

Den gode epikrise – kriterier og evaluering

Sammendrag

Bakgrunn. Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. En god epikrise bør ankomme tidsnok og være utformet slik at den tjener sin hensikt.

Materiale og metode. Vi definerte seks kriterier til bruk i kvalitetsvurderingen av epikrisens innhold og utforming. To primærleger og to sykehusleger gikk så gjennom 50 epikriser innhentet fortløpende fra en indremedisinsk avdeling. Hver epikrise ble kvalitetsvurdert og gitt en skår fra 1 til 4 på hvert av kvalitetskriteriene.

Resultater og fortolkning. Det var relativt liten enighet om skåringen de fire skårene imellom. Sykehuslegene ga noe høyere skårer enn primærlegene. Høyest enighet mellom poenggiverne ble funnet for kriteriet «legemiddelinformasjon» (gjennomsnittlig vektet kappa 0,57), lavest for kriteriene «konklusjon» (gjennomsnittlig vektet kappa 0,17) og «ortografi» (gjennomsnittlig vektet kappa 0,13). Skåringspanelets samlede skår indikerte at epikrisekvaliteten gjennomgående var brukbar til god, men 44 % av epikrisene var mangelfulle i henhold til enkelte kvalitetskriterier. Vi foreslår tiltak for sikring av god epikrisekvalitet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Christian Hall*

chall@klinmed.uio.no
Medisinsk avdeling
Diakonhjemmets sykehus
0319 Oslo

Trine Bjørner

Bogstadveien legegruppe

Haavard Martinsen

Kragstogen Legesenter

Knut Stavem

Medisinsk avdeling
Akershus universitetssykehus

Ragnar Weberg

Medisinsk avdeling
Diakonhjemmets sykehus

* Nåværende adresse:

Medisinsk avdeling, Akershus universitetssykehus
1478 Lørenskog

Ordet «epikrise» stammer fra gresk og betyr «bedømming» eller «etterbetragtning». Kunnskapsforlagets store norske leksikon har denne definisjonen: «Kort, sammenfattende fremstilling av et sykdomstilfelle, gjerne sammensatt av en vurdering og redegjørelse for behandlingen og dens resultater» (1). I Sosialdepartementets forskrift om pasientjournal av 21.12.2000 heter det i § 9: «Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging» (2). Dette betyr at helseinstitusjoner har en lovpålagt plikt til å sende epikrise. Den bør ankomme i tide for at korrekt oppfølging skal kunne finne sted, og den bør inneholde de opplysninger som er nødvendige for slik oppfølging.

De fleste leger i primærhelsetjenesten erfarer at epikrisen ikke alltid ankommer i tide. Myndighetene er opptatt av dette problemet og har innført «epikrisetid» som ett av ti kvalitetskriterier for somatiske helseinstitusjoner (3). Mindre oppmerksomhet har vært rettet mot epikrisens innhold. Epikrisen bør ikke bare ankomme tidsnok, den bør også være utformet slik at den tjener sin hensikt. Ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmets sykehus, har vi utarbeidet kriterier for «den gode epikrise». Deretter har vi evaluert epikrisekvaliteten ved avdelingen.

Materiale og metode

I 2003 hadde vår avdeling 89 senger og 3 998 innleggelser. Det var 13 overleger, 18

leger i spesialisering og fem turnusleger. Alle legene deltok i epikriseskiving.

Utvikling av kvalitetskriterier

I prosjektets innledende fase hadde vi diskusjoner internt i avdelingen om hva vi forsto med begrepet «den gode epikrise». Vi kom frem til kvalitetskriterier, som så ble diskutert på det faste faglige samarbeidsmøtet for sykehuslegene og primærlegene i sykehusets opptaksområde. Ut fra de synspunkter som fremkom der, identifiserte prosjektgruppen seks innholdsmessige kvalitetskriterier:

- Sykehistorie: Foreligger de essensielle opplysninger vedrørende sosiale forhold, tidligere sykdommer, aktuell problemstilling og kliniske funn?
- Konklusjon: Foreligger det en klar vurdering og konklusjon?
- Legemidler: Er det fyllestgjørende og entydige legemiddelopplysninger?
- Oppfølging: Er det angitt hvem som skal følge pasienten videre og når?
- Konsis fremstilling: Er epikrisen kort og konsis og uten uvesentlige opplysninger?
- Ortografi: Er det korrekt ortografi og tegnsetting?

Evaluering av epikrisen

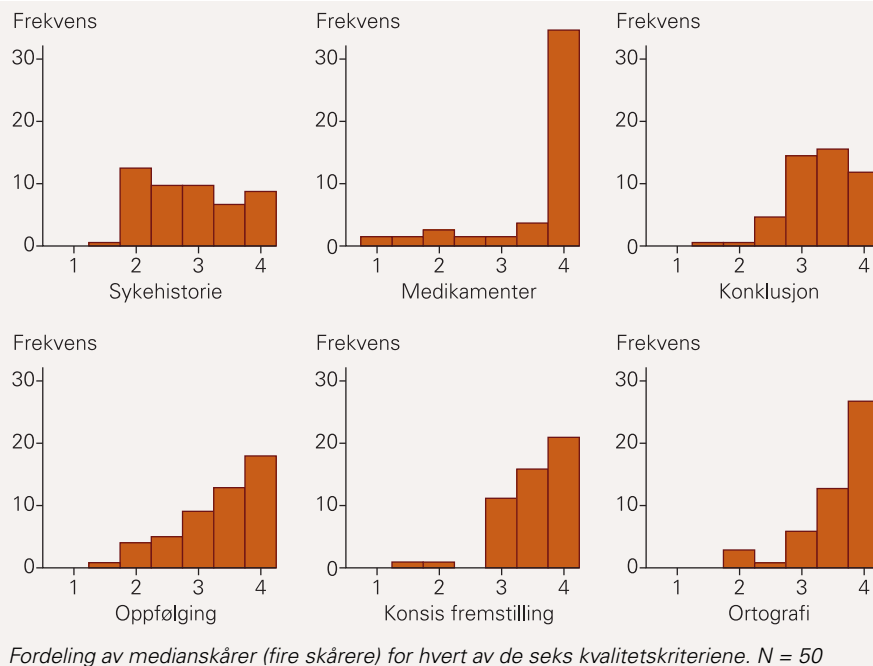
To av avdelingens leger og to primærleger gikk igjennom 50 epikriser fortløpende innhentet for pasienter utskrevet i januar og februar 2003. Epikrisene var anonymisert med hensyn til pasient- og forfatteridentitet, og ingen epikrise ble i perioden utelatt fra undersøkelsen. Avdelingens leger var ikke informert om kvalitetsmålingen. Hver epikrise ble skåret på en ordinal skala fra 1 til 4 poeng for hvert av kvalitetskriteriene.



Hovedbudskap

- Epikrisen må ikke bare komme tidsnok, innholdet må også ha god kvalitet
- En god epikrise kan defineres ved seks kriterier, men det er stor variasjon i kvalitetsvurderingen
- De fleste epikriser er gode, men mange er suboptimale i henhold til enkeltkriterier
- Vi foreslår å sikre god epikrisekvalitet ved bruk av maler, opplæring og kontrastsignatur

Figur 1



- Skår 1: Epikrisen tilfredsstillende kriteriet på en svært mangelfull og klart ubrukelig måte
- Skår 2: Epikrisen tilfredsstillende elementer av kriteriet, men på en mangelfull og ikke brukbar måte
- Skår 3: Epikrisen tilfredsstillende kriteriet på en brukbar, men ikke fullt ut tilstrekkelig måte
- Skår 4: Epikrisen tilfredsstillende kriteriet på en god og tilstrekkelig måte

De fire poenggivere hadde en veiledning med nærmere beskrivelse av de seks kvali-

tetskriteriene og var blindet for sine kollegers resultater.

Statistisk analyse

Resultatene presenteres grafisk, inkludert fordelingen av median skår for de fire skårerne på hvert kvalitetskriterium. Parvise forskjeller mellom skårerne ble testet med en tegntest med Bonferroni-korreksjon for multiple sammenlikninger. Skårene til sykehuslegene og allmennlegene ble sammenliknet med parett-test mellom gjennomsnittlig skår. Enigheten mellom de ulike skårerne

ble kvantifisert ved beregning av kvadratisk vektet kappa for hvert par av skårere (4). Kappa indikerer andelen enighet mellom to observatører etter korreksjon for hva man ville forvente om den var helt tilfeldig, hvor 1,0 representerer full enighet og 0,0 en helt tilfeldig fordeling. Analysene ble utført i Stata versjon 8.2. Vi valgte et 5% signifikansnivå med tosidige tester.

Resultater

For alle kriterier varierte epikrisene i kvalitet. For hver epikrise beregnet vi medianen av de fire skårenes poeng. Fordelingen av denne medianen for hvert av de seks kvalitetskriteriene i de 50 epikrisene er vist i figur 1. For ni epikriser var det median skår 4 på minst fire kriterier og ikke dårligere enn 3 på de siste to kriteriene. Av disse var det full skår for to epikriser, med median skår 4 på alle seks kriterier. I den motsatte enden av skalen var det median skår 1 for ett kriterium i to epikriser. Ikke i noen epikriser var det mer enn ett kriterium med median skår 1. For 22 epikriser var det median skår 2 eller dårligere på minst ett kriterium. Som uttrykk for samlet skåringsresultat angir vi de fremstilte fordelingenenes median og interkvartilbredde i tabell 1. Kvaliteten var best for kriteriene «legemidler» og «ortografi», dårligst for kriteriet «sykehistorie».

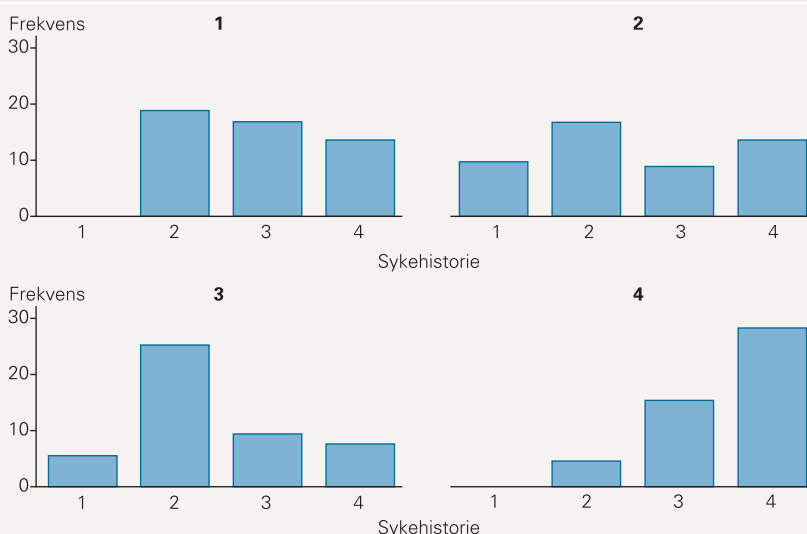
Det var tydelig forskjell i vurderingene til de fire skårerne, som illustrert ved fordelingen av poeng for kriteriet «sykehistorie» (fig 2). Sykehuslegene (skårer 2 og skårer 4) hadde i gjennomsnitt høyere skår enn allmennlegene (skårer 1 og skårer 3) på tre av de seks kriteriene: «sykehistorie» (differanse 0,36, $p < 0,001$), «konklusjon» (differanse 0,38, $p < 0,001$) og «ortografi» (differanse 0,23, $p = 0,05$). For de resterende tre kriteriene var det ingen statistisk signifikant forskjell i skåring mellom sykehuslegene og allmennlegene, men for to var det en tendens til at sykehuslegene skåret høyere.

Det var relativt stor enighet mellom poenggivere når det gjaldt kriteriet «legemidler» (gjennomsnittlig vektet kappa 0,57), mindre grad av enighet for kriteriene «konklusjon» (gjennomsnittlig vektet kappa 0,17) og «ortografi» (gjennomsnittlig vektet kappa 0,13). For kriteriene «sykehistorie», «oppfølging» og «konsis fremstilling» var enigheten moderat (gjennomsnittlig vektet kappa henholdsvis 0,27, 0,24 og 0,26).

Diskusjon

Vi rapporterer et forsøk på å måle den innholdsmessige kvaliteten av 50 epikriser fortløpende fremskaffet fra en medisinsk avdeling. Seks ulike kriterier for innholdsmessig kvalitet ble identifisert etter dialog med avdelingens samarbeidende primærleger. På en skala fra 1 (lav) til 4 (høy kvalitet) lå median skår for fire skårere mellom 3 og 4 på alle seks kvalitetskriteriene, men forholdsvis mange epikriser hadde likevel en median skår på 2 eller dårligere på minst ett

Figur 2



kriterium. Bare to epikriser fikk høyeste skår på alle kriterier.

Materialiet er lite og samlet over et relativt kort tidsrom. Det er også en begrensning at to av skårene arbeidet ved avdelingen som produserte epikrisene. Dette er en mulig forklaring på systematisk bedre skåring hos disse. Det var liten samstemmighet i skåringen skårene imellom. Dette illustrerer at kvalitetsvurderingen er subjektiv og påvirkes av verdier og perspektiv hos den enkelte skårer. Kvalitetsvurderingen har altså lav reliabilitet. Dette problemet ble søkt redusert ved at vi for den enkelte epikrise anga median skår, slik at ekstreme vurderinger ikke veide for tungt i resultatet. Vi har imidlertid ikke undersøkt effekten på reliabilitet av å anvende et skåringspanel på denne måten.

Kvalitet kan forstås som helheten av de egenskaper en enhet har og som vedrører enhetens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov (5). Forutsetter man at epikrisen ankommer primærlegen tidsnok (6–8), er det dens innholdsmessige kvalitet som er det vesentlige. Hva som bør stå i en epikrise og hvordan dette bør utformes, er spørsmål som vakte betydelig engasjement blant kollegene. Det samme rapporteres fra en høringsrunde om den gode epikrise i regi av Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH) (9). Uenighet kan i noen grad skyldes ulike oppfatninger om hvilke behov epikrisen skal oppfylle. Eksempelvis er det hevdet at epikrisen ikke bare er til for primærlegen, den bør også tjene som et hendig resymé for sykehuslegen ved fremtidige innleggelse. Et annet synspunkt er at epikrisen bør utformes slik at pasienten kan ha nytte av å lese den. I denne undersøkelsen har vi lagt til grunn at epikrisen først og fremst skal tjene primærlegens behov.

Vi formulerte kvalitetskriterier som svarer med resultatet av liknende studier i Canada (7), England (10) og Frankrike (11). Opplysninger om sosiale forhold, tidligere sykdommer, aktuell sykehistorie og kliniske funn er nødvendig for å sette det aktuelle sykehusopphold i sammenheng med pasientens helsemessige og sosiale situasjon for øvrig. Dette kan gjøre det lettere å gjenkjenne symptomer på residiv eller komplikasjoner. Entydige legemiddelopplysninger er essensielt for fortsatt korrekt medikasjon. Feilaktig medikasjon grunnet kommunikasjonsvikt kan ha alvorlige konsekvenser og er et kjent problem (12). Vi vurderte imidlertid kun utforming og presisjon i legemiddelangivelsene, de ble ikke sammenholdt med pasientenes kurver fra det aktuelle oppholdet.

Kravet om at epikrisen skal inneholde en klar vurdering og konklusjon er begrunnet med at mottaker skal vite hvordan man har tenkt ved sykehuset, siden dette har betydning for den medisinske oppfølgingen. Kravet virker disiplinerende på avdelingens leger og tvinger dem til å fullføre den faglige tankegangen rundt sykehusoppholdet. Hvis

pasienten utskrives med uavklarte problemstillinger, er det viktig at man i vurderingen beskriver disse og angir hvem som har ansvaret for å arbeide videre med dem. Provesvar som ankommer etter utsendelse av epikrisen og endrer tidligere vurderinger, bør følges opp med eget brev. I epikrisen bør man konkret presisere hvem som skal følge pasienten videre og når dette skal skje. Dette vil avklare ansvarsforhold og lette planlegging.

Våre to siste kvalitetskriterier omhandler utforming av epikrisen. Vi mener det er viktig at den er kort og konsis og uten uvesentlige opplysninger. Dette letter skrivarbeidet og minsker risikoen for at mindre viktige opplysninger vil forstyrre leserens oppfattelse av hva som er viktig. Riktig ortografi og korrekt tegnsetting skaper tillit hos leseren. Et godt utformet dokument reflekterer høy faglig standard ved avdelingens kontorseksjon, og krav om dette kan bidra til økt kvalitetsbevissthet.

Vi har ikke vektet kvalitetskriteriene. Det kan hevdes at ikke alle aspekter av en epikrisens innhold er like viktige, og at de bør tillegges ulik vekt i en totalvurdering av kvaliteten. Vi fant imidlertid at slik vektning var vanskelig å begrunne og avstod fra dette.

Som en oppsummering vil vi hevde at kvaliteten på epikrisene gjennomgående var brukbar eller god. Dette er i samsvar med resultatene fra en studie der 90 % av norske allmennleger sa seg generelt fornøyd med epikrisene fra lokalsykehuset (13). Få epikriser var imidlertid svært gode, og en betydelig andel var mangelfulle eller utilstrekkelige i henhold til ett eller flere kriterier. På denne bakgrunn har vi anbefalt for avdelingsledelsen å tilstrebe økt innholdsmessig kvalitet ved følgende tiltak:

Ramme 1

Foreslått standardmal for epikriser fra medisinsk avdeling

- **Sykehistorie:** Kort resymé av sosiale forhold, arveanlegg, tidligere sykdommer og aktuell sykehistorie
- **Kliniske funn:** Ved innkomst
- **Supplerende undersøkelser:** EKG, bildeundersøkelser, endoskopi, klinisk kjemi m.m.
- **Forløp og vurdering:** Hvordan forløp oppholdet, hva gjorde man, hva kom man frem til, hva gjenstår å gjøre?
- **Oppfølging:** Hvem skal følge pasienten videre, når skal det skje?
- **Legemidler ved utskriving:** Navn, styrke, dosering

- Innføring av standard layout og fast mal for epikrisens hovedavsnitt (ramme 1)
- Opplæring av nyansatte leger i god epikriseskriving ved utdeling av informasjonsbrosjyre og/eller kort epikrisekurs. Vi ser ikke bort fra at selv erfarne klinikere vil kunne ha nytte av en «oppfriskning» på dette feltet
- Kontrasignatur av de yngre legenes epikriser ved erfarne epikriseforfattere, fortrinnsvis spesialister i faget

Hvorvidt slike forbedringstiltak vil ha effekt på epikrisekvaliteten, kan eventuelt forsøkes verifisert ved gjentatt kvalitetsvurdering av avdelingens epikriser.

>>>

Tabell 1 Median skår (med 25- og 75-prosentil) for hver av de fire skårene og for skårene samlet. Skåringskala fra 1 (dårligst) til 4 (best). N = 50. Tosidig tegntest med Bonferroni-korreksjon for multiple sammenlikninger

	Samlet	Skårer				Statistisk signifikante forskjeller mellom skårene (p < 0,05)
		1	2	3	4	
Sykehistorie	3 (2–3,5)	3 (2–4)	2 (2–4)	2 (2–3)	4 (3–4)	1 versus 3 1 versus 4 2 versus 4 3 versus 4
Legemidler	4 (3,5–4)	4 (4–4)	4 (3–4)	3 (3–4)	4 (4–4)	1 versus 3 3 versus 4
Konklusjon	3,5 (3–3,5)	3 (3–4)	3 (2–4)	3 (3–3)	4 (4–4)	1 versus 3 1 versus 4 2 versus 4 3 versus 4
Oppfølging	3,5 (3–4)	4 (3–4)	3 (2–4)	3 (2–4)	4 (3–4)	2 versus 4 3 versus 4
Konsis fremstilling	3,5 (3–4)	4 (4–4)	3 (3–4)	3 (3–4)	4 (3–4)	1 versus 2 1 versus 3 3 versus 4
Ortografi	4 (3,5–4)	4 (3–4)	3,5 (2–4)	3 (3–4)	4 (4–4)	1 versus 4 2 versus 4 3 versus 4

Litteratur

1. Henriksen P, red. Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon. 3. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1995–99.
2. Forskrift om pasientjournal. Forskrift nr 1385, 2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
3. www.sykehusvalg.net/sidemaler/VisStatiskInformasjon_2146.aspx (20.11.2005).
4. Kundel HL, Polansky M. Measurement of observer agreement. *Radiology* 2003; 228: 303–8.
5. Norges standardiseringsforbund (NSF): Utvalg av Norsk standard. Systemer for kvalitetsstyring. ISO 9000-serien NSF 04/2001. Oslo: Norges standardiseringsforbund, 2001.
6. Borchgrevink CF. Epikrisen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1970; 90: 2270–2.
7. van Walraven C, Rokosh E. What is necessary for high-quality discharge summaries? *Am J Med Qual.* 1999; 14: 160–9.
8. van Walraven C, Seth R, Austin PC et al. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 186–92.
9. Ree AO. Medisinsk-faglig innhold i epikriser – «den gode epikrise». KITH-rapport R32/2002. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsevesenet, 2002.
10. Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. *J R Coll Physicians Lond* 1995; 29: 307–10.
11. Bertrand D, François P, Bosson JL et al. Quality assessment of discharge letters in a French university hospital. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998; 11: 90–5.
12. Myhr R Kimsås A. Feilmedisinering ved skifte av behandlingsnivå. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1087–91.
13. Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G et al. Epikrisen som samhandlingsverktøy. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2815–7.

Manuskriptet ble mottatt 28.4. 2006 og godkjent 8.1. 2007. Medisinsk redaktør Torgeir Bruun Wyller.