

Epikrisen som samhandlingsverktøy

Sammendrag

Bakgrunn. Det har vært hevdet at europeisk helsevesen har behov for bedre koordinering mellom første- og annenlinjetjenesten, og at manglende samhandling først og fremst rammer pasienter med utvidet behov for oppfølging. I Norge har fastlegene hovedansvar for å følge opp pasienter som har vært innlagt eller undersøkt i sykehus, og allmennlegene har behov for opplysninger om sykehusoppholdet.

Materiale og metode. Data fra spørreskjemaundersøkelse til alle fastleger i Norge april 2004 ble benyttet for å belyse samhandling og tilfredshet med epikriseinformasjon fra sykehus.

Resultater. 1 637 av 3 338 fastleger (48 %) svarte. Median ventetid på epikriser og polikliniske notater var stort sett en uke eller mer. 45 % oppgav at de mottok elektroniske epikriser. Alt i alt var legene tilfredse med innholdet i epikrisene fra sykehus, men det ble identifisert et forbedringspotensial for informasjon om pasienter med oppfølgingsbehov etter behandling. Bare 55 % av legene var tilfredse med epikrisen for denne pasientgruppen. Når innleggende lege og pasientens fastlege ikke var samme person, ble epikrise ikke mottatt for en firedel av pasientene. Om lag halvparten av legene oppgav at de ofte tar kontakt med sykehuset fordi epikrisen kommer for sent og 15 % fordi epikrisen er mangelfull.

Fortolkning. Vår studie viste at fastlegene er mindre tilfredse med epikriser hos pasienter med oppfølgingsbehov hos lege etter sykehusbehandling.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Kari J. Kværner

k.j.kvarner@medisin.uio.no
Senter for hode- og halsforskning
Akershus universitetssykehus
1478 Lørenskog
og
Universitetet i Oslo

Trond Tjerbo

Grete Botten
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt
og
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Innføringen av fastlegereformen 1. juni 2001 (1) og statlig overtakelse av sykehus januar 2002 (2) førte med seg endringer i organisering og finansiering av allmennlege- og spesialisthelsetjenesten. Reformene ble utformet uten at de i særlig grad ble satt i sammenheng, til tross for at pasientbehandling foregår på tvers av statlig og kommunalt nivå. Det er mye oppmerksomhet om behovet for å se helsetjenesten uavhengig av forvaltningsnivåer (3, 4). I Norge har fastlegene hovedansvar for å følge opp pasienter som har vært innlagt eller undersøkt i sykehus, og allmennlegene har behov for opplysninger om sykehusoppholdet. Dersom en «sømløs og helhetlig behandlingsskjede» er en politisk målsetting, er det nødvendig med kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer i dag.

I dag er styringsmålet at 80 % av epikrisene er overført fastlegene innen en uke (5). I forbindelse med fastlegeevalueringen er fastlegers oppfatning av epikriser som samhandlingsverktøy studert. Med nasjonale data er legenes tilfredshet og oppfatning av mangler ved epikriseinformasjon belyst, og det er lagt særlig vekt på pasienter med oppfølgingsbehov.

Materiale og metode

Utvalget består av alle fastleger i arbeid mars 2004, dvs. 3 380 leger. Register over legene ble hentet fra Den norske lægeforening, som har et komplett register over alle norske leger, inkludert de 6 % som ikke er medlemmer. Av de 3 380 fastlegene som mottok et firesiders spørreskjema om informasjon og samhandling med spesialisthelsetjenesten, returnerte 1 637 skjemaet, en responsrate på 48 %.

Fastlegene ble bedt om å besvare spørsmålene ut fra dialogen med det sykehuset de oppfattet som sitt lokalsykehus. På bakgrunn av spørsmålet «Hvor raskt mottar du vanligvis epikrise etter utskrivning for sykdommene hjerteinfarkt, hjerneslag, astma/kronisk obstruktiv lungesykdom, revmatiske sykdommer, barn innlagt på grunn av infeksjoner, snorkeoperasjoner, meniskoperasjoner, diabetes, brystmerter og underlivssmerter» ble epikrisetid beregnet. Utvalget av sykdommer ble valgt for å gi et bilde av medisinske, kirurgiske, nevrologiske, revmatologiske og pediatriske avdelinger og omfatter pasienter som var innlagt eller behandlet dagkirurgisk og poliklinisk. Kategoriene «samme dag», «dag 2–3», «dag 4–7» og «over en uke» ble benyttet som tidsvariabel.

Andre spørsmål var tilfredshet med generelle og spesifikke forhold ved epikrise, informasjon og faglig samarbeid. Tilfredshet ble kategorisert som tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende ut fra et firedelt svaralternativ, der svært tilfredse og tilfredse utgjorde én gruppe (n = 1 440), utilfredse og svært utilfredse den andre gruppen (n = 160). På tilsvarende måte ble fastlegenes oppfatning av mangler ved utforming og innhold av epikrisen kategorisert. Gjennomsnittsverdier ble beregnet for utsagn der fastlegene sa seg enige eller uenige på en skala fra 1 til 10 (1 = helt enig, 10 = helt uenig). Svarene var tilnærmet normalfordelt.

I artikkelen fremstilles epikrisetid og tilfredshet som frekvensfordelinger, beregnet samlet og i forhold til fastlegenes oppfatning av samhandlingen med sykehus for pasienter som har oppfølgingsbehov. Ved bivariate sammenlikninger ble khikvadrat-tester benyttet. T-tester ble brukt for å studere om legenes oppfatning av epikriseinnhold var forskjellig hos tilfredse og mindre tilfredse leger ved oppfølgingspasienter.



Hovedbudskap

- Det er stor geografisk variasjon i tilfredshet med epikriser
- Fastleger er mindre tilfredse med epikrisene hos pasienter med oppfølgingsbehov
- Mangler ved epikrisen er en viktig årsak til at fastleger må kontakte sykehuset

Tabell 1 Ulike aspekter ved epikrisens innhold og informasjonsutveksling mellom 1 584 fastleger og deres lokalsykehus

	Andel (%)	(95 % KI)
<i>Generell tilfredshet med epikrisene fra lokalsykehuset¹</i>		
Fornøyd	90	(89–92)
Misfornøyd	10	(8–11)
<i>Om epikrisens utforming²</i>		
Bør være kort og konsis fremfor å ha utfyllende informasjon om totalt sykdomsbilde		
Enig	55	(52–57)
Uenig	45	(42–47)
Bør være strukturert fremfor kort		
Enig	85	(83–87)
Uenig	15	(13–17)
Viktigere å få den raskt enn å ha utfyllende informasjon om oppfølgingsbehov		
Enig	39	(37–41)
Uenig	61	(59–63)
Foretrekker du å motta epikriser utformet etter standardisert mal?		
Ja	58	(56–61)
Nei	42	(39–44)
<i>Mangler i informasjonsutveksling fra sykehus</i>		
Hvor ofte mottar du epikrise når dine listepasienter innlegges av annen lege? ³		
Ofte eller alltid	72	(69–74)
Sjelden eller aldri	28	(26–31)
Hvor ofte mottar du epikrise når du legger inn pasienter som ikke er på din liste? ³		
Ofte eller alltid	76	(73–78)
Sjelden eller aldri	24	(22–27)
Hvor ofte tar du kontakt med sykehuset for å få ytterligere informasjon fordi epikrisen er mangelfull? ¹		
En gang per måned eller sjeldnere	16	(14–18)
To ganger per måned eller oftere	84	(82–86)
Hvor ofte tar du kontakt med sykehuset for å få ytterligere informasjon fordi epikrisen kommer for sent? ¹		
En gang per måned eller sjeldnere	44	(41–44)
To ganger per måned eller oftere	56	(54–59)
<i>Hvor tilfreds er du med mulighetene for faglig samhandling og kunnskaps-overføring som tilbys av ditt lokalsykehus?¹</i>		
Fornøyd	92	(91–94)
Misfornøyd	8	(6–9)

¹ Ikke utfylt av mellom 30 og 50 fastleger

² Ikke utfylt av mellom 51 og 75 fastleger

³ Ikke utfylt av mellom 245 og 250 fastleger

Logistisk regresjon beregnet sammenhengen mellom epikrisetilfredshet og legenes alder, antall år i allmennpraksis, kjønn og hvorvidt de hadde spesialiteten i allmennmedisin eller ikke.

Resultater

Det var ingen forskjell i alder og kjønn mellom totalutvalget og dem som besvarte skjemaet. Geografisk fordelte svarprosenten seg relativt likt, med unntak av Oslo, som var noe underrepresentert.

Figur 1 viser hvor raskt legene vanligvis mottok epikrise og journalnotater hos ulike pasientgrupper. Median epikrisetid var over en uke for innleggelser ved alle avdelinger, med unntak av revmatologiske pasienter, der epikrisen mottas dag 4–7. Ved polikliniske pasientvurderinger ble journalnotat mottatt mer enn en uke etter utredning. Det samme gjaldt dagkirurgi. 45 % av fastlegene svarte at de mottok elektroniske epi-

kriser. 15 % visste ikke om sykehuset hadde tilbud om elektroniske epikriser.

91 % av fastlegene var fornøyd med epikrisene (tab 1). Legene i Sogn og Fjordane, Oppland og Telemark var signifikant mer tilfredse enn landsgjennomsnittet. Legene foretrakk at epikrisen var strukturert fremfor kort, og at den hadde utfyllende informasjon om oppfølgingsbehov fremfor at den kom raskt (tab 1). I situasjoner der fastlege og innleggende lege ikke var samme person, mottok 72 % av fastlegene epikrise. Tilsvarende mottok ikke innleggende lege epikrise for 24 % av sykehusoppholdene når pasienter ikke var på hans eller hennes egen liste (tab 1).

55 % av fastlegene var tilfredse med samhandlingen hos pasienter som har oppfølgingsbehov hos lege. Legene i Østfold, Vestfold og Hordaland uttrykte mindre tilfredshet med samarbeid om pasienter med oppfølgingsbehov og Sogn og Fjordane,

Møre og Romsdal, Oppland og Nord-Trøndelag høyere tilfredshet enn gjennomsnittet. Leger som var mindre fornøyd med samhandlingen var også mindre fornøyd med innholdet i epikrisen (tab 2). Størst var forskjellen ved informasjon om hvordan behandling skal oppfølges av fastlege. Legens alder, antall år i praksis eller hvorvidt legene var spesialister i allmennmedisin, hadde ingen betydning for oppfatningen av tilfredshet. Logistisk regresjon med kontroll for alder, antall år i praksis og spesialitet i allmennmedisin viste at kvinnelige leger var noe mindre fornøyd (OR_{adj} = 1,39 (95 % KI 1,08–1,81).

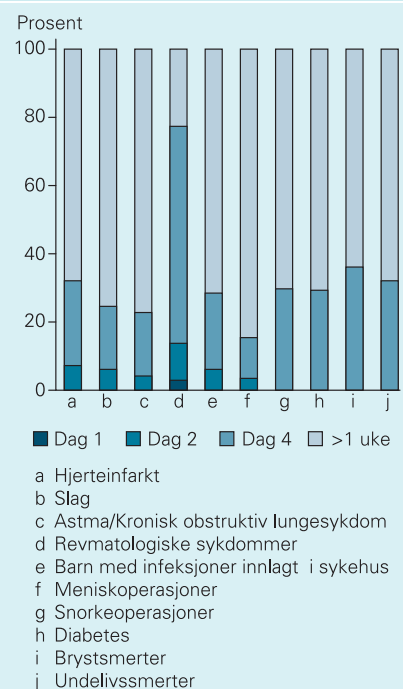
Diskusjon

I denne studien var median epikrisetid over én uke både ved innleggelser og for poliklinisk behandling. Fastlegene var stort sett tilfredse med epikrisene, bortsett fra hos pasienter med oppfølgingsbehov hos lege. For disse pasientene hadde legene oftere nytte av å ta kontakt med lokalsykehuset for ytterligere informasjon og var mindre tilfredse med epikrisens innhold.

Andelen leger som deltok i studien var relativt lav. Spørreskjemaet ble sendt ut til alle landets fastleger, men bare 48 % returnerte det. Det kan derfor ikke sikkert konkluderes med at utvalget er representativt for norske fastleger. Da det ikke var forskjell i alder og kjønn og datautvalget og svarprosentens geografiske fordelinger var like, mener vi det store antallet deltakere likevel er informativt når det gjelder fastlegenes oppfatning av samhandling. Når det gjelder sykdommene som epikrise- og journalnotattid er beregnet ut fra, kan vi ikke med sikkerhet konkludere med at funnet er generaliserbart for sykehusenes epikrisetid. Utvalget representerer vanlige sykdommer og er valgt for å gi et bilde på dagkirugi, poliklinisk utredning og innleggelser.

Epikrisen er et sentralt dokument i formidlingen av informasjon til leger utenfor sykehus. Indirekte er den et samhandlingsverktøy og mål på hvor godt rutiner for pasientbehandling og kunnskapsoverføring mellom sykehus og førstelinjetjenesten fungerer. I dag er styringsmålet at 80 % av epikrisene er overført fastlegene innen én uke (5). Vår studie tyder på at regelen, bortsett fra for revmatologiske lidelser, er mer enn en ukes ventetid; tre firedeler av epikrisene brukte over en uke på å nå fastlegene. Resultatet viser et forbedringspotensial for epikrisetid. Kanskje kan tiden forkortes når en større andel av epikrisene overføres elektronisk. Man bør likevel merke seg at alle flaskehals for epikriseforsendelse i sykehus netpe er knyttet bare til selve forsendelsen. Etter skrivning skal epikrisen også signeres av behandlende lege før den sendes ut. Til tross for den statlige tilbaksplanen for elektronisk kommunikasjon mellom behandlingsnivåene, Si @! (6), oppgir ikke mer enn 45 % av fastlegene at

Figur 1



Epikrisetid for innlagte, dagkirurgiske og polikliniske pasienter

de mottar elektroniske epikriser, og så mye som 15 % kjenner ikke til om lokalsykehuset tilbyr denne tjenesten.

Undersøkelsen viser at norske fastleger jevnt over er tilfredse med informasjonen i epikrisene, selv om mange positive tilbakemeldinger er en feilkilde ved tilfredshetsundersøkelser (7). Resultatet kan bety at informasjonsformidling fra sykehus fungerer godt for de fleste pasientbehandlinger, noe som står i kontrast til bekymringen om at samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten fungerer dårlig (4). Vi fant imidlertid mindre epikrisetilfredshet vedrørende pasienter med oppfølgingsbehov hos lege. Funnet tyder på at utfordringen ligger i å identifisere

pasientgrupper der det er spesielt viktig for pasienten at kommunikasjonen mellom sykehus og fastlege fungerer optimalt.

I studien påpeker fastlegene flere svakheter ved epikrisene. Koordinering av innleggelse og epikriseforsendelse oppleves mangelfull. Fastlegene mottar ikke epikriser for listepasienter andre har lagt inn og vice versa. Her har sykehuset ansvaret. Det er et forbedringspotensial i gjeldende rutiner. Dersom fastlegene skal ha det helhetlige behandlingsansvaret for sine listepasienter, må de ha tilgang til informasjon om innleggelser og utredninger.

Variasjonen i behovet for å ta kontakt med sykehuset fordi epikrisen er mangelfull eller kommer for sent, peker på en svakhet i informasjonsrutiner. Resultatene tyder på at det er nødvendig å identifisere utfordringer knyttet til enkelte sykehusavdelinger eller pasientgrupper. Hele 45 % av fastlegene uttrykte manglende tilfredshet med informasjon fra sykehuset om pasienter med oppfølgingsbehov hos lege. Funnet er tankevekkende og tyder på at samhandlingsutfordringen er knyttet til pasienter med kroniske lidelser som fordrer langvarig oppfølging. Resultatet er i tråd med internasjonale studier som uttrykker bekymring for denne pasientgruppen (3, 8). Etter vårt syn er pasienter med oppfølgingsbehov en viktig målgruppe for raske og gode epikriser og er ekstra viktige å ta hensyn til.

I tillegg til sykehusesens utfordring med å bedre informasjonsformidlingen rundt enkelte pasientgrupper, viser resultatene at geografiske forhold og trekk ved fastlegen påvirker oppfatningen av samhandling. Legens alder og erfaring er uten betydning, men kvinnelige leger er mindre fornøyde enn menn. Det er rimelig å anta at denne forskjellen er uttrykk for kjønnsforskjell i tolkingen av begrepet tilfredshet snarere enn at informasjonen fra sykehus er avvikende for kvinner og menn. Men det kan ikke utelukkes at kvinnelige leger har flere pasienter med oppfølgingsbehov (9). Når det gjelder geografisk variasjon i tilfredshet,

kan omorganisering og funksjonsfordeling som følge av sykehusreformen ha påvirket dialogen mellom den enkelte lege og lokalsykehuset. Det kan også hende at sykehusstørrelsen har betydning for hvordan legen opplever kontakten. I spørreskjemaet er lokalsykehuset legene henviser til, registrert, men det foreligger ikke informasjon fra fastlegene om endringer i samhandlingen etter omorganisering og statlig overtakelse av sykehus. Det kan ikke utelukkes at svarene er påvirket av egenskaper ved fastlegens lokalsykehus og samarbeidet med den enkelte avdeling snarere enn egenskaper ved allmennlegen selv. Man kan også tenke seg at allmennlegenes listestørrelse virker inn på deres oppfatning av informasjonsutveksling med sykehus. Det har vi ikke hatt mulighet til å besvare.

Epikrisen er bare ett mål på samarbeid mellom tjenestenivåene, og epikrisetiden er en indirekte indikator på kvalitet. Epikrisetiden er lett å måle og viktig i oppfølging av pasienten. Man må likevel være oppmerksom på risikoen for at epikrisetid i større grad er et mål på prosessflyt enn en indikator som kan identifisere flaskehals i formidling mellom sykehus og fastleger.

Vår studie viste at fastlegene er mindre tilfredse med epikriser hos pasienter med oppfølgingsbehov hos lege. Det kan være uttrykk for manglende kompetanseoverføring fra sykehus til fastleger for dem som trenger det mest. Uten gode og raske epikriser er det vanskelig for førstelinjetjenesten å ta vare på pasienter med oppfølgingsbehov.

Manuskriptet ble godkjent 25.8. 2005.

Studien er gjennomført som et samarbeid mellom Institutt for helseledelse og helseøkonomi og Den norske lægeforening og er finansiert av Norges forskningsråd som en del av fastlegeevalueringen.

Litteratur

1. St. meld. nr. 23 (1996–97). Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.
2. St. meld. nr. 24 (1996–97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
3. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). *Qual Health Care* 2001; 10: 33–9.
4. Alment praktiserende lægers forening. Helsepolitisk debattskrift fra Apf. www.legeforening.no/index.gan?id=47345&subid=0 (1.12.2004).
5. St. prop. nr. 1 (2003–2004). For budsjetterterminen 2004.
6. Sosial- og helsedirektoratet. Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Si @!. Statlig tiltaksplan 2001–2003. Oslo: Statens trykningstjeneste, 2001.
7. Coulter A. Managing demand at the interface between primary and secondary care. *BMJ* 1998; 316: 1974–6.
8. Kasje WN, Denig P, De Graeff PA et al. Physicians' views on joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care* 2004; 16: 229–36.
9. Høie I. Høyt turtall for scenevant dame. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1922.

Tabell 2 Gjennomsnittsverdier for fastlegers tilfredshet med epikrisens innhold hos pasienter som har behov for oppfølging av fastlege

	Samhandling med sykehuset ved utskrivning av pasienter som har behov for oppfølging av fastlege				
	Ikke tilfreds (n = 701–706)		Tilfreds (n = 862–866)		P-verdi
	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD	
<i>Hvor tilfreds er du med informasjonen som fremkommer i epikrisen?</i>					
Med hvilken behandling som er gitt	7,13	1,63	7,88	1,49	< 0,001
Med hvilke undersøkelser og funn som er gjort	6,91	1,74	7,68	1,55	< 0,001
Om sykdomsforløp og komplikasjoner	6,30	1,90	7,32	1,67	< 0,001
Om hvilke medisiner pasienten utskrives med	6,99	1,97	7,98	1,72	< 0,001
Om hvordan behandling skal følges opp av fastlege	4,70	2,22	6,61	2,01	< 0,001