

Delrapport 5 – Map of Medicine pilot- projekt. Afprøvning i simulations- miljø

Map of Medicine pilotprojekt. Delrapport 5. Afprøvning i simulationsmiljø

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Map of Medicine; pilotprojekt; afprøvning

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: November 2009

Format: Pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-039-5

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, januar 2010

Indhold

1	Sammenfatning	1
2	Introduktion	3
2.1	Baggrund for pilotprojektet	3
2.2	Formål med delprojektet	3
2.3	Rapportens opbygning	3
3	Ramme for simulering	5
4	Metode	6
4.1	Metodiske overvejelser	7
5	Resultater	8
5.1	Simulering pneumoni	8
5.2	Opfølgende interview: pneumoni	13
5.3	Simulering reumatoid artrit	16
5.4	Opfølgende interview: reumatoid artrit	21
5.4.1	Indholdet af Map of Medicine	21
5.4.2	Tværsektorielt samarbejde	22
5.4.3	Kommunikation og samarbejde	22
6	Konklusioner	24
	Bilag 1 Case reumatoid artrit	28
	Bilag 2 Case pneumoni	34
	Bilag 3 Oplæg simulering Herlev Hospital	40
	Bilag 4 Oplæg simulering Svendborg Sygehus	43

1 Sammenfatning

Delprojektet vedrørende afprøvning af udvalgte retningslinjer i simulationsmiljø, skal bidrage med afklaring af, om Map of Medicine kan bruges som et værktøj til løsning af den kliniske arbejdsopgave og som assistance til et givent patientforløb? Hvordan kan Map of Medicine understøtte sektorovergange? Hvordan understøtter Map of Medicine det kliniske personale i udredning og behandling af en patient? Simuleringen tager udgangspunkt i to kliniske forløb: et pneumoniforløb og et forløb med reumatoid arthritis. Der er gennemført fire simuleringer, to for hvert forløb, på to forskellige sygehuse: Svendborg Sygehus og Herlev Hospital. Hver simulering varede 3 timer, og til alle simuleringer var der som minimum deltagelse fra speciallæger, yngre læger, sygeplejersker og en praktiserende læge.

Simuleringen 'spilles' ved, at der udarbejdes 'situationskort', som beskriver et realistisk scenarie for et patientforløb i konkrete cases. Simuleringen giver mulighed for at træde ind i en normal arbejdsituation, for på den måde at skabe et billede af virkeligheden og koble arbejdet med casen til rammen, der ønskes evalueret. Den giver mulighed for at arbejde med tværsektorielle overgange, ved at bringe deltagerne sammen, som normalt er fysisk adskilte og arbejder i hver sin sektor. Metoden giver mulighed for at komprimere et patientforløbet og gennemspille et månedslangt forløb indenfor 1-2 timer.

Metodemæssigt vurderede alle deltagere, at der var en høj grad af realisme i de gennemspillede forløb, og deltagerne udtrykte ingen problemer med at spille "sig selv".

Væsentlige hovedkonklusioner fra simuleringen i forhold til det angivne formål:

- Map of Medicine støtter det tværfaglige kliniske arbejde på hospitalet, kan hjælpe praksislægen med sit arbejde, og styrker det tværsektorielle samarbejde.
- Map of Medicines brug i den kliniske hverdag har de yngre læger som den primære målgruppe, og praksislægerne som sekundær målgruppe.
- Simuleringen viser imidlertid også, at de erfarne læger og øvrige faggrupper i flere situationer kan anvende værktøjet.
- Den erfarne læge vil få gavn af Map of Medicine til at hente viden indenfor andre specialeområder end lægens eget.
- Alle faggrupper mener, at Map of Medicine vil være en gevinst for patienterne. Kommunikationen om, hvad der skal ske på sygehuset, eller hvad der er sket, kan blive forbedret, da der vil være en fælles ramme at tale ud fra.
- Praksislæger påpeger, at der er konkurrerende løsninger i brug i dag hos de praktiserende læger, men ingen af disse forsøger at være tværsektorielle og samle forløb på tværs af praksis og hospital.
- Ved opdateringer af instrukser, retningslinjer m.m. vil Map of Medicine være en god kanal til formidling af dette. På forsiden kan nemt gives et overblik over "nyheder".
- Map of Medicine vil kunne bruges til at standardisere og øge kvaliteten af henvisninger og prøvebestillinger.

- Plejegruppen så en række muligheder for at integrere deres retningslinjer i systemet, men det ville kræve en tilpasning af indholdet i systemet. Det aktuelle indhold for de to oversatte forløb anvendt i simuleringen dækker ikke tilstrækkeligt.

2 Introduktion

2.1 Baggrund for pilotprojektet

Map of Medicine er et engelsksproget vidensystem til produktion, formidling og vedligeholdelse af kliniske retningslinjer, som dækker forløbet i både primær og sekundær sektor. Map of Medicine indeholder p.t. klinisk viden i form af knap 400 primært diagnosespecifikke forløb, hvoraf langt de fleste er evidensbaserede. Forløbene er opdelt i forløb i almen praksis og forløb i sekundær sektor. Forløbene opdateres løbende og suppleres med nye retningslinjer.

Formålet med pilotprojektet er at afprøve, om Map of Medicine kan anvendes som udgangspunkt for et nyt koncept for udvikling, opdatering og formidling af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer/forløb i Danmark.

Det samlede projekt består af 5 delprojekter, som er:

1. Oversættelse og tilpasning af udvalgte retningslinjer.
2. Afprøvning af udvalgte retningslinjer i klinisk praksis og simulationsmiljø.
3. Vurdering af det kliniske indhold.
4. Tekniske vurderinger af IT-plattformen.
5. Eksisterende og planlagte videnssystemer til kliniske retningslinjer i regionerne.

Denne rapport omhandler en del af delprojekt 2: Afprøvning af udvalgte retningslinjer i simulationsmiljø.

2.2 Formål med delprojektet

Delprojektet skal bidrage med afklaring af, om og i givet fald hvordan, Map of Medicine kan bruges som et værktøj til løsning af den kliniske arbejdsopgave og som assistance til et givent patientforløb.

Simuleringens fokus er på, hvordan Map of Medicine kan understøtte sektorovergangen mellem den praktiserende læge og sekundær sektor og tilbage igen, og hvordan Map of Medicine understøtter det kliniske personale i udredning og behandling af en patient.

Delprojektets har haft to primære opgaver: Den første har været udarbejdelsen af de to kliniske cases, der er anvendt som udgangspunkt for simuleringen. Den anden opgave har været den konkrete simulering af en klinisk situation, beskrevet via de udarbejdede cases, med anvendelse af Map of Medicine.

Delprojektet er gennemført af Implement for Sundhedsstyrelsen og Digital Sundhed.

2.3 Rapportens opbygning

Næste afsnit gennemgår rammen for simuleringen. Hvem har deltaget, og hvad er det overordnede indhold?

Afsnit 4 beskriver simulering som metode og diskuterer nogle af metodens styrker og svagheder.

Afsnit 5 gennemgår resultaterne fra simuleringen. Afrapporteringen er her opdelt i forhold til de to forskellige patientforløb og specialer, der er blevet anvendt: pneumoni og reumatoid artrit, og i forhold til todelingen af simuleringen: gennemspilningen af en case og et efterfølgende interview.

Afsnit 6 samler op på undersøgelsens vigtigste hovedkonklusioner.

Afsnit 7 indeholder fire bilag: den udarbejdede case til pneumoni og den udarbejdede case til reumatoid artrit, oplæg til simuleringen afholdt på Svendborg Sygehus og oplæg til simuleringen afholdt på Herlev Hospital.

3 Ramme for simulering

Simuleringen tager udgangspunkt i to udarbejdede kliniske forløb: et pneumoniforløb og et forløb med reumatoid artrit. De to cases er udarbejdet i tæt samarbejde med de involverede afdelinger på Svendborg sygehus og Implements konsulenter, herunder konsulenter med lægefaglig baggrund.

Implement har gennemført fire simuleringer:

1. På Svendborg Sygehus: pneumoniforløbet med deltagelse af kliniske personale fra Svendborg Sygehus og en praksislæge.
2. På Svendborg Sygehus: reumatoid artrit-forløbet med deltagelse af klinisk personale fra Svendborg Sygehus og en praksislæge.
3. På Herlev Hospital: pneumoniforløbet med deltagelse af kliniske personale fra Herlev Hospital og fra Hvidovre Hospital og en praksislæge.
4. På Herlev Hospital: reumatoid artrit-forløbet med deltagelse af kliniske personale fra Hvidovre Hospital og en praksislæge.

Varigheden for hver simulering var 3 timer. Simuleringerne blev afholdt i løbet af en dag hvert sted. Om formiddagen fra 9-12 gennemspillede casen for pneumoni og om eftermiddagen fra 13-16 cases for reumatoid artrit.

Der har til alle simuleringer været deltagelse fra speciallæger, yngre læger, sygeplejersker og praktiserende læge. På Herlev Hospital deltog derudover en fysioterapeut til pneumoniforløbet. Tre forskellige praktiserende læger deltog, som alle arbejder/har arbejdet som praksiskonsulent. Til en af simuleringerne var der 4 deltagere fra de deltagende hospitaler og praksis, mens der var hhv. 5, 6 og 6 deltagere til de 3 andre simuleringer.

Udover Implements konsulenter, der har været ansvarlige for projektet og den overordnede gennemførelse og afrapportering, har Implement haft to læger med i projektet for at sikre den kliniske del af simuleringen. Den ene af de to læger havde ansvaret for gennemførelsen og styringen af selve simuleringen, og begge læger har bidraget til udarbejdelsen af de to cases.

Bilag 3 og bilag 4 indeholder mere detaljerede oplæg, der beskriver rammen for gennemførelsen af de fire simuleringssessioner.

4 Metode

Implement har valgt at bruge simulering som metodisk tilgang til at afdække Map of Medicines egenskaber i forhold til at understøtte den kliniske udredning, diagnosticering og behandling med involvering af flere kliniske faggrupper. Simuleringen 'spilles' ved, at der udarbejdes 'situationskort', som beskriver et realistisk scenarie for et patientforløb i konkrete cases.

Simuleringen foregår med mulighed for støtte og opslag i Map of Medicine. Deltagerne betjener ikke selv Map of Medicine, dette gøres af konsulenten, der faciliterer processen. Herved kan deltagerne fokusere på det kliniske forløb.

Konsulenten faciliterer og stiller åbne spørgsmål som eksempelvis: "Hvilken type information vil være relevant at have på dette tidspunkt?", "Vil I normalt slå op i retningslinjer eller instrukser på dette tidspunkt?", "Hvor søger I viden om indhold i henvisninger?", "Vil I slå op for at indhente viden om prøvebestillinger eller medicinordinationer? I givet fald hvor?".

Simuleringen giver mulighed for at træde ind i en normal arbejdssituation, for på den måde at skabe et billede af virkeligheden og koble arbejdet med casen til den ramme, vi ønsker at evaluere.

Simuleringen giver også mulighed for at arbejde med tværsektorielle overgange, ved at bringe deltagere sammen, som normalt er fysisk adskilte og arbejder i hver sin sektor.

Metoden giver et billede af en mulig brug af Map of Medicine, der ligger så tæt på den kliniske hverdag, som det er muligt uden reelt at implementere en løsning på en afdeling. Metoden giver mulighed for at komprimere et patientforløbet og gennemspille et månedslangt forløb indenfor 1-2 timer.

De udarbejdede cases er bygget op af situationskort, hvor en patient er beskrevet ud fra, hvad man som klinisk personale ville møde, eksempelvis i en akutmodtagelse. Casene er vedlagt i bilag 1 og bilag 2. Herudfra kunne deltagerne spørge ind til objektive undersøgelsesfund samt forskellige prøvesvar, som blev udleveret i takt med, det indgik i udredningen eller behandlingen af patienten.

Situationskortene blev udarbejdet med tanke på de valg, som Map of Medicine i caseforløbene opstiller i de enkelte "pathways". Det skal bemærkes, at de pathways, der blev anvendt, var oversat til dansk og tilpasset danske forhold. På den måde var det muligt at teste forløbene i Map of Medicine samt spørge ind til konkrete oplysninger og beskrivelser i Map of Medicine undervejs.

Simuleringen var opbygget i to dele:

Første del fokuserede udelukkende på den kliniske case, hvor patientforløbet blev spillet igennem med åbne spørgsmål til indhentning af viden eller til en tænkt brug af Map of Medicine: "Hvad nu hvis du havde haft Map of Medicine i denne situation?".

Anden del var et opfølgende interview deltagerne i simuleringen. Her blev der spurgt ind til forskellige temaer så som Map of Medicines støtte til kommunikation og samarbejde, mulige gevinster for det tværsektorielle samarbejde, sammenligning med de nuværende instrukser m.m. Bilag 3 og bilag 4 indeholder alle temaerne og de bagvedliggende spørgsmål, som blev anvendt til belysning af hvert tema, mens bilag 5 indeholder et forholdsvist råt referat af de 4 interviews, der blev gennemført.

Simuleringen blev gennemført af en yngre læge i samarbejde med en proceskonsulent. Førstnævnte har stor erfaring med simulering, men var ikke lægefaglig ekspert på de to kliniske områder, der blev gennemspillet.

Det var vigtigt, at situationskortene så vidt muligt gav mulighed for en tværfaglig betragtning, så evalueringen ikke udelukkende var relevant for en enkelt gruppe. Det var også væsentligt at belyse sektorovergange, hvor det er muligt, mellem sygehus og praktiserende læge og mellem sygehus og kommune. Det lykkedes ikke at få en eller flere deltagere med fra en kommune, men den kommunale sektor blev alligevel berørt, når det var muligt.

Alle simuleringer blev dokumenteret på skrift undervejs og derudover optaget på video.

4.1 Metodiske overvejelser

Der er til evalueringen af Map of Medicine udvalgt to medicinske sygdomsforløb. Pneumoni er en meget udbredt diagnose, mens reumatoid artrit er mere sjældent forekommende. Herved evalueres to meget forskellige typer forløb. For pneumoni har store dele af det kliniske personale et godt kendskab til gældende retningslinjer, mens reumatoid artrit giver mulighed for at evaluere dels 'ekspertens' brug af retningslinjer og dels brugen af retningslinjer hos klinisk personale, der typisk ikke har dyb viden om det normale udrednings- eller behandlingsforløb.

Der er ikke blevet evalueret kirurgiske eller psykiatriske forløb, så derfor er det ikke muligt at konkludere på indholdet af disse forløb i Map of Medicine. Denne evaluering foregår i et andet af delprojekterne i evalueringen af Map of Medicine. Det kliniske personale er dog meget ens på tværs af medicin, kirurgi, psykiatri, hvorfor det forventes, at resultaterne fra simuleringen også gælder for kirurgi og psykiatri.

Som et væsentligt element har der været deltagere fra både helt unge læger, yngre læger og speciallæger. Ligeledes har praktiserende læger fra flere steder i landet været involveret.

Plejegruppen har primært været repræsenteret ved erfarne sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Derfor kan der være vinkler i forhold til de yngre i plejegruppen, der ikke er blevet udtømt tilstrækkeligt. Dog har vi i simuleringen spurgt ind til netop de yngre medarbejdere.

Af de øvrige medarbejdergrupper har der kun været involveret én fysioterapeut. De øvrige personalegrupper har taget stilling til de manglende personalegruppers mulige brug af Map of Medicine. De kommunale repræsentanter kunne ikke deltage, så derfor mangler relationen til denne sektor, der udelukkende er dækket ved de øvrige deltageres erfaring.

Som en del af interviewet efter simuleringen blev deltagerne bedt om at forholde sig til simulering som evalueringsform, og om de mente, at det var unaturligt at "spille" et patientforløb på denne måde. Alle mente, at det var nemt at falde ind i rollen som sig selv, at casematerialet var realistisk og afspejlede typiske forløb. Ud fra tilbagemeldingerne fra deltagerne er det vurderingen, at metoden skabte en realistisk, klinisk dagligdag, og at metoden dermed satte den helt rette baggrund for afprøvningen af Map of Medicine.

5 Resultater

I dette afsnit formidles resultaterne fra de fire simuleringer. Resultaterne er samlet op på tværs af de to ”spillesteder”, men fortsat opdelt i forhold til pneumoni og reumatoid artrit. Der, hvor der er forhold, som kun er konstateret ét af ”spillestederne”, er anført enten ”Svendborg” eller ”Herlev” i parentes.

For hvert af de to forløb følger først en opsamling på simuleringen og de input, der fremkom under gennemspilning af casen. Dernæst følger opsamlingen på det efterfølgende interview.

Udvalgte steder refereres der til en figur med en illustration til Map of Medicine. Referencen går til en af de bokse, der illustrerer en del af patientforløbet, og vil være på formen ”Blå 6”, hvilket refererer til en blå kasse med nummeret 6.

5.1 Simulering pneumoni

I den efterfølgende opsamling er brugt en skematisk fremstilling med tre kolonner:

- Casebeskrivelse:
Patientens situation, generelle tilstand og evt. baggrundsdata. Disse data kommer fra casebeskrivelserne, og blev anvendt aktivt undervejs. Se i øvrigt bilag 1 og 2.
- Map of Medicine-forløbet:
Hvor er patienten i forhold til Map of Medicine, og hvilke data kunne evt. bruges herfra til det kliniske arbejde enten i praksis eller på hospital/sygehus.
- Beskrivelse af simulering:
Angivelse af hvem, der arbejder med patienten, fagpersonens titel/rolle og erfaring, væsentligste handlinger, overvejelser og beslutninger samt mulig anvendelse af Map of Medicine, eller andre overvejelser om brug af retningslinjer/viden.

Situation 1: I praksis dag 1

I praksis ser du en 43-årig mand, der gennem de sidste 2 dage har haft tiltagende åndenød og kulderystelser.

Han har fornemmelse af at have feber, men har ikke målt temperatur. Patienten siger, at han hoster og nogle gange har mørkfarvet slim med.

Baggrundsdata

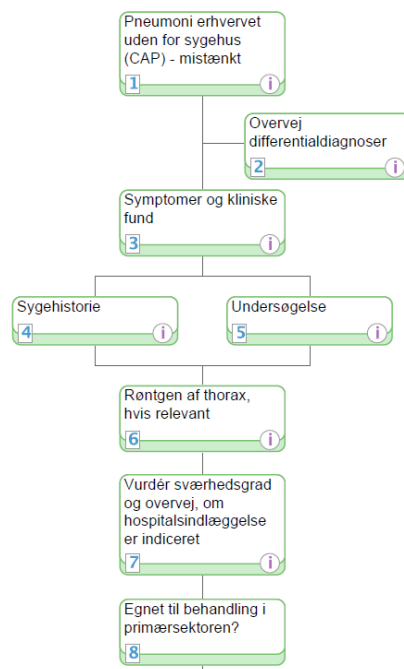
Temp. 38,1

BT 132/94

RF 16

SAT 96%

St. p: vesikulær respiration overalt, fraset lidt sibilierende rhonchi.



I praksis/praktiserende læge

Den praktiserende læge ville foretage følgende undersøgelse

- Anamnese
- Ekspektorat
- Undersøge for astma
- Lungefunktionsundersøgelse
- Ryger?
- Objektive US – farver, åndedræt, stetoskopi
- Iltmætning, hvis apparat er tilgængeligt (ikke standard)
- Måle CRP - Kontrol hvis høj CRP
- Strep A test

Den praktiserende læge vil slå op på IRF's hjemmeside (Institut for Rationel Farmakologi). Udfordring: rationel antibiotika?

Umiddelbar behandling i praksis ville være:

- Penicillinbehandling

Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger

1. Lægen ville måske slå noget op i behandlingsdelen af Map of Medicine, angående førstevalg af præparat.
2. Bruger antibiotikabehandling i lægemiddelkataloget.
3. Ville bruge et opslagsværk, hvis det drejede sig om ordination af medicin til børn eller gravide.
4. Vurderingen er, at man ikke ville bruge Map of Medicine på dette tidspunkt i patientforløbet, da det indtil videre er en standardcase, og behandlingen vurderes som ligetil.
5. Svendborg: Anbefalingen ift. antibiotikadosis i Map of Medicine patientforløbet er væsentlig anderledes end det, der står i andre retningslinjer (IRF, VisInfo)

Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
Situation 2: Samme patient 3 dage senere Patientens situation er ikke blevet bedre. Udover hans klager fra for 3 dage siden har han koncentrationsbesvær, nedsat appetit, manglende energi. Hans hustru siger, at han ikke forlader soveværelset. Patienten er motorisk urolig og ryster. Ingen brystmerter, mavesmerter, synsforstyrrelser, svimmelhed, opkast eller hovedpine. Baggrundsdata: Temp 38,5 BT 135/100 RF 22 SAT 88% St. p: Nedsat respirationslyd basalt på venstre side, strækkende op til midten. Bilaterale basale rhonchi, ingen forlænget expir.	<pre> graph TD A[Mangelfuldt respons 5] --> B[Overvej røntgenundersøgelse 8] B --> C[Overvej parakliniske undersøgelser 10] C --> D[Overvej hospitalsindlæggelse 11] </pre>	I praksis/praktiserende læge På baggrund af de udleverede prøveresultater, vil overvejelsen være, om patienten kan fortsætte behandlingen i praksis. Så ville lægen overveje røntgenbillede. Ville også bestille blodprøve med måling af leukocyttal og differentialtælling. Ville ende med at henvise til sygehus. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger - En erfaren praksislæge, der har rigtig mange af denne type patienter, ville ikke have behov for at forberede sig inden mødet med patienten men ville have behandlingsforløbet på rygraden. - En yngre læge ville måske bruge et opslag, da der er andre test tilgængelige på sygehuset ift. Praksis, ligesom peroral behandling ikke er brugt før til sidst i forløbet på sygehuset. - Som yngre læge ville man efterspørge en retningslinje for beslutning om indlæggelse kontra eventuelt skift af antibiotika ved ikke respons på medicin. - Man ville bruge en indlæggelses-kabelon, hvis den var der – både elektronisk og print. - Hvis man havde et nemt link til kontaktoplysninger, ville man bruge det.
Situation 3: Samme patient, samme dag Du modtager patienten i den akutte modtageenhed og får samme historie. Baggrundsdata Leukocytter: 13,5 – venstre forskudt mod neutrofilocytter. Na⁺ 141, K⁺ 2,3 Cl⁻: 93 creatinin 225 Ca⁺⁺ (total): 2,15 Glc/BS: 6,0 Carbamid: 16 Billirubin 5,1 Alk. Fos.: 27, ASAT 35 ALAT 78 PUT: positiv LUT: negativ CRP 153 4+ protein, + nitrat, spor	<pre> graph TD A[Pneumoni erhvervet udenfor sygehus (CAP) - diagnostik og vurdering i sekundærsektor 1] --> B[Symptomer og kliniske fund 2] B --> C[Initial vurdering 3] </pre>	Ambulatorium/ yngre læge Den yngre læge ville lave en journaloptagelse og give ham ilt. Patienten ville møde sygeplejersken først, der ville give ilt og bestille de indledende prøver. Der er en pakkeløsning til 'feberpatienter' – (Svendborg: Profil 40 – væsketal, levertal) bestilles af sygeplejersken, når patienten kommer ind. Der ville evt. blive taget et nyt røntgen af thorax. På baggrund af resultaterne ville lægen opstarte behandling af pneumoni. IV-penicillin, positiv pneumokok + ciproksin. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger - Lægen ville bruge medicin.dk til at beregne de præcise tal ift. medicinering - Ville umiddelbart ikke bruge en in-

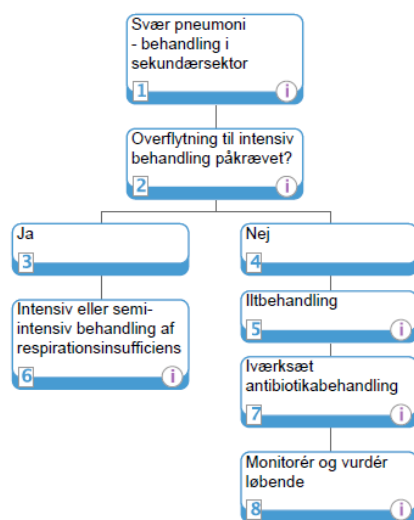
Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
leukocytter, spor ketoner Sinustachycardi pH: 7.32 pO2: 8.9 pCO2 6.0		struks, da patienten indtil videre er en standardcase. Kun i den første periode på afdelingen ville lægen lede efter informationer. 13. Den erfarne sygeplejerske mangler heller ikke informationer og ville ikke efterspørge noget. 14. Både den yngre læge og sygeplejerske ville tjekke med en retningslinje, hvis nem tilgængelig – enten via PDA eller PC.

Situation 4: Samme patient om natten

Du bliver tilkaldt af sygeplejersken, da patientens tilstand er forværret. Patienten er blevet mere konfus.

Baggrundsdata

RF 30+
Tiltagende hypoxisk – kan bedres med ilt. pO2: 7.5 pCO2 7.5
Bliver mere sur pH: 7.22
Blodtryk fald



Sengeafsnittet/sygeplejerske/læge (yngre og special)

Sygeplejersken ville tilkalde vagthavende læge samt måle værdier. Fokus på mulig sepsis.
Den yngre læge ville bede om hjælp fra en mere erfarne læge.
Ville holde sig til afdelingens kriterier for overflyttelse til intensivt afsnit.
Den erfarne læge ville henvise til intensiv afdeling. Give væske og ilt.
På infektionsmedicinsk afdeling er der retningslinjer for, hvad man gør i forskellige situationer. Det er fysiske bøger sammen med små kort, der kan bæres i kitlen. Ville være godt elektronisk, da de små kort forsvinder.

Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger

- Der ville i den akutte situation ikke være tid til at slå op i en instruks. Var det kun begyndende kritisk, ville en sygeplejerske slå op i en instruks.
- Der vil være nogle retningslinjer for overførsel til intensiv, som den erfarne læge vil huske uden brug af Map of Medicine eller andet.
- Den yngre læge ville bruge Map of Medicine i en forberedelsesfase eller efterfølgende for læring – fokus på "Svær pneumoni – behandling i sekundærsektor (blå 1)"

Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
Situation 5: Stuegang på lunge- medicinsk afdeling Patienten har været 4 dage på intensiv og 4 yderligere dage på lungemedicinsk afdeling. Patienten er velbefindende, men træt. Infektionsparametre er faldende. Patienten er overgået til tablet-behandling. Baggrundsdata Intensiv: Får væske terapi Får IV-penicillin Svar på sputum D+R: pneumokokker Blodtrykninger: pneumokokker Stuegang: Afebril BT 135/90 Puls 76 SaO2 97%	<pre> graph TD 10[Respons inden for 48 timer 10] --> 12[Overvej skift til perorale antibiotika 12] 12 --> 13[Udskriv, når passende 13] 13 --> 16[Revurder efter 6 uger 16] 16 --> 19[Persisterende symptomer eller manglende respons af røntgenforandringer 19] 16 --> 20[Respons med regression eller svind af røntgenforandringer 20] 19 --> 23[Overvej yderligere undersøgelse 23] 20 --> 22[Overvej sekundær forebyggelse 22] 22 --> 26[Afslut 26] </pre>	Sengeafsnittet, yngre læge Patienten vurderes i klar bedring og fokus ville være på en mulig udskrivning. Der ville blive overvejet et røntgenbillede. Kontrol hos egen læge efter færdig behandling. Alternativt holde patienten i sygehusregi, så man er sikker på, at der sker en opfølgning. Hvis fysioterapeuten var involveret, ville man måske give en PEP-fløjte med hjem. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger 18. (Svendborg) Det angives, at CURB scoren i Map of Medicine kan bruges til at kommunikere med fx intensiv omkring patientens tilstand. Ikke kendt af alle. 19. Man ville efterspørge en retningslinje for modtagelse af tidligere intensive patienter på afdelingen, hvor der kan gå tid, før lægen kan tilse dem. 20. Fysioterapeuten efterspørger en angivelse af, at lægen skal vurdere tab af funktionsevne. Her ville fys/ergo få en rolle. 21. Der kunne stå i en Map of Medicine- retningslinje, om patienten skal have taget en røntgen 4 uger efter udskrivning ligesom anbefaling ift. færdigbehandling hos egen læge eller på sygehuset. 22. Den yngre læge ville tage casen kort op på en konference – kunne her bruge Map of Medicine til at være forberedt på forløbet og spørgsmål.

5.2 Opfølgende interview: pneumoni

De to interviews efter de to simuleringer for pneumoni gav input af både generel og specifik karakter i forhold til Map of Medicine. Nedenunder er en opsamling på de vigtigste kommentarer fra de to interviews.

Indholdet af Map of Medicine

Lægegruppen - praksis

- I almen praksis sidder man med flere retningslinjer. Hvis Map of Medicine kommer ud i almen praksis og dosisanbefalingen for medicin afviger markant i forhold til andre retningslinjer, så vil den praktiserende læge diskutere det med sine kollegaer. Det er vigtigt, at der er nogenlunde konsistens mellem anbefalingerne, og en anbefaling af antibiotikadosis må ikke afvige for meget.
- Map of Medicine er ikke et godt medie til at lancere en ny, kontroversiel behandlingsvejledning.
- I praksis vil Map of Medicine være meget relevant for turnuslægen og en ny praksislæge.
- Ved opdateringer af instrukser vil Map of Medicine være en god kanal til formidling af dette. På forsiden kan nemt gives et overblik over ”nyheder”.
- Map of Medicine kunne være en hjælp til den sekretær eller sygeplejerske, der modtager opkald fra patienterne. De har behov for hjælp, når det drejer sig om symptomtilgang, da de ikke kender diagnosen.

Lægegruppen - hospital

- Indenfor pneumoni er det nok kun nødvendigt for en speciallæge at tjekke instruksen den ene gang om året, den revideres.
- Som turnuslæge og yngre læge er det vigtigt at kunne anvende vejledningerne.
- Det er godt, at henvisningen er i Map of Medicine, og linket til andre forløb, så man kan få mere information i den aktuelle kontekst.
- Det er ikke så godt i den akutte situation, hvis der er for meget information. Så mister man overblik. Måske man kunne fremhæve de akutte dele.
- Ved stuegang i forbindelse med udskrivning vil det være godt med støtte til epikrisen. Hvad skal der være i ”den gode epikrise”.
- Der er meget lidt om funktionsevne.
- Man skal måske trække henvisningskriterierne ud fra praksis, så man som læge i eksempelvis skadestuen nemt kan finde informationerne.
- Bruger nogle gange instruksen.dk eller afdelingernes egne kvalitetshåndbøger. Specielt for de sygdomme, der går på tværs eller er i flere afdelinger som eksempelvis delir. Her er ikke nødvendigvis lokale instrukser, og her kan Map of Medicine dække et behov. Nogle gange ringer vi til andre hospitaler eksempelvis om nyrepatienter.
- Fokus skal være på de opgaver, der skal løses, ikke på hvem, der skal løse dem. Så må man andre steder håndtere opgavefordeling mellem faggrupper og ansvar.

Kommunen

- Der kunne være en ide at give kommunen adgang, så de kan se, hvilken diagnose og behandling patienten har været igennem på sygehuset.
- Der kan være nogle praktiske, formelle skabeloner ud til kommunen, som kunne være standard. I dag er eksempelvis udskrifter fra medicinportalen for 'uformelle'.

Nationale retningslinjer

- Specialmedicinske selskaber skal godkende indholdet.
- Der skal være helt klart, hvordan evidensreferencen bruges, så det stemmer overens med danske standarder.
- Der er bred enighed om, at det er unødvendigt med en lokalisering af Map of Medicine på et regionalt niveau, hvis der er et nationalt niveau. Der skal være et nationalt og et lokalt niveau.

Map of Medicine sammenlignet med de nuværende instrukser

- De nuværende er meget forskellige i kvalitet og form. De bliver ikke opdateret efter faste rutiner eller regler, så derfor vil det være godt med en opdateret version, der er fælles alle steder.
- Det er positivt, at opbygningen af forløb og anvendelsen af Map of Medicine er den samme på tværs af specialer.

Besparelse

- De yngre læger vil spare tid i forhold til at finde oplysninger og vil have mindre behov for den hyppige dialog med bagvagten.
- Den enkelte afdelings tid, der bliver brugt på at lave og opdatere retningslinjer.
- Øget kvalitet og færre tilbageløb vil være gevinster, der vil spare tid brugt på at gøre tingene om.

Hvad skal der til for at Map of Medicine bliver en succes?

- Der skal være opbakning fra ledelserne, ellers bliver det ikke brugt.
- Praksisudvalgene skal med. Praksiskoordinatorerne skal være med. Der skal være en ensartethed i anbefalingerne.
- Det vil kræve meget opfølgning, så det hele tiden er opdateret. Det vil stille store krav til de sundhedsfaglige råd.
- Afhænger meget af prisen, hvis den enkelte afdeling skal betale.
- Det skal være et introduktionsprogram ved start på sygehuse.
- Succes kan ikke måles i antal opslag. Udfordringen i dag er, at der er for mange forskellige instrukser, det forvirrer. Map of Medicine kunne samle dette, hvilket ville være en succes i sig selv. Den erfarne læge vil måske kigge en gang om året for at se, om der er ændret noget. Den yngre læge meget oftere.
- Medicinkataloget kommer en gang om året og bruges til at slå medicin og doser op. Der bør koordineres mellem dét og Map of Medicine.

- Det skal køre uden problemer. Det må ikke gå ned, det skal være nemt at logge på osv.
- Der skal være en god overgang til eksempelvis artikler i referencer, så folk kan komme videre.
- Det skal afklares, hvordan retsstillingen for lægerne er ved eksempelvis klagesager. Lige nu er det de gældende instrukser, der bliver trukket med ind i sagerne.

5.3 Simulering reumatoid artrit

Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
Situation 1: I praksis dag 1 I praksis ser du en 26-årig kvinde, som du for 10 dage siden udskrev celebra til på grund af ledsmerter. Nu kommer hun fordi har hævet MCP-led og storetæer og klager over, at hun er stiv i kroppen om morgenen. Baggrundsdata: BT 130/60 – puls 70. Afebril. Intet hårtab, klare konjunktiva, ingen nasale eller orale sår. St. p.: IA St. c.: IA MCP: Synovial fortykkelse med svag ømhed. PIP: ingen synovitis, deformiteter eller ømhed. DIP: IA Hofter, knæ og ankler: fuld bevægelighed, ingen synovitis, deformiteter eller ømhed. Fødder: IA SR: 20 CRP: 30.	<pre> graph TD 1[1. Reumatoid artrit (leddegigt, RA) - mistænkt] --> 2[2. Henvisningskriterier tidlig artrit] 2 --> 3[3. Forskellige debutformer af RA] 3 --> 4[4. Sygehistorie og undersøgelse] 4 --> 5[5. Overvej differentialdiagnoser] 4 --> 6[6. Undersøgelser før henvisning af mistænkt RA] 6 --> 7[7. Overvej tidlig henvisning til reumatolog] 7 --> 8[8. Behandling og monitorering i primærsektor] 7 --> 9[9. Henvi tidligt til reumatolog] </pre>	I praksis/praktiserende læge (special) Den praktiserende læge ville foretage følgende undersøgelse: • Objektiv undersøgelse. • Anvende HAK-skemaet til at undersøge, hvilket led patienten har symptomer i. HAK-skema bruges, hvor pt. angiver, hvor der er ømhed. • Lave anamnese og bl.a. fokusere på sygdommens varighed, som der er kriterier for ift. tid, fra sygdommens har præsenteret sig. Planen for udredning vil være, at praksislægen behøver at få en række undersøgelsesresultater. Der bliver bestilt blodprøver. De praktiserende læger har fået et webregbestillingssystem, så man kan bestille prøver og pakker. CRP skal bestilles manuelt, hvis den ikke kan tages i praksis. Ville lave en bred vifte af undersøgelser. Henvisning til røntgen. Pt. skal komme tilbage til praksislægen. Obs-diagnose: RA Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger 1. Map of Medicine forventes at kunne blive et godt redskab for turnuslæger i praksis, da vedkommende ikke vil have forløbet på rygraden ift. hvilke prøver, der skal tages. Derfor ville det være godt, hvis man havde en hjælp til "hvad skal jeg være opmærksom på?", og "hvilke prøver skal bestilles?". 2. Turnuslægen ville kigge på "Undersøgelse før henvisning af mistænkt RA (Grøn 6)". Det vurderes, at information relevant på sygehus dermed faktisk er til stede i praksisbeskrivelsen (de grønne bokse). Det skaber lidt forvirring, at man skal lede uden for sit område 3. Map of Medicine antager, at man har en diagnose RA – i praksis ville man kun have symptomer samt en mulig obs diagnose på poly-artrit .

Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
Situation 1: Prøvetagning i praksissekto- ren		Praksissektoren har sin egen diagnostiske opbakning, hvor der kan tages prøver – bl.a. blodprøver og billeddiagnostik. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger 4. En erfaren praksislæge ville have rutinen til at bestille de ønskede prøver. En uerfaren læge ville bruge Map of Medicine til at sikre, at der blev taget de rigtige prøver.
Situation 2: I praksis 3 da- ge senere		I praksis/praktiserende læge (special) På baggrund af de udleverede prøveresultater ville praksislægen henvise til speciallæge, subakut. Der er ikke mistanke om konkurrerende diagnoser. Patienten ville få et NSAID præparat. Man kan se tiden i VisInfo for, hvornår man skal regne med en indkaldelse. Patienten skal selv reagere, hvis det ikke sker. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger 5. Map of Medicine ville være godt hjælpemiddel til at huske alle de rigtige formuleringer til den videre henvisning. Det ville lette arbejdet med henvisningen. 6. (Svendborg) I praksis bruger man også VisInfo, der giver nogle anbefalinger fra speciallægerne til, hvad der er godt at huske i almen praksis. Så den del ville man skulle integrere i Map of Medicine. 7. Der er ikke umiddelbart anbefaling for at tage en røntgen, som praksislægen ville bestille.

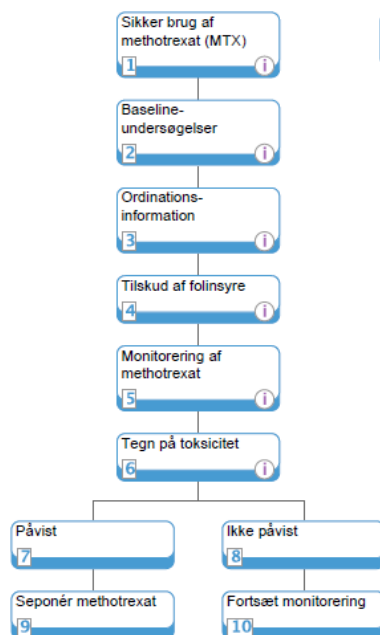
Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
Situation 2: På medicinsk afdeling (6 dage senere) Den praktiserende læge har henvist patienten til reumatologisk ambulatorium. Patienten har haft nogen effekt af NSAID men fortsat ledsmerter. Patienten fremstår lidt bange og nervøs.	<pre> graph TD 10[Vurdering og tjek af blodprøver] --> 11[Ledsygdom] 10 --> 12[Ekstraartikulær sygdom] 12 --> RA1[Go to RA - ekstraartikulær sygdom] 11 --> 13[Prognostiske faktorer] RA1 --> 13 13 --> 14[Behandling] 14 --> RA2[Go to RA medicinsk behandling] </pre>	Ambulatoriet/reservelæge/turnuslæge Lægen vil foretage sig flg: • Hvis ikke der lå et røntgen af thorax, ville det blive bestilt. • Ville tage nogle uddybende prøver – bl.a. anti-CCP. • Ville gå grundigt igennem pt's led. • Ultralydsscanne leddene. Han vil overveje: • Reaktiv RA? • Clamydia? Det bemærkes, at alle undersøgelsesresultaterne ligger i NET-LAB, som er svær at komme på. Det er ikke alle de specielle prøver, der kommer med. Lægerne kan ikke huske password etc. På baggrund af resultaterne af undersøgelsen (angivet til venstre) vil han stille diagnosen RA/Poly-artrit . Behandling: • Binyrebarkhormon i leddene • Mtx opstartes Reservelægen ville overføre patienten til videre behandling. Sygeplejersken overtager genindkaldelsen – de har længere tid. Sygeplejersken ville også varetage udleveringen af medicin og forklaring. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger - Man ville som turnuslæge bruge anbefalingerne om prøvesvar - "Vurdering og tjek af blodprøver (blå 10)". Turnuslægen mente, at man her godt kunne have glemt urinstix-prøven. - Som turnuslæge ville man bruge anbefalingerne i Map of Medicine til at være bedre inde i casen, så en sparring med en ældre læge ville foregå mere effektivt – bl.a. "Overvej differentialdiagnoser (grøn 5)". Bemærk at denne er en del af praksissektordelen, der gør det mere besværligt at finde. - Turnuslægen ville godt kunne bruge hjælpen i Map of Medicine i forhold til eksempelvis de kriterier, der skal være opfyldt for at kunne stille en diagnose – problemet er, at en speciallæge ville starte behandlingen op uden at have alle faktorer på plads, hvis det var vurderingen, at det kunne tage sygdom-

Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
		men i opløbet. Problem hvis man blindt følger retningslinjen. Formuleringen bør være, "der skal som minimum..." 11. (Hvidovre) Afdelingen arbejder med projektpatienter, der har en uspecifik diagnose, der alligevel kommer i behandling – hvis Map of Medicine kunne indeholde den slags oplysninger, kunne en praksislæge se det, hvis patienten besøger praksis med spørgsmål. 12. Reservelægen ville i denne her case umiddelbart være sikker – ville kun bruge Map of Medicine i tilfælde, hvor man manglede detaljer om opfølgningen. Eller hvis der var en situation, hvor en enkelt prøve var skæv. 13. Ellers ville reservelægen tage problemer med til en uformel snak eller til konference 14. Også sitet instruks.dk bruges til at finde hjælp til instruks, hvis man ikke kan finde egne instrukser eller ikke har dem på afdelingen (fx ved en ikke-afdelings-speciale sygdom).

Situation 3: Patienten er til tjek i ambulatoriet

Diagnosen reumatoid artrit er stillet og patienten er startet i behandling med methotrexat (Mtx) tabletter. Patienten reagerer positivt på behandlingen. Efter 6 uger bliver patienten raskmeldt.

Du har fået taget en række blodprøver – bl.a. leukocytter, neutrofile granulocytter og trombocytter.



Ambulatoriet/reservelæge/sygeplejerske

Patienten vil blive modtaget af sygeplejersken. På forhånd ligger der prøvesvar, som læge har kigget på.

Der ville i starten blive taget prøver hver 14. dag.

Sygeplejersken vil fortælle om blodprøverne, hvor referenceværdierne står på prøvesvaret. Ville tage en snak om virkning og bivirkning af medicinen. Tage en snak om mestring af sygdommen, medicinen etc. I den oprindelige instruks måtte sygeplejersken gerne øge behandlingen.

Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger

- Ville bruge en instruks til opfølgningen – enten den i Map of Medicine eller en lignende – "Monitorering af Methotrexat (blå 5)".
- Der er ikke ret meget om sygeplejerskens rolle og opgaver i Map of Medicine. Gruppen har egne retningslinjer, der godt kunne være i Map of Medicine – måske som en selvstændig streng.
- Konsultationshyppighed.
- 'Rammen' for sygeplejekonsultation.
- Hvad indgår i en opgaveglidning – hvis du gør A, skal der bestilles B og gøres

Casebeskrivelse	Map of Medicine-forløbet	Beskrivelse af simulering
		C. 20. En mere detaljeret beskrivelse af retningslinjer for medicinen. 21. Der mangler rolle beskrivelser for andre – fys/ergo. 22. Man vil hurtigt lære instruksen udenad, så på sigt vil Map of Medicine blive mindre brugt. 23. Hvis patienten kommer ned efter at have stoppet med Methotrexat og vil vide, om han kan starte med Methotrexat igen, mangler der noget i Map of Medicine. Den information ville også være nyttig i praksissektoren.
Situation 4: Patientens tilstand forværres Samme symptomer som initialt til trods for Mtx. Den praktiserende læge har henvist patienten til sygehuset – reumatologisk afdeling. Der er bestilt en række blodprøver. Der overvejes biologiske medikamenter – Remicade	<pre> graph TD A[Methotrexat (MTX) 5] --> B[Sulfasalazin 6] B --> C[Hydroxyklorokin 9] C --> D[Leflunomid 10] D --> E[Trestof-behandling 11] E --> F[TNF-alfa-blokkere og anden biologisk behandling 12] F --> G[Monitorering 13] H[Glukokortikoid 6] --- E I[Øvrig medicinsk behandling 7] --- E </pre>	Ambulatoriet/reservelæge/sygeplejerske Patienten vil blive modtaget af sygeplejersken. På forhånd ligger der prøvesvar, som en læge har kigget på. Umiddelbart ville man i første omgang øge dosis af Methotrexat. Tale om medicinen, hvor patienten nu vil tage rigtig mange tabletter. Tage en snak om fys/ergo. Hvis der er mange bivirkninger eller den ugentlige dosis er nået. Skal andre ting overvejes? Involvering af læge? Øgning af medicinen – her ville man bruge en kombination. (Svendborg) Sygeplejerskerne kan håndtere øgningen af medicinen. Ved biologisk behandling skal lægen involveres. (Hvidovre) Det er en konferencebeslutning om biologisk behandling. Specialpraktiserende læger kan ikke igangsætte biologisk behandling, så her overtager hospitalet. (Hvidovre) Sygeplejersken styrer forløbet efter ordination af biologisk behandling. Patientens har et sideløbende opfølgningsforløb hos lægen. Mulig anvendelse af Map of Medicine (hvem/hvad) samt bemærkninger 24. Sygeplejersken vil kigge på anbefalingerne ved kombination af behandling – "Trestof-behandling (blå 11)". 25. Der er god brug for en retningslinje for både yngre læger (i oplægget til seniorlægen) og speciallægerne, der nogle gange henviser til den biologiske behandling – "TNF-alfa-blokkere og anden biologisk behandling (blå 12)".

5.4 Opfølgende interview: reumatoid artrit

De to interviews efter de to simuleringer for reumatoid artrit gav input af både generel og specifik karakter i forhold til Map of Medicine. Nedenunder er en opsamling på de vigtigste kommentarer fra de to interviews.

5.4.1 Indholdet af Map of Medicine

- Har en stor værdi ift. akkreditering og indførelse af den danske kvalitetsmodel.
- Sikkerheden ville blive øget ved at have lokale retningslinjer i Map of Medicine, så nye medarbejdere hurtigt kunne sætte sig ind i dem.
- Målgruppen er yngre læger generelt og i det daglige. Plejegruppen og alle grupper er målgruppen ved eksempelvis opdateringer af retningslinjer.
- Der er en forventning om et standardforløb, der involverer praksislægen. Kommer patienten direkte i skadestuen vil specielt den yngre læge skulle bruge de mange informationer, der ligger i praksissektoren. Her virker den skarpe opdeling mellem de to sektorer ikke så godt.
- Kan bruges til at undersøge usikkerhed omkring seponering af medicin.

Lægegruppe – sygehus

- En speciallæge vil i forhold til et forløb på sit specialeområde eller standardforløb som pneumoni kun have brug for at bruge Map of Medicine, når retningslinjen eventuelt rettes til.
- Hvis Map of Medicine skal bruges som kort instruks, skal forløbsbeskrivelserne enten være kortere eller udelukkende bruges som opslagsværk. En retningslinje vil først komme i brug ved komplicerede patienter, men som yngre læge kunne man bruge det som læringsredskab uden for arbejdsituationen.
- Det er meget specifikt i spørgsmålene. Man sidder oftest med en række symptomer eller en uspecifik diagnose som eksempelvis polyartrit. Her hjælper Map of Medicine ikke.

Lægegruppe – praksissektor

- Map of Medicine kan bruges som ramme for en diskussion og valg af fælles klinisk retningslinje i den enkelte praksis. Her er det vigtigt, at der er en koordinering mellem eksisterende systemer, som Map of Medicine og IRF.
- Praksislægen vil kunne slå detaljer op på forløb, han ikke er helt skarp i. Map of Medicine vil kunne anvendes til turnuslægens forberedelse under konsultationen ved eksempelvis detaljer omkring blodprøver (kunne virke beroligende på patienten) og ved planlægning af det videre forløb, hvad kan/skal man gøre?
- Vil kunne tjekke de oplysninger, som patienten har fået på sygehuset, så det kan blive forklaret. Dermed fik man et indblik i arbejdsangene.
- Map of Medicine ville være et godt udgangspunkt for en større praksis, hvor der er behov for fælles retningslinjer.
- Den norske lægehåndbog findes også i praksissektoren, og den er god.

Øvrige grupper

- Det kan være en hjælp til plejepersonalet, når opgaveglidning giver dem ansvar for flere patientrettede opgaver, og der er enighed om behandlingen.
- Efter det først møde med patienten har sygeplejerskerne mere tid. De ville kunne bruge Map of Medicine til at sætte sig ind i forløbet. Der kunne være god hjælp i forbindelse med henvisning til fys/ergo, bandagist, psykolog, som foregår IT-baseret.
- Bivirkninger ville være gode at kunne tjekke for sygeplejerskerne i Map of Medicine, da det kunne give en bedre forberedelse til møder med patienten.
- Sygeplejerskerne vil kunne bruge det i dialogen med hinanden.

Patienten

- Der kunne være en del af Map of Medicine, der kunne være tilgængelig for patienten. Så var der et godt og fælles grundlag for en diskussion

5.4.2 Tværsektorielt samarbejde

- Man ville som praksislæge kunne tjekke de oplysninger, patienten har fået på sygehuset, så de kan blive forklaret. Dermed får man et indblik i arbejdsgangene.
- Det kunne være med i kravene til de private hospitaler og klinikker, så der også var fælles retningslinjer på tværs af offentlig og privat.

5.4.3 Kommunikation og samarbejde

- De yngre læger vil spare tid til at finde oplysninger. Dialogen med bagvagnen kan blive mere kvalificeret ved, at den yngre læge har sat sig ind i helheden. Ved at sikre, at der er en ensartethed i retningslinjerne, kan man måske uddanne folk hurtigere, fordi de ikke skal starte forfra for mange gange.
- Lægesekretæren kunne godt være en bruger ift. bestilling af ordineret medicin. Sekretæren kunne så finde ud af, hvordan man skal bestille medicinen eksempelvis på Rigshospitalet via tilføjelse af lokale instrukser.
- Der er meget fokus på evidens, men mange gange er der ikke særlig god evidens, så derfor foretages mange beslutninger på baggrund af en 'forhandling' mellem speciallægerne. Her kan Map of Medicine ikke hjælpe ret meget.

Map of Medicine sammenlignet med de nuværende instrukser

- I dag godkender de specialmedicinske selskaber indholdet af retningslinjerne. Det er vigtigt, at PLO engagerer sig i et projekt som Map of Medicine. Der bliver brugt en del tid på at holde sig ajour med udvikling på et klinisk område i forhold til mulige rettelser i en retningslinje. Opdateringen sker i dag lidt i kaos og uden fast procedure. Der kan eksempelvis komme meddelelser fra regionen, som lederne skal sende videre. I Map of Medicine skal de ansvarlige orienteres om, at det er tid til den årlige opdatering af retningslinjen.
- I dag kommer opdateringer og nye undersøgelser - lige fra internationale studier til lokale projekter. Nogen skal samle sammen og beslutte, hvilken effekt det skal have. Der sker beskrivelser og opdateringer af retningslinjer

på samme sygdom inden for samme sygehus. Kunne dette gøres, bedre vil det være en stor gevinst.

- Reumatoid artrit har en god behandlingsguide – det har alle ikke. En guide kan være fokuseret og gerne på stikord. Så er det nemmere at se, hvad man skal gøre. Der må gerne være et ekstra klik til den ekstra information.
- Der er bred enighed om, at det er unødvendigt med en lokalisering på et regionalt niveau. Der skal være et nationalt og et lokalt niveau.
- Det er en god opbygning med flowchartet, så man kan få det samlede overblik med det samme. Ligeledes at det er samme opbygning på tværs af specialer. Det ville være en fordel, hvis der også er en række praktiske og administrative oplysninger som telefonnumre (enten direkte eller som link).

Besparelser

- Man vil kun kunne spare tid, hvis man kunne optimere opdateringen af retningslinjerne.
- Måske kan der spares tid ved at lave standardhenvisninger?

Hvad skal der til for at Map of Medicine bliver en succes?

- Det skal være let tilgængeligt, hurtigt, enkelt og give overblik. Og der skal være nok PC'ere.
- Map of Medicine kan være måden, den ældre generation giver deres viden videre på. Kan øge mesterlærerdelen, ved at den yngre hurtigere kan få sparring med den erfarne læge, når man starter godt ud med brug af Map of Medicine.
- Integrationen til de eksisterende systemer, så de kan tale sammen. Eksempelvis bør man kunne få hjælp fra Map of Medicine undervejs i arbejdet med information i en EPJ.
- Der mangler en afklaring af, hvad konsekvensen er ved brugen af Map of Medicine sammenlignet med andre instrukser.
- Det må gerne kunne integreres i systemet, så det ikke bare er et nyt produkt på markedet, man skal have log-on til. Integrationen til de eksisterende systemer, så de kan tale sammen.
- Kunne ligge på en PDA, så den var mere tilgængelig.

6 Konklusioner

Der har været gennemført fire simuleringer på baggrund af to forskellige, kliniske forløb indenfor pneumoni og reumatoid arthritis. De er gennemført på Svendborg Sygehus, der i øvrigt er pilothospital på Map of Medicine og deltager i den ”kliniske afprøvning”, og på Herlev Hospital med deltagelse fra afdelinger fra Hvidovre Hospital.

Det var målet at inddrage alle faggrupper inden for sygehusrammen samt praktiserende læger og kommunen. Det er lykkedes at få næsten alle faggrupper repræsenteret og simuleringen afviklet på tilfredsstillende vis.

Hovedkonklusionen for simuleringen kan sammenfattes således:

Map of Medicines brug i den kliniske hverdag har de yngre læger som den primære målgruppe, og praksislægerne som sekundær målgruppe.

Simuleringen viser også, at de erfarne læger og øvrige faggrupper i flere situationer kan anvende værktøjet. Umiddelbart vurderet vil de få mindre ud af at bruge den viden, der er i systemet, når det drejer sig om viden indenfor eget speciale og videnfelt. I hvert fald sådan som Map of Medicine ser ud i den version, der er blevet anvendt til simuleringen, hvor to forløb er oversat til dansk, og alt andet er på engelsk, som det anvendes i NHS regi. For plejegruppen vil der være behov for at fokusere mere på deres arbejdsgange i forhold til eksempelvis patientpleje og genoptræning.

Alle faggrupper mener, at Map of Medicine vil være en gevinst for patienterne. Kommunikationen om, hvad der skal ske på sygehuset, eller hvad der er sket, kan blive forbedret, da der vil være en fælles ramme at tale ud fra.

Simuleringen har ikke givet et entydigt svar på, hvordan de forskellige faggruppers behov bedst dækkes. Skal alle dele samme retningslinje, eller skal der laves fagspecifikke tilpasninger? Der er enighed om, at patienten er centrum for patientforløbet, og det skal Map of Medicine afspejle, og retningslinjerne skal så vidt muligt være fælles for alle for hvert forløb. En fælles retningslinje for alle faggrupper, hvor al tekst deles, kan imidlertid have vanskeligt ved at tilgodese fagspecifikke forhold. Imidlertid giver flere ”strenger” til de forskellige faggrupper indenfor hver enkelt retningslinje også problemer. Det er i forhold til at de enkelte faggrupper ikke får indsigt i de andres opgaver, og i forhold til afdelingernes lokale opgavefordeling. Opgavefordelingen mellem eksempelvis læger og sygeplejersker, eller mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, er forskellig på de hospitaler, der har deltaget.

Ligeledes peger de praksislæger, der har deltaget i simuleringen også på, at der er konkurrerende løsninger i brug i dag hos de praktiserende læger. Ingen af disse forsøger imidlertid at være tværsektorielle og samle forløb på tværs af praksis og hospital, på samme måde som Map of Medicine.

I de følgende afsnit samles op med delkonklusioner inden for mere specifikke temaer berørt i simuleringen.

Brugen af Map of Medicine i den primære sektor

Map of Medicine forventes at kunne blive et godt redskab for turnuslæger i praksis, da de ikke vil have et givent forløb på rygraden. Der kan eksempelvis være behov for at vide, hvilke prøver der skal tages. Derfor er det godt, når Map of Medicine rådgiver om, hvad det er vigtigt at være opmærksom på, og hvilke prøver der skal bestilles.

Turnuslægen ville derudover bruge Map of Medicine i forhold til de kriterier, der skal være opfyldt for at kunne stille en given diagnose. Det blev bemærket, at det ikke er muligt at lave en absolut liste af kriterier, da patienterne og sygdomsmanifestationen vil være forskellig. Deltagerne i simuleringen understregede, at det ikke må resultere i, at turnuslægen (eller den yngre læge) ikke konsulterer sin mere erfarne kollega. Formuleringen i Map of Medicine bør være, "der skal som minimum", og på steder kan der være behov for eksplicit at understrege behovet for en "second opinion".

Internt i praksis kunne praksislægerne bruge Map of Medicine som gældende retningslinjer, specielt indenfor behandling. De større lægehuse, hvoraf flere selv udvikler/samler kliniske retningslinjer, ville få gavn heraf.

Endvidere vil systemet være et værdifuldt hjælperedskab til at huske alle de rigtige formuleringer og det rette indhold til den videre henvisning. Det vil lette arbejdet med henvisningen og øge kvaliteten.

Der ville være et arbejde med en sammenkædning/integrering af eksisterende videnssystemer, som eksempelvis VisInfo, der anvendes i Region Syddanmark.

Simuleringen viser, at Map of Medicine vil kunne anvendes med positivt udbytte i praksis.

Specielt for den uerfarne praksislæge og til de ikke så hyppigt forekommende forløb, vil der være udbytte af at bruge Map of Medicine.

Map of Medicine kan bruges som et led i forberedelsen til mødet med patienten, og dette kræver nem og hurtig adgang til information, og at informationsmængden er kort og præcis.

Ligeledes vil lægen, eventuelt i dialog med patienten, kunne bruge Map of Medicine til at få indsigt i den behandling, som patienten har modtaget eller informere om det behandlingsforløb, som venter patienten.

Map of Medicine kan være forløbsstandard for større praksisser med flere læger. Her er der behov for, at patienterne oplever en ensartet behandling på tværs af de forskellige læger, og de deltagende læger i simuleringen har udtrykt, at udarbejdelse af retningslinjer foregår lokalt. Her kan Map of Medicine medvirke til, at den "dybe tallerken" ikke skal genopfindes mange gange.

Map of Medicine vil også kunne bruges til at standardisere og øge kvaliteten af henvisninger. Den engelske udgave indeholder flere standardformularer, som kan bruges direkte til henvisninger. I de to simuleringer er dette dog ikke blevet belyst i tilstrækkelig grad for at afklare, hvorvidt og hvor nemt dette kan tilpasses til danske forhold.

Ved opdateringer af instrukser, retningslinjer m.m. vil Map of Medicine være en god kanal til formidling af dette. På forsiden kan nemt gives et overblik over ”nyheder”.

Map of Medicine kunne være en hjælp til den sekretær eller sygeplejerske, der modtager opkald fra patienterne. De har behov for hjælp, når det drejer sig om symptomtilgang, da de ikke kender diagnosen.

Den yngre læges brug af Map of Medicine i den sekundære sektor

Map of Medicine forventes også at blive brugt af den yngre læge som grundlag for dialogen med den ældre læge. Når den yngre læge bliver mindet om, hvilke prøver og oplysninger, der bør indhentes, vil dialogen med den ældre læge foregå på et ’højere’ niveau. De ville kunne stille meget mere specifikke spørgsmål.

Den yngre læge bruger i dag en del tid på at finde forløbsbeskrivelser, retningslinjer, behandlingsalgoritmer og instrukser, som afdelingen ikke selv har. Det er ved patientforløb, hvor afdelingen mangler relevante dokumenter, der burde være udarbejdet, eller ved forløb som ligger udenfor afdelingens kerne. Med Map of Medicine vil der være én indgang, hvor viden om forløb findes, givet at Map of Medicine dækker bredt.

Samtidig vil der være en garanti for kvaliteten og en høj troværdighed gennem Sundhedsstyrelsens ejerskab til indholdet. Dette vil spare den yngre læge for tid, som han i dag bruger på at søge i mange forskellige kilder og til fortolkning og oversættelse af fundne oplysninger.

Der ville dog være situationer, hvor systemet ikke vil kunne give endelige svar. Det kan betyde, at indhold fra Map of Medicine tages med på en konference. Her vil der være samme fordel som tidligere nævnt, nemlig at dialogen kan tage udgangspunkt i en præcis problemstilling, og det er muligt at forberede sig ud fra en fælles ramme.

Map of Medicine vil kunne anvendes med positivt udbytte af den yngre læge. Den yngre læge har brug for viden og brug for at forberede sig inden sparring og dialog med mere erfarne kollegaer. Her kan Map of Medicine med fordel anvendes. Ligeledes vil den yngre læge kunne bruge Map of Medicine til forberedelse inden mødet med patienten.

Map of Medicine vil også være et opslagsværk som den yngre læge forventer at bruge til selvstudie, for at orientere sig om patientforløb, som den yngre læge ikke er så vidende om.

Med tiden får den yngre læge mere erfaring indenfor eget speciale, hvilket betyder, at de typiske forløbsbeskrivelser indenfor eget speciale bliver rutine. Dette mindsker behovet for Map of Medicine. Dialogen med kollegaer bliver for den erfarne læge ofte den primære kilde, hvis der er behov for at indhente viden om et givet forløb.

Seniorlægens brug af Map of Medicine i den sekundære sektor

En speciallæge vil i forhold til et forløb inden for sit specialeområde og standardforløb som pneumoni kun have brug for at bruge Map of Medicine, når retningslin-

jen eventuelt rettes til. Lægen er så erfaren, at meget af den viden, der er i Map of Medicine, er velkendt stof.

Special lægens brug af Map of Medicine, som den er afdækket under simuleringen, er begrænset, da Map of Medicine ikke vurderes til at indeholde mere viden, end den som lægen allerede har i kraft af sin erfaring.

Simuleringen viste, at der hvor den erfarne læge vil få gavn af Map of Medicine er for at indhente viden indenfor andre specialeområder end lægens eget.

Den erfarne læge bør være bidragsyder til indhold, og hvis det er nemmere at få indhold revideret og distribueret, kan brugen af Map of Medicine måske betyde, at manglende retningslinjer bliver udarbejdet, og at eksisterende retningslinjer revideres oftere og efter en fast frekvens.

Det bliver også påpeget, at akkreditering og den danske kvalitetsmodel kan være initiativer, der tvinger den erfarne læge til at bruge Map of Medicine, eller et lignende produkt mere aktivt.

Øvrige personalegrupper i den sekundære sektor

I arbejdet med opgavefordeling mellem faggrupperne så flere, at Map of Medicine kunne være med til at give mere konsistens i beskrivelsen af de enkelte faggruppers arbejdsopgaver.

Der var specielt i relation til de mere komplekse eller sjældne procedurer en god mulighed for at bruge Map of Medicine. Eksempelvis ved brugen af medikamentet methotrexat til patienter med reumatoid artrit, hvor der er en række detaljeregler, der skal følges.

Der var enighed om, at de øvrige personalegrupper ligeledes ville have gavn af Map of Medicine.

Plejegruppen så en række muligheder for at integrere deres retningslinjer i systemet, men det ville kræve en tilpasning af systemet. Det aktuelle indhold for de to forløb dækker ikke tilstrækkeligt.

Fysioterapeutgruppen mener, at der mangler en del i relation til genoptræning og generel sundhedstilstand.

Øvrige konklusioner

I overgangen mellem afdelinger, under simuleringen ved indlæggelse på intensiv, er der brug for klare retningslinjer for, hvornår patienten skal fra det ene sted til det andet. Oplagt at dette er beskrevet i Map of Medicine med klare kriterier for at skabe veldefinerede overgange.

Reumatologisk afdelingen i Hvidovre arbejder med projektpatienter. Hvis Map of Medicine kan vise den slags oplysninger, kan en praksislægen nemmere og bedre vejlede patienter, give dem bedre mulighed for at deltage i de pågældende projekter, og Hvidovre Hospital kan bedre få de projektpatienter de søger.

Der er tydeligvis behov for, at Map of Medicine er godt koordineret med andre opslagsværker. Under simuleringen blev dette understreget flere gange i forhold til vejledninger vedrørende medicin, herunder anbefalet dosis.

Map of Medicine må gerne være tilgængelig via PDA eller lignende.

Bilag 1 Case reumatoid artrit

Rheumatoid Arthrit

Svendborg sygehus 19. maj 2009



IMPLEMENT

Situation 1: I praksis

I praksis ser du en 26-årig kvinde, som du får 10 dage siden udskrevet til på grund af ledsmerter. Nu kommer hun fordi har hævet MCP led og storetæer og klager over at hun er stiv i kroppen om morgenen.

Hvad gør du?

2

IMPLEMENT

Anamnese – udleveres sammen med situation 1

Arbejder som sekretær, men har været sygemeldt den sidste uge på grund af ledsmerter – mest i fingreleddene.

Medicin:

Ingen faste medikamenter

Bruger P-piller

3

IMPLEMENT

Anamnese 2 – udleveres sammen med situation 1

Tidligere:

Har været hos den praktiserende læge for smerterne for 10 dage siden – har fået en lægeerklæring til arbejdsgiver. Fik celebra.

Smerterne er nu forværret og hun har kontaktet den praktiserende læge igen.

4

IMPLEMENT

Anamnese 3 – udleveres sammen med situation 1

Udvidet anamnese:

Hun har indtil nu ikke haft længere sygemeldinger og betragter sig selv som frisk og rask.

Diffus ledømhed og stive led – værst om morgenen, men det varer hele dagen. Har hævelser i begge håndled. Er hæmmet i sine daglige aktiviteter.

5

IMPLEMENT

Objektiv undersøgelse - udleveres hvis efterspurgt

BT 130/60 – puls 70. Afebril.

Intet hårtab, klare konjunktiva, ingen nasale eller orale sår.

St. p.: IA

St. c.: IA

Abdomen: IA

Neurologisk: IA

Hud: Lidt rød over fingeledene (MCP) og højre håndled

Ekstremiteter: IA

Skulder/albue: IA

MCP: Synovial fortykkelse med svag ømhed.

PIP: ingen synovit, deformiteter eller ømhed

DIP: IA

Hofte, knæ og ankler: fuld bevægelighed, ingen synovit, deformiteter eller ømhed

Fødder: IA

6

IMPLEMENT

Biokemi - udleveres hvis efterspurgt

Hæmatokrit: HgB 10,3
Leukocytter: 6,8
Thrombocytter: 470
SR: 20
CRP: 30
Normale elektrolytter
BS: 5,8
Albumin 30
Billirubin: 5,1 Alk. Fos.: 27, ASAT: 40 ALAT: 35
Normal urinstix
Supplerende US:
Rheumatoid faktor med en titter på 1: 1280
ANA negativ

7

IMPLEMENT

Situation 2: Samme patient 6 dage senere

Den praktiserende læge har henvist patienten til speciallæge reumatologi.

Patienten har haft nogen effekt af NSAID, men fortsat ledsmerter.

Patienten fremstår lidt bange og nervøs.

Hvad gør du?

- Hvilken diagnose?
- Hvilken behandling?

8

IMPLEMENT

Situation 3: Samme patient, samme dag

Diagnosen rheumatoid arthrit er stillet og patienten er startet i behandling med methotrexat (Mtx) tabletter.

Patienten reagerer positivt på behandlingen.

Efter 6 uger bliver patienten raskmeldt.

Du har fået taget en række blodprøver – bl.a. leukocytter, neutrofile granulocytter og trombocytter.

Hvad gør du?

9

IMPLEMENT

Blodprøver til situation 3 - udleveres



10

IMPLEMENT

Situation 4: Patienten forværres

Samme symptomer som initialt til trods for Mtx.

Den praktiserende læge har henvist patienten til sygehuset – reumatologisk afdeling, til ambulatorisk forløb.

Der er bestilt en række blodprøver.

Du overvejer biologiske medikamenter – Remicade

Hvad gør du? Hvilke informationer giver du patienten?

11

IMPLEMENT

Blodprøver til situation 4 - udleveres



12

IMPLEMENT

Bilag 2 Case pneumoni

Pneumoni case

Herlev hospital 18. juni 2009



IMPLEMENT

Situation 1: I praksis

I praksis ser du en 43-årig mand, der gennem de sidste 2 dage har haft tiltagende åndenød og kulderystelser.

Han har fornemmelse af at have feber, men har ikke målt temperatur. Patienten siger, at han hoster og nogle gange har mørkfarvet slim med.

2

IMPLEMENT

Værdier 1 – udleveres hvis efterspurgt

Temp. 38,1

BT 132/94

RF 16

SAT 96%

St. p: vesikulær respiration overalt, fraset lidt sibelerende rhonchi.

3

IMPLEMENT

Situation 2: Samme patient 3 dage senere

Patientens situation er ikke blevet bedre.

Udover hans klager fra for 3 dage siden, har han koncentrationsbesvær, nedsat appetit, manglende energi.

Hans hustru siger, at han ikke forlader soveværelset.

Patienten er motorisk urolig og ryster.

Ingen brystmerter, mavesmerter, synsforstyrrelser, svimmelhed, opkast eller hovedpine.

Hvad gør du?

4

IMPLEMENT

Værdier 2 - udleveres hvis efterspurgt

Temp 38,5

BT 135/100

RF 22

SAT 88%

St. p: Nedsat respirationslyd basalt på venstre side, strækkende op til midten. Bilaterale basale rhonchi, ingen forlænget expir.

5

IMPLEMENT

Situation 3: Samme patient, samme dag

Du modtager patienten i den akutte modtageenhed og får samme historie.

Hvad gør du?

6

IMPLEMENT

Værdier 3 - udleveres hvis efterspurgt

Blodprøver:

Leukocytter: 13,5 – venstre forskudt mod neutrofilocytter.

Na+ 141, K+ 2,3 Cl: 93 creatinin 225 Ca++ (total): 2,15 Glc/BS: 6,0 Carbamid: 16

Billirubin 5,1 Alk. Fos.: 27, ASAT 35 ALAT 78

PUT: positiv

LUT: negativ

CRP 153

Urinstix:

4+ protein, + nitrat, spor leukocytter, spor ketoner

EKG:

Sinustachycardi

A-gas:

pH: 7.32 pO2: 8.9 pCO2 6.0

7

IMPLEMENT

Situation 4: Samme patient om natten

Du bliver tilkaldt af sygeplejersken, da patientens tilstand er forværret. Patienten er blevet mere konfus.

Hvad gør du?

8

IMPLEMENT

Værdier 4 - udleveres hvis efterspurgt

RF 30+

Tiltagende hypoxisk – kan bedres med ilt. pO₂: 7.5 pCO₂ 7.5

Bliver mere sur pH: 7.22

Blodtrykssald

9

IMPLEMENT

Stuegang på lungemedicinsk afdeling

Patienten har været 4 dage på intensiv og 4 yderligere dage på lungemedicinsk afdeling. Patienten er velbefindende, men træt.

Infektionsparametre er faldende.

Patienten er overgået til tablet-behandling.

Hvad gør du?

10

IMPLEMENT

Værdier 5 – værdier fra intensiv der udleveres til stuegang

Ender på Intensiv til respiratorbehandling

Får væske terapi

Får IV-penicillin

Svar på sputum D+R: pneumokokker

Bloddyrkninger: Pneumokokker

11

IMPLEMENT

Værdier 6 – udleveres på stuegang

Afebril

BT 135/90

Puls 76

SaO2 97%

12

IMPLEMENT

Bilag 3 Oplæg simulering Herlev Hospital

Map of Medicine – Simulering d. 18. juni, Herlev Hospital

Workshoppen finder sted på Herlev Hospital d. 18. juni kl. 9-16.

Vi har et lokale på 25. sal hos DIMS (Dansk Institut for Medicinsk Simulering).

Overordnet ramme:

Pneumoni 9-12

Pause/frokost 12-13

Reumatid Artrit 13-16

1- 1½ timers spil

1- 1½ times interview

Roller Implement:

Andreas: Styrmand på casegennemgang

Martin: Overordnet ansvarlig. Facilitator af Map of Medicine-afbrydelser og -spørgsmål.

Jesper: Notater og fastholdelse af ”key findings”. Deltager derudover med spørgsmål.

Deltagere:

Sundhedsstyrelsen

Helene, læge, Sundhedsstyrelsen

Pneumoni

Læger

Jesper, Reservelæge, Hjerte-Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital

Joakim, Reservelæge, Hjerte-Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital

Sygeplejersker/Fysioterapeut

Merete, Fysioterapeut, Herlev Hospital

Gitte, sygeplejerske, Herlev Hospital

Praksis

Helge, Praktiserende læge

Reumatid artrit

Læger

Jens, fg. ledende overlæge, Reumatologisk afdeling, Hvidovre Hospital

Ninna, reservelæge, Reumatologisk afdeling, Hvidovre Hospital

Sygeplejersker

Anette, afdelingssygeplejerske, Reumatologisk afdeling, Hvidovre Hospital

Praksis

Jan, praktiserende læge

Ingen fra kommunen

Program (gentages for hver case)

Programpunkt	Hvordan og hvem har ansvaret?	Materialer og?
9:00-9:05	Velkomst og præsentation ved Martin	Navneskilte?
9:05-9:15	Formål, roller og ”spilleregler” ved Martin	Flip med spilleregler
9:15-9:20	Intro til case ved Andreas Hvem er patienten.	Side om patient
9:20-9:40	1. episode	Case
9:40-10:00	2. episode	Case
10:00-10:20	3. episode	Case
10:20-10:40	4. episode	Case
10:40-10:50	Pause	
10:50-11:50	Opfølgende interview v/ Martin	Interviewramme
11:50-12:00	Afrunding og tak for i dag.	

Spilleregler:

- Du er dig selv.
- Arbejde ud fra hvad du typisk vil gøre.
- Ignorer mindre unøjagtigheder i casen.
- Afbrydelser og styring sker af hensyn til processen – ikke fordi vi er uheldige.

Opfølgende interview

- Om simuleringen (5-10 min)
 - o Hvordan var det at spille?
 - o Kunne I holde rollen? Tænkte I, som I gør til daglig?
 - o ”Fejlkilder”
- Om brugen af Map of Medicine (10-15 min)
 - o Hvor var det relevant at bruge Map of Medicine (opsummer evt., hvor Map of Medicine blev brugt)? Hvorfor? Realistisk?
 - o Hvor var det ikke relevant at bruge Map of Medicine? Hvorfor?
- Tværsektorielt samarbejde (10 min)
 - o Gav Map of Medicine mere sammenhæng mellem praksis og sygehus?
 - o Vil Map of Medicine kunne give bedre sammenhæng? Hvad skal det kunne i så fald (som vi måske ikke så under simuleringen)?
- Kommunikation og samarbejde (10-20 min)
 - o Hvordan støttede Map of Medicine samarbejdet mellem læger? Mellem yngre og seniorer?
 - o Hvordan støttede Map of Medicine samarbejdet mellem læger og sygeplejersker?
 - o Hvordan støttede Map of Medicine samarbejdet mellem sygeplejersker?
- Map of Medicine ifht. dagens instrukser/vejledninger (10 min)
 - o Hvor vil Map of Medicine være anderledes? Bedre? Dårligere?
- Tidsanvendelse

- Hvor lang tid vil de forskellige faggrupper anvende Map of Medicine pr. dag? For hvor stor en andel af patienterne vil det være relevant at anvende? Er det det samme som for de nuværende retningslinjer?
- Hvad skal der til for at Map of Medicine bliver en succes på Herlev Hospital?

Bilag 4 Oplæg simulering Svendborg Sygehus

Map of Medicine – Simulering d. 19. maj, Svendborg Sygehus

Vi har Vaskulær konf. rum (ligger i den nye del af sygehuset på afd MK)

Overordnet ramme:

Overordnet ramme:

Reumatid artrit 10-13

Pause/frokost 13-14

Pneumoni 14-17

1½ timers spil

1½ times interview

Roller Implement:

Andreas: Styrmand på casegennemgang

Martin: Overordnet ansvarlig. Facilitator af Map of Medicine-afbrydelser og -spørgsmål.

Jesper: Notater og fastholdelse af ”key findings”. Deltager derudover med spørgsmål.

Deltagere:

Sundhedsstyrelsen

Helene, læge, Sundhedsstyrelsen

Sandra, studerende, Digital Sundhed

Reumatrid atrit

Læger

Inger Marie, Overlæge, Reumatologisk afdeling, Svendborg Hospital

Kasper, Yngre læge, medicinsk afdeling, Svendborg Hospital

Husam, Yngre læge, medicinsk afdeling, Svendborg Hospital

Sygeplejersker

Pia, sygeplejerske, Reumatologisk afdeling, Svendborg Sygehus

Susanne, sygeplejerske, Reumatologisk afdeling, Svendborg Sygehus

Praksis

Christel, Praktiserende læge

Evt. kommune

Ingen fra kommunen

Pneumoni

Læger

Flemming, overlæge, lungemedicinsk afdeling, Svendborg Sygehus

Maria, yngre læge, medicinsk afdeling, Svendborg Sygehus

Christian, yngre læge, lungemedicinsk afdeling, Svendborg Sygehus

Sygeplejersker

Jenny, sygeplejerske, lungemedicinsk afdeling, Svendborg Sygehus
Jette, sygeplejerske, Svendborg Sygehus

Praksis

Christel, Praktiserende læge

Evt. kommune

Ingen fra kommunen

Program (gentages for hver case)

Programpunkt	Hvordan og hvem har ansvaret?	Materialer og?
9:00-9:05	Velkomst og præsentation ved Martin	Navneskilte?
9:05-9:15	Formål, roller og ”spilleregler” ved Martin	Flip med spilleregler
9:15-9:20	Intro til case ved Andreas Hvem er patienten.	Side om patient
9:20-9:40	1. episode	Case
9:40-10:00	2. episode	Case
10:00-10:20	3. episode	Case
10:20-10:40	4. episode	Case
10:40-10:50	Pause	
10:50-11:50	Opfølgende interview v/ Martin	Interviewramme
11:50-12:00	Afrunding og tak for i dag.	

Spilleregler:

- Du er dig selv.
- Arbejde ud fra hvad du typisk vil gøre.
- Ignorer mindre unøjagtigheder i casen.
- Afbrydelser og styring sker af hensyn til processen – ikke fordi vi er uhøflige.

Opfølgende interview

- Om simuleringen (5-10 min)
 - Hvordan var det at spille?
 - Kunne I holde rollen? Tænkte I, som I gør til daglig?
 - ”Fejlkilder”
- Om brugen af Map of Medicine (10-15 min)
 - Hvor var det relevant at bruge Map of Medicine (opsummer evt., hvor Map of Medicine blev brugt)? Hvorfor? Realistisk?
 - Hvor var det ikke relevant at bruge Map of Medicine? Hvorfor?
- Tværsektorielt samarbejde (10 min)
 - Gav Map of Medicine mere sammenhæng mellem praksis og sygehus?
 - Vil Map of Medicine kunne give bedre sammenhæng? Hvad skal det kunne i så fald (som vi måske ikke så under simuleringen)?
- Kommunikation og samarbejde (10-20 min)

- Hvordan støttede Map of Medicine samarbejdet mellem læger? Mellem yngre og seniorer?
 - Hvordan støttede Map of Medicine samarbejdet mellem læger og sygeplejersker?
 - Hvordan støttede Map of Medicine samarbejdet mellem sygeplejersker?
- Map of Medicine ifht. dagens instrukser/vejledninger (10 min)
 - Hvor vil Map of Medicine være anderledes? Bedre? Dårligere?
- Tidsanvendelse
 - Hvor lang tid vil de forskellige faggrupper anvende Map of Medicine pr. dag? For hvor stor en andel af patienterne vil det være relevant at anvende? Er det det samme som for de nuværende retningslinjer?
- Hvad skal der til for at Map of Medicine bliver en succes på Svendborg Sygehus?