

## Evaluering af den nye epikrisestandard og -vejledning

Forfattere: Thorbjørn Hougaard Mikkelsen<sup>\*/\*\*/\*\*</sup>, Jesper Bo Nielsen<sup>\*</sup>, Jens Søndergaard<sup>\*</sup>.

<sup>\*</sup>Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, <sup>\*\*</sup>Fælles Akut Modtagelse, Sygehus Sønderjylland, <sup>\*\*\*</sup> Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet

### Reviewers, advisory board:

Tom Høg Sørensen, MEDCOM  
Alice Kristensen, MEDCOM  
Jane Holm, Danske Regioner  
Jette Galatius, Praktiserende Lægers Organisation  
Torsten Breuerbach, Styrelsen for Patientsikkerhed  
Lena Graversen, Styrelsen for Patientsikkerhed

November 2021

# Evaluering af den nye epikrisestandard og -vejledning

## Sammenfatning

Resultatet af forskningsrapporten viser, at den nye epikrisestandard forbedrer patientsikkerheden og overleveringen til almen praksis, hvori både markering og anbefalingsfelt indgår. De fleste praktiserende læger oplever, at markeringerne har givet dem et bedre overblik over, hvilke patienter der har brug for opfølgning efter udskrivelse fra sygehuset. Vejledningen evalueres positivt for at være letlæst. De praktiserende læger har taget godt imod anbefalingsfeltet med kort og præcis information om anbefalet opfølgning. De fleste (2/3) af de deltagende praktiserende læger kender til muligheden for at vente med at læse epikriser uden markering, til der er anledning til det eller til første kontakt med patienten.

Epikriser med uforståelig tekst eller autogenererede koder vækker bekymring for at overse vigtige informationer og opleves af de praktiserende læger som en trussel mod patientsikkerheden. Manglende navn eller kontaktoplysninger på den epikriseskrivende læge er en tilbagevendende udfordring for den praktiserende læge. Ligeledes sker det jævnligt, at den epikriseskrivende læge ikke ringer til egen læge i forbindelse med en rødmarkeret epikrise. Dette kan hænge sammen med, at de epikriseskrivende læger kan have vanskeligt ved at lokalisere det direkte nummer til den praktiserende læge.

Evalueringen af den nye epikrisevejledning og standard er positiv. Uforståelig tekst eller autogenererede koder, manglende navn og kontaktoplysninger på såvel epikriseskrivende som praktiserende læger er vigtige indsatsområder.

## Indhold

Sammenfatning .....	2
Læsevejledning .....	4
Baggrund .....	5
Formål.....	5
Metode .....	6
Fokusgruppeinterviews .....	6
Spørgeskemaundersøgelse.....	6
Spørgeskemaundersøgelsen.....	7
Data .....	7
Bedre overdragelse og patientsikkerhed .....	8
Erfaringerne med markerede epikriser .....	9
Farvekodning og patientsikkerhed .....	11
Anbefalingsfeltet og teksten i epikriserne.....	12
Uforståelig tekst i epikriserne .....	14
Medicinlisten .....	15
Implementeringsprocessen og støttematerialet til de nye epikriser.....	15
Erfaringer fra Fokusgruppeinterviews .....	18
Data .....	18
Anbefalingsfeltet .....	19
Overskuelighed.....	20
Farvekodningerne.....	22
Kontaktoplysninger.....	23
Vejledningen.....	24
Den perfekte epikrise .....	25
Implementeringsprocessen.....	25
Referencer .....	27

## Læsevejledning

Denne forskningsrapport bygger på en række fokusgruppeinterviews med både hospitalslæger, der udskriver patienterne, også benævnt epikriseskrivende læger, og praktiserende læger, der er modtagere af epikriserne. Derudover bygger forskningsrapporten på en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger.

Forskningsprojektet blev indledt med fokusgruppeinterviews for at undersøge lægernes oplevelser af den nye epikrisestandard og vejledning. Målet var at sikre, at lægernes erfaringer fik plads og stemme i spørgeskemaet, samt at resultaterne var relevante for de praktiserende læger. Dette forarbejde gjorde det muligt at udarbejde et spørgeskema, som omhandler elementer, som de praktiserende læger møder i deres hverdag. Derudover forholder spørgeskemaet sig til hensigten med den nye epikrisestandard og vejledning.

På baggrund af disse fokusgruppeinterviews og forskningsprotokollen udarbejdede vi et spørgeskema, som blev sendt ud til en række praktiserende læger. Disse fokusgruppeinterviews gjorde os opmærksom på, at de praktiserende læger omtalte de markerede epikriser som værende med farvemarkeringer<sup>1</sup>. Således spurgte vi i interviewguiden til "markeringerne", mens samtalen ofte relaterede sig til "farvekodningerne". Der er ikke grund til at antage, at de praktiserende læger skelner mellem "markeringer" eller "farvekodninger". På trods af at det primære opdrag i denne forskningsrapport ikke omfattede en evaluering af farvekodningerne, valgte vi på den baggrund at tilføje enkelte spørgsmål til "farvekodningerne" i spørgeskemaundersøgelsen.

Rapporten tager udgangspunkt i en redegørelse for resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen for at vise de generelle erfaringer med den nye epikrisestandard. Herefter præsenteres resultater fra fokusgruppeinterviews, der kan nuancere tallene fra spørgeskemaundersøgelsen.

---

<sup>1</sup> (Farvemarkeringer blev aftalt, som i overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og De Danske Regioner i 2018(1))

## Baggrund

I 2016 igangsatte Styrelsen for Patientsikkerhed på baggrund af rådgivning fra Fagligt Forum og rapporterede, utilsigtede hændelser et projekt vedrørende forbedring af patientsikkerheden i epikriser. Forskningsprojektet omfattede et grundigt afdækningsarbejde, hvor man sammen med klinikere identificerede de største problemer og risici forbundet med epikriser.

Derudover aftalte Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) i deres overenskomstaftale for 2018 (OK18), at de ville styrke opfølgningsindsatsen ved sektorovergange og ændrede krav ved afsendelse og modtagelse af epikriser.

Disse to spor blev forenet i projektet "Forbedring af epikriser", som er et af seks projekter i programmet Digital Almen Praksis. Programmet Digital Almen Praksis er sat i gang af den nationale bestyrelse for sundheds-it sammen med en række andre initiativer, der har til formål at styrke sammenhængen og kvaliteten i behandlingen i almen praksis. Projektet hører ligeledes under strategi for national sundhed.

Sammen med projektet "Forbedring af epikriser" nedsatte man en følgegruppe med Styrelsen for Patientsikkerhed som formand og Sundheds- og Ældreministeriet (SUM), Sundhedsdatastyrelsen (SDS), MedCom, KL, PLO og Danske Regioner som deltagere. Arbejdet har resulteret i en væsentligt revideret vejledning og en ny epikrise-standard, der har til formål at øge patientsikkerheden i forbindelse med epikriser.

Vejledningen trådte i kraft den 1. juli 2019, og standarden blev implementeret i Region Sjælland og Region Hovedstaden 3. juli, mens de øvrige regioner implementerede standarden i perioden 16. september til 27. oktober 2019 (2)(3).

Det er første gang, at der er udarbejdet en vejledning fra Styrelsen for Patientsikkerhed, som understøttes af en standard. Der er tidligere blevet udarbejdet standarder på baggrund af vejledninger fra fx Sundhedsstyrelsen. Udviklingen af den nye epikrisevejledning og standard er sket i et bredt samarbejde mellem MedCom, Danske Regioner, PLO, SDS og departementet, hvor man inddrog klinikere i arbejdet. Derudover har der været en solid implementeringsindsats. Set i lyset af at sundhedspersoner efterlyser letlæselige og tydelige vejledninger med høj anvendelighed og let tilgængelighed, var hensigten med herværende arbejde at analysere, om indsatserne har forbedret forståelsen, effekten og implementeringen af den nye vejledning.

Et særligt ønske fra STPS, MedCom og SUM var at undersøge, hvorvidt den reviderede vejledning på epikriseområdet og den nye epikrisestandard har den ønskede effekt i forhold til en mere patientsikker overlevering af oplysninger til almen praksis efter udskrivelse, ambulante besøg mv.

## Formål

At undersøge erfaringerne med den nye epikrisevejledning og standard.

Delmål:

- 1) At analysere, om de praktiserende læger har opnået et bedre overblik over, hvilke af deres patienter der har brug for opfølgning. Herunder også at analysere om:
  - a. De nye epikriser er mere overskuelige end tidligere epikriser.
  - b. Anbefalingsfeltet i epikriserne indeholder klar og tydelig information fra hospitalet.

- c. Ændringen i vejledningen har den effekt, at de praktiserende læger ikke behøver at læse de epikriser, der ikke er markeret til opfølgning, før der er anledning til det.
  - d. Markeringerne giver mening for de praktiserende læger. Herunder om epikriserne bliver brugt rigtigt. Er det nemt for lægerne at finde ud af, hvilke patienter de skal følge op på? Og følger de op på dem som anbefalet?
  - e. De praktiserende læger forventer, at de nye epikriser styrker mulighederne for en mere sikker sektorovergang sammenlignet med den tidligere epikrisemodel.
- 2) At analysere, om implementeringen, herunder IT og støttemateriale, vurderes som værende tilstrækkelig af lægerne.
- a. Har de kendskab til den nye vejledning og standard?
  - b. Hvordan har man fået kendskab hertil?
  - c. Var vejledningen og støttematerialet forståeligt?
- 3) At analysere eventuelle forslag til forbedring af den ny epikrisestandard og vejledning.

## Metode

### Fokusgruppeinterviews

Interviewene er baseret på en semi-struktureret interviewguide tilpasset hhv. praktiserende læger og epikriseskrivende læger, således at interviewer Thorbjørn H. Mikkelsen kunne sikre sig, at informanterne kommer omkring de samme temaer. Samtidig sikres åbenhed overfor tematikker og oplevelser, som informanterne selv bringer på banen (2). Alle interviewene blev gennemført som fokusgruppeinterviews, bortset fra et enkelt interview med en praktiserende læge, der blev gennemført som et individuelt telefoninterview.

Samtlige interviews blev optaget digitalt og udskrevet ordret. Herefter blev data analyseret i henhold til en tematisk indholdsanalyse med udgangspunkt i en hermeneutisk-fænomenologisk forskningstilgang med fokus på forståelse og mening (2,3).

Udgangspunktet var at gennemføre 6 fokusgruppeinterviews, tre med praktiserende læger og tre med epikriseskrivende læger med hver 6-8 deltagere. Grupperne blev sammensat med tilstræbt variation i forhold til køn, alder, solo/kompagniskabspraksis samt land/by. Disse fokusgruppeinterviews gennemførtes i første omgang i Region Hovedstaden og Region Sjælland, der indførte den nye epikrisestandard den 3. juli 2019 samt i Region Syddanmark, der indførte den nye epikrisestandard den 16. september 2019.

Siden viste det sig dog, at der ikke var datamætning, hvorfor antallet af grupper i henhold til princippet om opnåelse af tilstrækkelig informationsmætning (4) blev opjusteret. Disse interviews blev foretaget i Region Nordjylland, der indførte den nye epikrisestandard den 25. september 2019. Grupperne blev sammensat under hensyntagen til køn og alder.

### Spørgeskemaundersøgelse

Med udgangspunkt i baggrundsmaterialet og fokusgruppeinterviews samt drøftelser med projektets Advisory Board bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, PLO, MedCom og STPS udarbejdede vi et spørgeskema til praktiserende læger. Spørgeskemaet blev så vidt muligt konstrueret med svar på en 5-punkts Likert skala. Derudover blev spørgeskemaerne pilottestet for indholdsvaliditet og forståelighed blandt praktiserende læger.

## Spørgeskemaundersøgelsen

### Data

Spørgeskemaet blev udsendt til et repræsentativt udsnit blandt de praktiserende læger med hjælp fra de Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Det blev sendt ud til 798 praktiserende læger, hvoraf 310 besvarede skemaet svarende til en svarprocent på 38,8%. Den forholdsvis lave svarprocent er ikke ualmindelig for spørgeskemaundersøgelser blandt praktiserende læger. Som det fremgår af tabellerne herunder, er stikprøven og respondenterne meget tæt på at være repræsentative for sammensætningen af danske praktiserende læger.

Tabel 1 viser, at kønsfordelingen blandt dem, der besvarede spørgeskemaet, stort set ligner kønsfordelingen blandt praktiserende læger generelt.

**Tabel 1**

Køn	Population		Udtræk		Besvarelser	
	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.
Mand	1499	43%	340	43%	144	46%
Kvinde	1974	57%	458	57%	166	54%

Tabel 2 viser, at fordelingen af besvarelserne procentuelt ligner fordelingen af praktiserende læger i regionerne.

**Tabel 2**

Region	Population		Udtræk		Besvarelser	
	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.
Hovedstaden	1064	31%	248	31%	88	28%
Sjælland	441	13%	87	11%	41	13%
Syddanmark	819	24%	200	25%	79	25%
Midtjylland	851	25%	197	25%	78	25%
Nordjylland	298	9%	66	8%	24	8%

Derudover viser tabel 3, at klinikkernes valg af pc-programmer til håndtering af bl.a. epikriser svarer nogenlunde til fordelingen af de programmer, respondenterne arbejder med. Det skal i den forbindelse nævnes, at vores data ikke viser, hvor mange læger der arbejder med de forskellige programmer i klinikkerne, hvorfor data i Tabel 3 alene kan antyde, at besvarelserne forventes at matche brugen af programmerne i klinikkerne. Det skal understreges, at vi ikke kender de rette tal for brugen af programmerne i klinikkerne, kun blandt respondenterne.

**Tabel 3 Udbredelsen af de forskellige programmer i almen praksis klinikker og blandt de praktiserende læger, der har besvaret spørgeskemaet.**

LPS System	Fordeling af programmer i almen praksis		Programmer brugt af stikprøvens respondenter	
	Antal klinikker	Klinikker i %	Antal læger fordelt på program	Brugere i %
XMO	725	42%	133	43%
Cliniccare	1	0%	0	0%
EG Clinea	436	25%	87	28%
Ganglion, Multimed, Myclinic*	114	7%	17	5%
Novax	201	12%	27	9%
PLC A-data	239	14%	46	15%

\* Ganglion, Multimed, Myclinic afrapporteres samlet på grund af få brugere i stikprøven

### Bedre overdragelse og patientsikkerhed

Formålet med de nye markerede epikriser er at sikre en bedre overdragelse til almen praksis samt at forbedre patientsikkerheden. Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viser ikke entydigt, om dette formål opfyldes, idet vi alene har spurgt til de praktiserende lægers oplevelse.

Som det fremgår af Tabel 4, er 63% af de praktiserende læger "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at de nye markerede epikriser med anbefalingsfelter bidrager til en bedre overlevering til almen praksis, mens 22% "Hverken er enig eller uenig" og henholdsvis 8% og 6% er "Delvis uenig" og "Helt uenig". På spørgsmålet, om de markerede epikriser med anbefalingsfelter forbedrer patientsikkerheden, angiver 22%, at de er "Helt enig" og 50% "Delvist enig", mens 15% er "Hverken enig eller uenig" og 8% er "Delvis uenig" og 6% er "Helt uenig".

Således svarer 63%, at de er "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at de nye markerede epikriser med anbefalingsfelt bidrager til en bedre overlevering til almen praksis, og 72% er "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at de nye markerede epikriser med anbefalingsfelt forbedrer patientsikkerheden.

Tabel 4 Bedre overdragelse og patientsikkerhed	Hverken enig eller uenig					N
	Helt enig n (%)	Delvist enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvist uenig n (%)	Helt uenig n (%)	
De nye markerede epikriser med anbefalingsfelt bidrager til en bedre overlevering til almen praksis	63 (20)	134 (43)	68 (22)	25 (8)	20 (6)	310
De nye markerede epikriser med anbefalingsfelt forbedrer patientsikkerheden	67 (22)	156 (50)	45 (15)	24 (8)	18 (6)	310



## Erfaringerne med markerede epikriser

Tabellen herunder tydeliggør markeringernes betydning for de praktiserende læger. 68% er "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at markeringen giver et bedre overblik over hvilke patienter, der har brug for opfølgning efter udskrivelse, mens 17% er "Delvist uenig" eller "Helt uenig". På spørgsmålet, om de markerede epikriser gør det nemmere at prioritere, hvilke epikriser den praktiserende læge skal handle på nu, svarer 60% "Helt enig" eller "Delvist" enig. Det betyder samtidig, at 40% er "Hverken enig eller uenig", "Delvis uenig" eller "Helt uenig" i udsagnet. Således viser resultaterne, at det ikke er blevet entydigt nemmere at prioritere epikrisen på baggrund af markeringerne.

Et naturligt spørgsmål i forbindelse med markeringerne er, om de praktiserende læger oplever, at de bruger mindre tid på at læse epikriser end før, der blev indført markeringer, hvilket kun 12% oplever. Ligeledes opleves det heller ikke som hurtigere at gennemgå og journalisere epikriserne end tidligere, idet 70% angiver at være "Helt uenig" eller "Delvis uenig" i spørgsmålet. Dog er der 22%, der erklærer sig "Helt enig" eller "Delvist enig" i udsagnet: "I min klinik bruger vi mindre tid på at læse epikriser sammenlignet med før, der blev indført markering", hvorfor denne løsning virker godt for ca. 20% af de deltagende praktiserende læger.

Et andet element er, at 82% af de deltagende praktiserende læger angiver, at markeringen fremtræder tydeligt i computerprogrammet.

**Table 5 Markeringernes betydning for, hvor hurtigt epikriserne kan læses og prioriteres**

	Helt enig n (%)	Delvist enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvist uenig n (%)	Helt uenig n (%)	N
Markeringen af epikriserne har givet mig bedre overblik over, hvilke patienter der har brug for opfølgning efter udskrivelse	60 (19)	152 (49)	44 (14)	26 (8)	28 (9)	310
De nye markerede epikriser gør det nemmere at prioritere, hvilke epikriser jeg skal handle på først	79 (25)	110 (35)	55 (18)	33 (11)	33 (11)	310
I min klinik bruger vi mindre tid på at læse epikriser sammenlignet med før, der blev indført markering	15 (5)	21 (7)	57 (18)	68 (22)	149 (48)	310
De nye markerede epikriser har gjort det hurtigere at gennemgå og journalisere epikriserne	24 (8)	43 (14)	79 (25)	64 (21)	100 (32)	310
Markeringen af epikriserne fremtræder tydeligt i mit computerprogram	189 (61)	65 (21)	18 (6)	26 (8)	12 (4)	301

Fokusgruppeinterviewene viste, at de praktiserende læger ikke altid er enige i markeringen af epikriserne. Flere faktorer kan gøre sig gældende i den praktiserende læges vurdering. Fx kan den praktiserende læges kendskab til patienten og dennes netværk have indflydelse på, hvordan lægen vurderer den enkelte patient.

Fokusgruppeinterviewene viste også, at de praktiserende læger relaterer markeringerne til epikrisernes farve, der blev vedtaget som en del af overenskomsten, hvor man enedes om at farvekode epikriserne på baggrund af koderne. Derfor har vi også spurgt ind til, i hvilken grad de praktiserende læger er enige i farvekodningerne "grøn", "gul" og "rød" og "ingen markering". Dette er afgørende for, om den praktiserende læge kan vente med at læse epikrisen til første kontakt med patienten og ikke mindst, om der følges rettidigt op på patienten.

De praktiserende læger er mest enige i de grønmarkerede epikriser med 9% "Altid" og 58% "Ofte" altså samlet 67%. For de rødmarkerede og dem uden markeringer er værdierne ca. 10 procentpoint lavere med hhv. 57% og 56%. De gulmarkerede ligger forholdsvist lavt med 52%, hvilket formentligt kan tilskrives, at det er en "mellemkategori", hvor tvivlstilfælde også kan markeres rød i de alvorligere tilfælde eller grøn i de mindre alvorlige tilfælde.

**Tabel 6 Praktiserende lægers vurdering af farvemarkeringerne**

	Altid n (%)	Ofte n (%)	Sommetider n (%)	Sjældent n (%)	Aldrig n (%)	N
Jeg er enig i, at det er de rigtige epikriser, der ikke markeres	21 (7)	153 (49)	109 (35)	23 (7)	4 (1)	310
Jeg er enig i markeringen af de grønmarkerede epikriser	28 (9)	180 (58)	84 (27)	12 (4)	6 (2)	310
Jeg er enig i markeringen af de gulmarkerede epikriser	13 (4)	149 (48)	121 (39)	22 (7)	5 (2)	310
Jeg er enig i markeringen af de rødmarkerede epikriser	23 (7)	154 (50)	95 (31)	26 (8)	12 (4)	310
Sygehuset farvemarkerer altid epikriser for væsentlige begivenheder, som ikke er behandlingskrævende, men som vi skal samle op på (fx et dødfødt barn, besøg på traumecenter)	13 (4)	69 (22)	121 (39)	73 (24)	34 (11)	310

En anden mulighed er at farvekode epikriser efter væsentlige begivenheder, der ikke er behandlingskrævende, men som egen læge skal have mulighed for at følge op på, såsom et dødfødt barn eller et besøg på traumecenter. Her svarer kun 26% af de praktiserende læger, at de "Altid" eller "Ofte" modtager en farvekodet epikrise.

Sygehuset er forpligtet til at ringe, når de udskriver en patient med en rødkodet epikrise. Imidlertid viser besvarelserne, at hele 57% procent af de deltagende praktiserende læger angiver, at de "Aldrig" er blevet kontaktet af sygehuset i forbindelse med en rød epikrise. Derudover angiver henholdsvis 19% og 14%, at de "Sjældent" eller "Nogle gange" er blevet kontaktet i forbindelse med en rødkodet epikrise, mens kun 10% har oplevet det "Hver gang".

**Tabel 7 Opkald ved rød markering**

	Nogle				n
	Hver gang	gange	Sjældent	Aldrig	
Sygehuset er forpligtet til at ringe, når de udskriver en patient med en rødmarkeret epikrise. Jeg er blevet kontaktet i forbindelse med rødmarkerede epikriser	26 (10)	38 (14)	52 (19)	154 (57)	270

Dette må forventes at reducere patientsikkerheden i forbindelse med sektorskiftet for patienter, der udskrives med en rødmarkeret epikrise.

### Farvekodning og patientsikkerhed

Vi har ovenfor konkluderet, at de fleste praktiserende læger anser de nye markeringer som en forbedring af patientsikkerheden. Imidlertid er der flere aspekter ved det danske system, der kunne udgøre en risiko.

Laboratoriesvar kan i lægernes it-systemer farvekodes ligesom epikriserne, hvilket potentielt kunne reducere patientsikkerheden. Resultaterne i tabellen herunder viser, at 45% af de praktiserende læger er "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at markerede laboratoriesvar gør det vanskeligt at finde de epikriser, der kræver en hurtig opfølgning, mens kun 20% angiver, at de er "Helt uenig" eller "Delvist uenig".

Derudover tilkendegiver nogle læger, at det er en trussel mod patientsikkerheden for sårbare ambulante patienter, når ambulante patienters epikriser ikke er en del af aftalen om opfølgning.

Spørgeskemaresultatet viser, at 20% af de praktiserende læger er "Helt enig" eller "Delvist enig", mens 49% svarer "Hverken enig eller uenig", og 31% svarer "Delvis uenig" eller "Helt uenig", hvilket indikerer, at dette muligvis kan udgøre et problem, som dog ikke fylder meget for de fleste praktiserende læger.

**Tabel 8 Laboratoriesvar, epikriser på ambulante patienter og den generelle tillid til markeringerne**

	Helt enig n (%)	Delvis enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvis uenig n (%)	Helt uenig n (%)	N
	Laboratoriesvar kan også komme med farvemarkeringer. Markerede laboratoriesvar gør det svært at finde de epikriser, jeg skal handle på hurtigt	42 (14)	97 (31)	108 (35)	26 (8)	
At ambulante patienters epikriser ikke er en del af aftalen om opfølgning er en trussel mod patientsikkerheden for sårbare ambulante patienter	23 (7)	40 (13)	152 (49)	34 (11)	61 (20)	310
Jeg har tillid til, at markeringerne af epikriserne er korrekte, så jeg venter med at læse de epikriser, der ikke er markerede, til der er anledning til det eller til første kontakt med patienten	25 (8)	59 (19)	44 (14)	84 (27)	98 (32)	310

Den nye epikrisestandard og markeringerne gør det muligt for de praktiserende læger at vente med at læse de ikke-markerede epikriser til første kontakt med patienten. Vi spurgte de praktiserende læger, om de kendte denne mulighed:

Blandt de deltagende praktiserende læger angiver 67% (n: 208), at de kender til muligheden for at vente med at læse epikriser uden markering, til der er anledning til det eller til første kontakt med patienten, 33% (n:102) angav, at de ikke kendte muligheden.

Derfor stillede vi dem spørgsmålet: "Jeg har tillid til, at markeringerne af epikriserne er korrekte, så jeg venter med at læse de epikriser, der ikke er markerede, til der er anledning til det eller til første kontakt med patienten". Som det fremgår af tabellen ovenfor, angiver godt 1/4, at de er "Helt enige" eller "Delvist enige", mens 14% betegner sig som "Hverken enige eller uenige" i udsagnet og knapt 2/3 helt eller delvis uenig i udsagnet om tillid til markeringerne.

Denne mulighed må forventes at blive anvendt hyppigere i fremtiden, såfremt de praktiserende lægers tillid til markeringerne styrkes. Andelen af læger, der oplever, at de i deres klinik bruger mindre tid på at læse epikriser, vil formentligt øges i takt med, at tilliden til markeringerne øges. Ligeledes må andelen, der angiver, at "De nye markerede epikriser har gjort det hurtigere at gennemgå og journalisere epikriserne", forventes at stige fra de 22%, der i samme tabel angiver, at de er "Helt enig" eller "Delvist enig" i udsagnet.

Samlet set vurderes patientsikkerheden at være øget med markeringerne.

### Anbefalingsfeltet og teksten i epikriserne

En veludformet og informativ epikrise vil ofte være tilstrækkelig information for den praktiserende læge i det videre forløb, men nogle gange kan den praktiserende læge have brug for at kontakte den epikriseskrivende læge med opfølgende spørgsmål. Således skal der ifølge vejledningen også oplyses navn og kontaktinformationer på den epikriseskrivende læge i epikrisen (5). Vores fokusgruppeinterviews viste imidlertid, at manglende navn og kontaktoplysninger ofte kan være en udfordring for den praktiserende læge, idet 14% af de deltagende praktiserende læger har oplevet, at der "Hver gang" mangler kontaktoplysninger på den epikriseskrivende læge, mens 48% har oplevet det "Nogle gange" siden indførelsen af den nye epikrisestandard. Således angiver 62% at de "Hver gang" eller "Nogle gange" får epikriser uden kontaktoplysninger på den epikriseskrivende læge.

Navnet på den epikriseskrivende læge er ligeledes vigtig. Alligevel angiver 43% af de deltagende praktiserende læger, at navnet mangler "Nogle gange", mens 36% angiver "Sjældent" og 21% angiver "Aldrig" på spørgsmålet. Derudover angiver kun 21% (n: 283), at de ikke har modtaget en epikrise uden navn på den epikriseskrivende læge (se Tabel 9 næste side).

**Tabel 9 Kontaktoplysninger og opkald ved rød markering**

	Hver gang	Nogle gange	Sjældent	Aldrig	n
Siden indførelsen af den nye epikrisestandard har jeg oplevet epikriser uden kontaktoplysninger på den epikriseskrivende læge	31 (14)	107 (48)	59 (27)	25 (11)	222
Siden indførelsen af den nye epikrisestandard har jeg oplevet epikriser uden navn på den epikriseskrivende læge	0 (0)	121 (43)	102 (36)	60 (21)	283

Mens både markeringen af epikrisen og kontaktoplysningerne er et krav i en epikrise, er anbefalingsfeltet det sted, hvor den epikriseskrivende læge har mulighed for kort og præcist at redegøre for, hvilken opfølgning, denne mener, vil være den rette hos den praktiserende læge. Med den nye epikrisestandard er der kommet et obligatorisk anbefalingsfelt for alle epikriser, der er markeret til opfølgning (5). Blandt de deltagende praktiserende læger angiver 61%, at de er "Helt enig" eller "Delvis enig" i, at det nye anbefalingsfelt forbedrer patientsikkerheden, og 67% angiver, at de er "Helt enig" eller "Delvis enig" i, at det nye anbefalingsfelt bidrager til en bedre overlevering til almen praksis efter udskrivelse fra sygehuset (Tabel 10).

Tabel 10 Anbefalingsfeltets betydning	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller	Delvis uenig	Helt uenig	N
	n (%)	n (%)	uenig n (%)	n (%)	n (%)	
Det nye anbefalingsfelt forbedrer patientsikkerheden	55 (18)	134 (43)	67 (22)	28 (9)	26 (8)	310
Det nye anbefalingsfelt bidrager til en bedre overlevering til almen praksis efter udskrivelse af patienten	70 (23)	135 (44)	55 (18)	26 (8)	24 (8)	310

Under vores fokusgruppeinterviews fandt vi ud af, at nogle læger oplevede, at det kunne være vanskeligt at finde anbefalingsfeltet. Det skyldtes blandt andet autogenerated koder eller anden forstyrrende tekst. Resultatet af spørgeskemaet viser, at 62% er "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at anbefalingsfeltet er nemt at identificere. Det er et forholdsvist fint tal, men det ville være ønskværdigt, at alle markerede "Helt enig" på spørgsmålet.

Det må forudsættes, at epikrisen er nem at forstå, hvis det skal være muligt for den praktiserende læge at handle hurtigt og adækvat på epikrisen. På spørgsmålet, om anbefalingsfeltet er nemt at forstå, svarer 34% "Helt enig" og 36% "Delvist enig", 15% angiver "Hverken enig eller uenig", mens 10% angiver "Delvist uenig" og 5% angiver "Helt uenig".

Kort og præcis information i anbefalingsfeltet er ikke en forudsætning for en god overlevering, men kan bidrage og lette processen for både den epikriseskrivende læge og særligt de praktiserende læger. Her angiver 63% af de praktiserende læger, at de er enten "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at anbefalingsfeltet giver kort og præcis information om anbefalet opfølgning, mens 19% angiver "Hverken enig eller uenig". Dog er der 27%, der angiver enten "Delvist uenig" eller "Helt uenig" på spørgsmålet.

Kun 7% af de praktiserende læger skriver, at de er helt enige med den epikriseskrivende læge om, hvad der skal følges op på. 41% er delvist enige i, hvad den praktiserende læge skal følge op på. Således er ca. halvdelen af de praktiserende læger (48%) enige med den epikriseskrivende læge i, hvad de skal følge op på. Samtidigt anfører 23%, at de er "Deltvist uenig" eller "Helt uenig" med den epikriseskrivende. Resultaterne fra fokusgruppeinterviews viser, at de praktiserende læger nogle gange oplever, at anbefalingerne er uklart formulerede, og andre gange, at de er svære at finde, hvilket bidrager til forklaringen af denne svarfordeling.

<b>Tabel 11 Anbefalingsfeltets anvendelighed</b>	Helt enig n (%)	Delvist enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvist uenig n (%)	Helt enig n (%)	N
Anbefalingsfeltet er nemt at finde	124 (40)	98 (32)	37 (12)	29 (9)	22 (7)	301
Anbefalingsfeltet er nemt at forstå	105 (34)	113 (36)	47 (15)	30 (10)	15 (5)	301
Anbefalingsfeltet giver kort og præcis information om anbefalet opfølgning	63 (20)	134 (43)	60 (19)	39 (13)	14 (4)	301
Jeg er enig med den epikriseskrivende læge i, hvad jeg skal følge op på	21 (7)	128 (41)	90 (29)	60 (19)	11 (4)	301

### Uforståelig tekst i epikriserne

Et andet element, der kan bidrage til, at epikriserne virker uoverskuelige, er uforståelige, autogenerede koder til trods for, at vejledningen anfører, at det må der ikke være (5) Tabel 12 viser, at 65% af de praktiserende læger er "Helt enig" eller "Deltvist enig" i, at epikriserne indeholder uforståelig tekst eller koder, der gør, at den praktiserende læge er bekymret for at overse vigtige oplysninger i epikrisen. 77% er "Helt enig" eller "Deltvist enig" i, at uforståelig tekst eller koder i epikriserne er en trussel mod patientsikkerheden. En fjerdedel af de praktiserende læger er "Helt enig" eller "Deltvist enig", mens 42% er "Hverken enig eller uenig" i, at der er kommet mere uforståelig tekst eller koder i epikriserne efter, at man begyndte at markere epikrisen.

**Tabel 12 Uforståelig tekst i epikriserne**

	Helt enig n (%)	Delvis enig n (%)	Hverken enig eller uenig		Helt uenig n (%)	N
			uenig n (%)	Delvis enig n (%)		
Epikriser indeholder uforståelig tekst eller koder, der gør, at jeg er bekymret for at overse vigtige oplysninger i epikrisen	84 (27)	117 (38)	49 (16)	48 (15)	12 (4)	310
Uforståelig tekst eller koder i epikriserne er en trussel mod patientsikkerheden	127 (41)	111 (36)	39 (13)	26 (8)	7 (2)	310
Der er kommet mere uforståelig tekst eller koder i epikriserne, efter man begyndte at markere epikriserne	36 (12)	37 (12)	130 (42)	55 (18)	52 (17)	310

### Medicinlisten

Et emne, der dukkede op i nogle af interviews, var medicinlisterne. De praktiserende læger tilkendegav, at disse var lange og uoverskuelige. Derfor foreslog nogle læger en forkortet medicinliste. Spørgeskemaundersøgelsen viste, som det fremgår af Tabel 13, at 78% er "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at medicinlisten skal indeholde al den medicin, patienten får ved udskrivelsen, og at 79% er enige i, at medicinlisten, som nu, bør indeholde alle medicinændringer, der er foretaget under indlæggelsen. Samtidigt er ca. en fjerdedel "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at medicinlisten udelukkende bør indeholde ændringer i medicinen foretaget på sygehuset. Således er der et klart flertal, der ønsker at bevare medicinlisten, som den er, og et forholdsvist stort mindretal, der ønsker, at medicinlisten udelukkende indeholder ændringer i medicinen foretaget på sygehuset.

**Tabel 13 Medicinlisten**

	Helt enig n (%)	Delvist enig n (%)	Hverken enig eller uenig		Helt uenig n (%)	N
			uenig n (%)	Delvist uenig n (%)		
Medicinlisten bør, som nu, indeholde al den medicin, patienten får ved udskrivelsen	214 (69)	28 (9)	22 (7)	18 (6)	28 (9)	310
Medicinlisten bør, som nu, indeholde alle medicinændringer, der er foretaget under indlæggelsen	212 (68)	33 (11)	31 (10)	17 (5)	17 (5)	310
Medicinlisten bør udelukkende indeholde ændringer i medicinen foretaget på sygehuset	63 (20)	23 (7)	52 (17)	51 (16)	121 (39)	310

### Implementeringsprocessen og støttematerialet til de nye epikriser.

I forbindelse med udviklingen af de nye epikriser blev der nedsat en følgegruppe med Styrelsen for Patientsikkerhed som formand og Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsdatastyrelsen, MedCom,

Kommunernes Landsforening, Praktiserende Lægers Organisation og Danske Regioner som deltagere. Resultatet af dette samarbejde er en væsentligt revideret vejledning og en ny epikrisestandard, der har til formål at øge patientsikkerheden i forbindelse med epikriser. Denne artikel afrapporterer resultater fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende implementeringsprocessen.

I spørgeskemaundersøgelsen spurgte vi blandt andet de praktiserende læger, hvorvidt de kendte til ændringen, da de modtog de første markerede epikriser. Her svarede 9%, at de ikke havde kendskab til ændringen, mens 83% havde.

**Tabel 14 Andelen, der ikke havde hørt om de nye markerede epikriser**

	Helt enig n (%)	Delvis enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvis uenig n (%)	Helt uenig n (%)	N
Da jeg modtog de første markerede epikriser, havde jeg ikke tidligere hørt om ændringen	9 (3)	21 (7)	22 (7)	48 (15)	210 (68)	310

Ligeledes spurgte vi, hvilket informationsmateriale de har læst om den nye epikrisestandard, samt hvordan de oplevede den.

**Tabel 15**

	Jeg har læst informationsmateriale fra			Andelen, der er "Helt enig" eller "Delvist enig" i udsagnet: "Informationsmateriale gav mig tilstrækkelig viden om de nye markerede epikriser"
	Ja (%)	Ved ikke n	n	
Det lokale sygehus	17 (5)	2	310	12 (71%)
PLO	242 (78)	17	309	222 (92%)
Praksiskonsulentordningen	94 (30)	7	309	83 (88%)
Regionen	76 (25)	9	310	61 (80%)
Styrelsen for				
Patientsikkerhed	53 (17)	8	310	44 (83%)
Andre	13 (4)	5	307	11 (84%)

Flest praktiserende læger (78%) angiver, at de har læst informationsmateriale fra PLO. Heraf var 92% helt eller delvist enige i, at informationsmateriale gav dem tilstrækkelig viden om de nye markerede epikriser. Næstflest praktiserende læger (30%) angiver, at de har læst informationsmateriale fra praksiskonsulenterne, og her oplever 88%, at informationsmateriale gav tilstrækkelig viden om de nye



markerede epikriser. Materiale fra regionen blev markeret som læst af 25% af de praktiserende læger, og blandt dem oplevede 80%, at informationsmaterialet gav tilstrækkelig viden om de nye markerede epikriser. Tabellen viser også, at 17% angiver, at de har læst informationsmaterialet fra Styrelsen for Patientsikkerhed, og 83% oplevede, at materialet herfra gav dem tilstrækkelig information om de nye markerede epikriser. Materiale fra det lokale sygehus blev markeret læst af 5% af de deltagende praktiserende læger. Heriblandt oplevede 71%, at informationsmaterialet gav tilstrækkelig viden om de nye markerede epikriser.

Blandt de i alt 495 læste informationsmaterialer angiver 87% af de praktiserende læger, at de er enige eller delvist enige i, at informationsmaterialet gav tilstrækkelig viden om de nye markerede epikriser.

To tredjedele har læst epikrisevejledningen (204), og 1/3 (106) har ikke læst epikrisevejledningen. Som det fremgår af Tabel 16, er 82% af de 204, der har læst vejledningen, "Helt enig" eller "Delvis enig" i udsagnet "Vejledningen gav mig tilstrækkelig viden om de nye epikriser". Henholdsvis 82% og 83% er "Helt enig" eller "Delvis enig" i udsagnet "Vejledningen er til at forstå" og "Vejledningen er letlæst", hvilket må vurderes som tilfredsstillende, ikke mindst set i lyset af, at ingen er "Helt uenig" i udsagnene, og kun 1-2% er "Delvist uenig" i udsagnene.

**Tabel 16 Vurderingen af vejledningen og den overordnede implementeringsproces**

	Helt enig n (%)	Delvis enig n (%)	Hverken enig eller uenig n (%)	Delvis uenig n (%)	Helt uenig n (%)	N
Vejledningen gav mig tilstrækkelig viden om de nye epikriser	84 (41)	83 (41)	34 (17)	3 (1)	0	204
Vejledningen er til at forstå	81 (40)	85 (42)	34 (17)	4 (2)	0	204
Vejledningen er letlæst	81 (40)	87 (43)	32 (16)	4 (2)	0	204
Alt i alt følte jeg mig velorienteret om den nye epikrisestandard, da jeg fik de første markerede epikriser	135 (44)	123 (40)	40 (13)	8 (3)	4 (1)	310
Alt i alt oplever jeg, at implementeringsprocessen har været tilstrækkelig	86 (28)	118 (38)	70 (23)	18 (6)	18 (6)	310

På udsagnet "Alt i alt følte jeg mig velorienteret om den nye epikrisestandard, da jeg fik de første markerede epikriser" angiver 84%, at de er "Helt enig" eller "Delvis enig", mens 13% angiver "Hverken enig eller uenig", mens kun 4% mener, at de var "Helt uenig" eller "Delvist uenig".

På spørgsmålet "Alt i alt oplever jeg, at implementeringsprocessen har været tilstrækkelig", angiver 64%, at de er "Helt enig" eller "Delvist enig", hvilket indikerer, at implementeringsprocessen har været tilfredsstillende for de fleste, idet kun 12% angiver "Delvis uenig" eller "Helt uenig".

## Erfaringer fra Fokusgruppeinterviews

Vi indledte forskningsprojektet med fokusgruppeinterviews for at høre lægerne om deres oplevelser af den nye epikrisestandard og vejledning samt for at sikre, at lægernes erfaringer fik plads og stemme, og at resultaterne ikke lod sig styre af hensigten med den nye epikrisestandard og vejledning, selvom mange elementer vedrørende dem og implementeringsprocessen dannede baggrund for de åbne spørgsmål, lægerne blev præsenteret for.

### Data

Der blev gennemført et fokusgruppeinterview med praktiserende læger og et med hospitalslæger i fire regioner. Oprindeligt var planen at lave interviews i tre regioner (Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden), fordi de var de første regioner, der implementerede den nye epikrisevejledning og -standard. De første interviews viste imidlertid, at der er forskel på erfaringerne i Sundhedsplatformens område og erfaringerne i Region Syddanmark. Derfor blev det besluttet at udvide med en region mere: Region Nord, hvor der også blev lavet fokusgruppeinterviews (FGI) med de to grupper læger. Hvor de første FGI blev gennemført primo 2020, kunne det sidste FGI grundet udviklingen af COVID-19 først gennemføres i august 2020.

Informanternes karakteristika fremgår af nedenstående matrice og viser en bred repræsentation blandt de praktiserende læger, dog uden yngre mænd (under 50 år) med en lægeklinik på landet<sup>2</sup> :

#### Informantkarakteristika blandt deltagende praktiserende læger i FGI

		Land		By	
		Solo	Kompagniskab	Solo	Kompagniskab
Mand	Yngre (>50 år)				X
	Ældre (50=< år)	XX	X	XX	X
Kvinde	Yngre (>50 år)		XXX		XX
	Ældre (50=< år)	XX	X		XX

Der deltog således 17 praktiserende læger heriblandt 7 mænd og 10 kvinder.

Mens de praktiserende læger blev inviteret til fokusgruppeinterviews og selv afgjorde, om de ønskede at deltage i interviewet, blev sygehuslægerne inviteret gennem regionerne, som fandt deltagere til interviewene. For at sikre deres anonymitet er det kun antallet af deltagere og de deltagende fagligheder, der afrapporteres her. I alt deltog 15 sygehuslæger i fokusgruppeinterviews fra de 4 regioner med repræsentanter fra følgende afdelinger:

Medicinsk Afdeling, Psykiatrisk Afdeling, Gynækologisk Afdeling, Børneafdeling, Kirurgisk Afdeling, Geriatrisk Afdeling, Øre-Næse-Hals afdeling og Kardiologisk Afdeling, Miljømedicinsk Afdeling og Endokrinologisk Afdeling.

Resultatet af disse fokusgruppeinterviews viser, at lægerne forholder sig positive overfor markeringerne: Hospitalslægerne, fordi det tvinger dem til at tage stilling til, hvad der efterfølgende skal ske for patienten,

---

<sup>2</sup> under 15.000 indbyggere

og de praktiserende læger, fordi det giver dem overblik over, hvilke patienter de skal være særligt opmærksomme på.

De største fordele er, at farvekodningen gør det nemt at se, hvem der skal prioriteres højest. Derudover oplever de praktiserende læger, at epikriserne kommer hurtigere end tidligere.

### Anbefalingsfeltet

Anbefalingsfeltet blev introduceret med den nye epikrisevejledning og -standard. I forhold til anbefalingsfeltet oplever de praktiserende læger, at det er nemt at finde.

*I: "Men vi var i gang med det anbefalingsfelt, ikke? Hvordan oplever I feltet?... Har det ændret noget i forhold til tidligere?"*

*TM2: "Ja, altså man ser jo feltet med det samme."*

*TM1: "Man er vel nok lidt mere opmærksom på det."*

*M2: "Det står skarpere, helt klart. Det er også en god måde at gøre det på i virkeligheden, for den person, der skriver epikrisen, skriver ikke bare sådan: "la la, et eller andet forløb", men tager stilling til, hvad er det egentlig, der skal ske efter. Altså, det er jo et nyt spørgsmål, der kommer, som fokuserer på problemstillingen. Så det, tænker jeg, er godt."*

De praktiserende læger angiver også, at de mener, at idéen er god, men at den ikke nødvendigvis udføres i praksis:

*NP4: "Altså, jeg synes jo, at standarden er fornuftig. Der er en stor fordel ved tanken om, at den besked, vi skal have, den skal ligge øverst, og at der også er en markering på, hvis der er noget, de vil have os til at se, men det er bare ikke altid sådan, det er."*

Anbefalingen i epikrisen fra den epikriseskrivende læge til den praktiserende læge er, som ordet indikerer, en anbefaling om, hvad den epikriseskrivende læge foreslår, at egen læge følger op med. Egen læge kan følge anbefalingen, men kan også undlade.

Det er imidlertid ikke altid, at anbefalingen er formuleret klart:

*I: "Ja. Gør I det, som de anbefaler, eller?"*

*SP4: "Jamen somme tider, så er deres anbefaling lidt vag. Fx det der med at følge op på blodprøver; hvad for nogle blodprøver? Og så skal du først ind og finde ud af, jamen, hvordan har patientens indlæggelsesforløb egentlig været og kigge på deres blodprøver osv. Det er nok dét der, de gerne vil have tjekket op på. Så der skal man først regne den ud, sådan set. Men ja, så gør man det."*

*I: "Hvis de er klare, hvis I forstår hvad. Så gør I det?"*

*SP4: "Ja, selvfølgelig."*

*I: "Så gør I det typisk."*

*Flere: "Ja."*

SP4: "Hvis det giver mening."

Det er imidlertid ikke altid, at anbefalingen giver mening for den praktiserende læge:

NP2: "Altså, jeg har den ene her, som jeg har givet dig, der står fx "anbefaling; patient eller dens netværk/pårørende kan selv tage kontakt til praktiserende læge" – fint. De forventer, at patienten kan kontakte mig, men hvorfor? Det ville være godt, hvis de er tvunget til at sige, uanset om den er rød, gul eller grøn, hvis vi mener, du skal gøre noget, så står det deroppe."

Et andet eksempel:

SP2: "Nej, problemet er, at der også nogle gange bare står "opfølgning hos egen læge med blodprøver", men så har vi jo egentlig frit valg på alle hylder. Så må de svare til, hvad de mener."

SP3: "Ja, eller der står, at vi skal; følge op på en kalium, den har været lav. Hvad har den været, altså. Hvornår er den taget, hvad er det, jeg skal sammenligne med."

Således er de praktiserende læger enige om, at det er en god løsning med et anbefalingsfelt øverst i epikrisen, hvor den epikriseskrivende læge anbefaler fokuspunkter for opfølgningen.

## Overskuelighed

De største udfordringer er uoverskuelighed.

En stor udfordring er autogenerede koder, der gør epikrisen lang og uoverskuelig. Helt op til op til 7 sider delt i to.

Det kan være meget svært at finde de relevante informationer i epikriserne. Her beskriver en praktiserende læge et eksempel:

HM2: "Jamen altså, der er jo sådan, at hvis jeg skal tegne det op her, så får du den første side, så får du dato heroppe, [tegner] så er der, hvad for et hospital, så når vi hened, så er der pårørende, så er der diagnoser, og der kan der godt være en 5, 6, 7, 8-10 stykker, for de får jo penge for de her G-takster, for hvor meget de kan lave. HER står der ikke noget, jeg ikke ved noget om, så den der side, den skal jeg jo først drysse ned over, så kommer vi herom, så står der måske resume af indlæggelse, og så kommer der så, så skal jeg finde det der, lige det der punkt skal jeg bruge, så kommer alt medicinen henede, som også står på, velvidende at de bare skulle have opdateret FMK, jeg behøver jo ikke at vide i den epikrise, hvad patienten får, fordi forhåbentligt er det jo bare opdateret inde i FMK, så den kan også udgå, så i virkeligheden er det jo bare de her tre linjer med "en 49-årig mand, pneumoni, fundet ved røntgen og CRP er sådan og sådan. Velbehandlet på to stof penicillin og udskrevet til eget hjem"- BUM. Men så har de så brugt to sider og 10 minutter af min tid for noget, som er spild af tid."

HM1: "Ja, plus man risikerer at miste de to vigtige linjer"

HM2: "Ja ja, for her kan så stå "i øvrigt var kalium", det kan så stå inde midt i på side to, "i øvrigt var kalium på 3.0", og så skulle den egentlig have været gul måske, ikke. Men den var så grøn, det står så heldigvis, det står så her – farvekoden, ikke. Og det skal man måske, det er jo det øverste, man skulle have set."

Således oplever nogle af de praktiserende læger, at værdien af epikriserne er forringet, idet der forekommer flere autogeneratede koder eller tekst med gentagelser, fx en sekretærs navn, der skives flere steder:

I: "Hvordan adskiller de nye epikriser sig fra de gamle? Hvis I sådan skal sige det helt kort."

SP3: "Det er alt det volapyk, der kommer ind."

I: "Det er alt volapykken. Det gjorde der ikke før? Der kom der en kort tekstbesked."

SP3: "Yes."

P1: "Det var lægeligt relevant tidligere, det, vi fik at vide."

SP3: "Ja, og det var jo fritekst, ikke også."

P4: "Ja, det var et personligt resumé."

Særligt inden for Sundhedsplatformens (SP's) område, giver nogle af de praktiserende læger udtryk for, at der er forskel på de tidligere og nuværende epikriser, som nu er blevet meget lange og uoverskuelige:

SP3: "Jeg havde en dame på et tidspunkt, som var – det var så dengang, vi havde de gode gamle epikriser - der var hun inde og få syet sit underliv op. Og der står de der fem linjer, jeg fandt kritisk, frem, der står i de der fem linjer, at det var gået ukompliceret osv. osv. Så kommer hun ind tre år efter, og der er der allerede begyndt at gå kuk i det, så hun får lavet nogenlunde den samme operation igen, og epikrisen fylder så tre sider. Og så har hun så været inde igen til en kontrol nu her for lige at se, og der opererede de hende ikke, men der fyldte den fem sider... Altså, det er det, vi sidder med. Det er fuldstændig uoverskueligt. Altså, første gang, dér opererede de hende."

De to ovenstående citater stammer fra sundhedsplatformens område, og netop her kan de autogeneratede koder være særligt udbredt. Derfor undersøges denne del i spørgeskemaet.

Nedenstående citat med en hospitalslæge fra SP's område understøtter, at det kan være forbundet med udfordringer at lave en god epikrise i SP:

HM2: "Ja, når man trykker på udskrivningen i vores system, så dukker der en skabelon op, som henter de ting, der skal være i en epikrise. Men så den måde, den er sat op på, gør, at folk sidder og sletter rigtig meget. Det har vi så taget konsekvensen af på vores afdeling og lavet vores egen skabelon, man så kan trykke på, så den ændrer sig hver gang. Så der er de ting, der skal være, den er bare sat op sådan, at folk ikke sidder og sletter. Det, synes vi, var lidt formålsløst. Så vi har brugertilpasset den, eller hvad man skal sige. Men den henter selv medicinen og alt det der, den nu skal, ikke."

## Farvekodningerne

Markeringerne giver overblik, men rødmarkerede laboratoriesvar kan godt forstyrre billedet lidt:

*HM2: "Men der i mit system, så står der så heroppe, og det er så smart, at den her, den er så rød, eller den der er gul, så den får en farvemarkering allerede heroppe, så når jeg møder om morgenen, så kan jeg kigge nedover de der 50 epikriser, og sige "hov, der er kommet to gule, dem tager jeg lige først", fordi de står jo i CPR-nr. rækkefølge, der kan det jo godt være, at den her hernede, altså. Så på den måde, der er det smart med de der farver, at de er helt oppe i, hvad kan man sige, oppe i synsfeltet."*

*HM1: "Nu kan man sige, jeg er solo praksis, og det er jo mig, der læser det hele, godkender dem morgen og måske om eftermiddagen, så det er ikke 100 epikriser, jeg får hver dag, men de er jo også, laboratoriet kommer også i sammenstød hos mig, og de er jo røde hver anden, fordi bare der er et kolesterol på 5.1, så får du en rød. Og det tager man så ikke."*

De fleste praktiserende læger tør ikke helt tro på markeringerne, og derfor læses alle epikriserne – enten af læge eller praksispersonale.

*I: "Men er de kodet så godt nu, at I kan skimme dem og så sige, jamen, det er dem, der har fået en eller anden markering, og de andre, de kan godt glide ned. Eller læser I stadigvæk allesammen?"*

*HM1: "Jeg gør jo, men altså, nogen læser man hurtigere end andre."*

*HM2: "Man ved jo efterhånden nu, hvor man skal kigge, altså, vi kigger da også ned over, men jeg synes, at det går hurtigere med farverne, og de er blevet bedre, men der er stadigvæk nogle af de der, som ikke er farvet helt korrekt, vi har også lidt problemer med ambulatorierne, som man har givet lov til at lægge grønne og gule ud, tror jeg, hvilket heller ikke var, det var jo egentlig sengeafdelingerne, der skulle kunne bruge farvekoden, men det har man så også givet lov til. Så mit indtryk er, at der mangler stadigvæk lidt, at det ikke bliver en opgaveglidning ud til almen praksis, men at det skal være en hjælp til almen praksis, og det er den svage patient uden netværk, der skal have en farvekode, de andre skal jo ikke, de kan selv tage telefonen."*

*NP4: "Der kan fint være en markering, jeg har taget en med, hvor det, egen læge skal gøre, det står to steder, og ikke noget af det øverst, noget af det allernederst, og noget af det midt i. Og så er det jo gået tabt, den var heller ikke grøn-markeret, jo. Men når man selv må finde det, så er der ikke den store fordel i det."*

Som det ovenstående citat viser, kan epikriserne både være rodede og fejlmarkerede.

Nedenstående citat viser et problematisk tilfælde, idet man hverken ringer til egen læge ved udskrivelsen eller sikrer, at en rødmarkeret epikrise sendes ud med det samme:

*SP3: "Jeg har fået en rød, hvor jeg ikke blev ringet op. Og det var en 95- nej 92-årig mand, som blev indlagt med svær hypoglykæmi, med et blodsukker på 56. Han er ikke kendt med*

*sukkersyge, han blev udskrevet den 5. november til kærlig pleje, og den her er så afsendt den 6. november, og jeg bliver først opmærksom på den, da datter ringer til mig og siger, at hendes far i hvert fald ikke skal dø. Og jeg har fri den 7. november..."*

Flere praktiserende læger giver udtryk for, at hospitalet ikke har ringet til egen læge, når de har udskrevet en patient med rød markering. Dette er særligt en udfordring af patientsikkerheden op til ferier.

### Kontaktoplysninger

Hospitalslægen savner ofte det direkte telefonnummer til den praktiserende læge og kan have svært ved at finde akutnummeret i regionens liste over de praktiserende lægers akutnumre. Dette kan medvirke til, at den epikriseskrivende læge ikke får ringet til den praktiserende læge i forbindelse med en rødmarkeret epikrise:

*I: "Så skal I jo ringe til dem, der hvor de er røde, er det nemt at finde deres telefonnumre?"*

*NP1: "Der er sådan en akutliste."*

*NP3: "Nej..."*

*NP2: "Det er ikke det sværeste at finde deres telefonnumre."*

*NP1: "Det er, at de ikke tager telefonen. Det er rigtig svært."*

*I: "Ja, okay."*

*NP2: "Der er praksis, hvor man ringer til dem, og så har de, der er flere, der ikke engang i telefonsvaren kommer med et akutnummer. Det er næsten noget af det mest irriterende. Så er det ligesom en blindgyde."*

*NP3: "Men du går ind under patientinformationer og finder praksis-nummer. Jeg har fået et eller andet excel-ark med akutnumre, men jeg ved ikke, hvor det ligger henne."*

*NP1: "Der er et link. Jeg tror, det ligger i den her... der er et link, hvor man trykker på det her, og så kommer alle akutnumrene. Akutnumrene er jo ikke de numre, som patienterne ringer til i praksis, det er jo et, der går udenom telefontider."*

Praktiserende læger oplever, at de ofte savner navn og telefonnummer på den epikriseskrivende læge, undertiden også afdeling og sygehus:

*HM2: "Nej, det var en anden, det var en generel, en eller anden hjertehalløj, hvor de også havde været inde til... hvor du kan ligesom ikke se, hvem er den behandlingsansvarlige læge. Jeg aner simpelthen ikke, hvem jeg skal ringe til, fordi det er et sekretærnavn, der står i bunden af den epikrise."*

*HM1: "Ja, det tror jeg også, jeg oplever. Der kan nogle gange stå nogle initialer, som man ikke ved, hvem er."*

Således er manglende eller svært tilgængelige kontaktoplysninger et element, der kan udfordre begge parter i forbindelse med udskrivningen af patienten.

## Vejledningen

Få af informanterne i fokusgruppeinterviewene har læst vejledningen

Særligt ansvarshavende overlæger har i forbindelse med implementeringen læst vejledningen for at kunne orientere medarbejderne eller udarbejde lokale vejledninger.

Som en hospitalslæge uden ledelsesansvar, der havde læst vejledningen, sagde om epikrisevejledningen:

*NP1: "Den var meget lang, kan jeg huske, der var rigtig mange punkter, hvor jeg sådan tænkte, nu har man vist for mange punkter med, 10 eller sådan, hvor man bare forestiller sig 0, 1, 2, 3. Men altså, jeg vælger jo så stadigvæk de overskrifter, som jeg plejede at bruge tidligere. Jeg synes, der er mange, som bliver sådan lidt ekstra fyld."*

Andre gange gav informanterne indtryk af, at vejledningen er vanskelig at forstå, fx ud fra denne dialog mellem hospitalslæger:

*SM1: "Jeg forstår, hvad du mener, men du er jo nødt til... Der står jo i vejledningen fra Sundhedsstyrelsen, at epikrisen skal være kortfattet, derefter lister de så to A4-sider med ting, der skal med, og det hænger jo ikke sammen."*

*SK1: "KAN tage med."*

*SM1: "Nej, SKAL være med. Der er rigtig meget af det, hvor der står, det SKAL være med. Har patienten fået blod under indlæggelsen, så SKAL det stå i."*

*SK1: "Nej, der står ikke SKAL."*

*SM1: "Jo."*

*SK1: "Nå, så har de lavet lovgivningen om."*

Enkelte praktiserende læger læste vejledningen umiddelbart inden FGI. Samtidig viser interviewene, at det er vanskeligt at afgøre, om de praktiserende læger har læst vejledningen eller andet informationsmateriale om den nye epikrisestandard:

*I: "Godt, har den nye vejledning betydet ændrede arbejdsgange?"*

*TM1: "Øhh, vejledning?" [latter]*

*I: "Har I læst den nye vejledning, der hører til epikriserne?"*

*TM1: "Øhh, jeg kan ikke huske den, men øhh..."*

*TM2: "Jo, med farvekodning og det, og så, hvad der skal være i [I: (utydelig tale oveni, 12.35)]."*

*TM1: "Farvekodninger. Dem har jeg læst, der i sommer, hvor det kom. Der blev vi jo noget forskrækket, da vi læste dem, for vi troede jo, at vi ville blive oversvømmet med alt muligt."*

*TM2: "Det er faktisk gået lidt bedre end forventet."*



TM1: "Det må man sige, ja."

Langt de fleste er orienteret om ændringen eller har læst korte introduktioner såsom STPS' "Patientsikre epikriser"

Enkelte har hverken hørt om vejledningen eller den nye epikrisestandard.

### Den perfekte epikrise

I interviewene med de praktiserende læger forsøgte vi at lokalisere lægernes ønsker til en god epikrise. Der var delte meninger, men en epikrise indeholdende følgende kriterier må forventes at tilfredsstille den praktiserende læges behov:

- Markering
- Resume og anbefaling (3-7 linjer)
- Medicinliste med medicinændringer under indlæggelse og med henvisning til opdateret FMK
- Behandlende afdeling samt navn og telefonnummer på epikriseskrivende læge.

### Implementeringsprocessen

På sygehusene betragtes implementeringen som en langsommelig proces, hvor nogle har været hurtigt i gang, og andre har været længere om det:

TM1: "Havde det her været nemt, så var det blevet gjort 1/7. Det har bare ikke været nemt. Man bruger et halvt år på at lave en regional vejledning."

I: "Men hvorfor bruger I så lang tid på det?"

TM1: "Det gør man, fordi der er så mange af de mennesker, der tager så mange specialer, der skal tages i ed. Vi har haft psykiatere dernede fra jer, vi har haft kirurger, vi har haft medicinere. Altså der har virkelig været mange interessenter. I journaludvalget er der tre godkendelsesled. Den har sgu været helt oppe i koncernledelsen."

Fra de praktiserende lægers synspunkt var det også en lidt omstændelig proces.

I: "Hvordan har I oplevet implementeringsprocessen?"

TK1: "Den var jo lidt langsommelig forstået på den måde, at når der kommer et påbud – sådan er det i øvrigt med mange ting – der kommer noget, som er besluttet fra regionspolitikkerne eller samarbejde mellem nogle, og så skal vores systemhus i øvrigt også lige give os tingene. Og den implementeringsproces er altid – i den ene eller anden retning – forhalet, og noget halter bagefter."

Blandt nogle hospitalslæger uden ledelsesansvar betegnes implementeringen af nogen som "en kold tyrker". Programmet kunne pludselig være opdateret med krav om markering med "hard stop". Nogle gange uden nærmere introduktion og med *learning by doing*, mens overlægerne for deres del arbejder med det i længere tid med forberedelse og orientering af personalet. De to læger herunder er fra forskellige afdelinger:

HM1: "Jamen, det er jo det, man kalder en kold tyrker. For fra dag et, så kunne man jo ikke gemme epikrisen, medmindre man havde udfyldt kravet til opfølgning. Så altså, det var implementeret fra dag ét."

HK1: "Jeg vil sige sådan, vi fik jo selvfølgelig, jeg var ledende overlæge på det tidspunkt, og vi fik en masse materiale tilsendt om, at nu var det på vej og alt det der, og det sørgede jeg for at informere resten af afdelingens læger om, sådan så de vidste, at når den kom, var det den 6/7 eller sådan noget, det var ikke den 1/7, der var et eller andet..."

De fleste steder består implementeringen af en kort orientering på en morgenkonference.

HM2: "Jeg synes også, at det er lidt at kalde det implementering. Det var nærmest sådan en "nu kommer den, og den starter den dag, og I skal gøre sådan." Så det var ligesom bare – "sådan gør vi". Og det er der ikke noget i vejen med, for det var sådan set ret nemt og det fungerede godt, ikke."

HM1: "Jeg vil også sige, jeg tror ikke, at der er mange, som har oplevet det som en ny stor lovgivning, der er blevet indført i vores hverdag, altså det har jo bare været en add-on til et software program på en eller anden måde. Men som vi godt kan se ideen med, når vi tænker over det."

HM4: "Altså, vi fik udleveret sådan et lamineret lommekort med de der farver der. Og det var det. Så det var egentlig ikke gået op for mig, at det ligesom var et nyt koncept eller noget som helst andet. Det har jeg ligesom også givet udtryk for – min uvidenhed her. Der er mange ting, jeg aldrig har vidst omkring nogle krav til ditten, eller man kunne individualisere, eller man kunne gøre ditten eller datten. Jeg har bare oplevet, at sådan så den ud hos os. Og det har jeg ikke sat spørgsmål ved, altså hvad man ikke ved, det ved man ikke. Så jeg tænker, at det er et meget godt svar på dit spørgsmål, det er "not-implementering" i virkeligheden, altså."

Hos de praktiserende læger sker implementeringen løbende. Det vil sige, at de oplever, at markeringerne bliver bedre, men at de endnu ikke er så gode nok til at, at de tør vente med at læse dem, der ikke er markeret, til første kontakt med patienten.

Praktiserende læger kunne ikke komme i tanke om, at der var sket ændringer, men havde dog set farvekoderne.

## Referencer

1. [https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst\\_om\\_almen\\_praksis\\_ok18\\_endelig\\_udgave.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf)  
Tilgået den 8. november 2021
2. Kvale S, Brinkmann S. Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk: Hans Reitzels Forlag, København 2015
3. Morgan DL. Focus groups as qualitative research: Sage Publications, Incorporated; 1996.
4. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. Qual Health Res. 2015.
5. Vejledning om epikriser: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2018/10036> tilgået den 8. november 2021.

# Bilag 3.1: Beskrivelse af projektforslag for Apps på recept

---

Denne miniPID har til formål at sætte de rammer og omfang projektet skal have. Generelt henvises til "Bilag 3.2 Notat Apps på recept 06.04.2020" og initiativ 22 under regeringens strategi for [life science](#).

## Formål

Formålet med projektet er at udvikle og afprøve en løsning, der kan give den praktiserende læge nem og hurtig adgang til at ordinere kvalificerede apps til patienterne, der skal have adgang til de ordinerede apps gennem Min Læge app.

Det skal for lægen være muligt at etablere en liste over de apps, som klinikken har valgt at kunne ordinere til sine patienter, så lægen ved ordination ikke skal lede efter en specifik app i en lang bruttoliste.

Det skal ligeledes afprøves om apps, der har mere karakter af wellness og dermed ikke behøves at ordineres, men dog kvalificeres, kan tilbydes patienterne.

Projektet deles op i tre delprojekter:

1. Etablere en teknisk løsning, hvor lægen via sin egen IT-løsning har adgang til at ordinere apps til sine patienter gennem Min Læge.
2. Etablere en teknisk løsning, hvor lægen kan tilgå en bruttoliste over kvalificerede apps og udvælge de apps, som klinikken ønsker at kunne ordinere.
3. Udvælgelse og kvalificering af apps til afprøvning i projektet.

## Kort beskrivelse af projektet

*Kort baggrundsbeskrivelse og overordnet beskrivelse af projektet + afhængigheder til andre projekter*

De tre delprojekter:

- 1. Etablere en teknisk løsning, hvor lægen via sin egen IT-løsning har adgang til at ordinere apps til sine patienter gennem Min Læge.**

I det enkelte lægesystem skal lægen kunne ordinere apps ud fra en liste over kvalificerede apps, som klinikken ønsker at kunne ordinere. Tilsvarende medicinmodulet i lægesystemet skal det være muligt at have overblik over hvilke apps, der er ordineret, hvornår de er hentet og evt. brugt.

Når lægen ordinerer en app, skal der i Min Læge notificeres herom, og det skal være muligt at gå direkte til download. Det vil være en fordel, hvis den downloadede app anvender OpenID, så der kan etableres en sømløs integration mellem Min Læge og appen.

- 2. Etablere en teknisk løsning, hvor lægen kan tilgå en bruttoliste over kvalificerede apps og udvælge de apps, som klinikken ønsker at kunne ordinere.**

Med tiden vil der være en lang liste af kvalificerede apps, men det forventes ikke, at alle klinikker vil få behov for at tilbyde hele listen. Derfor skal det for hver enkelt klinik være muligt ud fra en bruttoliste at udvælge de apps, klinikken vil tilbyde at ordinere. Det skal overvejes, om de apps, der

ikke kræver ordination, skal kunne udvælges af klinikken, eller blot tilgås som en samlet liste på egen webside og gennem Min Læge.

### 3. Udvalgelse og kvalificering af apps til afprøvning i projektet.

Der skal i projektet udvælges nogle apps, som projektet skal afprøve. Det er vigtigt, at der udvælges nogle apps, som giver mening i forhold til patienter, der håndteres i almen praksis. Er der mulighed for at afprøve apps, der kan afprøves i et tværsektorielt arbejde (sygehus/ap, speciallægepraksis/ap eller kommunale sygepleje/ap), skal dette overvejes.

Der skal etableres et samarbejde med projektet [national-appguide.dk](http://national-appguide.dk), hvor vi ønsker, at alle apps i projektet skal findes. Der er dog nogen usikkerhed om national-appguide.dk vil være tilgængelig og fungerende fremadrettet, da der mangler afklaring af, hvor appguiden skal bo, og hvorfra den skal finansieres i fremtiden.

#### Honorering.

Der skal findes en honorering af de deltagende læger. Det skal overvejes, om de skal honoreres via en fast samarbejdsaftale og/eller en form for ydelseshonorering med model som fx WebPatient.

Der skal overvejes en samarbejdsaftale med de leverandører, der leverer de apps, vi ønsker at afprøve.

Hvis vi vælger at afprøve apps, hvor der skal inddrages andre klinikere/sundhedspersoner, skal der findes en honorering herfor.

#### Organisering

I forbindelse med endelig udarbejdelse af PID skal den endelige organisering findes. For nuværende anbefales organiseringen:

Funktion	Person/organisation
Projektleder	Alice Ørsted Kristensen, MedCom
Projektdeltager	Tom Høg Sørensen, MedCom
Projektdeltager	Nina Bergstedt, Sundhedsministeriet
Projektdeltager	Martin Bagger Brandt, PLO
Projektdeltager	Ukendt, Danske Regioner
Projektdeltager fra national-appguide.dk	Ukendt, Region Syddanmark

#### Tidsplan

En anslået tidsplan, der er noget usikker, som skal revideres i den endelige PID.

Nr	Aktivitet	Plan
1	Udarbejdelse af endelig PID	01.01.22 – 01.02.22
2	Udvikle løsning til udskrivelse af apps	01.04.22 – 01.09.22
3	Udvælgelse af apps til afprøvning	01.03.22 – 30.04.22
4	Godkendelse af apps i national-appguide.dk	01.05.22 – 30.06.22
5	Pilotafrøvning med relevante udvalgte apps hen over seks måneder	01.10.22 – 31.03.23
6	Gennemføre evaluering af pilotafrøvninger med hensyn til gevinst, effektivitet og økonomi	01.04.23 – 31.05.23

## Økonomi

Anslået økonomi for hele projektet.

Økonomi for milepæl 4 er noget usikker, da fremtiden for appguiden ikke er afklaret endnu, men det vil ligge fast, at projektet skal finansiere ressourcerne (herunder fagpanel) til godkendelsen af de valgte apps.

Økonomien for milepæl 5 er ligeledes noget usikker, da det i høj grad afhænger af inddragelsen af klinikere/sundhedspersoner uden for almen praksis.

Projektledelse	0,75 mio. kr.
Gennemførelse af projektets milepæl 1 – 3	3 mio. kr.
Gennemførelse af projektets milepæl 4	1,75 mio. kr.
Gennemførelse af projektets milepæl 5	4 mio. kr.
Gennemføre evaluering af pilotafprøvninger med hensyn til gevinst, effektivitet og økonomi	0,5 mio. kr.

---

### Resume:

Der skal udvikles en løsning, der kan hjælpe patienter og læger til at anvende sundhedsapps til at understøtte en høj folkesundhed og som en integreret del af behandlingsforløb for at opnå optimale resultater af forløbene. Sundhedsapps kan f.eks. anvendes til selvmonitorering og overholdelse af behandlingsforløb eller som støtte til lægeanbefalede motionsaktiviteter.

Det er imidlertid vanskeligt for patienter og sundhedsprofessionelle at danne sig et overblik over de mange sundhedsapps, herunder at vurdere effekten af de mange sundhedsapps, hvorfor sundhedsapps kun sjældent anvendes, og den potentielle gevinst ved sundhedsapps ikke realiseres i dag.

Lægeordnede sundhedsapps på baggrund af et katalog af evaluerede sundhedsapps vil kunne fremme anvendelsen af sundhedsapps i konkrete behandlingsforløb til fordel for både patienter og sundhedsprofessionelle. Dette vil dog kræve et teknisk setup, hvorigennem en sundhedsperson kan ”ordinere” en sundhedsapp til en patient. Der anmodes derfor om, at der tildeles 10 mio. kr. til udviklingen af en teknisk løsning, som kan facilitere lægeordination af evaluerede sundhedsapps. Det bemærkes, at dette initiativ understøtter en konkret arbejdsgang i ft brug af sundhedsapps. Sundheds- og Ældreministeriet er i samarbejde med Danske Regioner og KL i gang med at etablere en ”guide til Sundhedsapps” – men den har karakter af en anbefalingsliste – iden skal understøttes med et værktøj hvor relevante apps kan ordineres til udvalgte patienter.

### Baggrund

Som beskrevet i ”Strategi for digital sundhed 2018-2022” forventes en høj vækst i andel af borgere på +75 år, flere kroniske syge og færre sengedage i sekundærsektoren samtidigt med færre læger i almen praksis. Dette lægger pres på sundhedsvæsenets ressourcer.

I det seneste årti er et stort antal sundhedsapps dukket frem, som har hjulpet millioner af mennesker på verdensplan med at blive fysisk aktive, tælle kalorier, finde indre ro, falde i søvn og tackle lignende udfordringer. I 2017 var der ifølge Research2Guidance 325.000 sundhedsapps. Hver dag kom der 200 nye til. Særligt anvendelse af apps, hvor f.eks. en sundhedsfaglig person følger anvendelsen af app’en indikerer at have effekt. År for år bevæger disse apps sig tættere på den medicinske verden. Til stort set alle hyppigt forekommende sygdomme findes der i dag en app, der kan hjælpe.

En af de store fordele ved apps er, at de kan styrke behandlingen både bredt og specifikt. Apps og digital sundhed er ikke forbeholdt de teknologibevidste. Et igangværende forskningsprojektet på SDU viser eksempelvis, at det er de 65-89-årige, der er de flittigste brugere af e-konsultationer. Desuden er det muligt

at ramme specifikke behov, som ellers er svære at komme i møde: Eksempelvis at kommunikere på patientens eget sprog, eller at give patienten adgang til personlige og dynamiske anbefalinger døgnet rundt.

### **Apps skal spare tid for lægen**

For at apps kan spille en positiv rolle i almen praksis, skal de gøre en forskel for både læge, patient og sundhedsvæsen. I almen praksis er det især vigtigt, at der er evidens for, at anvendelse af apps har effekt for patienten, men også, at apps er med til at optimere lægens hverdag og spare tid. Eksempelvis kunne lægen ordinere en app, som tilrettelægger et selvstændigt behandlingsforløb for patienten og hjælper patienten med at forholde sig til, hvornår det er nødvendigt at opsøge lægen igen. Apps kan også hjælpe med at dokumentere patientens forløb, og de kan, som MinLæge, styrke kommunikationen mellem læge og patient. Det er, for at sikre bedst effekt af en ordineret app, vigtigt, at den ordinerede læge eller anden sundhedsprofessionel følger patientens brug af app'en.

Der findes i dag ikke en egentlig best practice for brug af apps i almen praksis. Det betyder, at lægen står på relativt bar bund, når denne skal finde de rigtige apps til de rigtige patienter. Derfor er der en række nødvendige tiltag for at apps i almen praksis kan blive en succes.

#### *1. Skab verdens bedste app-opslagsværk for læger og patienter.*

For at beskytte patientsikkerheden er det afgørende, at det gøres muligt for lægen at danne sig et overblik over, hvilke apps der virker (bygger på evidens). Der er nemlig i alvorlig grad forskel på kvaliteten af sundheds-apps. Mange apps er ikke opbygget efter bedste evidens, og andre har vist sig at have en decideret negativ effekt. I et eksempel steg alkoholforbruget f.eks. blandt unge universitetsstuderende.

Der findes flere eksempler på opslagsværker, hvor myndigheder evaluerer kvalitet og datasikkerhed. Det skaber troværdighed. Her skal de danske læger have det bedst mulige kompas at navigere efter.

#### *2. Styrk forskning i brug af apps.*

Forskning i brug af sundhedsapps er stadig på et tidligt stadie, men hidtidige studier har vist, at mange apps er særdeles effektive. Der er behov for samarbejde på tværs, og at der prioriteres ressourcer til at skabe hurtigere evidens. Det vil være med til at sikre, at de apps, der henvises til, har den ønskede effekt. Samtidig vil det vil øge sandsynligheden for salg af danske løsninger i udlandet.

#### *3. Giv adgang til apps ved lægeordinerings.*

For at integrere apps i det offentlige sundhedsvæsen er det vigtigt, at der arbejdes med udbredelse. I dag er de fleste sundhedsapps ikke særligt udbredte, selv om flere af dem vil være en gevinst for både patienten og lægen, særligt, hvis



lægen eller en anden sundhedsfaglig person involveres i patientens brug af app'en.

Hos de få læger, der på eget initiativ henviser til apps henvises der mest til apps, som de selv har brugt. Selvom de fleste er vant til at bruge smartphones og tablets, så er det vigtigt, at der tilbydes et miljø, som understøtter de gode apps og udbredelsen af disse, samtidigt med, at læger og patienter klædes godt på til at tage imod de digitale tilbud.

Det kan bemærkes, at Tyskland den 17. november 2019 har vedtaget en ny lov for digital behandling (kaldet 'DGV'). Loven gør det muligt for læger at ordinere gratis adgang til apps under den offentlige sundhedsforsikring.

### **Projektinitiativ**

MinLæge er i løbet af foråret 2020 færdig i sin version 2, og der kommer i resten af 2020 flere mindre, men gode features. Både læger og borgere har taget godt imod MinLæge, og app'en ligger helt i top i vurderingen af medicinske app's i både App Store og Google Play. MinLæge kan altså med god grund betragtes som patientens foretrukne elektroniske adgang til almen praksis. Dette sammen med den beskrevne baggrund tydeliggør et stort behov for at etablere et miljø, der både kan udstille de gode apps i behandlingen af patienterne i almen praksis og give lægen mulighed for at ordinere disse, når der er behov for dette. Et miljø, hvor både patienten og lægen kan være sikre på, at de udstillede apps har dokumenteret gavn for behandlingen.

### **Løsning**

Der foreslås en at udvikle en teknisk løsning, hvor en læge kan "ordinere" apps ud fra et udvalgt katalog af apps. Når en læge har en patient, hvor en specifik app vil kunne gavne patientens forløb, skal lægen kunne ordinere denne specifikke app til patienten. Patienten vil så, via MinLæge, få besked om, at der er ordineret en app til det specifikke forløb med et link til download. Når patienten har downloadet app'en, vil den være synlig i MinLæge og vil herfra kunne kaldes sømløs. Den specifikke app kan herefter notificere patienten om relevante ting, bede om aktivitet og handlinger, sende data til klinikken, modtage instrukser fra klinikken, give adgang fra andre relevante specialister med behandlerrelation osv. Det estimeres, at en sådan løsning kan udarbejdes for 10 mio. kr. over ca. 2 år.

Der ønskes derfor finansiering til at etablere et app-miljø, som kan integreres med MinLæge, så almen praksis på en nem og effektiv måde kan ordinere apps til patienterne. Formålet er at opnå bedre behandlingsforløb, som har en højere kvalitet og som er mere effektive for både patient og læge.

Det er helt essentielt, at der etableres en proces, der sikrer den rette kvalitets-sikring af alle udvalgte apps i miljøet. Etableringen og denne proces/organisa-

tion er ikke en del af projektet, men projektet vil kunne komme med anbefalinger til dette.








**Projektets milepæle og økonomi**

Milepæl	Beskrivelse
1	Udvikle og etablere app-miljøet
2	Tekniske krav til og certificering af apps, der skal kunne udstilles i app-miljøet
3	Etablere en pilotafprøvning med relevante udvalgte fire apps
4	Gennemføre pilotafprøvning på minimum seks måneder med minimum 1000 patienter pr. app
5	Gennemføre evaluering af pilotafprøvninger med hensyn til gevinst, effektivitet og økonomi
6	Beslutning om app-miljøets overgang fra projekt til etableret drift

*Anslået økonomi*

Gennemførelse af milepæl 1 – 3	5 mio. kr.
Gennemførelse af milepæl 4 (licenser og sundhedsfaglig backup)	4 mio. kr.
Gennemførelse af milepæl 5 – 6	1 mio. kr.

# Bilag 6.0: Projektportefølje Digital Almen Praksis

Projekt	Status	Milepæle og risici
Diagnosekort		<p><u>Seneste opnåede milepæl:</u> Ny version af Diagnosekortpakke (v0.9) er pr. 03.12.2021 frigivet til pilotleverandørerne.</p> <p><u>Kommende milepæl:</u> Alle ca. 200 klinikker, som skal afprøve i storskala er opdateret pr. 01.03.2022.</p> <p><u>Største risiko:</u> Leverandørerne har udfordringer ved at få udviklet en samlet løsning til både diagnosekortet og forbedret diagnosekodning.</p>
Kommunikation med den lokale pleje		<p><u>Seneste opnåede milepæl:</u> Godkendelse af igangsætning af pilotafprøvning</p> <p><u>Kommende milepæl:</u> Igangsætning af pilotafprøvning.</p> <p><u>Største risiko:</u> Ingen EOJ-leverandør vil deltage i pilotafprøvning.</p>
Forbedring af epikriser		<p><u>Seneste opnåede milepæl:</u></p> <p><u>Kommende milepæl:</u></p> <p><u>Største risiko:</u></p>
Intelligent indbakke		<p><u>Seneste opnåede milepæl:</u></p> <p><u>Kommende milepæl:</u></p> <p><u>Største risiko:</u> Svært for klinikkerne at afsætte tid til at udfylde spørgeskemaerne.</p>
Kunstig intelligens i almen praksis		<p><u>Seneste opnåede milepæl:</u> Alle kontrakter og databehandlertaftaler på plads til opsamling af patientjournaler uden samtykke.</p> <p><u>Kommende milepæl:</u> Opsamling af data</p> <p><u>Største risiko:</u> At PLSP ikke har tilstrækkelige ressourcer til at transportere data fra klinikkerne op på Claudia (Sikker server på AAU)</p>
Forbedring af henvisninger		Projektet er sat på hold. Da regionerne ikke kan afsætte den nødvendige økonomi til udvikling af løsningen.
Min Læge		<u>Seneste opnåede milepæl:</u>

		<u>Kommende milepæl:</u> Godkendelse af målbillede (01.04.2022) <u>Største risiko:</u> PLSP har ikke tilstrækkelig ressourcer til at håndtere de mange projekter.
Patientcockpit		<u>Seneste opnåede milepæl:</u>  <u>Kommende milepæl:</u> Godkendelse af målbillede (01.04.2022) <u>Største risiko:</u>
Apps på recept		<u>Seneste opnåede milepæl:</u>  <u>Kommende milepæl:</u> Godkendelse af PID (Næste styregruppemøde medio marts 2022) <u>Største risiko:</u>

## IT i praksissektoren

## Bilag 6.1: Diagnosekort i almen praksis

**Dato:**

November 2021

**Projektleder:**

Tina Aagaard Bjørnsholm

**Deltagere:**

PLO, DSAM, SDS, PL-forum, SDS og MedCom

**Leverandør:**

LPS-leverandører, Min Læge app, PLSP

**Formål:**

Projektet har til formål at forbedre overblikket og kvaliteten i diagnosekodningen, inden almen praksis kan iværksætte deling af diagnosekoder til borgeren selv og sundpersoner i andre dele af sundhedsvæsenet.

Projektet er opdelt i 3 delprojekter med følgende delmål:

1. Prioriteret overblik over patientens diagnoser i almen praksis.
2. Deling af overblik over patientens diagnoser, med patienten, via Min Læge app.
3. Oplæg til model og plan for kommende tværsektoriel deling af patientens diagnoser via PLSP.

Projektet skal danne grundlag for arbejdet med deling af diagnoser fra almen praksis i programmet "Et samlet patientoverblik", der ledes af Sundhedsdatastyrelsen.

**Læs mere om projektet:** <https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/diagnosekort-i-almen-praksis>

**Projektstatus**

- Diagnosepakke (v.0.9) er udarbejdet indeholdende: Introduktion til diagnosekodning i almen praksis, Brugerhistorier og prototype og Testprotokol og godkendelse.
- Der er implementeret servicekald med dataparametre til brug for deling ad diagnosekort LPS->PLSP->MinLæge.
- Mini pilotafprøvning er gennemført i juni og hen over sommerferien med afslutning i august/september. afholdes i maj og juni med 3 LPS'er inkl. 3 pilotklinikker pr. LPS.
  - De deltagende LPS'ere er: CGM/XMO, NOVAX, (EG/WinPLC).
  - Der er oprettet ca. 120 diagnosekort.
  - Borgerne tilknyttet pilotklinikker med lægesystemerne XMO og WinPLC har adgang til visning af diagnosekortet i Min Læge.
  - Der er gennemført evaluering af pilotafprøvningen for alle tre lægesystemer med deltagelse af både MedCom, PLO, LPS'erne og pilotlægerne.
- Pilotløsningen fortsætter i drift hos pilotleverandørerne, PLSP og i MinLæge efter endt pilotafprøvning.
- Da minipilotafprøvningen har trukket ud til august/september og evalueringen viser et behov for opstramning af Diagnosekortpakken. Der foreligger nu en opdateret Diagnosekortpakke med de besluttede opstramninger.
- Grundet den presset Corona-situation i foråret 2021, har SDS foranalyse for det nationale "Fælles Diagnosekort" indtil videre været sat på pause til i 3. kvartal 2021. Opgaven er nu lagt ind under programmet for Et Samlet Patientoverblik.

**Største risiko i projektet**

- Ikke tilstrækkelig understøttelse af god diagnosekodning i lægesystemerne.

**Milepæle**

1	Workshop
2	Diagnosepakke, LPS - kravspecifikation, testprotokol, mv.
3	Pilotafprøvning (mini) gennemført
4	Dokumentation, faglige vejledninger, efteruddannelse, m.v.
5	Pilotafprøvning (storskala) gennemført
6	Evaluering og beslutning om udbredelse
7	Dokumentation, vejledning og testprotokol i version 1.0
8	PoC - demonstrere teknisk mulighed via PLSP (testmiljø)
9	Test og godkendelse af LPS'er

**Plan**

01.06.2020/15.03.2021
30.03.2021/30.06.2021
30.06.2021
15.02.2022
15.05.2022
01.06.2022
01.06.2022
30.10.2022
Oktober 2022

**Nået**

15.06.2018/15.03.2021
23.04.2021 (v.0.8)/-
30.09.2021

## Monitorering

# Diagnosekort i almen praksis

*Ingen monitorering at vise på nuværende tidspunkt!*

Der vil blive vist statistik for anvendelsen af diagnosekortet i storskalaafprøvningen.

## IT i praksissektoren

## Bilag 6.2: Kommunikation med kommunal pleje

**Dato:**

November 2021

**Projektleder:**

Kirsten Tapia Ravn Christiansen

**Deltagere:**

Repræsentanter fra kommunale akutfunktioner og almen praksis i den nedsatte projektgruppe. Styregruppen for Digital Almen Praksis (DAP).

**Leverandør:**

EOJ-leverandører, eventuelt LPS-leverandører og EPJ-leverandører.

**Formål:**

Målet med projektet er at optimere den digitale kommunikationen mellem lægepraksis og kommunal pleje, primært kommunale akutfunktioner via to fokusområder: 1) informationsindsats om PLO's fri/ferie-funktion som redskab til orientering om praksislægens fravær; 2) undersøge muligheden for at kommunale prøvesvar kan deles digitalt, og struktureret, via MedCom's standard for laboratoriesvar, herunder undersøge/afprøve forudsætninger og eventuelle usikkerheder. Dette forventes gjort via en pilotafprøvning.

**Læs mere om projektet:** <https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/kommunikation-med-kommunal-pleje>

**Projektstatus**

1) Der er lagt informationsmateriale om fri/ferie-funktionen på MedComs hjemmeside. Kommuner er orienteret og deres ønsker til fri/ferie-funktionens indhold/funktionalitet foreligger. På baggrund heraf har styregruppen anmodet PLSP om at komme med et oplæg til en version 2, hvilket MedCom afventer.

2) Den supplerende analyse er færdig. På baggrund af resultaterne anbefales det at gennemføre en pilotafprøvning, hvor en række relevante emner og eventuelle usikkerheder undersøges, afprøves og afklares ved deling af kommunale prøvesvar via MedComs laboratoriesvar-standard, direkte til almen praksis og til sygehuse via laboratoriesvarportalen. Der er udarbejdet et oplæg til pilotafprøvningen, som bl.a. beskriver formålet med piloten og rammerne, herunder den tekniske løsning, mulige deltagere, økonomien og relevante evalueringsparametre. For at kunne indsamle de nødvendige data under pilotafprøvningen er der behov at gennemføre piloten med en teknisk løsning, hvor (X)RPT01-standard implementeres i pilotkommunerne. Emnerne som skal undersøges, afprøves og afklares under pilotafprøvningen er:

- Arbejdsflowet ved deling af kommunale prøvesvar uden forudgående elektronisk rekvisition
- Det lægefaglige behandlingsansvar (der må ikke være tvivl om ansvarsfordelingen og ansvaret for opfølgning mellem almen praksis og sygehuse ved modtagelse af digitale strukturerede kommunale prøvesvar)
- Datakvaliteten ved analyseresultater i kommuner (med piloten kan det afprøves, om der opleves væsentlige afvigelser i analyseresultater, som bør håndteres)
- Gevinster ved deling af kommunale prøvesvar via MedComs standard for laboratoriesvar

MedCom har været i dialog med flere kommuner, som bakker op og gerne vil deltage i pilotafprøvningen, og der er yderligere tilkendegivelse fra flere parter, som udtrykker interesse for at deltage i piloten. Herudover har der været dialog med både KMD Nexus og Systematic Cura som EOJ-leverandører. Desværre har ingen af de to leverandøre kunne prioritere at deltage i pilotafprøvningen.

På DAP-styregruppen 14.10.2021 blev det besluttet, at der skulle tages fat i Systematic, der har vist interesse for at deltage, hvis vi vil afprøve laboratoriesvar FIHR i stedet. Der er derfor aftalt møde mellem MedCom og Systematic 08.12.2021.

**Største risiko i projektet**

- Begrænset udviklingsrum for EOJ-leverandører pga. mange samtidige projekter. - Høje omkostninger til udvikling af laboratoriesvar i EOJ-systemer udfordrer implementering og fælles ibrugtagning. Ved ibrugtagning er der derfor behov for fælles national prioritering og ibrugtagning. - Manglende automatisering af forsendelse af prøvesvar, fra apparatur til system (trådløst), medfører tungt og manuelt arbejdsflow for akutsygeplejersker i kommunerne og er en potentiel fejlkilde. Ved undersøgelse lader det ikke til, at der pt. er et stort marked af udstyr med automatisering/trådløs overførsel, som kan understøtte arbejdsgangen i den kommunale akutfunktion (på farten, ved borgeren). Udviklingen bør følges, da denne automatisering i høj grad vil betyde gevinstrealisering for kommuner.

**Milepæle**

	<b>Plan</b>	<b>Nået</b>
1 Behovsanalyse (Deloitte-rapport)	01.10.2019	Er nået
2 Forudsætningsundersøgelse for implementering af XRPT01 i EOJ-systemer	05.06.2020	Er nået
3 Supplerende analyse (forudsætninger, forventede gevinster, økonomi)	31.03.2021	Er nået
4 Pilotafprøvning: oplæg, godkendelse og beskrivelse	01.09.2021	Er nået
5 Gennemførelse af pilotafprøvningen	01.09.2022	Afventer



## Monitorering

### Pilotafrøvningen af kommunale prøvesvar

Formålet med pilotafrøvningen er at indsamle data, som kan hjælpe med at undersøge, afprøve og afklare de nævnte undersøgelsesemner. Dette gøres under og efter pilotafrøvningen via såvel kvalitative metoder (interviews og observation/feltbesøg) som kvantitative metoder (spørgeskema og statistik).

Ift. statistikudtræk vil det være relevant at monitorere på antallet af afsendte kommunale prøvesvar i pilotperioden. Det forventes derfor, at der kan udarbejdes en statistik, hvor det er muligt at følge antallet af afsendte prøvesvar fra pilotkommunerne. Det forventes, at der kan monitoreres såvel på antallet af prøvesvar som på prøvetypefordeling. Dette anses også som relevant viden under drøftelse af eventuel efterfølgende national prioritering og implementering.

Fremdriften i projektet er afhængig af, at der indsamles de relevante og nødvendige data under pilotafrøvningen med henblik på succesfuld gennemførelse af den efterfølgende evaluering.

## IT i praksissektoren

## Bilag 6.3: DAP Epikriser

**Dato:** November 2021**Projektleder:** Alice Kristensen**Formål:**

At højne kvaliteten af epikriser og via disse øge patientsikkerheden i sektorovergange gennem information, koordination af behandling og kommunikation i samarbejde mellem sekundær og primær sundhedssektor. Epikriserne skal være prioriterede og målrettede ift. hvad der anbefales af opfølgning fra den praktiserende læge

At den praktiserende læge, som modtager af epikrisen, tydeligt kan se, hvilken opfølgning som anbefales varetaget i praksis ift. patientens forløb, samt hvornår opfølgningen bør finde sted.

**Deltagere:**

PLO, DR, Styrelsen for patientsikkerhed og MedCom

**Leverandører:**

EPJ- og LPS-leverandører

**Læs mere om projektet:** <https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/forbedring-af-epikriser>**Projektstatus**

Evaluering af arbejdet med ibrugtagning af vejledning og standarder er afsluttet og præsenteret af forskningsenheden på SDU. Rapporten er præsenteret i følgegruppen i STPS, og der udestår en præsentation for projektgruppen på et afsluttende møde.

**Strategisk lige nu**

Fokus er på implementering og korrekt brug af de nye standarder. Der er fortsat teknisk mulighed for at farvemarkere ambulant- og skadestueepikriser, og den igangsættes 01.01.2022 som en del af OK22-aftalen mellem parterne. Grundet Covid19 er audits på ibrugtagningen forsinket, men regionerne er så småt gået i gang med indsamling af data. Audits skal bruges til at analysere, om farvemarkeringerne bruges korrekt og efter hensigten eller om der evt. skal følges op med mere uddannelse og undervisning i korrekt brug.

**Fagligt/teknisk lige nu**

Der arbejdes på redigering og test af standarden for speciallægeepikrisen DIS07, så den, som de andre epikriser, lever op til epikrisevejledningen. LPS-systemer er testet for afsendelse og modtagelse, dog udestår endelig godkendelse af to systemer ift. afsendelse. De regionale EPJ-systemer modtager også speciallægeepikriser i mindre omfang. Der udestår en tilbagemelding fra regionerne, hvorvidt de ønsker at kunne modtage speciallægeepikriser i den reviderede udgave samt i givet fald et tidsestimater herfor. Derudover udestår evt. revidering af aftale for, hvilken henvisningstype, der anvendes ved udlægning af hospitalsopgaver til speciallæger. Såfremt det aftales at anvende sygehushenvisning i stedet for speciallægehenviisning, vil det være muligt at returnere ambulantepikrise frem for speciallægeepikrise.

**Risikolog**

Der kan opstå modstand blandt speciallægerne, hvis de oplever, at ændringen af standarden for speciallægeepikriser medfører ekstra arbejde eller besværliggør udfyldelsen af epikrisen. Implementering af den reviderede speciallægeepikrisestandard pr. 1. januar 2021 forsinkes, så længe der ikke er en afklaring ift. regionernes evt. udvikling og implementering af standarden.

**Milepæle**

	<b>Plan</b>	<b>Nået</b>
1 Konsolidering af overskrifter i epikrisetekstfelt	31.05.2018	08.10.2018
2 Implementering og udbredelse af tilrettet epikrisetekstfelt	01.08.2018	Udgået
3 Udarbejdelse af dokumentation og vejledning til revideret standard	01.10.2018	16.10.2018
4 Levering af revideret vejledning for epikriseskrivning	01.10.2018	04.12.2018
5 Systemleverandørernes ændring og tilretning af DIS 01, 02 og 03	31.12.2018	Sept. 2019
6 Test og godkendelse af standard DIS01, 02 og 03	01.03.2019	Apr.2019: LPS, RH og RS Sept. 2019: RN og RM
7 Implementering og udbredelse af revideret DIS01, 02 og 03	30.06.2019	Juli.2019: LPS, RH og RS Sept.2019: RSD og RN Okt. 2019: RM
8 Implementering og udbredelse af revideret DIS 06	30.06.2020	31.07.2020
9 Implementering og udbredelse af revideret DIS 07	afventer	

## Monitorering DAP Epikriser

Der modtages ikke længere monitorering. Det var udelukkende i opstartsperioden i efteråret 2019.

## IT i praksissektoren

## Bilag 6.4: Den intelligente indbakke

**Dato:** November 2020**Projektleder:** Heidi Skram**Formål:**

Formålet med projektet er at etablere en mere effektiv indbakke, der letter lægens og klinikpersonalets håndtering af indkommende post. Dette skal gøres ved at gøre håndteringen af den indgående post mere intelligent.

Lægen og klinikens personale skal kunne mærke en tydelig reduktion i den tid, som de tidligere brugte på at håndtere og distribuere posten. Herudover vil klinikken ikke længere opleve tilfælde, hvor vigtige beskeder bliver overset og først bliver håndteret efterfølgende arbejdsdag eller senere. Den intelligente indbakke vil sammen med patientoverblikket give den praktiserende læge og praksispersonalet en mere effektiv hverdag.

**Deltagere:**

PLO, DR, PL-forum og MedCom

**Leverandør:**

EPJ- og LPS-leverandører

**Læs mere om projektet:** [Den intelligente indbakke - MedCom](#)**Projektstatus**

- Der er udarbejdet nye forbedrede spørgeskemaer til opsamling af data til analyse om potentiale for automatisk håndtering af blodprøvesvar.
- De nye spørgeskemaer er udsendt til en række klinikker, hvor nogle har returneret udfyldte skemaer, mens andre ikke har kunne afse ressourcer endnu.

**Strategisk lige nu**

- Der er fokus på at få opsamlet spørgeskemaer på håndtering af minimum 1000 blodprøvesvar, så der er et tilstrækkeligt grundlag at gennemføre en valid analyse.
- Alle besvarelser lægges ind i analysearkene, når de modtages, så en analyse kan foreligge, når de sidste svar kommer ind.

**Fagligt/teknisk lige nu**

Afventer besvarelser.

**Risikolog**

Den største risiko er, at vi ikke får indsamlet tilstrækkeligt med besvarelser. Det er et omfattende arbejde for klinikkerne at udfylde skemaerne, da svarene skal registreres ved rekvirition og efterfølgende ved modtagelse. Der er afsat midler (2000 kr.) pr kapacitet i klinikkerne som kompensation for medgået tid.

**Milepæle**

	<b>Plan</b>	<b>Nået</b>
1. Udarbejdelse af nye spørgeskemaer	15.08.2021	Nået
2. Afprøvning af spørgeskemaer	15.09.2021	Nået
3. Indsamling af spørgeskemaer	01.11.2021	
4. Analyseresultat foreligger	15.12.2021	
5.		
6.		
7.		

## Monitorering

### Den intelligente indbakke

Der er på nuværende tidspunkt i projektet ingen monitorering at vise.



## IT i praksissektoren

## Bilag 6.5: Kunstig intelligens i almen praksis

**Dato:**

November 2021

**Projektleder:**

Janus Laust Thomsen (AAU), Tom Høg Sørensen (MedCom)

**Deltagere:**

Aalborg Universitet, Region Nordjylland, PLO og MedCom

**Leverandør:**

Ingen

**Formål:**

Formålet med projektet er at undersøge modeller for, hvordan AI potentielt kan mindske arbejdsbyrden (effektivisering) og øge behandlingskvaliteten (kvalitetsløft) i almen praksis ved en mere avanceret og effektiv dataudnyttelse.

**Læs mere om projektet:** <https://www.medcom.dk/projekter/digital-almen-praksis/kunstig-intelligens-i-almen-praksis>

**Projektstatus**

- Der er givet godkendelse til stærkt afgrænset ansøgning om forskningshjemmel til opsamling af patientjournaler til algoritmeudvikling til håndtering af blodprøvesvar til diagnoserne Diabetes og KOL. Der er igangsat udarbejdelse af to nye ansøgninger vedr. algoritme til forslag til diagnoserne diabetes og KOL samt trombose.
- Der er indsamlet 20 patientjournaler med samtykke med det formål, at AI-folkene i projektet kan orientere sig i eksempler på rigtige journaler med stort indhold.
- Der er udviklet en prototype for en algoritme, der kan prioritere patienter ud fra journalindhold på baggrund af engelske testdata.
- Pga. OVID-19 og lang sagsbehandlingstid er projektet blevet forlænget til udgangen af 2021 mod oprindeligt udgangen af maj.

**Største risiko i projektet**

Den største risiko i projektet er, at PLSP, som sikker kanal for indhentning af patientjournaler til træningsserveren CLAUDIA, ikke har tilstrækkelige ressourcer til at transportere data fra praksis til CLAUDIA.

**Milepæle**

	<b>Plan</b>	<b>Nået</b>
1. Anmeldelse af projektet til Videnskabsetisk Komité	01.08.2020	07.08.2020
2. Godkendelse af videregivelse af journaldata	15.09.2020	Sept. 2021
3. Systematisk review	01.10.2020	01.02.2021
4. Datamanagement platform	01.11.2021	01.12.2021
5. Dataindsamling	20.12.2021	
6. Udvikling af prototyper som AI-løsning	30.04.2021	30.04.2021 (engelsk data)

## Monitorering

# Kunstig intelligens i almen praksis

Intet at monitorere for nuværende.

medcom	Id og proces	Id og titel	Init	Version	Dato
	1.	Opdateret risikovurdering	THS	1.97	28-04-21
	2.	Opdateret risikovurdering	THS	1.98	06-10-21
	3.	Opdateret risikovurdering	THS	1.99	02-12-21

## Bilag 7: Almen Digital Praksis - IDENTIFICEREDE RISICI OG MULIGHEDER

Nr	Dato (identificering)	Risiko / mulighed (kort beskrivelse)	Sandsynlighed	Konsekvens	Handling	Risikovurdering
1	2017-10-26	<i>Risiko: (20.10.19)</i> Praksisleverandørernes udviklingsressourcer bliver flaskehals og nedprioriterer de frivillige projekter i Digital Almen Praksis ift. projekter afledt af OK18 og andre højt profilerede projekter.	Sandsynlig	Kritisk	Løbende koordinering med PL-forum og løbende vedligehold af roadmap i samarbejde med PL-forum og PLO.  Der sættes større fokus på leverandørkonkurrence på projekter, der ikke har tilstrækkelig fremdrift.  De projekter der vælges i programmet skal have et ophæng i forskellige aftaler i PLO og deres samarbejdspartnere, som fx Danske Regioner, så opgaverne få karakter af skal i stedet for frivillige	
3	2017-12-01	<i>Risiko: (20.10.2019)</i> PLSP får ikke etableret et robust systemforvaltningssetup.	Usandsynlig	Kritisk	-certificeret og setuppet kører stabilt.	
5	2017-10-23	<i>Risiko:(20.10.2019)</i> Programmets satsning på videreudvikling af eksisterende lægesystemer medfører manglende nyttiggørelse af nye teknologier.	Usandsynlig	Generende	Fokus på at hente inspiration fra andre brancher fx ift. anvendelse af AI. Gensidig inspiration mellem brugergrupper. Der er igangsat et forskningsprojekt AI i almen praksis	
6	2017-10-23	<i>Risiko:</i> Programmet opfattes af nye leverandører som en cementering af eksisterende marked.	Usandsynlig	Generende	Programmet har åbenhed om erfaringer, snitflader og standarder	
7	2017-12-01	<i>Risiko:</i> PLO bliver flaskehals ift. afklaring og workshops i projekterne pga. ressourceknaphed.	Mindre sandsynlig	Kritisk	Koordinering af ressourceindsats med PLO.	
8	2018-02-20	<i>Risiko: (28.04.2021)</i>	Sandsynlig	Generende	Afholder møde med Danske Regioner ang. håndtering af dette	



medcom	Id og proces	Id og titel	Init	Version	Dato
	1.	Opdateret risikovurdering	THS	1.97	28-04-21
	2.	Opdateret risikovurdering	THS	1.98	06-10-21
	3.	Opdateret risikovurdering	THS	1.99	02-12-21

		Manglende gennemførelse af opdatering af epikrisestandarden DIS07, speciallægeepikrise				
9	2019-04-10	<i>Risiko: (20.10.19)</i> Det kan være svært at trække en almen praktiserende læge tættere på udviklingsprocessen for projektet "Den intelligente indbakke".	Sandsynlig	Generende	Ikke relevant længere	
10	2019-12-11	<i>Risiko:</i> De digitale løsninger vi udvikler. løser nødvendigvis ikke de problemer, som vi prøver at løse, da tingene er komplicerede og ofte også vil indebære ændrede arbejdsgange.	Sandsynlig	Generende	MedCom monitorerer, udarbejder støttemateriale og følger op med leverandører	
11	2020-04-20	<i>Risiko:</i> COVID19-nedlukningen giver udfordringer pga. prioriteringen hos forskellige samarbejdspartnere i projekterne	Forventet	Generende	Afholder så godt som muligt mødeaktiviteter pr. video	
12	2021-02-17	<i>Risiko:</i> Overenskomst OK21 mellem PLO og Danske Regioner er ikke kommet på plads.	Forventet	Generende	Har konsekvenser for igangsætning af nye projekter. Det forventes, at OK21 er i mål til efteråret. Vi skal vurdere, hvile opgaver vi kan tage hul på, som ikke kompromittere konflikten.	
13	2022-11-15	<i>Risiko:</i> PLSP har ikke ressourcer til at deltage i de mange projekter der vedrører almen praksis.	Sandsynlig	Kritisk	Der er oprettet en porteføljegruppe i PLSP for at håndtere prioritering af opgaver. Herudover arbejder PLSP på at skaffe flere ressourcer.	

medcom	Id og proces	Id og titel	Init	Version	Dato
	1.	Opdateret risikovurdering	THS	1.97	28-04-21
	2.	Opdateret risikovurdering	THS	1.98	06-10-21
	3.	Opdateret risikovurdering	THS	1.99	02-12-21

## MEDCOMS RISIKOMATRICE:

Sandsynlighed	Forventet		#11		
	Sandsynligt		#8	#1#13	
	Mindre sandsynligt		#10	#7	
	Usandsynligt		#5 #6 #9	#3	
		Uvæsentlig	Generende	Kritisk	Uacceptabelt
Konsekvens					