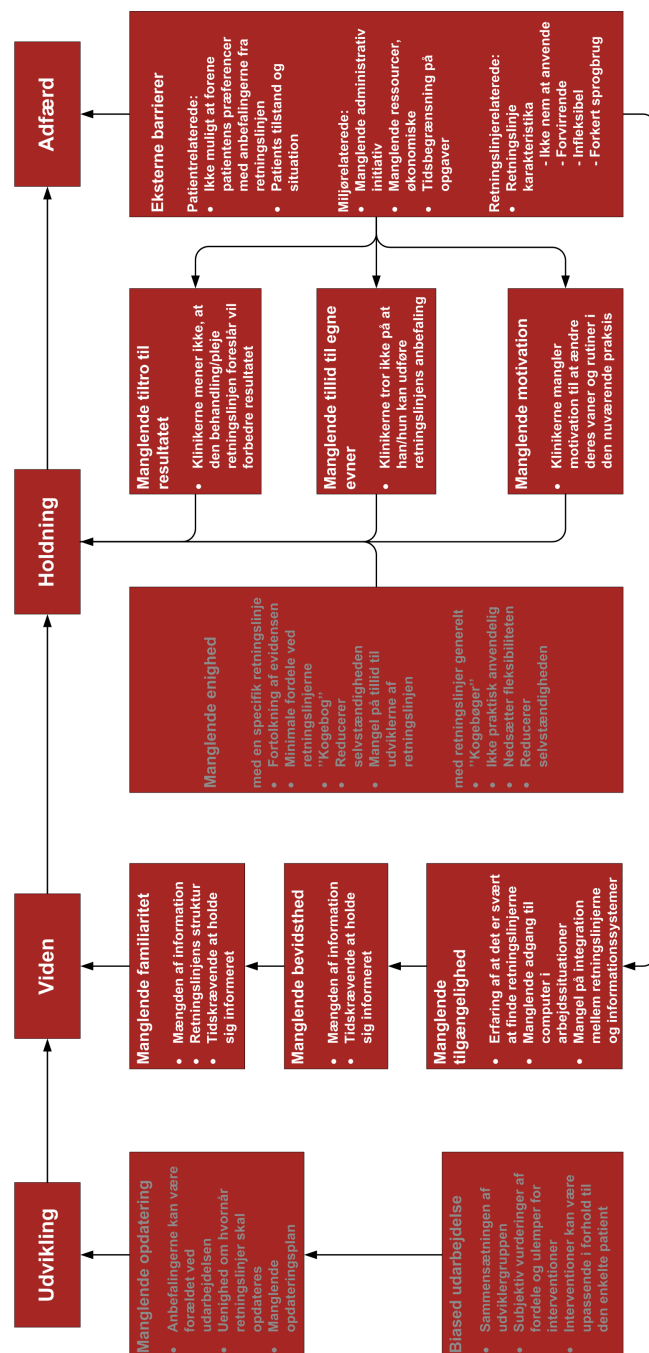
Miljørelaterede idet den tid klinikerne skal bruge på at dokumentere reduceres, og den tid kan så bruges på patienten. DRG afregning på baggrund af SKS koder kan også faciliteres, hvorved afregningsprocessen gøres automatisk og dermed nemmere

Der forekomme tilfælde, hvor den kliniske retningslinje ikke kan anvendes til en given patient pga. vedkommendes situation, tilstand og præferencer. I disse tilfælde kan klinikerens begrundede afvigelse fra dokumentationsskabelonen medfører en fleksibilitet, der sikre en dokumentation der tilgodeser disse patienters individuelle behov, derved kan der reduceres barrierer som:

Patientrelaterede idet fleksibiliteten muliggøre en tilpasning til patientens situation, tilstand og præferencer

Manglende tiltro til resultatet idet dokumentationsskabelonerne tilpasses til den valgte behandling og pleje er det dermed muligt at klinikerens kan deviere fra den kliniske retningslinje, hvis vedkommende har manglende tiltro til resultatet

Ved at reducere adfærdsmæssige barrierer, kan holdningsrelaterede barrierer også reduceres yderligere, idet holdninger til kliniske retningslinjer er påvirket af de adfærdsmæssige barrierer. Figur 3.12 på den følgende side illustrerer de barrierer der er mulighed for at reducere ved at udarbejde dokumentationsskabeloner på baggrund af kliniske retningslinjer. Barrierer som manglende opdatering og biased udarbejdelse fokuserer på udviklingen af de kliniske retningslinjer og kan ikke reduceres ved at udarbejde dokumentationsskabeloner. Klinikernes manglende enighed med specifikke såvel som generelle kliniske retningslinjer reduceres ikke direkte idet de er mere generelle holdninger til og fordomme overfor kliniske retningslinjer.



Figur 3.12: Barrierer som kan reduceres ved at udarbejde dokumentationsskabeloner på baggrund af kliniske retningslinjer (hvid tekst), og barrierer som ikke kan reduceres ved at udarbejde dokumentationsskabeloner (grå tekst). Manglende opdatering og biased udarbejdelse fokuserer på udviklingen af de kliniske retningslinjer og kan ikke reduceres ved at udarbejde dokumentationsskabeloner. Klinikernes manglende enighed med specifikke såvel som generelle kliniske retningslinjer reduceres ikke direkte idet de er mere generelle holdninger til og fordomme overfor kliniske retningslinjer

KAPITEL 4

MODELLERING AF IT-BASEREDE SFI DOKUMENTATIONSSKABELONER

Dette kapitel har til formål at besvare projektets tredje problemstilling: "Hvordan kan der i et IT-system udvikles SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer?". Derfor designes der i dette kapitel dokumentationsskabelonerne, baseret på kliniske retningslinjer, for udredning af prostatacancer og for strålebehandling. Dokumentationsskabeloner designes i form af Mock-Ups af brugergrænseflader, og implementeres derfor ikke i et IT-system. Herefter beskrives overvejelser for realisering af SFI dokumentationsskabeloner. Dette er gjort i følge metoden beskrevet i Kapitel 2 på side 21.

4.1 Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer

Før dokumentationsskabelonerne designes er det nødvendigt først at gøre sig overvejelser omkring, hvordan dette skal gøres på baggrund af den foretaget analyse og de tilgængelige kliniske retningslinjer. I det følgende beskrives de overvejelser der er gjort i forbindelse med af dokumentationsskabelonerne.

4.1.1 Overvejelser

Fra analysen af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI, vides følgende er betydningsfuldt i forbindelse med designet af dokumentationsskabeloner på baggrund af kliniske retningslinjer:

- at en kliniske retningslinje ikke er en opskrift, men en vejledning
- at der ved anvendelsen af kliniske retningslinjer skal være plads til, at klinikerne kan tænke selv, og anvende vedkommendes viden omkring patientens tilstand
- at patienter ikke kan opfattes som ens

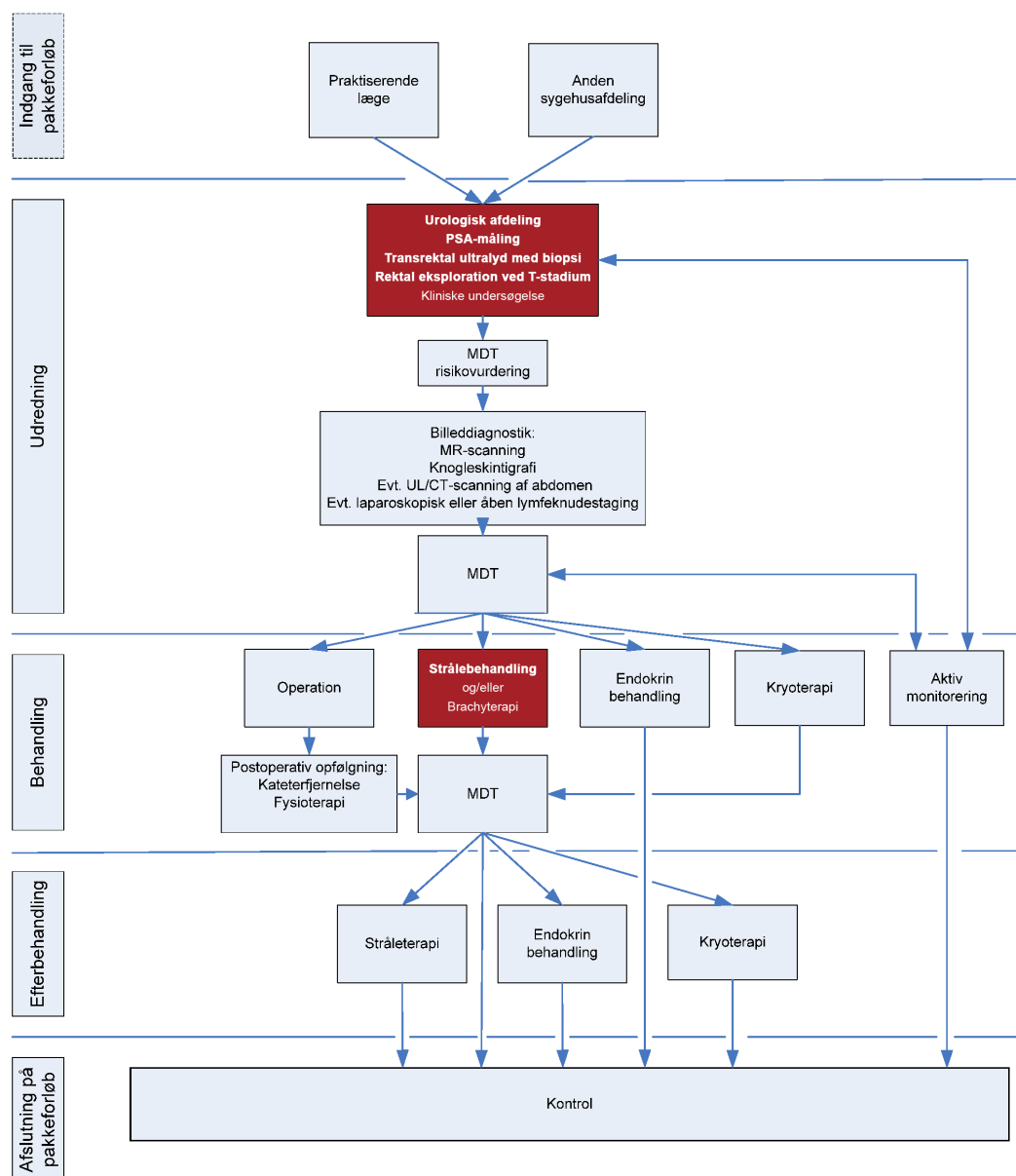
Ud fra SFI begrebet fremgår det bl.a. at SFI er standardplaner, standardaktivitet og standardresultater. Det giver mening at have standarder, når mange patienter kan følge det samme forløb. Kræftpakkeforløbene, der er evidensbaseret standardplaner, kan være et eksempel på dette, for nærmere beskrivelse af kræftpakkeforløbene se Appendiks C på side 143. Der tages derfor udgangspunkt i pakkeforløbet for prostatacancer ved design af dokumentationsskabeloner. Flowdiagrammet i pakkeforløbet for prostatacancer ses i Figur 4.1 på næste side

Som det kan ses i figuren består pakkeforløbet af en række standardaktiviteter. Der tages udgangspunkt i standardaktiviteterne udredningen af prostatacancer og i behandlingsformen strålebehandling, dette er angivet i figuren vha. røde kasser. For hver af standardaktiviteterne er der tilhørende standardresultater, der skal registreres i patientjournalen. Modelleringen af dokumentationsskabelonerne til standardresultaterne for udredningen og strålebehandlingen beskrives i det følgende.

4.1.2 Dokumentationsskabelon for udredning

Udredningen af prostatacancer består af tre ambulante besøg på Urologisk Afdeling. Hvor der på det første besøg foretages primære undersøgelser, som en serum måling af ProstataSpecifikt Antigen (PSA), en Digital Rektal Eksploration (DRE) og en TransRektal UltralydsScanning (TRUS) med biopsi. Ved det andet ambulante besøg, får patienten svar på TRUS med biopsi, og kan ligeledes blive henvist til MR-scanning, knogleskintigrafi m.m. for at klarlægge tumorvæksten, evt. spredning til lymfeknuderne og metastaser, det kunne f.eks. være knolgemetastaser, der oftest ses hos patienter med avanceret prostatacancer, metastaser til lunger og hjerne. På det sidste ambulante

4.1. Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer



Figur 4.1: Overordnet flowdiagram for pakkeforløbet for prostatacancer, inspireret af [Sundhedssyrelsen, 2009b]. I modelleringen af dokumentationsskabelonerne tages der udgangspunkt i dele af udredningen og behandlingsformen strålebehandling, hvilket er vist med de røde kasser.

besøg får patienten svar på de foretagne undersøgelser, hvorudfra det videre forløb bestemmes.

[Dansk Urologisk Selskab, 2005], [Sundhedssyrelsen, 2009b]

For at illustrere funktionaliteterne i udredningen begrænses modellering af dokumentationsskabeloner, udviklet på baggrund af kliniske retningslinjer, til første ambulante besøg. De kliniske retningslinjer og pakkeforløbet er systematisk gennemgået, for at opnå informationer omkring hvilke sundhedsfaglige handlinger der skal udføres.

Udredningskonsultationen starter med, at klinikerens foretager en PSA måling. En PSA værdi mellem $0,1 \text{ ng/ml}$ - 4 ng/ml regnes for normal. Ved PSA forstås der totalt PSA (tPSA), der er summen af frit PSA (fPSA) og bundet PSA (bPSA). Hvis PSA værdien er under 10 ng/ml vil det for klinikerne have supplerende diagnostisk værdi at finde ratioen fPSA/tPSA. PSA er et organspecifikt enzym, der udskilles i prostata. Det er dog ikke sygdomsspecifikt, hvorved forhøjet PSA i serum ikke nødvendigvis betyder, at patienten har prostatacancer. Forhøjet PSA kan skyldes prostatacancer, benign prostatahyperplasi, urinvejsinfektion, patientens alder m.m.. PSA målingen anvendes oftest i en kombination med DRE, der er en rektal eksploration foretaget med en finger. Med fingeren undersøges det om prostata er hård og/eller asymmetrisk og/eller uregelmæssig. Den mulige prostata er ofte hård og uregelmæssig ved palpation. Hvis der ved DRE findes forandringer i prostata, foretages der en TRUS med biopsier, hvor der udtages mindst 10 sekstant biopsier, der bør indbefatte den apikale, basale og midterste del af prostata. Hvis der ved DRE undersøgelsen ikke findes nogen forandringer af prostata og PSA værdien er over 4 ng/ml foretages der stadig en TRUS med biopsi. I de tilfælde hvor der med DRE ikke findes nogle forandring af prostata og PSA er normal ($\text{PSA} < 4 \text{ ng/ml}$) er der ingen indikation for biopsi. [Dansk Urologisk Selskab, 2005], [Sundhedssyrelsen, 2009b]

Dokumentationsskabeloner er udviklet på baggrund af udredningskonsultationen, hvor en Mock-up af brugergrænsefladen for første ambulante besøg ses på Figur 4.2 på modstående side. Udførselsdatoen for de foretagne undersøgelser bliver automatisk indskrevet som dags dato, men kan ændres hvis dette ikke passer.

Ifølge den kliniske retningslinje skal fPSA/tPSA ratioen kun medtages, hvis PSA værdier er under 10 ng/ml , og der skal ikke foretages en TRUS med biopsi før end at PSA målingen og DRE undersøgelsen indikerer, at en TRUS er nødvendig. Dette burde dokumentationsskabelonen, der er baseret

4.1. Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer

1. AMBULANTE BESØG - UDREDNING

Se klinisk retningslinjeFlowchartTekst

PSA MÅLING:

Udførselsdato: 25-05-2010

Total PSA niveau: ng/ml

fPSA/tPSA:

DRE:

Udførselsdato: 25-05-2010

☒ Ingen fund ved DRE ☐ Fund ved DRE

TRUS m. biopsi:

Udførselsdato: 25-05-2010

Antal biopsier: 10 stk.

Dato for 2. besøg: 02-06-2010

Figur 4.2: Mock-Up af brugergrænsefladen for udredningen af prostatacancer.

på de kliniske retningslinjer, ligeledes afspejle, men da de kliniske retningslinjer ikke skal virke som "køgebøger" vælges det at lade dokumentationsskabeloner håndtere en fri registreringsrækkefølge. Selvom der er en fri registreringsrækkefølge, påmindes klinikerens stadig om retningslinjens anbefalede rækkefølge igennem den rækkefølge registreringselementerne har i dokumentationsskabelonen. I DRE registreringsdelen vil der, som default være markeret i "Ingen fund ved DRE", i det tilfælde der er fund vil dokumentationsskabelonen udbygges.

Ved at designe dokumentationsskabeloner på denne måde, er det muligt efterfølgende at se om klinikerens fulgte de kliniske retningslinjer, f.eks. hvis vedkommende finder ratioen fPSA/tPSA selv om PSA værdien er 14 *ng/ml* følges retningslinjen ikke. Herved kan kvaliteten af behandlingen følges, og i de tilfælde hvor praksis ikke lever op til evidensen kan dette ses, hvorved der kan følges op på dette i praksis.

Dokumentationsskabelonens funktionaliteter gennemgås med et eksempel på en udredning af en patient med prostatacancer. Scenariet ses på Figur 4.3 på næste side. Klinikerens registrere værdien af den foretaget PSA måling, da patienten har en PSA på 8 *ng/ml*, som er mindre end 10 *ng/ml*, registreres fPSA/tPSA ratioen ligeledes. Derefter registrerer klinikerens DRE, i dette tilfælde

er der fund ved DRE, hvorfor klinikeren markerer i boksen "Fund ved DRE", herved kommer tjekboksene "Hård", "Uregelmæssig" og "Asymmetrisk" frem. Klinikeren markerer herefter, hvad der er fundet.

I dette eksempel hvor patientens PSA er 8 *ng/ml*, samt der er fundet ændringer af prostata DRE er der indikation for, at der foretages en TRUS med biopsi. Klinikeren har mulighed for at vælge 10 biopsier eller derover i ComboBoxen, hvorved klinikeren bliver mindet om retningslinjen, der anbefaler, at der tages flere end 10 biopsier. Inden patienten tager fra Urologisk Afdeling aftales et nyt tidspunkt for andet ambulante besøg. Ifølge prostata pakkeforløbet vil det tage fire hverdage at få analyseret biopsierne, hvorefter der afsættes en hverdag, hvor resultaterne af biopsierne diskuteres på en konference og den følgende hverdag informeres patienten på det andet ambulante besøg.

1. AMBULANTE BESØG - UDREDNING Se klinisk retningslinje Flowchart Tekst

PSA MÅLING:

Udførselsdato: 25-05-2010

Total PSA niveau: 8 ng/ml

fPSA/tPSA: 0,2

DRE:

Udførselsdato: 25-05-2010

☐ Ingen fund ved DRE ☒ Fund ved DRE

☒ Hård

☒ Uregelmæssig

☐ Asymmetrisk

TRUS m. biopsi:

Udførselsdato: 25-05-2010

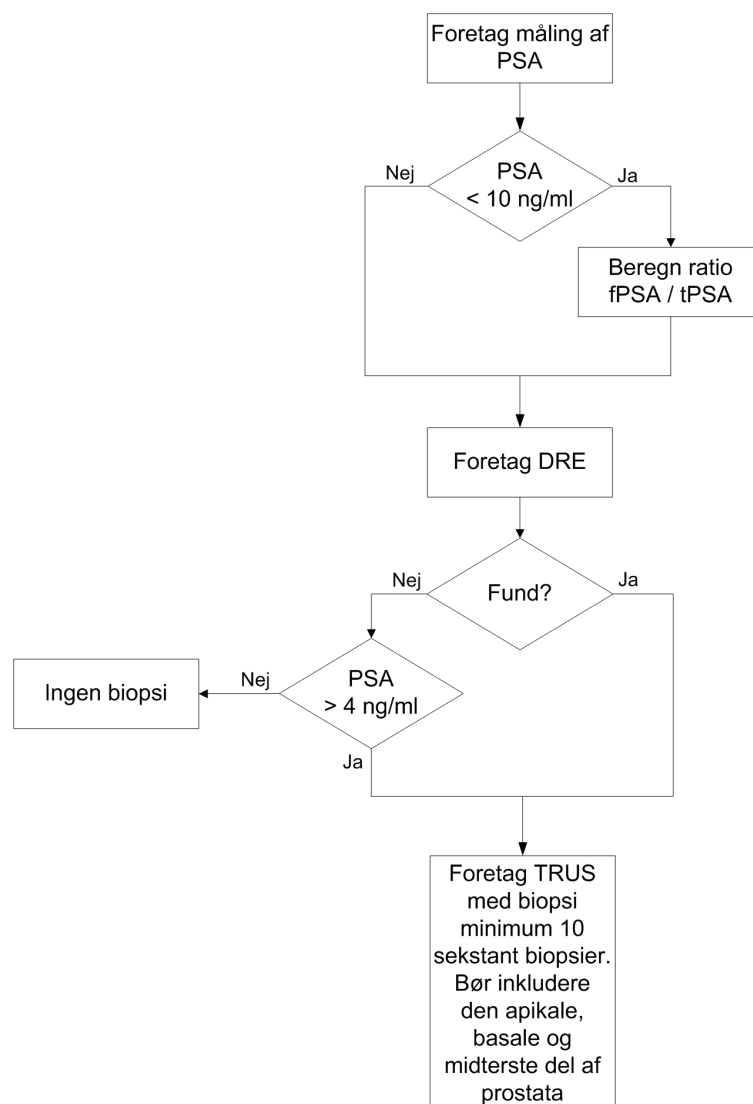
Antal biopsier: 10 stk.

Dato for 2. besøg: 02-06-2010

Figur 4.3: Dokumentationsskabelonens funktionaliteter illustreret ud fra en registrering af en patient med prostatacancer. Da klinikeren i dette tilfælde finder fund ved DRE undersøgelsen, udbygges dokumentationsskabelonen med tjekboksene, hvor det er muligt for klinikeren at markere, hvilke fund der er gjort.

4.1. Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer

Det er i dokumentationsskabelonen gjort muligt for klinikerens at tilgå de kliniske retningslinjer enten i form af flowchart eller tekst. Herved er kliniske retningslinjer gjort tilgængelig i klinikerens arbejdsgang, og samtidig er det gjort lettere for klinikerens at informere sig i retningslinjerne. Når klinikerens trykker på flowchart i dokumentationsskabelonen ses flowchartet for udredningen baseret på kliniske retningslinjer, dette er vist i Figur 4.4. Flowchartet er designet på baggrund af retningslinjer og bilag I på side 161.



Figur 4.4: Flowchart af udredningen baseret på kliniske retningslinjer. Dette viser når klinikerens vælger "Flowchart" i dokumentationsskabelonen.

I de tilfælde hvor klinikeren ikke mener, at flowchartet er tiltrækkeligt kan vedkommende vælge at se de kliniske retningslinjer som tekst. Dette er vist i Figur 4.5 på modstående side, hvor det ses at klinikeren henvises direkte til det relevante sted i retningslinjen, i dette tilfælde vil det være "Diagnose". Derved skal klinikeren ikke bruge tid på at finde frem til det rette sted i den kliniske retningslinje.

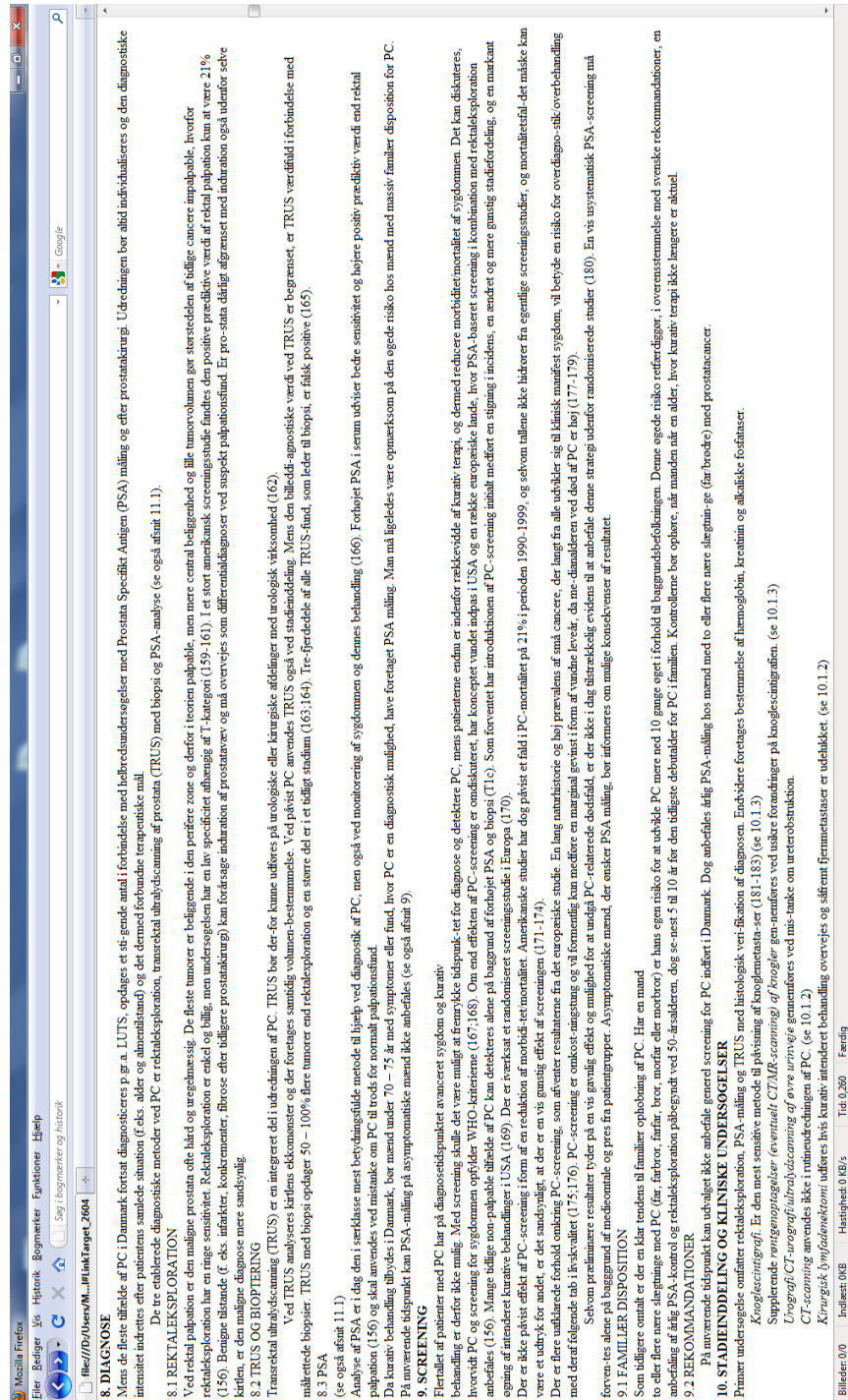
4.1.3 Dokumentationsskabeloner for strålebehandling

Strålebehandling er en kurativ behandling, og ifølge retningslinjen er der to former for strålebehandling af prostata: ekstern højvolts røntgenbestråling og brachyterapi. Det vælges at fokusere på ekstern højvolts røntgenbestråling.

Forinden strålebehandling iværksættes er en patient blevet inddelt i en risikogruppe. Strålebehandlingen er forskellig fra om patienten tilhører lav risikogruppen eller mellem og høj risikogruppen. Der er evidens for at give patienter i mellem og høj risikogruppen adjuverende endokrin terapi, da dette giver en gevinst i form af progressionsfri overlevelse. Denne samme gevinst er ikke påvist for patienter i lav risikogruppen. Lav risikogruppen er defineret som: $T < 3$ og/eller $PSA \leq 10 \text{ ng/ml}$ og/eller Gleason score ≤ 7 , hvor T er tumor kategorien, og $T < 3$ er tumorer, der er inden for prostatas kapsel. Gleason score kommer fra Gleasons graderingssystem, der er baseret på celle forandringer. Vækstmønsteret inddeles i 1-5, hvor 1 er stadiet, hvor cellerne har den mindste forandring og 5 er stadiet, hvor cellerne har flest forandringer. Gleason score er summen af det dominerende vækstmønster og det næsthyppigste vækstmønster. Gleason scoren går fra 2-10 og hænger godt sammen med prognosen, hvor en Gleason score over 7 har prognostisk betydning. Høj risikogruppen er defineret som: $T \geq 3$ og/eller $PSA > 10 \text{ ng/ml}$ og/eller Gleason score > 7 . $T \geq 3$ indikerer at tumoren er vokset uden for prostatas kapsel. [Dansk Urologisk Selskab, 2005]

I tilfældet hvor en patient tilhører lav risikogruppen, opsættes der enten en guldmarkør eller en stent i urinrøret, jævnfør bilag I på side 161, der begge angiver placeringen af prostata. Ved stråling inkluderes hele prostata og evt. dele af eller hele sædblæserne, og desuden lægges der en smal margin til det bestrålede volumen. Det har vist sig, at en høj total strålesdosis på 76-78 Gy per fraktion med fem fraktioner om ugen og i alt ca. 40 behandlinger giver en forbedret sygdomskontrol. Når patienten tilhører mellem eller høj risikogruppen foretages der en lymfeknudestagning, for at undersøge om canceren har spredt sig til lymfeknuderne. Er dette tilfældet henvises patienten til palliation i form af endokrin behandling. Viser lymfeknudestagning, at der ingen spredning

4.1. Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer



Figur 4.5: Retningslinjen for udredning vist som tekst, når klinikerer vælger "Tekst" i dokumentations-skabelonen. Klinikerer bliver henvist til det relevante sted i retningslinjen, "Diagnose".

er, får patienten opsat en stent eller guldmarkør. Herefter påbegynder patienten en adjuverende endokrin terapi, der skal påbegyndes tre måneder før selve strålebehandlingen begyndes og fortsættes under strålebehandlingen. Efter endt strålebehandling foresættes den endokrine behandling i yderligere 12 måneder. [Dansk Urologisk Selskab, 2005]

Dokumentationsskabelonen for strålebehandling ses på Figur 4.6. Datoen på dokumentationsskabelonen påskrives automatisk som dags dato, men kan ændres. Dokumentationsskabelonen udformes forskelligt alt efter om patienten tilhører lav eller mellem og høj risikogruppen.

STRÅLEBEHANDLING

Se klinisk retningslinje Flowchart Tekst

RISIKOGRUPPE

Dato: 25-05-2010

Risikogruppe: ☐ Lav risiko ☒ Mellem/høj risiko

Figur 4.6: Dokumentationsskabelon for strålebehandling, inden patientens risikogruppen vælges.

I det tilfælde at patienten tilhører mellem og høj risikogruppen vil dokumentationsskabelonen udformes som vist på Figur 4.7 på næste side.

Som det fremgår af figuren har klinikerer markeret "Mellem/høj risiko", da patienten tilhører denne kategori. Herefter udbygges dokumentationsskabelonen til at omfatte "Lymfeknudestaging". Tiden for bestillingen af lymfeknudestagingen foreslåes til dags dato, hvis det ikke er tilfældet skal klinikerer selv ændre denne. Dokumentationsskabelonen for mellem og høj risikogruppen designes

4.1. Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer

STRÅLEBEHANDLING Se klinisk retningslinje Flowchart Tekst

RISIKOGRUPPE

Dato: 25-05-2010

Risikogruppe: ☐ Lav risiko ☒ Mellem/høj risiko

LYMFEKNUDESTAGNING

Bestilt den 25-05-2010

Figur 4.7: Dokumentationsskabelon for strålebehandling, hvor patienten tilhører mellem eller høj risikogruppen.

ikke yderligere, da der afventes svar inden patientens videre behandling kan påbegyndes, om det enten er strålebehandling eller endokrin behandling.

Funktionaliteterne for dokumentationsskabelonen for en patient i lav risikogruppen gennemgås vha. et eksempel, som kan ses på Figur 4.8 på den følgende side. Klinikerer vælger patientens gruppe, i dette tilfælde lav risikogruppen, hvorefter dokumentationsskabelonen udbygges med registrering af "Markør anbringelse" og "Planlægning af strålebehandling". Klinikerer skal registrere den markør, der anvendes til at markere patientens prostata. Anbringelsesdatoen står som default til at være dags dato, men kan ændres om nødvendigt. Klinikerer registrerer, at der skal opsættes en stent i patientens urinrør. I "Planlægning af strålebehandling" kan klinikerer registrere den planlagte strålebehandling for patienten. Klinikerer starter med at angive planlægningsdatoen, som per default er sat til dags dato, men kan ændres om nødvendigt. Efterfølgende skal klinikerer angive antal fraktioner om ugen, antal Gy per fraktion, antal behandlinger i alt, hvorefter den samlede mængde Gy for den totale behandling i dokumentationsskabelonen automatisk udregnes. Som default er værdierne sat til anbefalingerne fra den kliniske retningslinje, men kan ændres så de passer til patienten. Klinikerer kan til hver en tid se de anbefalede værdier til højre for felterne, hvor de er skrevet med blå tekst. For den pågældende patient har klinikerer valgt at behandle patienten med 5 fraktioner ugentlig med 1,9 Gy per fraktion med i alt 40 behandlinger, hvilket giver i alt 76 Gy, hvilket er i overensstemmelse med den kliniske retningslinje. Til sidst angiver klinikerer dato for påbegyndelse af behandling.

STRÅLEBEHANDLING

Se kliniske retningslinje

Flowchart

Tekst

RISIKOGRUPPE

Dato: 25-05-2010

☒ Lav risiko

☐ Mellem/høj risiko

MARKØR ANBRINGELSE

Anbringelsesdato: 25-05-2010

Markørtype ☒ Stent

☐ Guld

PLANLÆGNING AF STRÅLEBEHANDLING

Planlægningsdato: 25-05-2010

Antal fraktioner om ugen:

5

Fraktioner ugentlig

Antal Gy pr. fraktion:

1,9

Gy

Antal behandlinger i alt:

40

Stk.

Samlet Gy for total behandling:

76

Gy

Dato for påbegyndelse af behandling:

30-05-2010

Anbefalede værdier

5 fraktioner ugentlig

1,8 - 2,0 Gy

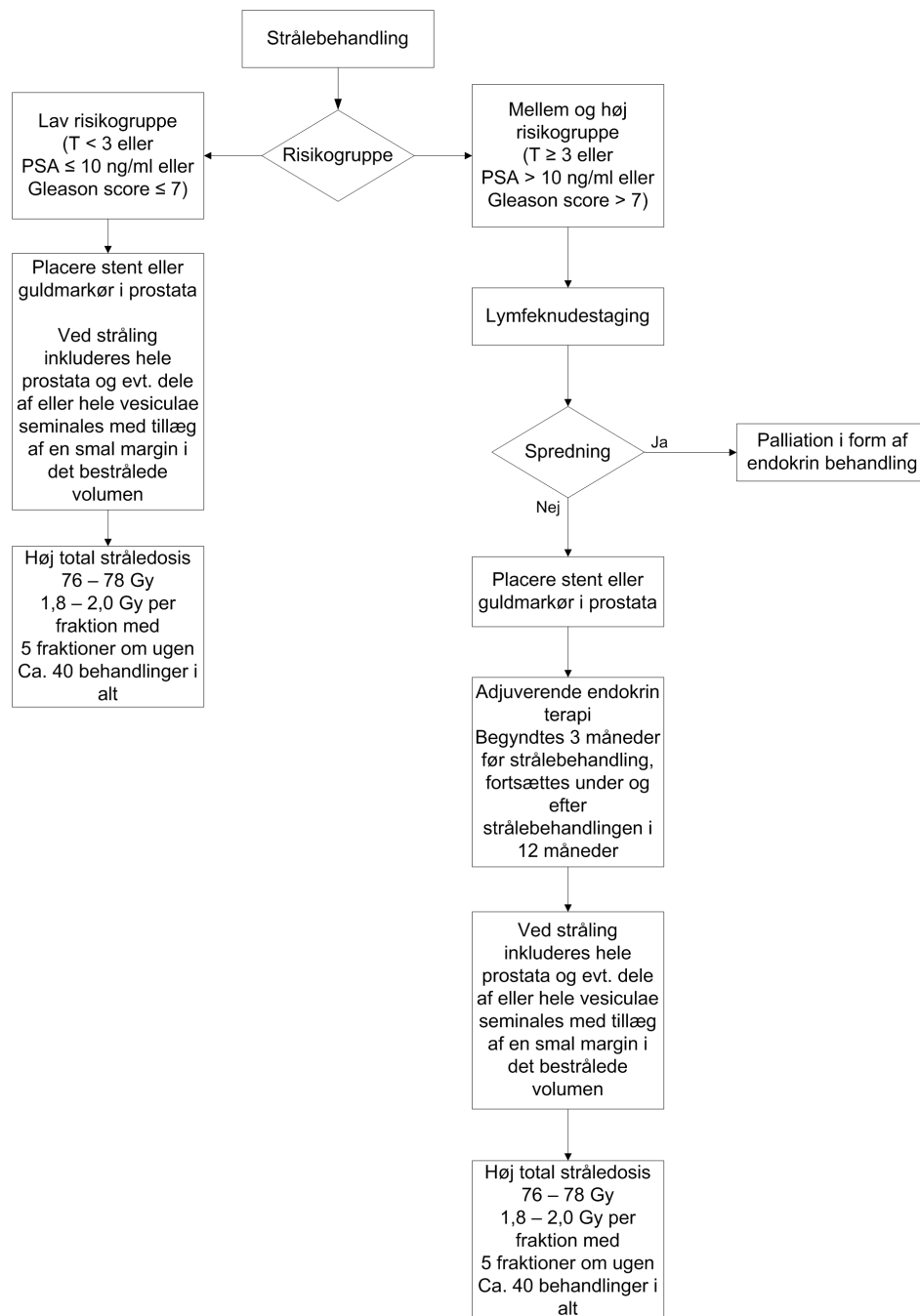
~ 40 behandlinger

76 - 80 Gy

Figur 4.8: Dokumentationsskabelon for en patient i lav risikogruppen. Klinikeren vælger at anvende stent til markering af patientens prostata, og vælger at behandle patienten med 5 fraktioner ugentlig med 1,9 Gy per fraktion med i alt 40 behandlinger, hvilket giver i alt 76 Gy.

I tilfælde hvor klinikeren er i tvivl om behandlingen eller ikke er enig med retningslinjen kan denne vises som flowchart eller som ren tekst. På Figur 4.9 på næste side ses flowchartet for strålebehandling, hvor begge risikogrupper er vist. Flowchartet er designet på baggrund af retningslinjer og bilag I på side 161. På Figur 4.10 på side 78 ses retningslinjen på tekstform.

4.1. Design af dokumentationsskabeloner ud fra kliniske retningslinjer



Figur 4.9: Flowchart af strålebehandling baseret på kliniske retningslinjer. Dette viser når kliniker vælger "Flowchart" i dokumentationsskabelonen.



Figur 4.10: Retningslinjen for strålebehandling vist som tekst, når klinikerer vælger "Tekst" i dokumentationsskabelonen. Klinikerer bliver automatisk henvist til det relevante sted i retningslinjen, "Strålebehandling".

4.1.4 Opdatering af dokumentationsskabeloner

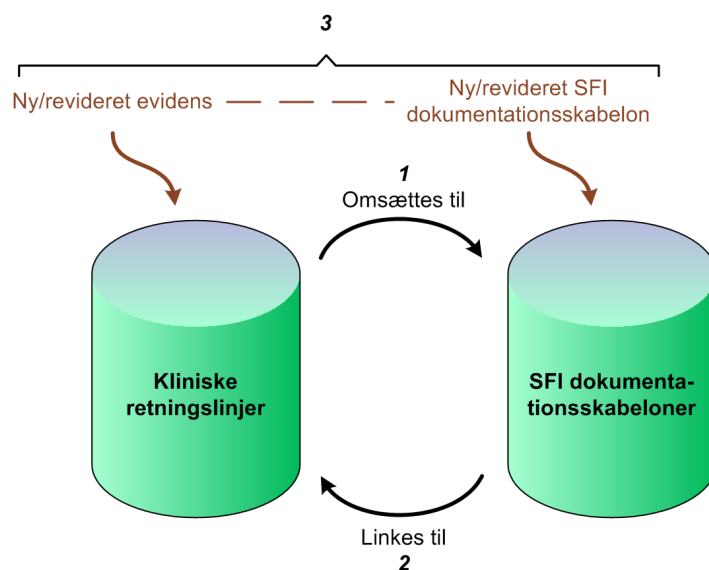
Dokumentationsskabelonerne skal opdateres når de kliniske retningslinjer opdateres, for at sikre at ny evidens indføres i klinisk praksis. Det er derfor vigtigt, at klinikerer bliver gjort opmærksom på, at der er ny evidens på området. I det tilfælde hvor klinikerer benytter en dokumentationsskabelon, hvor retningslinjen er blevet opdateret og dermed også skabelonen, bliver klinikerer noticeret om dette i form af et ikon, en cirkel med et 'i' i midten, som det der ses på Figur 4.11. Ved at klinikerer trykker på ikonet bliver vedkommende kun præsenteret for opdateringerne og hvem der har publiceret opdateringerne. Klinikerer får dermed ikke præsenteret for hele retningslinjen.

Figur 4.11: Ved opdatering af en retningslinje, bliver det pågældende sted markeret med et ikon, en cirkel med et 'i' i midten. Klinikerer kan se opdateringerne ved at trykke på ikonet. Dokumentationsskabeloner opdateres ud fra opdateringerne.

På den måde bliver klinikerer mindet om hver gang, der er ny evidens på området, herved sikres det at klinikerer holdes opdateret med den nyeste evidens.

4.2 Realiseringsovervejelser for IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner

I det følgende beskrives overvejelser omkring en egentlig realiseringen af dokumentationsskabelonerne. Første skridt mod dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer er en udvikling af dem i et IT-system. Denne udvikling inkluderer, at de kliniske retningslinjer omsættes til dokumentationsskabeloner, se trin 1 på Figur 4.12. For at have et samlet sted til de kliniske retningslinjer, såvel som dokumentationsskabelonerne kan disse lagres i databaser. For at klinikerne kan tilgå den pågældende kliniske retningslinje, som dokumentationsskabelonen er designet på baggrund af, skal der linkes tilbage til denne, se trin 2 på Figur 4.12. I det tilfælde hvor der kommer ny og/eller revideret evidens skal der designes henholdsvis en ny eller revideret dokumentationsskabelon, samtidig med, at klinikerne notificeres om dette når de anvender den pågældende dokumentationsskabelon, se trin 3 på Figur 4.12.



Figur 4.12: Først skal de kliniske retningslinjer omsættes til dokumentationsskabeloner, dette gøres i trin 1. Der skal linkes tilbage til den pågældende kliniske retningslinje, så klinikerne kan tilgå denne gennem dokumentationsskabelonen, trin 2. Når der kommer ny evidens og/eller revideret evidens, skal der designes en ny dokumentationsskabelon samtidig skal klinikerne notificeres om dette når de anvender den pågældende dokumentationsskabelon, trin 3.

Realiseringsovervejelser til de identificerede trin i Figur 4.12 beskrives i det følgende.

4.2.1 Omsætte kliniske retningslinjer til dokumentationsskabeloner

At omsætte de kliniske retningslinjer til dokumentationsskabeloner er ikke nogen overskuelig opgave, der både er tidskrævende og omfattende. For at omsætte de kliniske retningslinjer er en systematisk gennemgang af retningslinjerne nødvendig, dels for at opnå en forståelse af indholdet af retningslinjerne, og dels for at få en viden omkring hvilke evidensbaserede sundhedsfaglige handlinger der beskrives. Derefter skal det analyseres hvilke resultater de sundhedsfaglige handlinger medfører og herud fra kan dokumentationsskabelonerne designes. Samtidig skal dokumentationsskabeloner kunne tage højde for, at der ved anvendelsen af kliniske retningslinjer er plads til, at klinikerne kan tænke selv, anvende vedkommendes viden omkring patientens tilstand og at en retningslinje er en vejledning.

En realisering af omsættelsen af kliniske retningslinjer til dokumentationsskabeloner vil kræve, at der bliver nedsat en arbejdsgruppe bestående af personer fra f.eks. Sundhedsstyrelsen, de kliniske kvalitetsdatabaser og kliniske eksperter på det pågældende område. Denne arbejdsgruppes opgaver er, da at omsætte kliniske retningslinjer manuelt til dokumentationsskabeloner, og screene for eventuelle evidensbaserede anbefalinger, som ikke er mulige at følge, og derfor irrelevante for designet af dokumentationsskabelonen. Ligeledes skal der på baggrund af retningslinjerne designes flowcharts for de sundhedsfaglige handlinger.

En fuld automatisk omsættelse af kliniske retningslinjer til dokumentationsskabeloner anses ikke som en mulighed, da de designede dokumentationsskabeloner skal kunne tage højde for klinikerens viden omkring patienten, at en retningslinje er en vejledning og ikke en "køgebog", og samtidig skal dokumentationsskabeloner tilpasses den klinisk praksis og kunne integreres i sundhedsvæsenets andre systemer. Samtidig vil et fuld automatisk system med al sandsynlighed kunne medføre barrierer for anvendelsen af dokumentationsskabelonerne og dermed de kliniske retningslinjer, idet processen ikke er håndteret af mennesker, men computere. Hermed kan klinikere opleve, at deres faglige kompetencer styres af en computer og klinikerne har derved ikke mulighed for at præge modelleringen af dokumentationsskabelonerne.

4.2.2 Linke til kliniske retningslinjer

Når en dokumentationsskabelon anvendes i klinisk praksis skal det være muligt for klinikerne at tilgå den kliniske retningslinje som flowchart eller tekst, hvorfor det er nødvendigt at linke til den

pågældende kliniske retningslinje.

Et link til den kliniske retningslinje i dokumentationsskabelonen kan laves som en henvisning til databasen for de kliniske retningslinjer. Dette kræver dog, at de kliniske retningslinjer foreligger som både flowcharts og tekst, der er struktureret så klinikerne kan henvises til den pågældende del af retningslinjen. I regionerne er de kliniske retningslinjer tilgængelige via Internettet, hvorved der kan linkes til retningslinjerne som internetlinks.

Det engelske videnssystem MoM visualiserer de sundhedsfaglige handlinger i flowchart lignende beskrivelser af den kliniske proces, samt en kort beskrivelse til hvert trin i flowchartet, hvis dette vælges af brugeren. [Map of Medicine, 2010a] Det kunne være en mulighed at anvende MoM til at visualisere den kliniske retningslinje som flowchart. Dette vil kunne bestå i at linke til det pågældende sted i MoM, men dette vil bl.a. kræve, adgang til MoM, at indholdet i MoM oversættes og tilpasses til de danske forhold og koordineres med andre videnssystemer [Sundhedssyrelsen, 2009a].

Det Amerikanske videnssystem, Zynx Health, giver evidensbaserede anbefalinger som tekst [Zynx Health, 2010a], og dette videnssystem kan anvendes til at gøre de kliniske retningslinjer tilgængelige for klinikerne som tekst. Før Zynx Health kan anvendes kræver det at indholdet vurderes og tilpasses til danske forhold. CSC Scandihealth A/S ser på at implementere Zynx Health i deres konfigurerbare EPJ-system Clinical Suite. [Møller-Jensen, 2009]

4.2.3 Opdatering af retningslinjer og dokumentationsskabeloner

Når der kommer ny eller revideret evidens skal der designes henholdsvis en ny eller revideret dokumentationsskabelon, samtidig med at klinikerne notificeres om dette ved anvendelsen af den pågældende dokumentationsskabelon. En sådan opdatering skal håndteres på flere niveauer. Det første niveau er at ny eller revideret evidens skal omsættes til nye eller reviderede kliniske retningslinjer, det andet niveau er at nye eller revideret kliniske retningslinjer skal omsættes til dokumentationsskabeloner og det tredje niveau er, at klinikerne skal notificeres ved anvendelsen af de nye eller reviderede dokumentationsskabeloner. Det første niveau ligger uden for projektets fokus og beskrives ikke yderligere.

Ved andet niveau, hvor der foreligger nye eller reviderede kliniske retningslinjer skal disse omsættes til dokumentationsskabeloner. Håndtering af dette sker, som tidligere nævnt, manuelt, hvorved den pågældende arbejdsgruppe notificeres om dette. Herefter er det arbejdsgruppens opgave

at udvikle eller opdatere dokumentationsskabelonen baggrund af den nye eller revideret kliniske retningslinje. Hvis der er tale om revideret evidens, hvor der eksempelvis er kommet evidens for, at fPSA/tPSA ratioen skal måles når $PSA < 8 \text{ ng/ml}$ mod den tidligere værdi på 10 ng/ml , skal de nye anbefalinger illustreres for arbejdsgruppen, dette kunne understøttes i et IT-system. Hvor IT-systemet skal sammenholde den gamle retningslinje og den nye retningslinje, og derved præsentere ændringerne for arbejdsgruppen ved at markere de nye dele i den revideret retningslinje. Herved faciliteres opdateringsarbejdet for arbejdsgruppen, da det ikke er nødvendigt at gennemlæse hele retningslinjen for at finde den reviderede del.

Ved tredje niveau, hvor klinikerne notificeres om ny eller revideret dokumentationsskabelon, skal dette ske når klinikerne anvender den pågældende dokumentationsskabelon. Dette kan gøres ved, at den dokumentationsskabelon en kliniker anvender sammenholdes med den vedkommende anvendte forrige gang. Såfremt det anvendes en ny version for første gang udløses en notifikation til kliniker, som den på Figur 4.11 på side 79.

4.3 Delkonklusion

Ved hjælp af en systematisk gennemgang af kliniske retningslinjer og pakkeforløb for prostatacancer er det muligt at designe dokumentationsskabeloner som dem illustreret i Afsnit 4.1. Der kan i de kliniske retningslinjer og pakkeforløbet identificeres forskellige sundhedsfaglige handlinger, der bør udføres for patienter med prostatacancer, samt den rækkefølge de bør udføres i og det grundlag de skal udføres på. De kliniske retningslinjer beskriver intet om de generelle data som f.eks. CPR nummer m.m. der også skal registreres, hvorfor dokumentationsskabeloner heller ikke indeholder disse data om en given patient. Det kan derfor kun i begrænset grad lade sig gøre at udvikle dokumentationsskabeloner, der understøtter dokumentation af klinikernes udførelse af sundhedsfaglige handlinger. De designede dokumentationsskabeloner gør det muligt at følge op på, hvornår de kliniske retningslinjer følges, hvorved det er muligt for afdelingen at sætte ind, hvis dette ikke er tilfældet, således at kvaliteten sikres.

Når selve modelleringen af dokumentationsskabeloner foretages manuelt, dog understøttet med IT-systemer, kan en arbejdsgruppe eventuelt definere de resterende data, som vil være nødvendige at registrere for den pågældende type patienter. En anden mulighed vil være, at der udarbejdes kliniske retningslinjer for det generelle indhold, som skal dokumenteres. Herved kan en mere

komplet dokumentationsskabelon udvikles.

At udvikle et sådant IT-system der kan håndtere udviklingen af dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer er ikke lige til. Udviklingen kræver en analyse af, hvordan de forskellige trin beskrevet i afsnit 4.2, skal realiseres. Realiseringen af dokumentationsskabeloner problematiseres idet de EPJ-systemer, som skal benytte dokumentationsskabelonerne er forskellige fra region til region, hvorfor et fælles og ensartet SFI format for disse skal udvikles, således at de forskellige EPJ-systemer kan læse og anvende dokumentationsskabelonerne.

KAPITEL 5

DISKUSSION

I dette kapitel diskuteres projektets metode til besvarelse af problemformuleringen, potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI og IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner.

Metode til besvarelse af problemformulering

Analysen af potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI er foretaget som litteraturreviews af henholdsvis kliniske retningslinjer og SFI og suppleret med et interview af Susanne Bünger. Det er dog det eneste interview der er udført, hvorfor der kan sættes spørgsmålstegn ved interviewets generaliserbarhed. Interviewet kunne have inkluderet flere respondenter, hvorved interviewundersøgelsens validitet kunne styrkes.

I forbindelse med modellering af SFI dokumentationsskabeloner er der både anvendt kliniske retningslinjer, nationalt pakkeforløb for prostatacancer og pakkeforløbet for prostatacancer på Aalborg Sygehus, Region Nordjylland. Pakkeforløbet er baseret på kliniske retningslinjer, og er dermed en evidensbaseret anbefaling for mulige forløb for patienter med prostatacancer. Det er muligt at de modellerede SFI dokumentationsskabeloner kunne være udformet anderledes hvis der var inkluderet pakkeforløb for prostatacancer fra andre sygehuse.

Region Nordjylland har indkøbt EPJ rammesystemet Clinical Suite fra CSC Scandihealth A/S. Det kunne derfor være interessant at have foretaget et interview med CSC Scandihealth A/S, for at høre hvilke muligheder de ser i de udviklede dokumentationsskabeloner, og om det på nuværende tidspunkt ville være muligt at implementere dokumentationsskabelonerne i Clinical Suite. Ydermere vil det være interessant at præsentere dokumentationsskabeloner for klinikerne, for at få en vurdering fra dem der kommer til at anvende dokumentationsskabelonerne.

Potentialerne i at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI

Kliniske retningslinjer beskrive evidensbaserede anbefalinger, men klinikerne opsøger kun disse i de tilfælde hvor vedkommende er i tvivl om behandlingen og/eller plejen. Såfremt klinikerne ikke er i tvivl, opsøges de kliniske retningslinjer ikke, og klinikerne risikerer derfor at udføre inadækvat og ukorrekt behandling. Dette betyder at såfremt klinikerne selv skal opsøge de kliniske retningslinjer anvendes disse kun når klinikerne er bevidst om behovet og ikke når vedkommende er ubevidst. Dette kunne eksempelvis være at en kliniker ikke opsøger retningslinjen for strålebehandling af højrisiko patienter med prostatacancer, fordi vedkommende ikke er i tvivl om behandlingen. Dermed vil klinikerne give strålebehandling til patienten uden at have givet, den ellers anbefalede, endokrine terapi forinden. Dette vil resultere i at klinikerne udfører inadækvat og ukorrekt behandling der ikke sikrer patienten det bedste outcome.

Kliniske retningslinjer kan indarbejdes i SFI dokumentationsskabeloner, hvorved der opnås en mere struktureret dokumentation af den udførte undersøgelse og behandling. Klinikerne kan gøres opmærksom på den kliniske retningslinje igennem den rækkefølge registreringslementerne præsenteres på, på en grafisk brugergrænseflade. Derudover kan anbefalingerne fra den kliniske retningslinje afspejles i de valgmuligheder klinikerne præsenteres for. Dette kan eksempelvis være at den kliniske retningslinje foreskriver at klinikerne altid bør tage minimum 10 biopsier i forbindelse med transrektal ultralyds scanning, hvorfor valgmulighederne på brugergrænsefladen går fra 10 og op efter. Det er også muligt at minde klinikerne om den kliniske retningslinje ved at linke til denne i dokumentationsskabelonen enten som flowchart eller tekst. Ved at linke til den kliniske retningslinje som flowchart gives klinikerne en overskuelig præsentation af retningslinjen for den pågældende sundhedsfaglige proces. Ved at linke til den kliniske retningslinje som tekst kan klinikerne få præsenteret retningslinjen i en uddybende beskrivelse. Dette giver klinikerne muligheden for at tilgå de kliniske retningslinjer nemt og hurtigt, og som overskuelige eller uddyb-

ende anbefalinger. Dette har potentialet til at facilitere implementering af kliniske retningslinjer i praksis gennem processtøttende dokumentationsskabeloner.

En senere kvalitets vurdering af de udførte undersøgelser og behandlinger muliggøres, idet det er muligt at følge op på, om klinikerne behandler efter retningslinjernes anbefalinger. Dette kunne f.eks. være om klinikerne måler ratioen fPSA/tPSA ved en PSA > 10 *ng/ml*, selvom retningslinjen anbefaler at dette ikke gøres. Klinikerne er dermed ikke begrænset i deres muligheder, men det bliver muligt at følge op på kvaliteten af plejen i henhold til retningslinjens anbefalinger.

Ved ikke at begrænse klinikerens er anbefalingerne fra den kliniske retningslinje mindre tydelig i registreringsprocessen, på den anden side er det dog muligt for klinikerens at tænke selv og betragte den kliniske retningslinje som en anbefaling og ikke en opskrift. Derudover er det lettere for klinikerens at registrere den viden vedkommende har uden at skulle tvinges til at sortere den efter retningslinjens anbefalede rækkefølge, dette kunne f.eks. være at klinikerens husker fundene ved DRE før resultatet af PSA målingen og dermed ønsker at registrere dem i den rækkefølge vedkommende husker dem i, også selvom vedkommende har udført dem i den anbefalede rækkefølge.

Ved at begrænse klinikerens og fastlåse registreringsrækkefølgen til anbefalingerne fra den kliniske retningslinje afspejler dokumentationsskabelonen tydeligt retningslinjens anbefalinger, men besværliggøre en registrering af klinikerens viden idet vedkommende ikke kan registrere sin viden i den rækkefølge vedkommende husker den i. Dette giver en meget rigid dokumentationsskabelon, hvor den kliniske retningslinje kan opfattes som en opskrift og ikke en anbefaling, hvorved klinikerens sættes i en bås, hvor der ikke er plads til klinikerens selvstændighed.

Ved at indføre de kliniske retningslinjer gennem dokumentationsskabelonerne er der potentiale for at reducere de fleste af de identificerede barrierer, så som videns-, holdnings- og adfærdsmæssige barrierer. Det er dog ikke muligt at reducere barrierer i forhold til udviklingen af de kliniske retningslinjer da dette ligger uden for projektets fokus. Selvom det ikke er muligt at reducere barrierer for udviklingen af de kliniske retningslinjer, vurderes det at en indførelse af disse gennem dokumentationsskabeloner kan reducere flere barrierer end tidligere IT-baserede løsninger har kunnet. Tidligere IT-baserede løsninger har fokuseret på at reducere én til tre barrierer, hvilke hovedsageligt har været barrierer relateret til udvikling, tilgængelighed og opdatering. Ved at indføre kliniske retningslinjer i klinisk praksis gennem dokumentationsskabeloner gøres de kliniske retningslinjer tilgængelige i klinisk praksis, hermed bliver klinikerne ligeledes bevidste om de kliniske retningslinjers eksistens. Ydermere kan klinikerens hurtigere blive familiære med de kliniske retningslinjer idet de både præsenteres på en overskuelig måde i form af flowcharts og samtidig af-

spejles gennem rækkefølgen af registreringselementerne på brugergrænsefladen. Dermed kan videnskæssige barrierer som manglende tilgængelighed, manglende bevidsthed og manglende familiaritet såvel som retningslinjerelaterede eksterne barrierer reduceres. Idet dokumentationsskabelonen og den kliniske retningslinje som flowchart viser en kondenseret og overskuelig udgave af retningslinjens anbefalinger kan klinikerer nemmer overskue dem, hvorved vedkommendes tiltro til egne evner kan styrkes. Da dokumentationsskabelonen er procesunderstøttende kan klinikerer dermed motiveres idet vedkommendes arbejde kan gøres nemmere. Dermed er det muligt at reducere holdningsmæssige barrierer som manglende tillid til egne evner og manglende motivation. Inden dette er muligt skal de IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner realiseres.

IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner

Ved en modellering af SFI dokumentationsskabeloner kan kliniske retningslinjer gennemgås systematisk med henblik på at kunne omsætte dem til dokumentationsskabeloner. Dette er en langsommelig proces, da det er nødvendigt at gennemgå retningslinjerne før en dokumentationsskabelon kan udarbejdes.

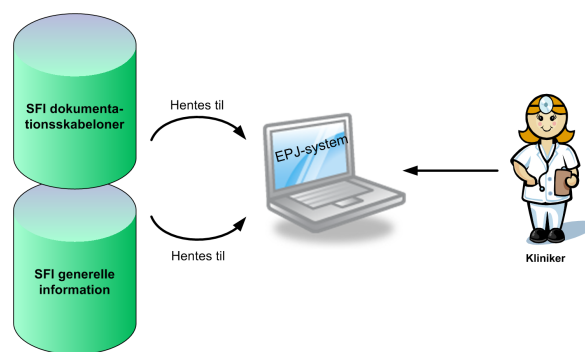
Prostatacancerbetænkning fra Dansk Urologisk Selskab der er anvendt til modelleringen, er en opdatering af retningslinjer der blev udarbejdet i 1999, og beskriver evidensbaserede anbefalinger angående undersøgelse, behandling og kontrol af patienter med prostatacancer. Det er en samling af kliniske retningslinjer på 107 sider inklusiv referencer. En gennemgang af denne er nødvendig for at danne et overblik over hvilke retningslinjer der er relevante. Rapporten beskriver retningslinjerne og de anbefalinger der gives om, hvad der findes mest hensigtsmæssigt at gøre i bestemte situationer. I forbindelse med beskrivelsen af nogle af retningslinjerne findes der desuden information om, hvilke studier der er foretaget, resultatet af disse og erfaringer der er opnået, hvorved der gives en samlet historie omkring den tilgængelige evidens fremfor en kort præcis beskrivelse. På denne måde er mængden af informationer i kliniske retningslinjer omfattende, hvilket gør en systematisk gennemgang tidskrævende. Hvis de kliniske retningslinjer er teksttunge anbefalinger for hvorledes klinikere træffer beslutninger om adækvate og korrekte sundhedsfaglige ydelser er det besværligt for klinikerne at orientere sig i retningslinjen med henblik på at finde den information vedkommende har brug for.

Den yderligere information i retningslinjerne har selvfølgelig et formål, der kunne være at styrke evidensgrundlaget for retningslinjen. Et eksempel kunne være grænsen for, hvornår en PSA værdi er normal, hvor der ikke foreligger noget belæg for at ændre denne, selvom andre har fundet, at

værdien kunne ændres fra den oprindelige grænse på 4 *ng/ml* til 3 *ng/ml*. Dette nævnes med sandsynlighed for at gøre læseren opmærksom på, at dette endnu ikke er vedtaget, da der ikke foreligger noget evidensgrundlag for at ændre værdien. I stedet for lange beskrivelser der gør det svært at overskue retningslinjen kunne der laves en graduering af evidensgrundlaget i retningslinjen. Herved kan klinikerne få en fornemmelse for evidensgrundlaget uden at skulle læse mere end den kliniske retningslinje. Dette er allerede realiseret i Care modulet fra Zynx Health, hvor hver enkelt references evidens er vurderet [Zynx Health, 2010c].

Retningslinjer omhandler kun de sundhedsfaglige handlinger, der skal udføres i praksis. De foreskriver ikke, hvilke generelle informationer der også skal registreres. Hvorved dokumentationsskabeloner, der er udarbejdet på retningslinjer alene, ikke muliggøre en registrering af generelle oplysninger, som klinikerne også skal dokumentere. Dokumentationsskabeloner udarbejdet alene på baggrund af kliniske retningslinjer vil altså ikke give klinikerne muligheden for at registrere de generelle oplysninger til EPJ. Dette har betydning for klinikerne, da vedkommende ikke kan få registreret vedkommendes viden omkring patienten, dette kan resultere i at klinikerne finder på andre muligheder for at få sin viden registreret. Hvis klinikerne ikke anvender dokumentationsskabelonerne, er det heller ikke muligt at reducere de barrierer der ellers kunne være reduceret ved denne løsning.

En løsning vil derfor være at udforme en dokumentationsskabelon med de generelle oplysninger såsom CPR nummer, kontaktoplysninger, vital værdier og blodprøvesvar m.m. og samtidig udforme dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer. Dette vil betyde, at når klinikerne vælger en dokumentationsskabelon vil den automatisk blive udbygget med de generelle oplysninger der også skal registreres. Udbygningen af dokumentationsskabelonen foretages af EPJ-systemet, processen foregår som det ses på Figur 5.1 på den følgende side. Klinikerne vælger den pågældende dokumentationsskabelon igennem EPJ-systemet, hvor dokumentationsskabelonen baseret på kliniske retningslinjer og den med de generelle informationer trækkes frem fra de to databaser og samles til en skabelon hvor indholdet er struktureret efter et sammenhængende forløb. EPJ-systemet viser derfor den samlede dokumentationsskabelon for klinikerne. Herved har klinikerne mulighed for at skrive de generelle oplysninger ind, samtidig med at vedkommende registrerer at retningslinjen på området er fulgt igennem dokumentationsskabelonen.



Figur 5.1: Illustration over hvordan en dokumentationsskabelon baseret på kliniske retningslinjer, kan udbygges med en for de generelle. Klinikerer ser en samlet dokumentationsskabelon

KAPITEL 6

KONKLUSION

I dette kapitel konkluderes der på projektets tre problemstillinger: 1) "Hvad karakteriserer den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis?" 2) "Hvordan kan kliniske retningslinjer indarbejdes i SFI med henblik på at sikre anvendelsen af kliniske retningslinjer?" 3) "Hvordan kan der i et IT-system udvikles SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer?" og projektets overordnede problemformulering: "Hvorledes kan arbejdet med SFI i EPJ og IT-systemer facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer?"

SFI skal sikre at EPJ understøtter den kliniske proces og dokumentation af denne. [Fabricius, 2008] Hvorved arbejdet med SFI fokusere på, at EPJ-systemer understøtter de sundhedsfaglige handlinger og dokumentationen af disse. For at sundhedsvæsenet yder behandling og pleje af høj kvalitet bør de sundhedsfaglige handlinger bygge på et evidensbaseret grundlag, hvorved patienten sikres en bedre behandling og pleje. Kliniske retningslinjer er evidensbaserede anbefalinger for kliniske processer, men det er kendt at der er forskel på den behandling der er evidens for og den som patienten modtager i praksis [Hay et al., 2008], [Liang, 2007], [Ehrenberg et al., 2004], [Bates et al., 2003], [Grimshaw et al., 2002], [Committee on Quality of Health Care in America og Institute of Medicine, 2001], [Woolf et al., 1999]. Hvorfor der i dette projekt blev der fokuseret på, hvorledes arbejdet med SFI i IT-systemer kan facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer. Dette er gjort gennem en analyse af

henholdsvis, hvad der karakteriserer den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis og hvordan kliniske retningslinjer kan indarbejdes i SFI med henblik på at reducere eksisterende barrierer, og derefter en modellering af SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer i et IT-system.

Karakteristika ved den begrænsede anvendelse af kliniske retningslinjer i klinisk praksis

Det er blevet et velkendt fænomen, at klinikerne ikke anvender de kliniske retningslinjer, hvorfor flere har identificeret barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis. Blandt andet Cabana et al. [1999] der i et review inddelte barriererne efter en sekvens for adfærdsforandring, der går fra viden til holdninger til adfærd. Denne blev udbygget med et sekvenstrin for udvikling. Anvendelsen af kliniske retningslinjer er ikke så ligetil, som det kunne forventes, det skyldes bl.a. :

- Udviklingsmæssige barrierer
 - biased udarbejdelse af retningslinjerne
 - manglende opdatering af retningslinjerne
- Vidensmæssige barrierer
 - manglende tilgængelighed af retningslinjen
 - klinikerens manglende bevidsthed omkring retningslinjens eksistens
 - klinikerens manglende familiaritet med retningslinjen
- Holdningsmæssige barrierer
 - klinikerens manglende enighed med generelle og specifikke retningslinjer
 - klinikerens manglende tiltro til resultatet
 - klinikerens manglende tillid til egne evner
 - klinikerens manglende motivation
- Adfærdsmæssige barrierer
 - Eksterne barrierer såsom patient-, miljø- og retningslinjerrelaterede

Målet med implementering af retningslinjerne er at hjælpe klinikerne og ikke betvivle deres autoritet og ekspertise, og samtidig sikre evidensbaseret praksis. For at sikre anvendelsen af kliniske retningslinjer er det nødvendigt at reducere flest mulige barrierer, og dermed få de kliniske

retningslinjer ind i den daglige rutine, hvor de kan understøtte og facilitere klinikernes arbejdsproces. Flere IT-baserede løsninger har forsøgt at reducere barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer, såsom XML baserede retningslinjer, internetbaseret retningslinjer og retningslinjer integreret i EPJ. Der foreligger dog ingen løsninger i forhold til, hvorledes kliniske retningslinjer kan indarbejdes i EPJ gennem SFI med henblik på at facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer i klinisk praksis. Forskellen består i at Vesleý et al. [2006] udarbejdede et selvstændigt IT-system der kunne integreres med EPJ med henblik på at yde aktiv beslutningsstøtte til klinikerne, hvor en løsning der indarbejdes i EPJ gennem SFI er en sundhedsfaglige modellering af EPJ-systemer.

Muligheder for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI med henblik på at sikre deres anvendelse

De mange forskellige definitioner på SFI besværliggør en klar definition og afgrænsning af begrebet. Der er gennem litteratureview og samtaler med SFI kompetencepersonerne Berit Fabricius og John Møller-Jensen opnået en forståelse af, at SFI omfatter standardplaner, -resultater og -aktiviteter, indholdet i EPJ, datastrukturer for indholdet samt den digitale visualisering i form af en GUI.

Kliniske retningslinjer kan indarbejdes i SFI standardplaner og -aktiviteter, hvorved der opnås en mere praksisnær indførelse af kliniske retningslinjer, der samtidig er med til at sikre standardiserede arbejdsgange. Det kan betyde, at patienter oplever den samme gode behandling uanset, hvem de behandles af. Dette er forsøgt i Region Hovedstaden, hvor deres SFI materiale foreligger som worddokumenter. Dette er også forsøgt gennem pakkeforløbene for kræft, idet disse bygger på kliniske retningslinjer og beskriver en standardiseret plan med tilhørende aktiviteter for patienter med specifikke kræftformer.

Kliniske retningslinjer kan indarbejdes i SFI dokumentationsskabeloner, muliggøres en dokumentation af den kliniske retningslinje og dermed det evidensbaserede grundlag for undersøgelsen og behandlingen. Hvis dokumentationsskabeloner udarbejdes på baggrund af de kliniske retningslinjer opnås en dokumentationsskabelon der afspejler det udførte arbejde. Dermed vil SFI dokumentationsskabeloner kunne sikre, at EPJ-systemet understøtter den kliniske proces og hvorledes denne dokumenteres, men også at den kliniske proces blev udført efter evidensbaserede anbefalinger. Dette kan gøre sig gældende for standardiserede forløb såsom pakkeforløbet for prostatacancer, hvor mange patienter følger den samme behandling og pleje.

Idet dokumentationsskabelonerne baseres på kliniske retningslinjer, vil de blive mere praksisnære

og tilgængelige uden klinikerens nødvendigvis skal opsøge dem selv. Dermed vil klinikerens også anvende de kliniske retningslinjer på en overskuelig måde hver gang vedkommende registrerer. Dette betyder at barrierer som manglende familiaritet, manglende bevidsthed, manglende tilgængelighed og retningslinjerrelaterede eksterne barrierer kan reduceres.

IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner

Ved hjælp af en systematisk gennemgang af kliniske retningslinjer og pakkeforløb for prostatacancer var det muligt at udarbejde dokumentationsskabeloner der er karakteriseret ved at indføre kliniske retningslinjer i klinisk praksis. De kliniske retningslinjer beskriver kun de evidensbaseret sundhedsfaglige handlinger, der skal udføres, og ikke hvad der skal dokumenteres. Hvorved dokumentationsskabeloner udarbejdes ud fra viden omkring resultatet af de sundhedsfaglige handlinger. De generelle data som CPR nummer m.m. der også skal registreres, står ligeledes ikke beskrevet i de kliniske retningslinjer, hvorfor dokumentationsskabeloner heller ikke indeholder disse data. Det kan derfor kun i begrænset grad lade sig gøre at udvikle dokumentationsskabeloner, der understøtter dokumentation af klinikernes udførelse af sundhedsfaglige handlinger. Det vurderes at disse informationer kan klarlægges ved at involvere klinikerne i modelleringen af dokumentationsskabelonerne, og at de allerede modellerede dokumentationsskabeloner kun udgør et idégrundlag der kan præsenteres for klinikerne med henblik på at videreudvikle dokumentationsskabelonerne så disse kan implementeres i klinisk praksis.

Udarbejdelsen af dokumentationsskabeloner bør foretages manuelt, dog understøttet med IT-systemer. Hvor en arbejdsgruppe systematisk gennemgår retningslinjen, der ligger tilgrunde for dokumentationsskabelonen. At udvikle et sådant system der kan håndtere udarbejdelsen af dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer er ikke ligetil. Realiseringen af sådan et system problematiseres idet de EPJ-systemer, som skal benytte dokumentationsskabelonerne er forskellige fra region til region, hvorfor et fælles og ensartet format for disse skal udarbejdes således at de forskellige EPJ-systemer kan læse og anvende dokumentationsskabelonerne.

Faciliteret anvendelse af kliniske retningslinjer gennem arbejdet med SFI i EPJ og IT-systemer

Der kan udvikles IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner på baggrund af kliniske retningslinjer, hvorved retningslinjerne indføres i klinisk praksis. Dokumentationsskabelonerne kan facilitere

anvendelsen af de kliniske retningslinjer ved at denne afspejler rækkefølgen af de ting klinikerne skal udføre og registrere. Derudover er det muligt at linke til de kliniske retningslinjer, både som overskuelige flowcharts og som tekst, hvorved de kliniske retningslinjer nemmere kan anvendes i klinisk praksis. Ydermere kan klinikerne notificeres når der kommer ny evidens, hvorved de bliver gjort opmærksomme på at der er ændringer i retningslinjens anbefalinger.

For at sikre en kontinuert høj kvalitet af den kliniske proces og dokumentationen af denne er det vigtigt at dokumentationsskabelonerne opdateres når de kliniske retningslinjer gør. På denne måde faciliteres det at den nye evidens indføres i klinisk praksis, hvilket sikre at patienten modtager adækvat og korrekt behandling og dermed et sundhedsvæsen af høj kvalitet.

Ved indførelsen af SFI dokumentationsskabelonerne i praksis vurderes det, at en senere kvalitetsvurdering af de udførte undersøgelser og behandlinger kan muliggøres, da det bliver muligt at følge op på, om klinikerne behandler efter retningslinjernes anbefalinger. Dette kunne f.eks. være om klinikerne måler en specifik værdi, selvom retningslinjen anbefaler at dette ikke gøres. Klinikerne er dermed ikke begrænset i deres muligheder, men det bliver muligt at følge op på kvaliteten af plejen i henhold til retningslinjens anbefalinger. Inden dette er muligt skal de IT-baserede SFI dokumentationsskabeloner realiseres, men dette problematiseres idet:

- Udarbejdelsen vil kræve, at der bliver nedsat en arbejdsgruppe bestående af personer fra f.eks. Sundhedsstyrelsen, de kliniske kvalitetsdatabaser og kliniske eksperter på det pågældende område. Denne gruppe skal derefter gennemgå store mængder information med henblik på at udforme dokumentationsskabeloner, hvilket er tidskrævende
- Implementeringen af dokumentationsskabelonerne i de forskellige EPJ systemer kræver et fælles og ensartet SFI format
- Der skal tages hensyn til de enkelte sygehuses midler og muligheder

Det kan dermed konkluderes at SFI dokumentationsskabeloner baseret på kliniske retningslinjer potentielt kan reducere barrierer som manglende tilgængelighed, manglende bevidsthed, manglende familiaritet, manglende motivation og retningslinjerrelaterede barrierer, hvormed der er potentiale for at facilitere anvendelsen af kliniske retningslinjer i klinisk praksis. Der er dog stadig problemer i forhold til at realisere dette, men et interessant tiltag i retningen mod at opnå en realisering vil være at lave praksisnære forsøg, hvor klinikere præsenteres for konceptet.

LITTERATUR

- [Andersen et al., 2002] Andersen, S. K., Nøhr, C., Vingtoft, S., Bernstein, K. og Bruun-Rasmussen, M. (2002). *EPJ-Observatoriet. Statusrapport 2002*. ISBN 87-986264-4-2. URL <http://www.epj-observatoriet.dk/publikationer/Statusrapport2002.pdf>.
- [Bates et al., 2003] Bates, D. W., Kuperman, G. J., Wang, S., Gandhi, T., Kittler, A., Volk, L., Spurr, C., Khorasani, R., Tanasijevic, M. og Middleton, B. (2003). Ten Commandments for Effective Clinical Decision Support: Making the Practice of Evidence-based Medicine a Reality. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(6):523-530.
- [Berg og Toussaint, 2003] Berg, M. og Toussaint, P. (2003). The mantra of modeling and the forgotten powers of paper: a sociotechnical view on the development of process-oriented ict in health care. *International Journal of Medical Informatics*, 69(2-3):223-234. Working Conference on Health Information Systems. URL <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T7S-47RBSTF-4/2/5d051d8a06da4910ab361662cbf80a93>.
- [Bruun-Rasmussen et al., 2005] Bruun-Rasmussen, M., Bernstein, K., Vingtoft, S. og Rindum, J. L. (2005). *Udarbejdelse af sundhedsfagligt indhold i EPJ. Metodebeskrivelse. Erfaringer fra Københavns Amt. Version 1.3. MEDIQ og Københavns Amt*. URL <http://www.mediq.dk/dokumenter/SFI-Metode-v1-3-final3.pdf>.
- [Cabana et al., 1999] Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C. og Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines?: A Framework for Improvement. *JAMA*, 282(15):1458-1465. URL <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/282/15/1458>.
- [Chung og Shauver, 2009] Chung, K. C. og Shauver, M. J. (2009). Crafting practice guidelines in the world of evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg*, 124(4):1349-54. ISSN 1529-4242. URL <http://www.biomedsearch.com/nih/Crafting-Practice-Guidelines-in-World/19935322.html>.

- [Committee on Quality of Health Care in America og Institute of Medicine, 2001] Committee on Quality of Health Care in America og Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*, kapitel 1, side 23-. National Academy Press, Washington D.C. ISBN 0-309-07280-8.
- [Dansk Urologisk Selskab, 2005] Dansk Urologisk Selskab (2005). *Prostatacancerbetækning*. URL <http://www.urologi.dk/rapporter/prostatacancer/Prostatacancer%20juni%202005.pdf>.
- [Darmer og Villadsen, 2007] Darmer, M. R. og Villadsen, B. (2007). *Dokumentation og kvalitetsudvikling - Det sundhedsfaglige indhold i den elektroniske patientjournal*, kapitel 11, side 137-153. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk A/S, 2. udgave. ISBN 978-87-17-03954-4.
- [Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006a] Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet (2006a). NBS 04 Kvalitetsbegreber - Klinisk retningslinje. <http://begrebsbasen.sst.dk/kvalitet/Concept/a1b342b5-0b3e-4871-a7d6-2d588e29547c.htm#>. Note: hentet d. 11-03-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006b] Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet (2006b). NBS 05 Utilsigtet Hændelser - Standardplan. <http://begrebsbasen.sst.dk/utillsigtet/Concept/2a0ae1c4-d25f-4049-b709-b425d1544b49.htm>. Note: hentet d. 15-03-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Ehrenberg et al., 2004] Ehrenberg, A., Fraser, K. D. og Gunningberg, L. (2004). Can Decision Support Improve Nurses' Use of Knowledge? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31:256-258.
- [Fabricius, 2008] Fabricius, B. (2008). *Analyse af arketyper anvendelighed i forbindelse med sundhedsfagligt indhold i EPJ*. URL http://projekter.aau.dk/projekter/fbspretrieve/14405773/arketyper_og_SFI_Berit_Fabricius.pdf.
- [Florida department of health, 2009] Florida department of health (2009). Physician Information. http://www.doh.state.fl.us/planning_eval/vital_statistics/Physician_Information_main_page.html. Note: hentet d. 25-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Greenhalgh og Peacock, 2005] Greenhalgh, T. og Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ*, 331(7524):1064-1065. URL <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/331/7524/1064>.

- [Grimshaw et al., 2002] Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E. og Thomas, R. E. (2002). Changing Physicians' Behavior: What Works and Thoughts on Getting More Things to Work. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22(4):237-243. URL <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/110480664/PDFSTART>.
- [Grimshaw og Russell, 1993] Grimshaw, J. M. og Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*, 342(8883):1317-1322. URL <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T1B-49KC744-F0/2/a320495cbb4b33c970b04fc808797d29>.
- [Grol, 2001] Grol, R. (2001). Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical care*, 39(8):II46-II54. URL https://ssl.fimmg.org/metis/prj/CONDIVISIONE/condivisionebpco_grol_med_care_2001.pdf.
- [Grol og Grimshaw, 2003] Grol, R. og Grimshaw, J. (2003). From evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *The Lancet*, 362:1225-30.
- [Hay et al., 2008] Hay, M. C., Weisner, T. S., Subramanian, S., Duan, N., Niedzinski, E. J. og Kravitz, R. L. (2008). Harnessing experience: exploring the gap between evidence-based medicine and clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5):707-713. URL <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121496507/PDFSTART>.
- [Hoelzer et al., 2002] Hoelzer, S., Schweiger, R. og Dudeck, J. (2002). Representation of Practice Guidelines with XML - Modeling with XML Schema. *Methods of information in medicine*, 41(4):305-312. URL <http://www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/methods/contents/archive/issue/701/manuscript/231/download.html>.
- [Hovedstaden, 2007] Hovedstaden, R. (2007). *Slutrapport, Projekt Sundhedsfagligt Indhold, SFI-Hovedstaden*. URL http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/A0B5F2E7-33A4-4963-8B33-517AD3D5E321/0/Slutrapport_SFIH_2007.pdf.
- [IKAS, 2009] IKAS (2009). *Den Danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse*, 1. udgave. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. URL http://www.ikas.dk/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2Fsygehusfiler%2FDCKM_for_sygehuse_2009.pdf.

- [ISO, 2005] ISO (2005). ISO/TR 20514:2005. http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=39525. Note: hentet d. 25-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Jeannot et al., 2003] Jeannot, J. G., Scherer, E., Pittet, V., Burnand, B. og Vader, J. P. (2003). Use of the World Wide Web to Implement Clinical Practice Guidelines: A Feasibility Study. *Journal of medical Internet research*, 5(2):e12-22. URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550559/?tool=pubmed>.
- [Kaiser og Miksch, 2009] Kaiser, K. og Miksch, S. (2009). Versioning computer-interpretable guidelines: Semi-automatic modeling of "living guidelines" using an information extraction method. *Artificial Intelligence in Medicine*, 46(1):55-66. URL <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T4K-4TRR8RK-1/2/c7f92ac75e6985a59144729b1ceb4f84>.
- [Kvale, 2008a] Kvale, S. (2008a). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, kapitel 5, side 89-114. Hans Reitzels Forlag, 1. udgave. 15. oplag. ISBN 87-412-2816-2.
- [Kvale, 2008b] Kvale, S. (2008b). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, kapitel 7, side 129-139. Hans Reitzels Forlag, 1. udgave. 15. oplag. ISBN 87-412-2816-2.
- [Kvale, 2008c] Kvale, S. (2008c). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, kapitel 9, side 161-171. Hans Reitzels Forlag, 1. udgave. 15. oplag. ISBN 87-412-2816-2.
- [Lancet Editorial, 2005] Lancet Editorial (2005). When Clinical practice guidelines fail. *The Lancet*, 365(9469):1440. URL <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673605663921.pdf?id=40bade4753939e7f:1c91d68b:12766b0757c:-21221268740186670>.
- [Liang, 2007] Liang, L. (2007). The Gap Between Evidence And Practice. *Health Affairs*, 26(2):w119-w121. URL <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.26.2.w119v1>.
- [Lin og Slawson, 2009] Lin, K. W. og Slawson, D. C. (2009). Identifying and Using Good Practice Guidelines. *Am Fam Physician*, 80(1):67-70. ISSN 0002-838X. URL <http://proquest.umi.com/pqdlink?vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&ver=1&vname=PQD&RQT=309&did=1803224021&exp=03-16-2015&scaling=FULL&vtype=PQD&rqt=309&TS=1268817553&clientId=11561>.

- [Lyng, 2009] Lyng, K. M. (2009). Translating clinical practice guidelines into practical guidance artefacts - implications for computerizations of guidelines. I *SHI2009 Proceedings, 7th Scandinavian Conference on Health Informatics*, side 44-48. Tapir academic press. ISBN 978-82-519-2443-6.
- [Map of Medicine, 2010a] Map of Medicine (2010a). Map of Medicine. <http://www.mapofmedicine.com/>. Note: hentet d. 20-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Map of Medicine, 2010b] Map of Medicine (2010b). Prostate cancer - secondary care. http://eng.mapofmedicine.com/evidence/map-open/prostate_cancer2.html. Note: hentet d. 16-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Map of Medicine, 2010c] Map of Medicine (2010c). Prostate cancer - suspected. http://eng.mapofmedicine.com/evidence/map-open/prostate_cancer1.html. Note: hentet d. 16-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Møller-Jensen, 2009] Møller-Jensen, J. (2009). *Brug af evidensbaserede standardplaner et Proof-of-Concept*. URL <http://e-sundhedsobservatoriet.dk/sites/e-sundhedsobservatoriet.dk/files/JensenJohnMoeller.pdf>.
- [Region Nordjylland, 2009] Region Nordjylland (2009). FAQ & EPJ Brevkassen. <http://www.epj.rn.dk/ForBorgere/FAQOgBrevkasse/>. Note: hentet d. 26-02-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Sackett et al., 1996] Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B. og Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What is is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023):71-72. URL <http://www.bmj.com>.
- [Shekelle et al., 2001] Shekelle, P., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M. og Woolf, S. H. (2001). When should clinical guidelines be updated? *BMJ*, 323(7305):155-157. URL <http://www.bmj.com/cgi/reprint/323/7305/155.pdf>.
- [Shekelle et al., 1999] Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M. og Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: Developing guidelines. *BMJ*, 318(7183):593-596. URL <http://www.bmj.com/cgi/reprint/318/7183/593.pdf>.

- [Sundhedsstyrelsen, 2005] Sundhedsstyrelsen (2005). *KRÆFTPLAN II - SUNDHEDSSTYRELSENS ANBEFALINGER TIL FORBEDRINGER AF INDSATSEN PÅ KRÆFTOMRÅDET*. URL <http://www.sst.dk/publ/publ2005/plan/kraeftplan2/kraeftplan2.pdf>.
- [Sundhedsstyrelsen, 2009a] Sundhedsstyrelsen (2009a). *Forløbstid i pakkeforløb*. URL <http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/0m%20pakkeforloeb/Forloebstidsnotat%20280409%201.ashx>.
- [Sundhedsstyrelsen, 2009b] Sundhedsstyrelsen (2009b). *Map of Medicine i Danmark - Pilotprojekt. Udarbejdelse, opdatering og formidling af evidensbaserede forløb baseret på kliniske retningslinjer med udgangspunkt i Map of Medicine*. URL <http://www.sst.dk/~media/Behandlingsforloeb%20og%20rettigheder/Kliniske%20retningslinier/Prsentation%20af%20pilotprojekt%20vedr%20%20Map%20of%20Medicine%20-%20210409%20-%20til%20hjemmeside.ashx>.
- [Sundhedsstyrelsen, 2009c] Sundhedsstyrelsen (2009c). *Pakkeforløb for hæmatologiske kræftformer*. URL http://www.sst.dk/publ/Publ2009/SUPL/Pakke_kraeft/Kraeft_haematform_sep09.pdf.
- [Sundhedsstyrelsen, 2009d] Sundhedsstyrelsen (2009d). *Sammenhæng mellem kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser*. URL <http://www.sst.dk/~media/Behandlingsforloeb%20og%20rettigheder/Kliniske%20retningslinier/Sammenh%C3%A6ng%20mellem%20kliniske%20retningslinjer%20og%20patientforl%C3%B8bsbeskrivelser%20final.ashx>.
- [Sundhedsstyrelsen, 2010a] Sundhedsstyrelsen (2010a). *Map of Medicine pilotprojekt. Delrapport 11. Kortlægning og analyse af videnssystemer i regionerne til kliniske retningslinjer*. URL <http://www.sst.dk/~media/9930D95CA2334332B24A417DDEBFA164.ashx>.
- [Sundhedsstyrelsen, 2010b] Sundhedsstyrelsen (2010b). *Map of Medicine pilotprojekt. Delrapport 8. Sammenlignende analyse af Map of Medicine, SFI-materialet og kliniske retningslinjer*. URL <http://www.sst.dk/~media/F9554401957A46B8AB7F2E67332DABEA.ashx>.
- [Sundhedsstyrelsen, 2010] Sundhedsstyrelsen (2010). *Pakkeforløb på kræftområdet*. <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Pakkeforloeb.aspx>. Note: hentet d. 14-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.

- [Sundhedssyrelsen, 2009a] Sundhedssyrelsen (2009a). *Map of Medicine pilotprojekt. Evalueringsrapport*. URL <http://www.sst.dk/~media/7BD10A5BE74E4F348D595C49178DDB1A.ashx>.
- [Sundhedssyrelsen, 2009b] Sundhedssyrelsen (2009b). *Pakkeforløb for kræft i prostata, penis og testikel*. URL http://www.sst.dk/publ/Publ2009/SUPL/Pakke_kraeft/Kraeft_prostatapenistestikel_sep09.pdf.
- [Susanne Bünger, 2010] Susanne Bünger (2010). Interview med Susanne Bünger. Center akkrediteringskoordinator ved Børne- og Kirurgicentrets Kvalitets- og Akkrediterings-centerråd.
- [Task Force for Kræftområdet, 2008] Task Force for Kræftområdet (2008). *Akut handling og klar besked: Generelle rammer for indførelse af pakkeforløb for kræftpatienter*. URL http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kraeftbehandling/Om%20pakkeforloeb/akut%20handling%20og%20klar%20besked_generelle%20rammer%20for%20indfoerelse%20af%20pakkeforloeb%20for%20kraeftpatienter.ashx.
- [Vesely et al., 2006] Vesely, A., Zvárová, J., Peleska, J., Buchtela, D. og Anger, Z. (2006). Medical guidelines presentation and comparing with Electronic Health Record. *International Journal of Medical Informatics*, 75(3-4):240-245. URL <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6T7S-4H3JHHP-2/2/610f0c288dd1e5dadfbfdc901aa47df0>.
- [Woolf et al., 1999] Woolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. og Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines, Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318(7182):527-530. URL <http://www.bmj.com/cgi/reprint/318/7182/527>.
- [Wulff og Gøtzsche, 1997] Wulff, H. R. og Gøtzsche, P. C. (1997). *Rationel Klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger*, kapitel 1, side 15-33. Munksgaard, 4. udgave. 1. oplag. ISBN 87-16-11631-3.
- [Zynx Health, 2010a] Zynx Health (2010a). Zynx Health. <http://www.zynxhealth.com/>. Note: hentet d. 20-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.
- [Zynx Health, 2010b] Zynx Health (2010b). ZynxAmbulatory. <http://www.zynxhealth.com/Solutions/ZynxAmbulatory.aspx>. Note: hentet d. 10-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.

[Zynx Health, 2010c] Zynx Health (2010c). ZynxCare. <http://www.zynxhealth.com/Solutions/ZynxCare.aspx>. Note: hentet d. 10-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.

[Zynx Health, 2010d] Zynx Health (2010d). ZynxEvidence. <http://www.zynxhealth.com/Solutions/ZynxEvidence.aspx>. Note: hentet d. 10-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.

[Zynx Health, 2010e] Zynx Health (2010e). ZynxOrder. <http://www.zynxhealth.com/Solutions/ZynxOrder.aspx>. Note: hentet d. 10-05-2010, tilgængelig på vedlagte CD-ROM.

SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD OG KLINISKE RETNINGSLINJER

*- Faciliteret anvendelse af kliniske
retningslinjer i klinisk praksis*



Rikke Kristensen

Morten Schøler Kristensen

APPENDIKS

10. semester Sundhedsteknologi

De Ingeniør-, Natur- og Sundhedsvidenskabelige Fakulteter

Aalborg Universitet



2010



INTERVIEWGUIDE

I dette kapitel foreligger en interviewguide for det foretagne interview med Susanne Büunger. Interviewguiden udarbejdes som et semi-struktureret interview, som beskrevet af Steiner Kvale, idet denne type interview giver mulighed for at stille nogle overordnede spørgsmål, hvor det er muligt at spørge ind til respondents livsverden, samt at få uddybet interessante perspektiver [Kvale, 2008a].

A.1 Tematisering

Interviewundersøgelsen tager udgangspunkt i pakkeforløbet for prostatacancer på Urologisk Afdeling på Aalborg Sygehus, Region Nordjylland. Grundene dertil er, at kræftpakkeforløbene er udviklet på baggrund af kliniske retningslinjer og efter samme standard og opbygning, hvorfor en løsning med udgangspunkt i et kræftpakkeforløb kan generaliseres til andre pakkeforløb. Formålet med interviewet er at undersøge respondentens administrative syn på barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis, det sundhedsfaglige indhold og lighederne med kliniske retningslinjer, samt perspektiver på dokumentationsprocessen og kvalitetsmonitorering i forhold til kræftpakkeforløbet for prostatacancer.

A.2 Udførelse

Undersøgelsen udgøres af et interview med Susanne Bünger, der er Center Akkrediteringskoordinator ved Børne- og Kirurgicentrets Kvalitets- og Akkrediterings-centerråd på Aalborg Sygehus. Susanne Bünger har tidligere været udviklingssygeplejerske på Urologisk Afdeling på Aalborg Sygehus og SFI-koordinator i Region Nordjylland. Susanne Bünger har, som akkrediteringskoordinator, tidligere udviklingssygeplejersker og tidligere SFI-koordinator, kompetencer og erfaringer fra den kliniske såvel som den administrative verden. Derfor kan et interview med Susanne Bünger bidrage med netop de perspektiver, som interviewet har til formål at få belyst.

Respondenten informeres om interviewets formål, og adspørges om vedkommende vil verificere resultatet af undersøgelsen i form af transskriberet interview. Derfor afklares det, forinden interviewets start, om respondenteren er indforstået med at interviewet optages vha. diktafon.

A.3 Interview

Formålet med interview planlægningen er at specificere indholdet af interviewet. Interviewet gennemføres på baggrund af den udarbejdede interviewguide og med en gennemtænkt vinkel på den søgte viden. [Kvale, 2008a] Der er i det semi-strukturerede interview en vis grad af åbenhed overfor ændringer og forandringer i spørgsmålenes rækkefølge og form, hvilket gør det muligt at få uddybet de svar respondenteren giver. [Kvale, 2008b]

A.3.1 Tema 1: Indledende og formelle spørgsmål

Formålet med dette tema er at give en blød opstart på interviewundersøgelsen, hvilket kan bidrage til, at respondenteren finder situationen mere afslappet. Dette kan være med til at sikre et større udbytte af undersøgelsen i det respondenteren bedre vil kunne ytre sine perspektiver. Ved at spørge til respondenterens baggrund opnås der viden, der giver bedre forudsætninger for at forstå respondenterens synspunkter.

1. Vil du have det transskriberede materiale tilsendt mhp. at verificeret om det der står også stemmer overens med det du mener?
2. Hvordan vil du foretrække at få det tilsendt? (Adresse)

3. Hvordan ønsker du at vi håndterer interviewinformationerne, må vi skrive at du siger det, du siger samt rette tak til dig i rapportens forord?
4. Kan du fortælle lidt om dine ansvarsområder og funktioner i dine jobs, som henholdsvis SFI-koordinator, Udviklingssygeplejerske og Akkrediteringskoordinator

A.3.2 Tema 2: Administrativt perspektiv på barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis

Formålet med dette tema er at få respondentens administrative perspektiv på anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis, herunder også barrierer herfor.

Vi har læst i litteraturen at der er administrative barrierer for anvendelsen af KR, så som økonomisk og manglende ledelsesinitiativer

1. Kan du fortælle lidt om dine administrative erfaringer og oplevelser med anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis?
 - Kan du fortælle om eventuelle administrative barrierer for anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis?

A.3.3 Tema 3: Perspektiver på sundhedsfagligt indhold og ligheder med kliniske retningslinjer.

Formålet med dette tema er at få respondenterne til at forholde sig til sit kendskab til SFI, herunder hvad vedkommende forstår ved SFI, samt hvilke ligheder vedkommende ser mellem kliniske retningslinjer og SFI

1. Kan du fortælle os lidt om din forståelse af sundhedsfagligt indhold?
 - Hvordan definerer du SFI?
 - Hvad omfatter SFI?
2. Kan du fortælle os lidt om hvilke styrker og svagheder du ser ved SFI?

Vi har i den delrapport fra Sundhedsstyrelsens Map of Medicine pilotprojekt, set at der er ligheder mellem kliniske retningslinjer og sundhedsfagligt indhold, som f.eks. at indholdet er det samme, selvom strukturen er forskellig

3. Kan du fortælle os lidt om hvilke ligheder du ser mellem kliniske retningslinjer og SFI?

Vi har set at Region Hovedstaden har lavet standardplaner på baggrund af kliniske retningslinjer, og har opnået blandet resultater

4. Kan du fortælle lidt om hvilke andre muligheder du ser for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI?

Vi ønsker at udarbejde dokumentationsskabeloner på baggrund af kliniske retningslinjer

5. Kan du fortælle hvilke fordele du ser ved dette?

6. Kan du fortælle hvilke ulemper du ser ved dette?

7. Har du noget at tilføje i forhold til kliniske retningslinjer og sundhedsfagligt indhold som vi ikke har diskuteret?

A.3.4 Tema 4: Perspektiver på dokumentationsprocessen og kvalitetsmonitorering.

Formålet med dette tema er at få respondenterne til at fortælle om dokumentationsprocessen mhp. at afklare hvilke informationer der skal dokumenteres og hvornår for at kvaliteten af pakkeforløbet for prostata cancer kan vurderes

1. Kan du fortælle hvilke informationer i prostatakræft forløbet der er nødvendige at registrere for at kunne vurdere og monitorere kvaliteten af forløbet?
2. Kan du fortælle hvor i pakkeforløbet for prostata cancer der er størst vanskeligheder med at få registreret de nødvendige informationer.

A.4 Transskribering

Det udførte interview transskriberes, som beskrevet af Kvale, med henblik på at bruge det til dels at få respondenterne til at bekræfte om vedkommendes synspunkter er dækkende fremstillet, dels til nyttige synspunkter for de forskellige temaer der er relevante for projektet og dels som bilag til rapporten. Transskriberingen meningskondenseres, hvilket vil sige at fyldord som "øhh" og "æhh" og de ting som ikke er relevante for interviewets temaer undlades. [Kvale, 2008c] I transskriberingsprocessen bruges følgende notationer

[**pause**] benyttes hvor vedkommende tænker over spørgsmål eller andet

[...] benyttes hvor der undlades noget fra interviewet som følge af manglende relevans for interviewets temaer og projektets helhed



TRANSSKRIBERING AF INTERVIEW MED SUSANNE BÜNGER

Dato: 18. maj 2010

Tidspunkt: kl. 14-15

Lokation: Børne- og Kirurgicentrets Kvalitets- og Akkrediterings-centerråd, Aalborg Sygehus Syd

Verificeret d.: 24. maj 2010

Anvendte notationer: Se interviewguide i Appendiks A på side 107

Rikke Kristensen: Som sagt så vil vi transskribere det her interview.

Susanne Bünger: Ja

Rikke Kristensen: Og så vil vi godt høre dig efter, hvordan du gerne vil have det her materiale tilsendt, med henblik på at verificere det; om det der står, om det også er det du mener, og hvordan du ønsker at få det tilsendt, om du ønsker at få det tilsendt?

Susanne Bünger: Jamen det vil jeg gerne. I kan bare sende det som en mail.

Rikke Kristensen: Og det er bare den adresse jeg allerede har?

Susanne Bünger: Ja

Rikke Kristensen: Hvordan ønsker du, at vi håndterer interviewinformationerne? Må vi skrive, at det du siger, er det du siger?

Susanne Bünger: Ja, ja det må I, men jeg vil gerne se, hvad det er I skriver.

Rikke Kristensen: Ja, selvfølgelig. Vi sender det til dig, så du kan se, hvad det er vi skriver.

Susanne Bünger: Ja.

Rikke Kristensen: Så kunne vi egentlig godt tænke os, om du kunne fortælle os lidt kort omkring dine ansvarsområder og funktioner i de jobs du har haft, som henholdsvis som SFI-koordinator og udviklingssygeplejersker og som nuværende akkrediteringskoordinator.

Susanne Bünger: Ja

Rikke Kristensen: Om, hvad du lavede og

Susanne Bünger: Ja, altså, man kan sige sådan i udgangspunktet så samtidig med at, nej lad os starte lidt tilbage. Jeg har egentlig altid været meget optaget af dokumentationen

Rikke Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: Ja, det har selvfølgelig været sygeplejen ikke også, fordi det er det, der har ligget tættest ved, og har arbejdet med i forskellige sammenhænge helt tilbage i starten af 90'erne

Rikke Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: Og var projektleder på det, der hedder behandlings- og plejesystemet, som var sådan en elektronisk patientjournal, men kun på sygeplejen, som var udviklet af Kommunedata. Og som blev sat i drift på Aalborg sygehus og på Hobro, var nogen af de første og tror også der var en enkelt afdeling i Hjørring og det var rigtig, rigtig spændende og man kan sige, det var sådan en forløber til alt det EPJ arbejde, der så blev.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Jamen, så har jeg siden været projektleder på Aalborg sygehus, for det der hedder VIPS projektet som igen handlede sygeplejedokumentation, men så var en sådan mere struktureret form end det, som sygeplejersker ellers havde arbejdet i og det blev bredt ud på hele sygehuset og det var en beslutning fra chefsygeplejersken og oversygeplejerskerne, hvor man fandt, at det var hensigtsmæssigt og begynde at arbejde mere struktureret i forhold til, at man på det tidspunkt troede, at man skulle have en EPJ i totusinde og 5-6 stykker. Så det var så en forberedelse til, at man skulle lære plejegruppen at være mere struktureret i deres måde at skrive på

Rikke Kristensen: så I fik noget form for standardisering, eller hvad man skal sige?

Susanne Bünger: Ja, altså i VIPS modellen er der sådan et antal søgeord. Jamen det er udarbejdet af Svenske sygeplejeforskere, som har lavet en evidensbaseret model, hvor de sådan har læst international litteratur og har sagt: hvordan præsenterer sygeplejen bedst ud fra, hvilken skabelon gør man det. Og så består den sådan af søgeord og under søgeord, så når man dokumenterer, så skal man ned og skrive under noget, der hedder sygeplejeanamnese f.eks. og sygeplejestatus ankomst og sygeplejestatus i det hele taget og sådan fremdeles.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Når man så skulle sætte en plejeplan op så skulle man også vælge nogen forudbestemte søgeord, altså for sygeplejehandlingerne. Så det var sådan indlemret i en spæd datastruktur i forhold til det at arbejde struktureret, men den er også så simpel, at der sidenhen var en masse skriveri frem og tilbage, om man nu kunne bruge den, dengang GEPJ og den der meget stramme datastruktur, der var der. Så det var der meget diskussion om og sådan noget, men vi valgte egentlig her at sige, det er sådan set ligegyldigt, for vi havde behov for at lære sygeplejerskerne at være struktureret i deres måde at skrive på, fordi de har sådan en tradition for, at de har set kladehæfter og vi skal fylde dem med alt det vi har lavet i løbet af vagt.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Så det var egentlig det, og der kan man sige, at det lykkedes egentlig vældig godt. Men i den sammenhæng begyndte jeg så at læse sundhedsinformatik, fordi jeg tænkte, at jeg så kunne koble det der VIPS projekt på EPJ arbejdet. Jeg har egentlig gået sådan rimelig målrettet efter, at det var det jeg skulle beskæftige mig med, og har været ansat i IT-afdelingen

og ude på PKA, og ingen steder synes jeg rigtigt, at jeg kunne komme til at arbejde med det jeg gerne ville arbejde med, men det kunne jeg så lidt egentligt som udviklingssygeplejerske, fordi den struktur og så det der ligger i det materiale i har fået, det er sådan på baggrund af det udviklingsarbejde jeg har stået for i Urologisk Afdeling. Det har været rigtig, rigtig spændende.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Da jeg så, altså man kan sige, i første omgang forsøgte at være ansat i IT afdelingen, hvor jeg synes det gik ikke, og så efterfølgende, efter et par år, så var jeg så ansat, der i 8-9 måneder i PKA for at arbejde der med SFI, fordi jeg tænkte, at nu måtte det være det nu, at de skulle til at igang med at arbejde med det, men det blev det jo heller aldrig. Så indimellem har jeg så været tilbage til den der udviklingssygeplejerske stilling, med en meget tålmodig ledelse der sagde "okay du komme bare tilbage", så det var rigtig godt. Så kan man så sige, hvorfor havnede jeg så nu i den stilling jeg har nu? Jamen, akkreditering og den danske kvalitetsmodel, det handler, langt hen af vejen, om at man skal kunne dokumentere alt det, man går og udfører ved patienterne, og man skal have retningsgivende dokumenter for de ting vi går og gør ved patienterne.

Rikke Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: En af standarderne handler om, at man skal, ude i klinikken, bruge kliniske retningslinjer der, hvor, og de skal også helst være evidensbaseret, der hvor det er muligt. Så der var sådan meget, i forhold til min historie som jeg synes, der var interessant i at sidde i den her stilling og koordinerer en indsats i et center, i forhold til at nå til en bedre dokumentation. Det gjorde, at jeg tænkte "Ja det hopper jeg på", da det bød sig.

Rikke Kristensen: Hvor lang tid har du været her nu?

Susanne Bünger: Jeg har været her siden første november

Rikke Kristensen: Okay, 2009?

Susanne Bünger: Ja.

Rikke Kristensen: Okay

Susanne Bünger: Man kan sige, man har ansat på Aalborg på sygehus fire af min slags, det kunne godt have været andre faggrupper end sygeplejersker, men det er sygeplejersker alle fire. Vi sidder en i hver center i stabsfunktion til centerchefen. Vi arbejder nu meget ihærdigt med at nå målet, kan man sige, som i første omgang er at blive akkrediteret der hen i uge 47, som Aalborg sygehus har som den uge, hvor vi skal lavet det eksterne survey. Så det er sådan, kan man sige, min baggrund.

Rikke Kristensen: Ja, Har du noget du vil tilføje til baggrunden?

Morten Schøler Kristensen: Nej, der er ikke noget til det

Rikke Kristensen: Nej. Det næste som vi gerne vil snakke om, det er noget med administrative perspektiver på barriererne for anvendelsen af kliniske retningslinjer. Vi har læst i litteraturen, at der er en masse administrative barrierer, såsom økonomiske og manglende administrative initiativer. Og så kan du måske fortælle lidt om dine administrative erfaringer og oplevelser med anvendelsen af kliniske retningslinjer i praksis?

Susanne Bünger: Hvad mener vi med administrative, hvordan definerer vi det lige i den her sammenhæng?

Rikke Kristensen: Med ledelsen af

Susanne Bünger: Administrationen?

Rikke Kristensen: Administrationen ja.

Susanne Bünger: Ja

Rikke Kristensen: Om du har nogle erfaringer omkring, hvordan

Susanne Bünger: Altså, jeg synes jo ikke jeg har oplevet barrierer i forhold til lige præcis den opgave i Aalborg sygehus vel, fordi at netop VIPS projektet blev sat i søen for at arbejde målrettet med dokumentation, og vi har lige her for nyligt haft et møde med chefsygeplejersken, hvor vi blev enige om at vi nok skulle til at have noget i retning af et dokumentationsråd, hvor vi skulle til at arbejde med implementering af kliniske retningslinjer.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: I sygepleje regi der er der jo det, der hedder Clearinghouse, som er kædet til Århus Universitet, som alle sygehuse, stort set, i landet har en aktie i, hvor man kan indsende udkast til kliniske retningslinjer og få dem godkendt. Der tænker jeg egentlig, der er god velvilje i forhold til at arbejde med det. Og jeg tænker egentlig også, altså man kan jo så sige, jamen er det så alle faggrupper, der er interesseret i det her, og det kunne man måske godt tro, at det var de ikke, men det er de faktisk. Det handler egentlig om, at de skal blive opmærksomme på, at der er fordele ved at have noget, der sådan er fortrykt eller noget, der sådan er enkelt at gå til, altså hvor der ligesom ligger nogle ting i forvejen, som man så skal følge.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Hvor lægerne var med til at lave noget af det materiale der, som I har fået. En anden af mine Afdelinger, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, er lige nu i pilottest af viewer funktionen i EPJ, og man kan høre alle de der ideer de får, af at være med i det. Altså hvor de sidder og får erfaringen der, så får de også ideer - "jamen så skal vi da også have lagt det ind, og så skal vi da også have lagt det ind, og kan vi lave det sådan?". Så jeg synes egentlig ikke, at jeg oplever, at der er barrierer. Altså den største barrierer er egentlig, at det ikke snart kommer. Folk er meget, meget hooked på det og meget, meget optaget af det. [...] Altså grunden til, at jeg sådan har sakket ud og ind af funktionen er, at det er ikke kun er heroppe mellem mine ører, der har været et problem, det er sådan hele organiseringen af EPJ projektet der har gjort, at det har været vanskeligt at gennemskue hvad og hvordan og hvornår osv.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Altså jeg har været på EPJ projektet siden, jamen lige siden den gruppe, der skulle stå for det på brugerniveau, kan man sige, skulle involveres og det er helt tilbage fra 2003 eller 4. Og som man kan sige, er det jo en lang, lang, lang proces og der har været nogen kommunikationsbarrierer, et eller andet. Altså på et tidspunkt, dengang jeg var startet derude sammen med Berit, i PKA, der troede folk ude i sygehusene, at EPJ den var død som en sild, fordi man hørte aldrig noget, om der var noget fremdrift eller andet. Men der var der jo en ledelsesmæssig holdning i IT afdelingen, at man ville ikke ud med et budskab før end man havde et positivt budskab. Det tåler det jo også fint nok i en periode, men det tåler det jo ikke sådan i et år vel eller halvandet, så mister man troen på, at det nogensinde bliver til noget.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Så man kan sige, der har der ligget en, kan man sige, barriere i det at man ligesom har haft indtryk af, at projektet var lagt dødt omkring EPJ, men folk er topmotiveret til at arbejde. Og jeg tænker også, egentlig, at nu har de diskussioner, vi har haft i forbindelse med den danske kvalitetsmodel, der begynder lægerne også at efterspøge, jamen, nu har vi det her sæt standarder her, men hvornår begynder vi at se på en standardisering af de behandlinger, vi giver til patienterne. [...] For lige at vende tilbage det med kliniske retningslinjer ikke altså, hvornår er det, vi begynder at sige, at det er et krav, at anvende nogle nationale kliniske retningslinjer for det der er fint.

Rikke Kristensen: Ja, så behandlingen bliver baseret på dem?

Susanne Bünger: Ja, og der ligger jo de der NIP områder, der er der jo 11-12 områder, hvor man kan sige, at der ligger der jo helt klart nogle kliniske retningslinjer for, hvordan man skal tage sig af de patienter, f.eks. apopleksi patienterne ikke også. Men de er jo kun en lille del af alle de der sygdomsforløb, der i øvrigt er, og der tænkte jeg det var egentlig positivt at høre, at lægerne også fremførte at "okay, nu får vi alt det her på plads med standarderne i den model, altså den danske kvalitetsmodel, vi har nu", men hvornår kommer vi til det næste, hvor der er nogle, der stiller krav om netop det der med, at i Aalborg skal de gøre det samme som de gør i København eller omvendt.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Så man kan sige, jorden er gødet og jeg tænker det kræver egentlig bare en eller anden beslutning om, at det er det man gør, så tror jeg også godt vi følger den.

Rikke Kristensen: Okay

Susanne Bünger: Så, jeg ser egentlig ikke de store. Jeg ser faktisk ikke barrierer i forhold til det der.

Rikke Kristensen: Der er nemlig beskrevet rigtig mange barrierer, netop for klinikerens anvendelse af de her retningslinjer.

Susanne Bünger: Ja, det har jeg også læst noget af, tror jeg, altså dengang jeg beskæftigede mig med den der menneskelige faktor i forhold forandringsproces og EPJ og alt det der. Men jeg oplever egentlig ikke, at modstanden er så stor længere, altså man kan godt se det hensigtsmæssige i det, faktisk.

Rikke Kristensen: Ja, okay.

Susanne Bünger: Men så vil jeg så sige, at det der Clearinghouse der, altså at få lavet de der kliniske retningslinjer, som er evidensbaseret og som kan godkendes, som kliniske retningslinjer ifølge de der principper der ligger, det er jo meget omstændigt og det kræver mange ressourcer. Og det er nok ikke det, vi skal have en helt masse på banen lige nu, hvor sygehuset er sådan lidt skudt i sænk med besparelser og sådan noget. Så vi skal ikke komme nu og forlange, at det skal de også, oven i alt det vi laver lige nu, men altså stadigvæk, når det handler om sagen, så er folk meget interesseret og vil gerne indgå i de der forskellige arbejdsammenhænge, hvor de kan se det giver mening.

Rikke Kristensen: Ja

Morten Schøler Kristensen: Du nævnte noget om standarderne i den danske kvalitetsmodel

Susanne Bünger: Ja

Morten Schøler Kristensen: Kan du uddybe lidt om, hvad de er og omfatter?

Susanne Bünger: Ja, det kan jeg. Der er en række ledelsesmæssige standarder, og så er der en række organisatoriske standarder og så er der nogle, som handler om, ja kvalitet, egentlig overordnet set, og så er der nogle patientspecifikke og nogle sygdomsspecifikke. Hvor man, hvis man starter oppefra, så handler det jo om, at den overordnede ledelse har en ambition for det, der skal foregå og man har et ledelsesgrundlag og man kan sige, dybt, dybt banalt, at man har ordentligt styr på sin organisation helt fra top til bund. Det at man har en sikkerhedskultur, det at man arbejder med utilsigtede hændelser, og der er en kultur i afdelingerne eller ved sygehuset, der arbejder for, at man indberetter utilsigtede hændelser og sådan nogle ting. Så ligger der sådan noget som, når vi bevæger os over i det, som handler om patienter, så det er patientidentifikationen. Det er noget med om der skal være kliniske retningslinjer for det hyppigst forekommende patientforløb, der er noget om kræftpakkeforløbene, der er noget om patientens samtykke til indgreb til behandlingen. Så der er meget på den måde egentlig, at det ligger. Og så er det så på trin 1, at der skal finde retningslinjer for det, og så på trin 2, der skal medarbejderne kende og anvende de retningslinjer som så ligger i trin 1. Og så i trin 3 overvåger man så, om man lever op til og om man følger de retningslinjer der nu måtte være og på trin 4, der går man ind og ser på, jamen, hvad viste trin 3? Er vi rigtige dårlige til f.eks. at huske reglen omkring håndvask, er vi rigtig dårlige at

vaske vores hænder og går vi alle sammen med smykker og løst hængende hår? Jamen så skal vi gøre noget ved det, og det er så på trin 4, at man går ind og laver en handlingsplan for, hvordan man så vil arbejde videre med det. Der er også nogle af standarderne, hvor man bruger resultaterne fra de landsdækkende patienttilfredsheds undersøgelser, hvor det også er en indikator, for om man nu lever op til f.eks. om de føler sig velinformeret og om de har givet samtykke til behandling og sådan nogle ting

Morten Schøler Kristensen: Så punkt 3 det beskriver faktisk kvaliteten?

Susanne Bünger: Ja, man kan sige kvaliteten ligger faktisk i trin 1, fordi det er der man har et retningsgivende dokument, som kan opfylde standarden og trin 2 det er der, hvor man så siger, at det retningslinjedokument vi har lavet for, f.eks. håndhygiejne, det skal medarbejderne kende og anvende, og på trin 3 så går vi så ud og holder øje med, om de vasker hænderne ordentligt, og på trin 4, der siger vi så "det gjorde de så ikke". Vi skal lige have gjort noget ved det, og så skal der være en handlingsplan for det. Så det er den struktur der ligger i den danske kvalitetsmodel

Morten Schøler Kristensen: Der er ikke mere til det.

Rikke Kristensen: Nej. Så vil vi gå videre til det næste tema, og det er perspektiver på det sundhedsfaglige indhold og så ligheder med kliniske retningslinjer. Og vi vil høre om du kan fortælle os lidt om din forståelse af det sundhedsfaglige indhold

Susanne Bünger: [pause] Sådan historisk set, så. Altså jeg har jo fulgt den her udvikling i en del år efterhånden, men i Aalborg der bliver der holdt, hvert år i Juni, sådan en informatik konference, SHI konference tror jeg det hedder og det har altid været sådan temaopdelt. Og så et år, jeg tror det var i 5, så hed det ligepludselig SFI, og jeg tænkte "hmm, hvad i alverden er det for en størrelse?", og gik til den her konference og tænkte "nååårh, jamen var det bare det!", fordi jeg tænkte, man kan jo ikke have en EPJ uden at have et SFI, vel?

Rikke Kristensen: Nej

Susanne Bünger: Fordi SFI for mig er alt det der dokumenteres om patienterne elektronisk. Så jeg synes, det var lidt sådan en kunstig konstruktion, egentlig, pludselig at kalde det for SFI - sundhedsfagligt indhold. Og det har der da også været, altså forskellige bud på, hvor man kan sige at det som MEDIQ lagde op til, det var den der meget standardiseret form, hvor det netop handlede meget om diagramagtige ting og helt vildt stram standardisering, hvor

Berit og jeg, vi blev enige om en lidt bredere definition, hvor vi sagde, at det er det indhold, der skal være i den elektroniske patientjournal. Det skal vi selvfølgelig have twistet af nogen, for at det kan blive lagt over i et sprog, så det kan komme i EPJ, men det der viser sig for brugerne, det er jo, altså, en klinisk brugergrænseflade som giver mening ude i den kliniske hverdag.

Rikke Kristensen: Så, hvis jeg forstår dig ret, så er det både indhold og brugergrænsefladen, du forstår som SFI?

Susanne Bünger: Ja, det er det. Men for mig er det ikke skarpe diagrammer og inddateringsskabeloner og sådan noget, så er det alt indholdet egentlig, hvor jeg ser at dele af det skal standardiseres i sådan nogle forløbsplaner og sådan noget som, det jeg sendte til jer, men andre dele er der også behov for, at man har en løsere struktur for. Fordi jeg tror ikke alting kan lægges ind i de der skemaer og standarder og sådan noget. Så det jeg egentlig tænker mest om det, det er, at man skal have en eller anden form for knagerække, hvor man kan hænge alle sine oplysninger inde i EPJ'en, altså en eller anden form for datastruktur, som giver mening. Så i nogen sammenhænge så har man brug for se en samlet pakke for et patientforløb, lukke den op og sige, jeg vælge at følge den her indtil det her, og det her er ikke relevant for den patient, og så arbejder man den vej rundt. Så kan det være, at den her patient i øvrigt udover den her pakke, også fejler noget andet, som man har behov for at skrive, egentlig bare i en eller anden struktur, men i en løsere struktur, men under et eller andet søgeord der, eller hvad man nu kan kalde det, et nøgleord eller et eller andet, hvad det nu måtte være.

Rikke Kristensen: Når du siger løs struktur, hvad mener du så?

Susanne Bünger: Jamen, så mener jeg. Altså en stram struktur det er for mig en forløbsplan, hvor man siger prostata cancer, så folder hele det her sig ud, og så kan jeg skrive ned igennem, men den her patient kan også fejle noget med sukkersyge eller han kan blive obstiperet eller et eller andet, som jeg så skal ind og skrive et andet sted. Det er en eller anden form for løs struktur, hvor man kunne så have en inddeling, eller det vi har i VIPs, hvor man kunne skrive noget om udskillelser ikke også, og så notere, hvad har man observeret på patienten, og hvad har man gjort ved det. Så kan man egentlig, altså så kan det være problemet løser sig, og løser det sig ikke, så skal man ind og bruge en standardplan for obstipation f.eks. der giver nogle anvisninger på, hvordan man så skal håndtere det for patienten.

Rikke Kristensen: Ja. Kan du fortælle os lidt om de svagheder og styrker, du ser ved SFI?

Susanne Bünger: Jamen, i den udlægning som jeg giver her, så ser jeg ikke nogen svagheder. Så ser jeg kun styrker, men jeg ser svagheder, hvis man mener det er sådan en meget, meget stram datastruktur, fordi så tror jeg, at folk finder på at lave sådan nogle side[pause] Altså for stram en styrke fra starten vil altid gøre, at kreative mennesker finde på en udvej til at gøre noget andet, og det er ikke nogen god idé. Jeg tror, man er nødt til at tage den der standardisering sådan lidt i trin og sige "nu starter på et eller andet mellemniveau, hvor de fleste kan være med", og så kan vi altid stramme den op, hvis der er behov for det. Centralisere det også, eller nationalisere kan man sige ikke.

Rikke Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: Men jeg tror, vi bliver nødt til at have en vis form for handle frihed i starten for, at folk kan bruge det.

Rikke Kristensen: Ja. Vil du prøve at uddybe de fordele?

Susanne Bünger: [pause] Jamen, ja, ja det vil jeg godt. jeg skal lige tænke mig om. Jamen det jeg tænker, det er egentlig at når man ser på patientjournalen i dag, den består jo af to dele. Den består af den traditionelle lægejournal og så består den af sygeplejedokumentationen. Så har fys og ergo og diætister, de har også lidt sådan, men i hvert fald det der typisk hører til en patientjournal, det er lægedelen og sygeplejedelen. Det ligger jo i papirform og det kan være svært at overskue og det kan være svært at håndtere og det kan kun være ét sted ad gangen ikke?

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Hvor man, når man har en EPJ med hele SFI setuppet, jamen så kan alle tilgå det, til alle tider. Så er man ikke afhængig af, at nu journalen fulgt med patienten på OP, hvis der er et eller andet man gerne lige vil undersøge, eller patienter på opvågning, man har stadigvæk adgang til patientoplysninger. Jeg tror, hvis man ser på journalen som dens struktur, altså som papirjournalen ser ud i dag, i forhold til da jeg var ung sygeplejerske, så tror jeg altså, der er sket det, at alle har tænkt, at nu kom EPJ'en, så derfor behøver ikke rydde en hel masse op i de her papire. For de er faktisk en stor gang rod, altså det er de.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Det kræver sin mand/kvinde at overskue, hvor tingene er henne. Jeg tænke, at det kan gå hen at blive lidt af en udfordring i forbindelse også med akkreditering, hvor man meget vil kigge på om vi dokumentere tingene i journalerne. Altså, det er blevet for uoverskueligt, og det er det, fordi man sådan har fået delsystemer, som laboratoriesystemer som bidrager med noget og man har nogle rekvisitionssystemer, som bidrager med noget, man har blodbanks ting, der går ind, altså hvor når man kombinerer noget papir med noget elektronisk, altså også hele medicinjournalen, så er der altså fare for, at der bliver noget rod, fordi man kan ikke helt overskue, hvad det er vi allesammen står og venter på, at nu kommer en EPJ der skal give os overblik over alle tingene. Jeg tænker også at rigtig mange afdelinger har lavet sådan nogle skemaer a la det, som jeg har sendt til jer. Nu har jeg haft møde, her i formiddags, med afdelingssygeplejersken fra en af vores operationsafdelinger, hvor de sidder og arbejder med nogle skemaer som skal dokumenteres. Og det er oplagt, at sådan noget ligger i en elektronisk version, så det er nemt at tilgå, i stedet for at man skal lede 117 steder. Nu her inde på en af de næste kontorer, der sidder der vores drift OP chef, OP driftschef hedder han vist, som leder operationsgangen her på syd, og de har lige startet det der Cetrea system. Det ved jeg ikke om I kender?

Rikke Kristensen: Du må gerne uddybe det

Susanne Bünger: Det er sådan et planlægningsværktøj, altså i gamle dage, altså tidligere på året, der havde vi sådan nogle kridttavler eller tuschtavler, hvor man skrev på, hvad det var for nogle patienter der skulle på OP og, hvor de lå henne og så skulle man ringe op i afdelingerne. Nu har man fået det elektronisk, man har patientens ID og man kan se, hvad afdeling han er på, og afdelingerne de kan følge med i, hvordan fremdriften på OP er, nu er han lagt til at sove, nu er han skåret i, nu er han på vej på opvågning, så de kan følge fremdriften. Man kan sige, hvis man så kobler det på en EPJ, hvad det ikke kan lige nu, men så man havde hele patientens journal, der bagved med et SFI med de tjekskemaer, som vi bruger til at forberede patienterne, det som anæstesiologen bruger til at forberede patienterne, det sygeplejerskerne står og dokumenterer under operationen, det lægen dokumentere. Altså det vil jo være genialt, ikke altså. Så der er en stor forventning til, at alt det der som jeg også vil kalde SFI, at det kan kun blive godt, ikke altså, fordi vi nu har det i så mange papirudgaver egentligt. Hver enkelt enhed jo, egentlig sidder og udvikler noget selv, så der går egentlig også meget god tid, hvor man, hvis man havde EPJ'en, og havde en eller anden form for standardiseret SFI, ville kunne have det meget enklere.

Rikke Kristensen: Ja. Vi har i delrapporten fra Sundhedsstyrelsens Map of Medicine pilotprojekt set, at der er ligheder mellem kliniske retningslinjer og det sundhedsfaglige indhold, som f.eks. at indholdet er det samme, selvom strukturen er forskellig. Kan du fortælle os lidt om, hvilke ligheder du ser mellem de kliniske retningslinjer og så SFI?

Susanne Bünger: Ja, fordi SFI, det er jo igen vores måde at dokumentere på, hvor de kliniske retningslinjer de omhandler enten et forløb eller, hvordan man tage sig af et enkelt symptom hos patienterne, eller et enkelt problem, hvor noget af det der er udarbejdet er f.eks. lejrning af patienter til et eller andet, jeg tror hvordan man nu lejre patienter efter en hoftenær fraktur, lad os nu sige det er det. Hvor man så kan sige, at det bliver jo det, man skal gøre ved patienten, og så vil der være en beskrivelse af, hvordan man gør det, og man ville skulle kvittere for, at man har gjort, som der står. Det der siger noget om, hvordan man skal gøre det korrekt, det er den kliniske retningslinje, som har defineret, og på baggrund af litteraturstudier siger noget om det her, det er der evidens for og det hjælper på den her problemstilling hos den her patientkategori. Så på den måde hænger det jo sammen.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Hvor kliniske retningslinjer det er opskriften, kan man sige, og det der er SFI, det er så, hvordan man følger det hele. Så på den måde synes jeg, at det hænger sammen.

Rikke Kristensen: Vi har også været ved at kigge på Region Hovedstaden, som har lavet standardplaner på baggrund af kliniske retningslinjer, hvor de har opnået blandet resultater. Kan du fortælle lidt om, hvilke andre muligheder du ser for at indarbejde kliniske retningslinjer i sundhedsfagligt indhold.

Susanne Bünger: Prøv lige at sige det igen, helt fra starten

Rikke Kristensen: Helt fra starten Ja. Region Hovedstaden de har lavet standardplaner på baggrund af kliniske retningslinjer, og så kunne vi godt tænke os at høre lidt om du kan fortælle lidt om andre muligheder du ser for at indarbejde kliniske retningslinjer i SFI?

Susanne Bünger: [pause] Jamen, jeg ser egentlig ikke andre end den I også har gjort. Jeg synes jo det at ligge det ind i et patientforløb og den vej rundt altså, hvor man kan sige enten så går man efter et enkelt problem, eller også så går man efter et problemkompleks, som er et patientforløb for han kommer ind og til han er udskrevet, eller han er gået af dage, havde jeg nær sagt. Det kan jo rumme en lang række af kliniske retningslinjer ned igennem, fordi han

vil støde på at skulle opereres på en bestemt måde, og så skal der være noget evidens for, hvordan man gør det, og der skal være noget evidens for, hvordan man lejre ham, og der skal være evidens for, hvordan man ernærer ham og, hvordan man bedøver ham. På den måde er et patientforløb jo en kompleksitet af kliniske retningslinjer, altså rigtig mange der sådan er bygget ind.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Noget af det som vi har arbejdet en del med inde på Urologisk Afdeling, det er det der, som Henrik Kehlet, der er professor over på Herlev et eller andet, omkring det accelereret patientforløb. Hvor de har noget, der hedder enhed for perioperativ sygepleje, tror jeg den hedder sådan helt grundliggende, men hvor de har arbejdet meget med principperne for kirurgiske patienter. Hvor hans påstand er at, jeg tror i 35-40 år, har man egentlig fulgt de samme principper. Man har egentlig ikke været optaget af, hvad forskningen har sagt om, hvad der var godt, og det døbte de så lidt uheldigt accelereret patientforløb, som jo klinger hult i nogens ører, fordi det kunne godt komme til at føles som om patienten nærmest ikke kunne komme hurtigt nok ud igen. Men hvis man går ind og kigger på det, så er det faktisk noget med, hvordan - vi har så omdøbt det til det aktive patientforløb, fordi - det går ud på, at man aktiverer patienten, han skal forstå, at der er noget, som kan være godt for ham i forbindelse med, at han skal opereres, f.eks. at han lader være med at ryge i 6 uger før, og noget om, hvordan han skal være ernæret inden, altså hvor man ernæringsscreener ham, og siger "jamen du er underernæret, derfor har du brug for noget proteintilskud inden du opereres", der er noget omkring, hvordan anæstesi skal være, der er noget omkring smertebehandling efterfølgende, der er noget omkring mobilisering efterfølgende og ernæring efterfølgende efter operationen.

Rikke Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: Det er jo sådan nogle principper man bygger på kliniske retningslinjer, som er udarbejdet på baggrund af studierne på den internationale litteratur. Så man kan sige, de principper, som vi så også har arbejdet videre med i de der forskellige patientforløb, det er jo igen et helt arkivskab af kliniske retningslinjer som så bliver puttet ind og bliver til nogle principper for nogle patientgrupper.

Rikke Kristensen: Ja. Det vi ønsker er at udarbejde de her dokumentationsskabeloner på baggrund af kliniske retningslinjer, kan du fortælle om, hvad fordele du ser ved det?

Susanne Bünger: Ved at I laver det på baggrund

Rikke Kristensen: Ved at basere dokumentationsskabeloner på retningslinjerne

Susanne Bünger: Jamen, det synes jeg jo er rigtig fornuftigt. [pause] Man skal bare ikke have det brudt op i for mange små elementer, det skal gerne kobles i nogle sammenhængende forløb, for at det giver mening i den kliniske hverdag. Det skal ikke være sådan, at de skal til at plukke lidt fra, nu tager vi lige klinisk retningslinje/instruks det her for det her, og nu tager vi noget her, og nu tager vi noget her, og nu tager vi noget her. Altså det skal gerne være præsenteret i en samlet pakke kan man sige, hvor man så har nogle hovedgrupper man så kan gå ind og vælge efter. Hvis patienten så udvikler nogle symptomer i retningen af, at man f.eks. ikke kan smertedække ham, eller man kan se, at hans ernæringsbehov ikke dækkes, eller obstipation, for at tage den igen, eller han helt vildt bange for det han har oplevet og man så skal ind og yde noget psykosocial omsorg, at man ligesom så kan vælge et bibliotek til og sige, udover den her pakke her, så ligger der noget heri.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Så det som jeg tænker, der kan være vigtig, at sådan nogen som Jer skal udvikle, det er egentlig, at man har en helt masse delelementer, som man kan vælge at tage enkeltvis eller også så kan man koble det i nogle forløb

Rikke Kristensen: Så, lige for at forstå det rigtigt, det du siger, det er, at man selv skal have mulighed for at vælge til og fra, hvad for nogle pakke man skal have?

Susanne Bünger: Ja. Hvis nu du forestiller dig, at du har 100 pakker af et eller andet, så kun du samle dem, også i et forløb og sige, til det her forløb hører ernærings her og mobilisering og så putter man noget her, og så smerte og her. Så kan nogen jo sige, hos os skal et patientforløb, for den her gruppe patienter, følge det her forløb her. Men så kan det jo godt være den her patient ikke følger standardpatienten, at han også har nogle andre ting. Derfor skal de også ligge som nogle løse ting, som man kan vælge ind, så den bliver personlig og individualiseret, det forløb man arbejder med. Det giver rigtig god mening at arbejde, altså for lige at svare på dit spørgsmål, det giver rigtig god mening at gøre det du beskriver.

Rikke Kristensen: Ja. Ser du nogle ulemper ved det også?

Susanne Bünger: Det skal ikke blive for akademisk, det kunne være ulempen ikke? Altså, hvis der kom alt for mange mærkelige ord. Hvis man sådan tager direkte og aflæser fra en klinisk retningslinje, så ville der måske være nogle klinikere, der tænker "Ahhh, det er lige for underligt et sprog i forhold til vores hverdag". Det er min erfaring, at det rører man ikke ved, hvis det lyder for mærkeligt og for skrivebordsagtigt, eller for akademisk eller hvad jeg nu skal bruge for et udtryk, så står man af. Så man skal finde et eller anden passende sprogbrug.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Jeg har et eksempel fra den gang jeg arbejdede med det der behandlings- og plejesystem, hvor vi skulle sige et eller andet om, at man skulle tilse patienternes venflon dagligt. Den skulle både være tilse og herude observere og lige skifte plaster, hvis det var det der skulle til, eller hvad det nu var, det kaldte vi så soignering af venflon, de var ved at brække sig. Det kunne man bare ikke kalde det, fordi det var ikke det man kaldte det i dag, så man skal være omhyggelig med de ord, man bruger for, at det bliver accepteret. Vi havde også brugt for mange ord. Allerede den gang kunne man lave sådan nogle standardplaner, men der var så noget med, at der var for mange ord i det og så kunne man heller ikke holde ud og læse det og bruge det. Fordi der både den der, hvor man skal inddatere, man skal skrive noget ind man har observeret, det er en struktur, og en anden del er så, når man skal læse det. Der, hvor man skal læse, hvordan det nu går ved patienten og hvad der er gjort ved patienten, der skal ikke være alt for mange ord, ikke når det vises på en skærm i hvert fald ikke. Man vil stadigvæk gerne skrive en helt masse i et hæfte og så man skal læse det, som den der gammel måde at arbejde på, det kunne man sagtens håndtere, men på en skærm er det åbenbart anderledes. Der skal ikke være alt for meget tekst. Fordi det holder man ikke ud, og det er jo egentlig lidt underligt ikke? At man i papirversionen kan skrive side op og side ned og synes, at det er fantastisk, men når man så ser det på en skærm, som noget nogen andre har skrevet, så kan man ikke holde det ud.

Rikke Kristensen: Så, hvis jeg forstår det rigtigt, så skal det være kort og præcist, og tænk over hvad det er for nogle ord man bruger?

Susanne Bünger: Ja. brug nogle ord, som er det der bliver brugt ude i klinikken, når man skal omsætte det der står i den der kliniske retningslinje. Jeg tror jeg har en, som de har lavet over i Onkologisk Afdeling, som er en standardplan for feber, altså patienter med feber. Den kunne jeg godt sende til Jer, hvis jeg kan finde den.

Rikke Kristensen: Ja, det må du gerne.

Susanne Bünger: Så kunne i prøve at se, hvordan den så er bygget op. Hvor man har patientforløbet og den her patient, altså typisk får han jo ikke feber, men får han feber har jeg brug for at trække den ind, hvor det handler om, at han har feber og hvad gør man så? Den skal jeg nok lige prøve at sende

Rikke Kristensen: Den må du meget sende, ja. Har du noget at tilføje i forhold til kliniske retningslinjer og det sundhedsfaglige indhold, som vi ikke allerede har diskuteret?

Susanne Bünger: Nej, altså, men ikke andet end det jeg lige kom i tanke om, det var også det Berit og jeg fandt ud af, at der er behov for den der brugergrænseflade, hvor man skal aflevere data om patienten og så er der brug for en anden som er der, hvor man så skal orientere sig om patienten. Der er altså, forskel. Noget af det vi arbejdede på var sådan noget med scenarier, hvor vi sagde, hvad er det for nogle data man har brug af aflevere om patienten, når man har lavet indlæggelsessamtale eller lægen har lavet en anamneseoptagelse, hvordan skal det så se ud? Så kan man så sige, at det præsenterer sig måske på en måde, hvor man siger, okay hvis patienten er ryger så folder sig fagerstrøms skema ud, og så kan man fylde det ud og, hvis han ikke er det, så det bare klart det samme stadigvæk, hvor det vil være forskelligt der. Når man så skal ind og læse om, hvad skrev mine kollegaer så, så skal det præsenteres på en anden måde, så skal det ikke være alle de der tjekbokse og alt det der, så skal det på en eller anden måde være sammenhængende tekst.

Rikke Kristensen: Ja

Susanne Bünger: Så, der er sådan to måder, altså SFI ind og SFI ud. Jeg tror nok det er noget de arbejder på den EPJ de arbejder med her i regionen. Og det tror jeg er en nødvendighed

Rikke Kristensen: Ja

Morten Schøler Kristensen: Det er det også. Vi har snakket med CSC om det, og de tænker på det

Susanne Bünger: Ja.

Rikke Kristensen: Har du noget, du vil tilføje?

Morten Schøler Kristensen: Jamen, du nævnte der var nogle problemer med, at standardplanerne kunne være i for stram en struktur i forhold til, at det var svært at få plads til andre

forløb, når patienten ikke bare fulgte et givent forløb, men hvor der kunne komme feber ved patienten eller havde diabetes, men er det ikke noget af det man kunne løse ved at lade en standardplan indeholde flere standardplaner? Altså muligheden for at tilvælge en standardplan for prostatakræft en eller anden plan for diabetes f.eks. ?

Susanne Bünger: Jo. Altså det er jo lidt om man vælger den ene vej eller den anden vej. Fordi for mig at se så, hvis jeg får en patient, som jeg ved, at nu skal han ind og opereres for prostatacancer, så vil jeg aktivere det forløb, der hedder prostatacancer, men jeg vil ikke have noget unødvendigt ind, fordi hvis han ikke har feber, så skal den ikke komme ind.

Morten Schøler Kristensen: Nej

Susanne Bünger: Men jeg skal have mulighed for at vælge den til, hvis det er. Så jeg vil, jeg ikke have det, at jeg skal vælge den fra, fra starten af, men hellere vælge den til, hvis der er brug for det.

Morten Schøler Kristensen: Ja. Så det vil sige, du vil hellere have, at der blive en tilpasningsmulighed for at sige den skal ind, fordi den kan være der?

Susanne Bünger: Ja, fordi nu har han udviklet symptomer i den retning, og der er problemer med de og de områder, hvor vi skal ind og hjælpe ham.

Morten Schøler Kristensen: Ja. Sådan for en god ordens skyld, hvad forstår du så ved en standardplan?

Susanne Bünger: Hehe, ja det er jo egentlig et godt spørgsmål ikke? Jamen, jeg forstår sådan noget, som det jeg har sendt til Jer. En standardplan det er en kobling af en række handlinger, som skal udføres hos en patient, og de handlinger de tager afsæt i nogle instrukser, og de instrukser de er udarbejdet på baggrund af nogle kliniske retningslinjer. Det er nok egentlig det.

Morten Schøler Kristensen: Det stemmer meget overens med det vi forstår.

Susanne Bünger: Det var heldigt

Morten Schøler Kristensen: [pause] Du nævner i forbindelse med de kliniske retningslinjer, at sproget må ikke være for akademisk, fordi det gør at lægerne de tager afstand fra dem, hvis jeg hørte korrekt.

Susanne Bünger: Ikke nødvendigvis lægerne, men i det hele taget tager man afstand fra noget der er. Ja, det kan være det mest er plejegruppen.

Morten Schøler Kristensen: Det vil sige, den måde det er præsenteret på, kan rent faktisk skabe en barrierer, bare i sprogbruget?

Susanne Bünger: Ja

Morten Schøler Kristensen: Er det, det ved du måske ikke så meget om, i forhold til det PRI-system der ligger her, det er vel specielt plejegruppen og lægerne selv, der er med til at udvikle dem, hvis jeg har forstået det korrekt. Så, der er der vel ikke den form problemer i dem?

Susanne Bünger: Nej, det kan man ikke sige. Man kan sige, at man har besluttet, heroppe i regionen, at for en del af standarderne, der har man lavet regionale arbejdsgrupper, som så skulle lave et retningsgivende dokument for en eller anden ting. Der havde vi måske håbet på, at de ville være meget instruksnære, men nogen af dem er faktisk så fyldt med ord, kan man sige, sådan at de egentlig ikke kan bruges som en instruks og dermed, er man nødt til at flytte dem ned på sygehus niveau eller afdelingsniveau og sige, vi skal have omformuleret det her, så medarbejderen ikke skal læse 11 sider, når han skal finde ud af, hvordan han skal identificere patienten, men at han skal have 1 side eller en halv side, hvor der står sådan, sådan, sådan og sådan. Det nok lidt det samme med de kliniske retningslinjer, de vil jo være ret omfattende, når man beskriver det med de krav, der er til en klinisk retningslinje, så man skal gøre dem operationaliserbare efterfølgende i form af en instruks.

Morten Schøler Kristensen: Ja. Det passer også med PRI-systemet hierarki

Susanne Bünger: Ja.

Morten Schøler Kristensen: [pause] Jeg synes jeg havde en ting mere. Det var i forbindelse til de muligheder du så for at indarbejde de kliniske retningslinjer i det sundhedsfaglige indhold, hvor du nævnte det her scenarie med pakker og forløb. Der kunne jeg godt tænke mig at høre, hvad du mente med pakker og forløbene i det scenarie, hvor det skulle være muligt at lave, som jeg hørte dig, dokumentationsskabeloner, til de her pakkeforløb, der understøttede dem. Men med pakker mener du så kræftpakkerne?

Susanne Bünger: Ja det er kræftpakkerne, jeg tænker på, når jeg siger pakkeforløb

Morten Schøler Kristensen: Så har jeg ikke mere til det.

Rikke Kristensen: [pause] Det næste vi skal ind på, det er noget med dokumentationsprocessen og så kvalitetsmonitorering. Kan du fortælle, hvilke informationer i prostatakraft forløbet der er nødvendige at registrere, for at man kan vurdere og monitorere kvaliteten af forløbet?

Susanne Bünger: Nu kan jeg ikke huske den uden ad, men noget af det som i hvert fald bliver målt på nationalt, det er tidsperspektivet i om man overholder, at inden for 3 hverdage skal patienten have en tid, og inden for så og så mange dage skal han være kommet til første vurdering i ambulatoriet og hele den der. Så der er i hvert fald noget der, at man skal indrette det efter det, for at kunne måle på om man nu når det. Man kan så sige, at for at sige noget om opfyldelsen af en eller anden kvalitetsgrad, så er der nogen, der sætte et kvalitetsniveau. Det er der jo egentlig ikke. Der er ikke nogen, der har sagt, at det er godt, at de her patienter er udskrevet dag 2, men man kan sige at [pause] Man kunne jo gå ind og måle på om de nu blev mobiliseret efter den plan, der var og om de nu fik den ernæring de skulle have, om de nu fik den smertedækning de skulle have. Det kunne jo være nogle måder, hvor man kunne gå ind, altså i de der forskellige ting, og sige at så og så mange af vores patienter, de skal altså inden for den første, altså på operationsdagen, have været ude af sengen og været ude og gå en tur på gangen. Der ville man godt kunne ligge nogle ting ind. De skal kunnet have indtaget X antal kalorier på operationsdagen, og næste dag skal de have så, og så mange. På den måde kunne man godt sætte nogle parametre op, hvor man kunne måle på om de nu er blevet mobiliseret og har fået det ernæring de skulle have og om de er smertedækket på den måde de skulle. Smertedækning den bruger man VAS score modellen til at gå ind og vurdere på om de er smertedække tilfredsstillende, altså ikke i forhold til vores, men i forhold til deres egen score. Så der kunne man godt sætte nogle kvalitetsting ind. [pause] Så er der, den der lidt bløde, hvor det at man ringer op til patienten 3 dage efter de er kommet hjem, for at høre hvordan de har det, og sådan noget. Om graden af tryghed, eller utryghed, ved at være skrevet hjem så hurtigt, om deres smertedækning er i orden osv. osv.. Om deres mave er kommet igang. Så man kunne godt ligge nogle ting ind, som man kunne måle på.

Rikke Kristensen: Okay, så der er slet ikke lagt nogle ting ind nu, sådan som jeg forstår det?

Susanne Bünger: Nej, det er der ikke. Ikke målrettet, det er der ikke. Altså man har sagt noget om, at de gerne skal det her, men der er jo ikke en måde, hvor man kan samle data op på, andet end at man kan gå ind og lave journalundersøgelse og se, hvordan er det så beskrevet, for hvor mange af vores patienter lykkedes det os at få dem ud af gå. Hvor mange af dem har nu indtaget tilstrækkeligt kalorie og protein indhold. Der er en gruppe som har arbejdet meget

med det med ernæring i en Urologisk Afdeling, og de har været inde og lave journalundersøgelser, det var så hos vores cystoskopi patienter for at følge deres ernæringsdækning i et operationsforløb. Man venter nok også på, at man får et IT system med en database, hvor man kan samle de her ting op.

Rikke Kristensen: Ja. [pause] Hvordan håndteres kvalitetsmålingen med tid nu?

Susanne Bünger: [pause] Hvad mener du med tid?

Morten Schøler Kristensen: Du nævner, at det eneste mål der er nu her, det er tid, men er det så bare et mål der er, hvor man egentlig ikke følger op på det, eller hvordan følger man op på kvaliteten i tidsaspektet?

Susanne Bünger: Der har jo været en kuldsejling i databasen som hed MIS kræft, det var et frygteligt navn, men altså hvor man - jeg tror det var sundhedsstyrelsen der havde lavet den - hvor man indberettede, igennem patientregistreringssystemerne, tidsforløbet for patienterne. Men det er nedlagt og er ved at genopstå i en bedre udgave, fordi det var rigtig, rigtig dårligt, altså man fik ikke valide data ud af det, fordi der var forskellige, ja det ved jeg ikke hvad det var, men måske forskellige indberetninger. Der bliver kvitteret for, inde i vores AS-400 - altså vores patientsystem, at nu har vi modtaget henvisningen, at nu har vi indkaldt patienten, nu kommer han, nu skal han til operation osv. osv.. Så man har registreringerne deri så man kan trække ud, men den der MIS kræft database den kunne ikke vise data korrekt. Så der går man i hvert fald ind og kigger på tid. Man kan sige, det er den ene form for tidsregistrering, man kunne også vælge at spørge patienterne om de er tilfredse med den ventetid, der nu er gået

Morten Schøler Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: Det gør man jo så kvalitativt ved at spørge dem om det i LUP'en, altså den landsdækkende patienttilfredsheds undersøgelse.

Morten Schøler Kristensen: Så det vil sige, hele det her med tid det bliver trukket direkte ud fra landspatientregistret?

Susanne Bünger: Ja, det gør det.

Morten Schøler Kristensen: Så det er slet ikke noget læger og sygeplejersker behøver at forholde sig til?

Susanne Bünger: Næh, ikke andet end at det har man gået meget op i her, fordi man har fået at vide, at man skal overholde de her ting her. Så har man selvfølgelig også gjort en dyd ud af, at man også gør det, altså at man kan leve op til de krav, der er fra Sundhedsstyrelsen om, at man skal være opereret på den og den dag efter, at man har fået sin diagnose og sådan noget. På den måde har man jo alligevel været opmærksom på det. Vi kan jo få hjælp ude fra Analysekontoret og trække ting ud for at se om det nu er sådan, og det har de da også gjort, afdelingsledelserne, set hvordan går det så med det her. De bliver især opmærksomme på det, fordi de ikke kunne forstå de data de fik fra MIS kræft databasen, så går man ind og tjekker selv, om kan det nu passe.

Morten Schøler Kristensen: Ja.

Rikke Kristensen: Kan du fortælle, hvor i pakkeforløbet for prostatacancer der er størst vanskeligheder med at få registreret de nødvendige informationer?

Susanne Bünger: [pause] Det synes jeg faktisk ikke der er [pause] Altså det er nok det som kommer til udtryk i, at den der MIS kræft database ikke rigtig viste sig at holde, altså hele registreringsdelen der, hvor det er så afhængig af, at det er de rigtige diagnoser, der bliver sat på det i forhold til DRG afregning. Hvis ikke det kører og ikke man har en god rutine for at få registreret tingene korrekt, så er det selvfølgelig et problem. Men jeg tænker egentlig ikke, at det er specielt problematisk. Altså, den der standardplan som jeg har sendt til Jer, der er ikke noget af det, der er sådan særlig problematisk. Det tænker jeg ikke der er

Morten Schøler Kristensen: Du nævner det her med DRG koder, at problematikken er at få koblet, på selve registreringen og dokumentationen, de rigtige DRG koder.

Susanne Bünger: Ja. Man kan sige, hvis nu man fik bygget sådan nogle forløb op med de der koder, sådan at de lå som automatisk genereret per forløb, så ville man nok få en mere korrekt registrering end den måde, det foregår på i dag.

Morten Schøler Kristensen: Ja.

Susanne Bünger: Jeg tror det er lidt, måske lidt for tilfældigt

Morten Schøler Kristensen: Hvordan fungerer det nu med at få koblet DRG koderne på?

Susanne Bünger: Jamen, det foregår på den måde at patienten får en foreløbig diagnose, når han kommer ind, og så dikterer lægen så en endelig diagnose når patienten bliver udskrevet igen,

og det er så sekretæren, der skriver den ind i patientsystemet. Jeg havde lige møde i går med afdelingssygeplejersken inde fra operationsgangen [...], hvor hun er ved at skrive en opgave, hvor jeg hjælper hende lidt med det, hvor hun fortæller om en afdelingssygeplejerske et andet sted i landet, på en operationsgang, der gik ind og satte fokus på det der med at få lavet de rigtige kodninger på patienterne ud fra DRG værdierne, og hun havde scoret 700.000 på den konto, ved at være OBS på at få registreret de rigtige ting. Så det tyder på, at der i vores paksis, er der plads til forbedring

Morten Schøler Kristensen: Hvad mener du med, at hun scorede 700.000?

Susanne Bünger: De penge bliver jo afregnet fra national hold. Der har jo også været nogen, som har sagt, at folk har svindlet med, og at man har sat en mere kompleks diagnose på, som giver en større afregning, end en patient der bare kører glat igennem, så man har spekuleret i at sætte nogle sådan mere sådan, hvis de hedder et eller andet med 3, 4, bogstaver og tal og sådan noget, og så putter man lidt ekstra bagefter, men jeg kan slet ikke huske alle de der koder. Det gør, at man får en helt anden afregning, fordi patienten har været mere kompleks. Men det var ikke det hun havde gjort der, hun havde bare fået en anden afregning på patienterne, end de egentlig umiddelbart havde fået, fordi de ikke havde været opmærksomme nok på at få registreret de rigtige ting

Morten Schøler Kristensen: Så, når du siger hun scorede 700.000 på det, så var det fordi de fik de rigtige koder registreret?

Susanne Bünger: De fik de rigtige koder registreret

Morten Schøler Kristensen: Derfor fik de penge for det de havde lavet også?

Susanne Bünger: Ja. Ja, det var ikke nogen puttede i hendes egen lomme, nej på ingen måde.

Rikke Kristensen: Du har noget at tilføje

Morten Schøler Kristensen: [pause] Det var den med pakkeforløbet, der var vanskeligheder med det her med DRG koderne. Som det er nu på Urologisk Afdeling, der registreres, hvis jeg har forstået korrekt, til papir ikke? Eller de gamle første generations EPJ system, selvfølgelig? Jeg tænkte på om de har fået implementeret Clinical Suite derude endnu?

Susanne Bünger: Nej, det har de ikke

Morten Schøler Kristensen: De kører vel stadig i de gamle IPJ?

Susanne Bünger: De kører bare på papir og så PAS systemet

Morten Schøler Kristensen: Papir og PAS systemet, ja.

Susanne Bünger: Der er ikke ret mange afdelinger, der kører IPJ, der er faktisk kun, her på Aalborg sygehus, Thoraxkirurgisk Afdeling, og så kører Kardiologisk Afdeling S1 og S2 på behandlings- og plejesystemet, det der urgamle, forlængst opgivet, system af hele IT.

Rikke Kristensen: Er det muligt, at man kan få en kopi af de dokumentationsskabeloner, de skriver i?

Susanne Bünger: Hvad for nogen?

Rikke Kristensen: At få en kopi, nu siger du, at de dokumentere på papir, men de følger vel en eller anden dokumentationsskabelon, er det ikke muligt, at vi kan få en kopi af den.

Susanne Bünger: Men det er det, jeg har sendt til Jer

Rikke Kristensen: Men det er kun ambulante så vidt jeg husker. Der er også den der 3-trins

Susanne Bünger: Ja, det er den der første, anden og tredje ambulante besøg, og så er der også en hvor hele forløbet er skrevet ind, dag 0, dag 1 og dag 2 osv., mener jeg, at jeg har sendt til Jer også

Morten Schøler Kristensen: Vi fik for de ambulante besøg og så noget

Rikke Kristensen: Så sendte du forløbsbeskrivelserne, det med dagene, men der er ikke noget med

Morten Schøler Kristensen: Og så er der en sygeplejebeskrivelse, eller en tjekliste hedder det, for det sygeplejersken skal få spurgt om og informeret patienten om og få undersøgt

Rikke Kristensen: og så er der et forløb med robotoperation og forløb uden

Susanne Bünger: Der er jo det der, det troede jeg egentlig jeg havde sendt, der er sådan et plejeplansforløb, men hvor det er sygeplejerskerne. Altså den der besøg 1, 2 og 3, den er tværfaglig, det er både læger og sygeplejesker der dokumenterer i den. Og så, den troede jeg at havde sendt til Jer, den som sygeplejerskerne bruger og dokumenterer på, når patienten er indlagt, altså hvor de kvitterer og skriver initialer og dato

Rikke Kristensen: Jo

Morten Schøler Kristensen: Jo, den har vi også fået, det er dokumentationsskabelonen for det?

Susanne Bünger: Ja, det er det. Og lægerne de siger bare "bla, bla, bla" i en diktafon, så bliver det skrevet ind af en sekretær.

Rikke Kristensen: Okay, godt nok.

Susanne Bünger: Så det er det, der findes. Hvor de snakker om, at nogle af de her operationsbeskrivelser skal ligge som sådan nogle parafraser inde i S400, sådan at vi egentlig forsøger at få det standardiseret også lidt, så der er en række overskrifter de skal følge, for at gøre det enkelt at diktere, eksempelvis et operationsnotat. Men jeg ved ikke lige, hvor langt de er med det.

Morten Schøler Kristensen: Nu siger du, at lægerne dikterer. I forhold til dokumentationsskabeloner, kunne jeg forestille mig, at de stadig vil blive ved med at diktere, det vil sige dokumentationsskabelonerne vil egentlig anvendes af sekretæren

Susanne Bünger: Det er jo en helt anden historie, fordi jeg har skrevet opgaver om, hvordan får man lægerne til tasterne. Hvor man jo egentlig havde en forestilling om på et tidspunkt, at lægerne selv skulle gå ind og skrive deres observationer, men hvis de skal det, skal det også ligge vældig meget i skabeloner. Vel egentlig at man kunne lave en kombination af det som I har set, altså det jeg har sendt til Jer, fra sygeplejen og så med noget tilsvarende for lægerne, så kunne man måske godt forestille sig, at de vil arbejde i det, og skrive. Men, det vi fandt ud af i den undersøgelse, jeg var med til at lave i mit studie var, at hvis det giver mening, så gør de det gerne, og giver det ikke mening så rører de det ikke med en ildtang. Kan de få noget gevinst ud af det, i form af arbejdsbesparelser og sådan noget, så gør de det gerne, ellers ikke. Der tænker jeg, at lægerne de kan egentlig vældig tilfredse med den EPJ, altså Clinical Suite, som den ligger nu, fordi de får faktisk alle oplysninger allerede nu derovre, fordi man har koblet alt fra PAS over i. Så vi kan godt få udfordring i at få lægerne endnu mere til tasterne fordi, hvorfor skulle de dog det? For de har alle deres oplysninger som de plejer i en struktur de kender osv..

Morten Schøler Kristensen: Men det de får fra Clinical Suite er vel netop bare alle oplysningerne fra alle de forskellige steder samlet i en oversigt, som det er nu. Og så er der det andet, så hvis

de skulle til tasterne så skulle de så have noget der understøtter den proces de er i? Noget der faciliterer hele processen og kører den lidt op?

Susanne Bünger: Ja.

Morten Schøler Kristensen: Det er også lidt det vi selv havde forventet

Susanne Bünger: Men man kan sige, at kunsten er at finde det incitament der gør, at de synes det er en god idé, fremfor at sige, fint vi fortsætter, som vi plejer, vi dikterer og så sidder sekretæren og skriver og jeg får mine oplysninger elektronisk, og de er tilgængelige til enhver tid, og alt det der vi nu kan sige om EPJ, det har de jo allerede nu. Jeg tænker, hold da. Jeg kan huske dengang Berit og jeg sad og kiggede på det, der sagde jeg ”wow, de har jo allerede fået deres EPJ, hvad gør vi så med resten?”. Det kan være godt, men det kan også være lidt skidt, i forhold til at få udviklet noget.

Rikke Kristensen: Men det lægen så dikterer er, hvad han har gjort under behandlingen?

Susanne Bünger: Ja. Det er den tradition de har, altså hvor man laver en indlæggelsesjournal, som er et notat, og så laver de en operationsbeskrivelse, som er et andet notat og så kan der være nogle små stuegangsnotater indimellem, hvor han er oppe og høre, hvordan går det så med patienten, han har informeret patienten om et eller andet, eller laver en udskrivesamtale, eller afslutte medicinen som man skal i følge den danske kvalitetsmodel.

Rikke Kristensen: Så når han er færdig med at diktere, så foreligger der en lang smøre om patienten og om indlæggelse og informationer?

Susanne Bünger: Ja, ja, det gør der. Man kan sige, hvis man skulle arbejde med en struktur så har du ret i, så skal lægen lære at diktere efter en skabelon og sekretæren skal så kende den skabelon, som hun skal skrive oplysninger ind under, hvis det er sådan man vælger at gøre.

Morten Schøler Kristensen: Ja. [pause] det var også lidt vores formål at finde ud af, hvordan vi kunne lave procesunderstøttende og -faciliterende dokumentationsskabeloner, der i høj grad bygger på evidens, men netop også understøtter det gode evidensbaseret forløb

Susanne Bünger: Jeg sidder og tænker på, hvor meget har i læst om den danske kvalitetsmodel

Morten Schøler Kristensen: Ikke så meget igen.

Rikke Kristensen: Meget lidt.

Susanne Bünger: For der er jo en række standarder, hvor man laver journalaudit for at finde ud af, om man opfylder, altså der er jo rigtig rigtig mange ting, der skal være dokumenteret i journalen ifølge den danske kvalitetsmodel, som vi ikke sådan er helt i mål med endnu.

Morten Schøler Kristensen: Vi har læst noget grundliggende fra IKAS' hjemmeside omkring den danske kvalitetsmodel.

Susanne Bünger: Ja. Altså vi har lavet inde på OP Nord, sådan noget de kalder præbookningsjournal, hvor den sender de første to sider til patienten og beder ham om at udfylde tidligere sygdomsforløb og en helt masse om han har allergi og så noget om hans medicinlister og sådan noget. Så når patienten kommer ind, så medbringer han den liste og så gennemgår lægen den sammen med ham og så skriver de begge to under på, at det her, det er, som det er. Det har man så valgt at sige, det er et dokument der hører til journalen.

Morten Schøler Kristensen: Ja

Susanne Bünger: De næste to sider i den præbookningsjournal det er så side 3, det er kirurgens og side 4 det er anæstesi-lægens. Kirurgen han skriver så en ASA score en operationsindikation, det man nu også skal, alle de krav der nu er, man skriver noget om informeret samtykke, og hvordan patienten skal lejres i den pågældende operation, og en helt masse ting. På den anden side der skriver anæstesi-lægen så, at der er hentet informeret samtykke til anæstesi og bla, bla, bla, alle de ting han nu har brug for. Samlet er det, kan man sige, dokumentation for en lang række af de standarder der er i den danske kvalitetsmodel. Det er jo lidt smart og man kan sige, det er en skabelon man ville kunne bruge og ligge direkte ind i et SFI indhold

Morten Schøler Kristensen: Vi tænker nemlig også det her med, hvis vi har de kliniske retningslinjer, så omsat til instrukser så de er mere handlingsforklarende, så kunne det jo netop være, at til sådan en handling hører der noget, der skal dokumenteres, men hvis den handling den bliver lavet om, fordi der kommer en ny retningslinje, så skulle vi jo gerne have, at den tilhørende dokumentationsskabelon automatisk fulgte med og at læger og sygeplejersker blev gjort opmærksomme på at, hov der er noget nyt her, det skal du være opmærksom på, det skal du lige være opmærksom på, eventuelt, vil du lige se det, eller nej, fortsæt.

Susanne Bünger: God idé.

Morten Schøler Kristensen: Så på den måde højere dynamik og mere understøttelse

Susanne Bünger: Ja. Man kan i hvert fald sige, at den der præbookningsjournal, det er udpræget lægens arbejdsredskab og der kan man da, i fantasien, godt forestille sig også, at patienterne går ind og udfylder, elektronisk hjemmefra, alle de der ting der og så kan lægen egentlig forberede sig inden patienten kommer, og have læst de der ting igennem. Og så egentlig fortsætte sin dokumentation. Så det vil jo egentlig være det du spørger efter

Morten Schøler Kristensen: Det vil det ja.

Susanne Bünger: Det kan være I skal have den og prøve at kigge på?

Rikke Kristensen: Det vil vi meget gerne, ja.

Susanne Bünger: Fordi den bruger de nemlig også på Gynækologisk Afdeling, som er pilottestere på vieweren der, så man kunne måske lave en lille test derinde på dem? Og se om det kunne due elektronisk

Rikke Kristensen: Ja, det vil da i hvert fald være fint.

[...]

Rikke Kristensen: Jeg tror ikke, vi har mere, medmindre du har noget at tilføje til sidst?

Morten Schøler Kristensen: Nej jeg har fået

Rikke Kristensen: Har du noget du vil tilføje?

Susanne Bünger: Nej, jeg tror jeg vil sende den der præbookningsjournal til Jer og så vil jeg sende den der, hvis jeg kan finde den, med feber.

Morten Schøler Kristensen: Standardplanen for feber, ja.

Rikke Kristensen: Det vil være rigtig fint

Susanne Bünger: Jeg synes, det er rigtig spændende det I arbejder med

Rikke Kristensen: Er det i orden, at vi sender dig en mail, eller ringer til dig, hvis der kommer nogle opklarende spørgsmål?

Susanne Bünger: Ja, ja. Send en mail, det er nok det nemmeste

Rikke Kristensen: Så sender vi det transskriberede interview til dig per mail også.

Susanne Bünger: Ja.

Rikke Kristensen: Tusind tak for hjælpen

Morten Schøler Kristensen: Vi siger tak i hvert fald

Susanne Bünger: Det var så lidt



KRÆFTPAKKEFORLØB

Regeringen og Danske Regioner indgik i 2007 en aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter for at kræftpatienter skal undgå unødigt ventetid. Derfor er der blevet udviklet pakkeforløb for en række kræftsygdomme. Dette appendiks har til formål at give en generel skitsering af kræftpakkeforløbene. Dette gøres gennem først at give definition på hvad et kræftpakkeforløb er og hvilket formål det har, dernæst beskrives pakkeforløbenes generelle opbygning efterfulgt af en beskrivelse af forløbstider som spiller en væsentlig rolle i pakkeforløbene. Slutteligt beskrives monitorering af kræftpakkeforløb.

C.1 Formål og definition

I følge sundhedsstyrelsen er formålet med pakkeforløb, at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling uden unødigt ventetid og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag. [Sundhedsstyrelsen, 2010]

Et kræftpakkeforløb udarbejdes for hver enkelt kræftform og baseres på de, til enhver tid, senest opdaterede kliniske retningslinjer. [Task Force for Kræftområdet, 2008] I sundhedsstyrelsens rapport om anbefalinger til forbedringer på kræftområdet - Kræftplan II - defineres et kræftpakkeforløb som:

"Patientforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der følger et på forhånd booket forløb"

[Sundhedsstyrelsen, 2005]

Yderligere indholder pakkeforløbene booking for det antal nye patientforløb for en given sygdom, der lokalt har vist sig behov for [Sundhedsstyrelsen, 2005]. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene beskriver de nødvendige undersøgelser og behandlinger, herunder fagligt begrundede forløbstider. Endvidere beskriver pakkeforløbene hvor der undervejs i forløbet skal gives information til patienterne, samt de målepunkter, der skal gøre det muligt at monitorere om pakkeforløbene fungerer efter hensigten. [Sundhedsstyrelsen, 2010] Begrebet pakkeforløb dækker dermed over:

- En veldefineret række af kliniske handlinger og alternativer, der knytter sig til en afgrænset kræftform og bygger på landsdækkende kliniske retningslinjer
- Principper for organisering, der sikrer en samlet forløbsplanlægning og dermed sikrer, at patienterne gennemgår forløbet uden unødigt ventetid
- Principper for kommunikation mellem sundhedspersonale, patienter og deres pårørende, hvilket også omfatter patientinformationens form og indhold.

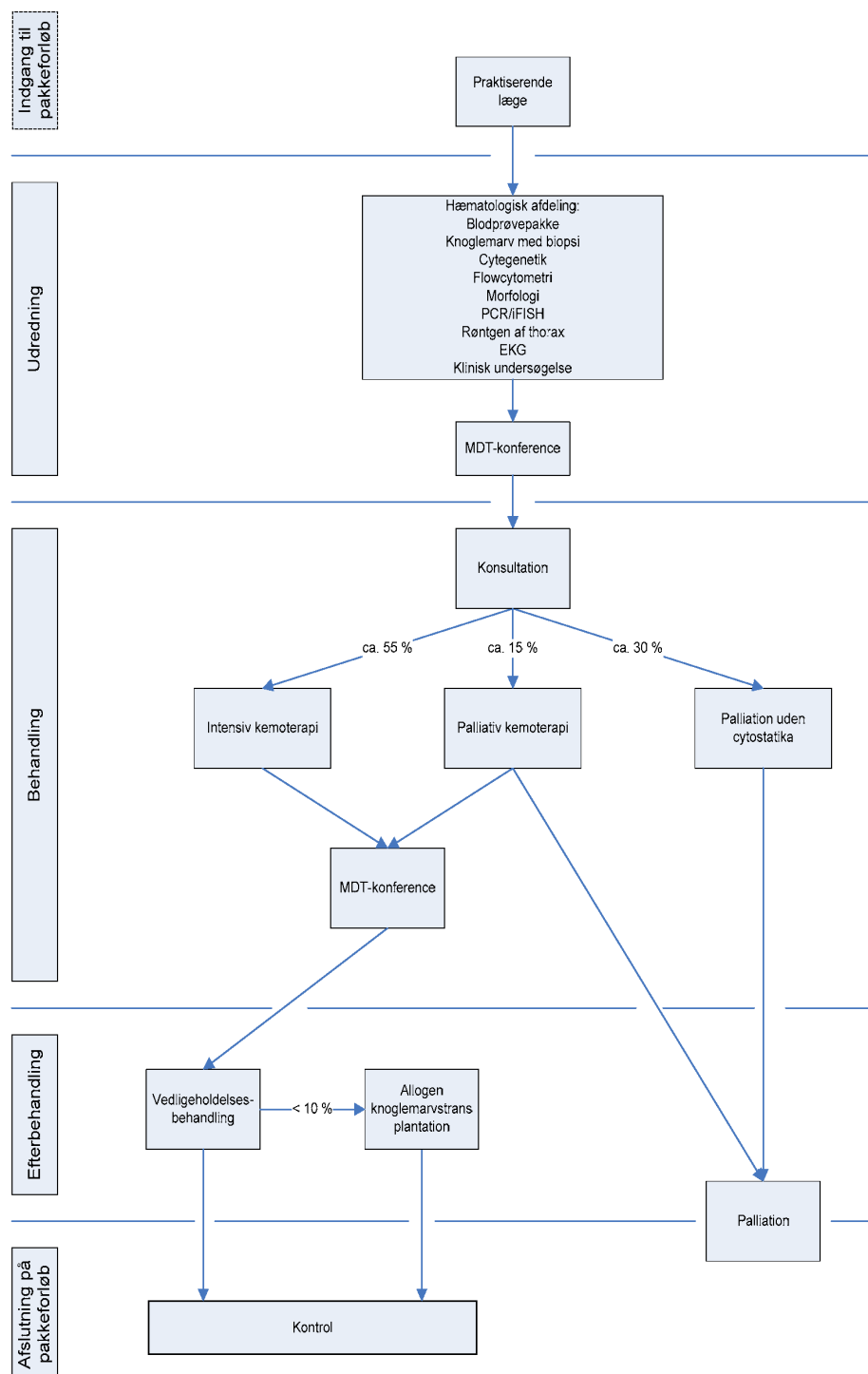
[Task Force for Kræftområdet, 2008]

C.2 Opbygning

Samtlige pakkeforløbsbeskrivelser er opbygget efter samme struktur, med syv kapitler, for at sikre en fælles ramme for indholdet. De syv kapitler beskrives kort i det følgende.

C.2.1 Introduktion til pakkeforløbet

Dette kapitel beskriver den pågældende kræftform og det faglige grundlag, herunder også de kliniske retningslinjer, som ligger til grund for pakkeforløbsbeskrivelsen. I underafsnit om Multidisciplinære Teamkonferencer (MDT) beskrives de specifikke krav til MDT i det enkelte pakkeforløb. I slutningen af kapitlet gives et overblik over det samlede forløb i form af et flowchart, hvor forskellige handlinger ses i forhold til faserne; indgang til pakkeforløb, udredning, behandling og afslutning på pakkeforløb, se Figur C.1 på modstående side. Formålet med flowchartet er at illustrere patientens vej gennem forløbet. De mulige forgreninger i forløbet illustreres med indsatte pile mellem de forskellige kliniske handlinger. [Sundhedsstyrelsen, 2009b]



Figur C.1: Flowchart for akut leukemi cancer som eksempel på flowchartets illustration af patientens vej gennem forløbet. [Sundhedsstyrelsen, 2009c]

C.2.2 Indgang til pakkeforløb

Dette kapitel beskriver de kriterier der skal være opfyldt, for at en patient skal henvises til pakkeforløbet. Der skelnes mellem mistanke, filterfunktion og begrundet mistanke, hvor det udelukkende er den begrundede mistanke der initierer pakkeforløbet. I kapitlet lægges der vægt på 1) patientinformation, 2) hvem der er ansvarlig for at træffe beslutninger og 3) hvor lang tid der må gå, fra der opstår mistanke til, at mistanken kan blive begrundet og patienten kan henvises til pakkeforløbet. I enkelte pakkeforløb er der også specifikke krav til henvisningen til pakkeforløbet.

[Sundhedssyrelsen, 2009b]

C.2.3 Udredning

Dette kapitel beskriver, hvilke udredninger en patient kan gennemgå i pakkeforløbet. For nogle, men ikke alle, kræftformer kan det være hensigtsmæssigt at inddele flere undersøgelser i diagnostiske grupper. Dette angiver at undersøgelserne i samme diagnostiske gruppe finder sted i samme afgrænsede tidsperiode. Rækkefølgen af de enkelte undersøgelser i en diagnostisk gruppe kan være varierende. I kapitlet lægges der vægt på 1) information til patienten, 2) hvem der er ansvarlig for at træffe hvilke beslutninger om udredningsforløbet og 3) hvor lang tid der må gå fra patients indtræden i pakkeforløbet til endt udredning. Ydermere, kan der allerede i udredningsfasen indledes et rehabiliteringsforløb, specielt med hensyn til ændring af livsstil. [Sundhedssyrelsen, 2009b]

C.2.4 Behandling

Dette kapitel beskriver hovedgrupperne inden for de forskellige behandlingsforløb samt de hyppigste opstående komplikationer. I kapitlet lægges der vægt på 1) patientinformation, 2) hvem der er ansvarlig for at træffe beslutning om behandlingstilbud og 3) hvor lang tid der må gå, fra patienten er færdigudredt, til patienten starter i behandling. [Sundhedssyrelsen, 2009b]

C.2.5 Efterbehandling

I dette kapitel beskrives den relevante efterbehandling - f.eks. kemoterapi og/eller stråleterapi - og håndtering af hyppigt opstående komplikationer. I nogle pakkeforløb er kapitlerne om behandling og efterbehandling behandlet i et og samme kapitel. Der er også nogle pakkeforløb hvor der ikke findes en egentlig efterbehandling, hvorfor kapitlet helt er udelukket i disse forløbsbeskrivelser. I

kapitlet lægges der vægt på 1) patientinformation, 2) hvem der er ansvarlig for efterbehandlingen og 3) hvor lang forløbstiden må være for efterbehandlingsforløbet. [Sundhedssyrelsen, 2009b]

C.2.6 Afslutning på pakkeforløbet

I dette kapitel forefindes underafsnit for kontrol, rehabilitering og palliation. Pakkeforløbet afsluttes når behandlingen og efterbehandlingen er slut, og patienten fortsætter i et forløb med kontrol, eventuelt forsat rehabilitering eller palliation. Såfremt pakkeforløbet indeholder forsat behandling i en kontrolfase, fremhæves dette specielt i det konkrete pakkeforløb. [Sundhedssyrelsen, 2009b]

C.2.7 Oversigtsskema

I dette kapitel vises et oversigtsskema i form af en tabel. Formålet med oversigtsskemaet er at danne et overblik over hele pakkeforløbet. I kolonnen for de *kliniske handlinger* beskrives i stikord kliniske beslutninger om patientens videre forløb, der er markeret i skemaet, ligesom relevante muligheder på det givne tidspunkt i forløbet er angivet. I kolonnen for *logistisk handling* beskrives de administrative og organisatoriske handlinger - f.eks. at den praktiserende læge finder begrundet mistanke om kræft og derfor skal sende en henvisning til sygehusafdeling eller praktiserende speciallæge. I kolonnen for *information til patienten* angives den information, som patienten skal have i forbindelse med de kliniske og logistiske handlinger - f.eks. svar på prøver og undersøgelser samt information om det videre forløb. I kolonnen *speciale* er angivet de involverede lægefaglige specialer, der har ansvaret for de enkelte dele af pakkeforløbet. I kolonnen *registrering og monitorering* er angivet de registreringer, der skal foretages i de patientadministrative systemer i forbindelse med de relevante kliniske handlinger. [Sundhedssyrelsen, 2009b]

C.3 Monitorering

For at gøre det muligt at følge, hvor hurtigt patienter, der henvises til et pakkeforløb, udredes og eventuelt behandles, skal der ske en løbende monitorering af pakkeforløbene. Pakkeforløbene monitoreres derfor centralt via Landspatientregistret på grundlag af registreringer i de patientadministrative systemer, hvor Sundhedsstyrelsen sikrer retningslinjer for registrering til disse systemer. Det er derefter regionernes ansvar at sikre, at registreringerne foretages i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer herfor. Ydermere, sikrer Sundhedsstyrelsen at regionerne får adgang til at følge og analysere registreringer vedrørende pakkeforløbene i Landspatientregistret. En udvikling af datakvaliteten i Landspatientregistret skal sikre et højt kvalitetsniveau i

allerede eksisterende og nye registreringer, der indgår i monitorering af pakkeforløbene. I forbindelse med monitoreringen af pakkeforløbene skal regionerne tage stilling til, hvordan der sikres en høj registreringskvalitet. [Task Force for Kræftområdet, 2008]

C.4 Forløbstider

Der udarbejdes for hvert pakkeforløb detaljerede forløbstider som beskriver:

- den tid, de enkelte undersøgelser, procedurer og behandlinger tager
- den tid, der må gå imellem de enkelte elementer undervejs i forløbet
- den tid, som er nødvendig for patienten for at træffe beslutning om samtykke til eksempelvis operation

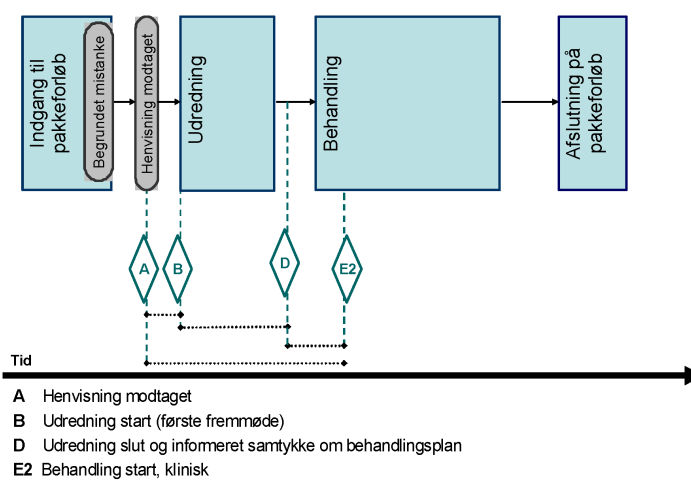
[Sundhedsstyrelsen, 2009a]

Ydermere, omfatter forløbstiden den tid, der går mellem de enkelte undersøgelser, overflytninger mellem sygehuse med mere undervejs i forløbet. Tid der anvendes af læger og patienter til vurdering af indkomne svar, information og stillingstagen til det fortsatte patientforløb. [Sundhedsstyrelsen, 2009a]

For hvert pakkeforløb angives de intervaller, der bruges i forhold til monitorering. Generelt er der fire intervaller som er inddelt som følgende og illustreret på Figur C.2 på næste side.

- Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling (Fra **A** til **B**)
- Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning på udredning (Fra **B** til **D**)
- Fra afslutning på udredning til start på primær behandling (Fra **D** til **E2**)
- Fra henvisning modtaget til start på primær behandling (Fra **A** til **E2**)

[Sundhedsstyrelsen, 2009a]



Figur C.2: Oversigt over forløbstiderne i et kræftpakkeforløb. [Sundhedsstyrelsen, 2009a]



DEFINITIONER PÅ SUNDHEDSFAGLIGT INDHOLD

Med fokus på litteraturens definitioner af SFI, giver Fabricius i 2008 et review af den tilgængelige litteratur omkring SFI i Danmark [Fabricius, 2008]. Af Fabricius' review fremgår det, at SFI, som begreb, første gang blev anvendt i EPJ-Observatoriets statusrapport fra 2002 [Andersen et al., 2002]. SFI begrebet er siden blevet anvendt af bl.a. Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S), Region Hovedstaden og CSC m.fl. [Fabricius, 2008] De forskellige definitioner fra Fabricius' review kan ses i tabel D.1 på den følgende side

Siden Fabricius' review i 2008 er der kommet en nyere definition på SFI. I 2009 definerer Region Nordjyllands FAQ og EPJ brevkasse SFI som:

"SFI står for SundhedsFagligt Indhold. SFI handler dog ikke kun om indholdet men også om den digitale visning og strukturering af den viden, der i EPJ skal understøtte klinikere i deres arbejde med pleje og behandling af patienterne. Desuden handler SFI også om hvorledes klinikere skal dokumentere i journalen."

[Region Nordjylland, 2009]

Af tabel D.1 og Region Nordjyllands definition på SFI ses det, at der har været en udvikling af definitionen på og forståelsen af SFI over tid. Nogle af definitionerne er enige om, at SFI er standard-

Appendiks D. Definitioner på sundhedsfagligt indhold

KILDE	ÅR	DEFINITION
EPJ-Observatoriet	2002	SFI beskrives som: - Det sundhedsfaglige indhold - domæne informationen - findes i arketypleniveauet. - Arketypen "blodtryk" beskriver nærmere, hvordan indholdet skal struktureres - dette er en del af den sundhedsfaglige modellering. - I den nye tilgang forsøges det at adskille den generiske informationsmodellering fra den sundhedsfaglige modellering. Dermed kan modelleringen af det kliniske indhold overlades til de sundhedsfaglige, uden at de behøver at overskue den totale model. - Kliniske modeller (benævnt GEHR-arketyper) blev udskilt i separate modeller, som beskrev det sundhedsfaglige indhold, f.eks. blodtryksmåling, plejeplan eller kolesterol testresultat.
H:S	2003	SFI er: - de standardiserede patientforløb, standardelementer og skemaer, der skal kunne vælges i journalen
EPJ-Observatoriet	2004	SFI er: - Hvilke aktiviteter og begreber, der indgår i behandlingen. - Hvilke informationer, der skal registreres i givne arbejdsprocesser. - Hvorledes informationerne skal struktureres, så de efterfølgende kan aggregeres og analyseres på tværs af faglige specialer. - Hvilke generelle og sygdomsspecifikke standardplaner, standardaktiviteter og standarddokumentationer, klinikere skal kunne vælge i journalen, og indholdet af disse.
Københavns Amt og MEDIQ	2005	SFI er: - Standardplaner. - Standardaktiviteter. - Operationelle mål. - Beslutningspunkter. - Standardresultater. - Standarddokumentationer
Region Hovedstaden	2005-2007	SFI er: - Standardplaner. - Standardaktiviteter. - Standardresultater.
Darmer og Villadsen	2007	SFI er en struktureret og standardiseret beskrivelse af: - Diagnoser, tilstande og problemstillinger. - Aktiviteter, handlinger og interventioner. - Data og resultater
Digital Sundhed og Region Hovedstaden	2007	SFI er: - Klinisk-fagligt indhold til brug i klinikunderstøttende IT-systemer, som rummer detaljeret beslutnings-, proces- og dokumentationsstøtte, og som sikrer en ensartet datastruktur til støtte for kvalitetssikring og forskning.
CSC	2007	SFI er: - Hvilken data der skal kunne hentes ud af systemet, og på hvilken form
Region Hovedstaden	2008	SFI er: - Al sundhedsfaglig viden, som skal indbygges i et informationssystem. - SFI-elementer. - SFI-typer.

Tabel D.1: Oversigt over de forskellige definitioner på SFI, baseret på litteratur review fra [Fabricius, 2008]

planer, standardaktiviteter og standardresultater. Ifølge Københavns Amt og MEDIQ er en standardplan, standardaktivitet og standardresultat defineret som:

"En standardplan er en foropsat plan, opsat i Aktivitets- og standardplankataloget. Den består af standardaktiviteter, evt. andre standardplaner som underplaner, samt evt. beslutningspunkter.

En standardaktivitet er en foropsat aktivitet, som kan bruges som byggesten i en standardplan eller en almindelig plan. En aktivitet med visse på forhånd forudfyldte felter, f.eks. formål, operationelt mål, udførende enhed osv.

Et standardresultat er et resultat med en på forhånd fastlagt struktur og/eller funktionalitet og/eller med visse forudfyldte felter. Et standardresultat "produceres" normalt af en standardaktivitet. Et konkret, dokumenteret resultat har én og kun én aktivitet, som har "produceret" det. Forskellige standardaktiviteter kan potentielt resultere i flere forskellige (standard)resultater. Det samme standardresultat kan i en konkret situation være resultat af forskellige aktiviteter (men kun én ad gangen)."

[Bruun-Rasmussen et al., 2005]

Københavns Amt og MEDIQ definerer også, hvad der menes med operationelle mål, beslutningspunkter og standarddokumentation, hvilket giver dem den mest dybdegående definition af SFI. Med operationelle mål, beslutningspunkter og standarddokumentation forstås henholdsvis:

"En beskrivelse af en forventet eller ønsket værdi af et interventionsresultat formuleret i målbare termer

Et beslutningspunkt kan indgå i en standardplan. Det har en række egenskaber fælles med en aktivitet mht. tidssætning, betingelser, tilknytning af vejledninger mv.

Standarddokumentation udgør en delmængde af en standardplan eller defineres selvstændigt i forhold til en intervention. En standarddokumentation rummer en eller flere dataelement typer med hertil hørende præsenterings- og valideringslogik og vedrører dokumentation af udførelsesnotater, interventionsresultater samt operationelle mål med relation til en intervention."

[Bruun-Rasmussen et al., 2005]

Darmer og Villadsen definere standardplaner, standardaktiviteter og standardresultater som:

*"Standardplaner består af andre standardplaner og standardaktiviteter, som er foruddefinerede og valgbare fra EPJ'ens katalog over aktiviteter og standardplaner [...]
Standardaktiviteter er handlinger eller gøremål, som er foruddefinerede og valgbare fra den elektroniske patientjournals katalog over aktiviteter og standardplaner [...]
Standardresultater er foruddefinerede resultater."*

[Darmer og Villadsen, 2007]

Tidligere SFI koordinator, Susanne Bünger forstår standardplaner som:

"En standardplan det er en kobling af en række handlinger, som skal udføres hos en patient, og de handlinger de tager afsæt i nogle instrukser, og de instrukser de er udarbejdet på baggrund af nogle kliniske retningslinjer"

[Susanne Bünger, 2010]

Øvrige definitioner på SFI, som dem fra H:S i 2003, EPJ-Observatoriet i 2004, Region Hovedstaden i 2005-2007, CSC i 2007 og Region Hovedstaden i 2008 benytter alle termene standardplaner, -aktiviteter og -resultater uden at definere, hvad der forstås ved dem. Dette kan skyldes, at ordenes betydning er underforstået i klinisk praksis og derfor ikke behøver nogen tydelig definition. På den anden side vil forskellige opfattelser af begreberne påvirke arbejdet med standarderne, i det en ensartet forståelse af begreberne vil kunne sikre et ensartet standardiseringsarbejde.

Den umiddelbare forståelse af ordet standardplan vil være, at det er en plan vi alle skal følge, men i klinisk sammenhæng betyder det dog den intenderede målrettede procedurer for løsning af definerede kliniske problemer [Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006b].

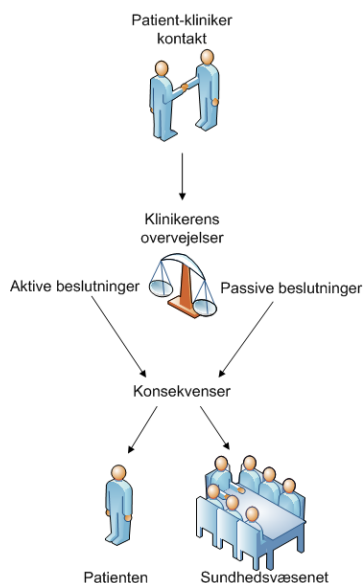


KLINISK PROCES

Den kliniske proces starter ved, at patienten tager kontakt til klinikerens pga. nogle forskellige symptomer. Klinikerens skal herefter nøje overveje, hvad der skal ske med denne patient, for at patienten opnår det bedst mulige resultat. Klinikerens må nøje opveje konsekvenserne, der vil være ved hver handling vedkommende udfører, inden klinikerens iværksætter en handling

[Wulff og Gøtzsche, 1997]. Figur E.1 på næste side illustrerer denne problemstilling. Som det fremgår af figuren, står klinikerens over for to valg: aktive beslutninger som betyder behandling, eller passive beslutninger, hvor der ikke foretages nogen behandling. For hvert valg der træffes, vil der forekomme konsekvenser for patienten og sundhedsvæsenet. Klinikerens står over for en vigtig beslutning, der kan betyde liv eller død for patienten, hvis f.eks. en bestemt behandling ikke udføres er der risiko for, at patienten dør, hvorimod patienten ville have overlevet hvis klinikerens havde foretaget behandlingen. [Wulff og Gøtzsche, 1997]

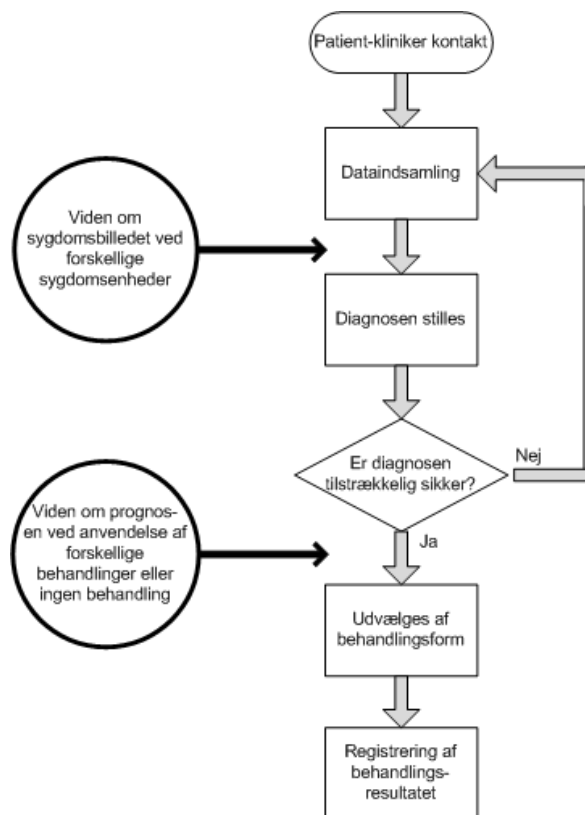
Beklageligvis er beslutningsprocessen ikke så enkel, at aktive beslutninger er gavnlige og passive beslutninger er skadelige. Beslutningsprocessen er særdeles kompliceret og inddeles i forskellige faser, hvor klinikerens for hver fase skal tage stilling til, hvad der vil være det bedste for netop den pågældende patient. [Wulff og Gøtzsche, 1997] Et simplificeret forløb af beslutningsprocessen og dennes forskellige faser ses på Figur E.2 på side 157.



Figur E.1: Oversigt over kliniske overvejelser. Når klinikerens har kontakt med en patient, gør vedkommende sig nogle overvejelser omkring det videre forløb for patienten. Hvilke konsekvenser er der ved at undlade at gøre noget for patienten, frem for at udføre en sundhedsfaglig handling, der muligvis kan medføre at patienten får bivirkninger. Ved hver enkel patientkonsultation må klinikerens opveje konsekvenserne for vedkommendes handling set i forhold til patienten og sundhedsvæsenet.

Først indsamles data omkring patienten. Klinikerens optager en anamnese, baseret på de oplysninger patienten giver, foretager en klinisk undersøgelse og bestiller eventuelle laboratorie- og røntgenundersøgelser. Dernæst danner klinikerens sig en samlet vurdering af patientens sygdomsbillede, ud fra de indsamlede patientdata. Diagnosen stilles ud fra klinikerens viden om sygdomsbillederne ved forskellige sygdomme. Derefter skal klinikerens vurdere om diagnosen er tilstrækkeligt underbygget, og om det er forsvarligt at påbegynde en behandling. Er diagnosen ikke sikker nok, skal der indsamles flere data, og klinikerens er derved tilbage ved første fase. Vurderes det, at diagnosen er tilstrækkeligt underbygget, forsætter klinikerens videre, hvor en behandling vælges. Klinikerens anvender sin faglige viden om sygdomsprognosen uden behandling og ved forskellige former for behandling. Ud fra dette vælger klinikerens den behandling, der har den bedste prognose. Til sidst registreres behandlingsresultatet. [Wulff og Gøtzsche, 1997]

Igen er det kun en simplificeret udgave af beslutningsprocessen. Der kan være undtagelser, hvorved der vil være afvigelser i forhold til det beskrevne forløb. I nogle situationer har behandlingen ikke den ønskede effekt, hvilket vil betyde en ny behandlingsbeslutning eller en ny diagnosebeslut-



Figur E.2: Forenklet diagram af den kliniske beslutningsproces. Patienten opsøger klinikerens, fordi vedkommende føler sig syg, herefter starter dataindsamlingen, hvor klinikerens optager en anamnese, foretager undersøgelser m.m.. Klinikerens vurderer den indsamlede data og danner sig et billede af patientens sygdom. Der stilles en diagnose ud fra patientens sygdomsbillede og den viden klinikerens har. Ud fra viden om prognosen ved anvendelse af forskellige behandlinger eller slet ingen behandling bestemmer klinikerens sig for en behandling og resultatet af denne registreres. Inspireret af [Wulff og Gøtzsche, 1997]

ning. I andre situationer vil det være nødvendigt at behandle patienten før en endelig diagnose er defineret. [Wulff og Gøtzsche, 1997] Dette skyldes, at det kan være nødvendigt at stabilisere patientens tilstand inden egentlige undersøgelser kan udføres.

Allerede under anamneseoptagelsen i beslutningsprocessen, vil situationen, der er vist på Figur E.2 fra "om diagnosen er tilstrækkelig" til "dataindsamlingen", gennemgås. Det skyldes, at når patienten henvender sig til klinikerens, vil den diagnostiske proces begynde. Klinikerens vil stille målrettede spørgsmål for at be- eller afkræfte forskellige diagnostiske muligheder. [Wulff og Gøtzsche, 1997]

Den data der registreres om patienten, er det klinikerens finder relevant for sygdomsudredningen,

og kan dreje sig om:

Subjektive symptomer Patientens følelser, som f.eks. smerter og svimmelhed, og patientens stemning, som f.eks. depression og angst

Objektive symptomer Observationer, fra patienten selv eller de pårørende, omkring patientens krop som f.eks. hævede ankler, blod i urin og epileptisk anfald

Kliniske fund Klinikerens observationer ved den objektive undersøgelse af patienten, som f.eks. hjertemislyd, feber og lymfeknudesvulst.

Parakliniske fund Resultater af undersøgelser der ikke foretages af den behandlende kliniker, f.eks. EKG, røntgenfund og blodanalyse.

Andre oplysninger Andre oplysninger der indgår i patientjournalen, såsom oplysninger om tidligere sygdomme, levevis, medicinindtagelse, brug af nydelsesmidler, arbejds-, bolig- og familieforhold.

[Wulff og Gøtzsche, 1997]

Den kliniske beslutningsproces er altså en møjsommelig proces, der kan betyde liv eller død for patienten. Derfor er det vigtigt, at klinikerer får taget den rette beslutning omkring patientens videre forløb. Den kliniske beslutningsproces, gennemgås for hver gang en patient tager kontakt til klinikerer, og er en individuel proces, der er forskellige fra patient til patient.



DOKUMENTSTYRINGS- OG HÅNDTERINGSSYSTEMER

F.1 Formål

Udarbejdelsen af et dokumentstyrings- og håndteringssystem er et led i implementeringen af den danske kvalitetsmodel. Formålet er at sikre, at sygehusenes dokumenter er tilgængelige, opdaterede og godkendte af relevante personer samt, at dokumenterne entydigt kan identificeres, og at udgåede dokumenter kan genfindes i arkiveringsperioden [IKAS, 2009]. Dokumenterne kan indbyrdes inddeles i følgende hierarkiske niveauer:

1. Politikker og strategier
2. Retningslinjer
3. Instrukser

[IKAS, 2009]

Disse beskrives i det følgende.

F.2 Politikker og strategier, retningslinjer og instrukser

De hierarkiske niveauer er af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) blevet defineret som:

Politikker *Politikker og strategier, der på det strategiske niveau beskriver institutionens overordnede mål, og hvordan organisationen arbejder på at nå målene. En politik kan understøttes af et program, som er et samlebegreb for et sæt af aktiviteter, der fører frem mod de samme mål.*

Retningslinjer: *Retningslinjer, der beskriver formål, omfang, organisation og ansvar samt fremgangsmåder for løsning af opgaver.*

Instrukser: *Instrukser, der på baggrund af en retningslinje beskriver specifikke anvisninger til, hvordan personer skal udføre specifikke opgaver.*

[IKAS, 2009]

Politikker og strategier, retningslinjer og instrukser skal opdateres ved behov, men mindst hvert tredje år. Desuden skal ansvarsområder angives ved oprettelse af dokumenter. [IKAS, 2009] Dette betyder, at der for hvert dokument er udarbejdet en opdateringsplan, og ansvarsområder er ligeledes specificeret.

Selvom regionerne har forskellige systemer, anvender de alle termene, politikker og strategier, retningslinjer og instrukser med undtagelse af Region Hovedstaden som bruger termen vejledninger i stedet for retningslinjer. Dokumenterne kan yderligere inddeles i administrative og kliniske. Kliniske retningslinjer omfatter både regionale versioner af nationale kliniske retningslinjer og kræftpakkeforløb. [Sundhedsstyrelsen, 2010a]

BILAG 0

PROSTATACANCERFORLØB PÅ AALBORG SYGEHUS

Dette bilag indeholder to diagrammer for prostatacancerforløbet på Aalborg Sygehus. Disse kan ses på de følgende to sider.

Pakkeforløb omhandlende prostatakraft

Urologisk afdeling, Aalborg Sygehus

Hverdag 0	Modtagelse og visitation af henvisning, hvoraf fremgår: Begrundet mistanke om prostatakraft: -rektal eksplorations af prostata giver mistanke om kræft (hård, uregelmæssig, asymmetrisk prostata) eller -PSA overstiger den aldersspecifikke grænseværdi samtidig med at UVI er udelukket	Henvisning og visitation
Hverdag 1	Patienten kontaktes og første besøg i urologisk ambulatorium aftales	Udredning
Hverdag 1 – 5 1. ambulante besøg	Forundersøgelse: -TRUSP m biopsi (svar indenfor 10 hverdage) -DRE	
Hverdag 11 – 15 2. ambulante besøg	- Histologisvar - Risikovurdering - Henvisning til yderligere undersøgelser: knoglescintigrafi /MR-scanning/rtg. thorax med svar inden for 6 hverdage - Drøftelse af behandlingsmuligheder	
Hverdag 17 – 21 3. ambulante besøg	-Svar på knoglescintigrafi/MR-scanning/rtg. af thorax -Drøftelse og beslutning om behandlingsform	
Brachyterapi indenfor 7 hverdage efter informeret samtykke (Herlev Sygehus) Operation indenfor 7 hverdage efter informeret samtykke Histologisvar -telefonisk/evt. ambulant samtale Primær ekstern strålebehandling Lavrisikopatienter: -Markør v. 3. amb. besøg -Strålebehandling indenfor 4 uger Mellem og højrisikopatienter: Lymfeknudestaging indenfor 3 hverdage Histologisvar senest 8 hverdage i amb. efter indgreb % Spredning -Opsætning af markør -Endokrin terapi i min. 65 dage inden, under og i 12 måneder efter strålebehandling + Spredning: -Palliation (Endokrin terapi, orchiectomi) Lavrisikopatienter: -Kontrol tilstræbes hver 3. måned -Evt. rebiopteres		Behandling
Efter 3-4 måneder, 6-8 måneder, 1 år, 2 år: - Kontrol af PSA, - Undersøgelse		Kontrol
Tidlig PSA recidiv efter radikal prostatectomi (metastaser): -Stillingtagen til endokrin terapi		Ved recidiv
Lokal recidiv efter radikal prostatectomi: -Stråleterapi (Salvage) indenfor 5 hverdage (% adjuverende endokrin terapi)		
Lokal recidiv efter ekstern strålebehandling: -Kryoterapi på Skejby Sygehus		

Prostatacancerforløb

juli 2008 rev. af Helle B. Jørgensen og Susanne Bünger

