

Delrapport 4 – Map of Medicine pilot- projekt. Klinisk afprøvning

Map of Medicine pilotprojekt. Delrapport 4. Klinisk afprøvning

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 pilotprojekt	3
2.2	Formål med delprojekt	3
2.3	Rapportens opbygning	3
3	Ramme for den kliniske afprøvning	5
3.1	Valg af afprøvningssted	5
3.2	Introduktion på OUH Svendborg Sygehus til brug af Map of Medicine	5
3.3	Installation af Map of Medicine og integration til lokal elektronisk patientjournal	6
4	Metode og proces	8
4.1	Metodiske overvejelser	9
5	Resultater	11
5.1	Fokusgruppeinterview før	11
5.2	Spørgeskemaundersøgelse før	13
5.3	Fokusgruppeinterview midtvejs	15
5.4	Fokusgruppeinterview efter	17
5.5	Brugsstatistik for Map of Medicine fra maj til september	21
6	Konklusioner	26
7	Bilag	31
7.1	Bilag 1: Spørgeskema til "brug af vejledninger"	31
7.2	Bilag 2: Interviewguide "før" fokusgruppeinterview, 19. april 2009	32
7.3	Bilag 3: Interviewguide til "midtvejs" fokusgruppeinterview, 23. juni 2009	34
7.4	Bilag 4: Interviewguide "efter" fokusgruppeinterview 7. september	35

1 Sammenfatning

Delprojektet vedrørende klinisk afprøvning af Map of Medicine har til formål at afprøve Map of Medicine i en klinisk afdeling. Afprøvning skal give input til, hvorvidt Map of Medicine helt generelt er anvendeligt, og om det giver et bedre videngrundlag end eksisterende retningslinjer, om det giver et positivt bidrag til den kliniske arbejdsproces.

Afprøvning i klinisk praksis er foregået på to afsnit på Svendborg Sygehus i perioden maj til september 2009. Afprøvningen har primært været fokuseret på anvendelsen af to oversatte retningslinjer i Map of Medicine: pneumoni og reumatoid artrit, og sekundært på den generelle anvendelse af produktet.

Metodisk er der blevet indsamlet kvalitative data til den kliniske afprøvning via 3 fokusgruppinterview før, under og efter afprøvningen. Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse på reumatologisk og lungemedicinsk afdeling vedrørende brug af retningslinjer og instrukser inden ibrugtagningen af Map of Medicine, og der er blevet opsamlet statistiske data i Map of Medicine, mens produktet har været anvendt på Svendborg Sygehus.

De indsamlede data og tilhørende analyser vurderes som værende troværdige og anvendelige for den samlede vurdering af Map of Medicine. Hvis afprøvningen var foregået på yderligere et sygehus, ville det have givet en bredde i vurderingen, som mangler, og hvis Map of Medicine havde indeholdt en større mængde oversatte retningslinjer, ville det kunne have gjort afprøvningen mere realistisk. Ingen af delene var mulige inden for projektets ramme.

Omkring 100 brugere er blevet oprettet i Svendborg Sygehus' version af Map of Medicine. Brugen har for nogle brugere været meget begrænset, mens andre har anvendt Map of Medicine flere gange under pilotprojektet.

Væsentlige hovedkonklusioner fra den kliniske afprøvning i forhold til det angivne formål:

- Det er tydeligt at Map of Medicine på en nem og overskuelig vis understøtter det kliniske arbejde, også tværsektorielt.
- Map of Medicine giver specielt støtte til den yngre og mindre erfarne læge, når det handler om viden inden for eget speciale.
- Map of Medicine vurderes at give støtte for alle læger, når det drejer sig om retningslinjer uden for eget speciale, eller i situationer, eksempelvis i ambulatoriet, hvor arbejdet kræver en bred indsigt.
- Den viden, der er i de to oversatte forløb, pneumoni og reumatoid artrit, vurderes som tilstrækkelig og til at være på niveau med det, man vil forvente af eksisterende retningslinjer.
- Vurderingen af øvrigt klinisk indhold i Map of Medicine har under pilotprojektet været begrænset. Det input, der er kommet vedrørende andre forløb, viser, at det er vigtigt, at der er mange forløb, at de er tilgængelige, og at de skal have faglig dybde og evidens. Nogle af de engelske forløb var ikke tilgængelige, mens andre, umiddelbart vurderet, ikke levede op til faglige indholds krav og -ønsker.

- Hvorvidt fælles tværfaglige retningslinjer er det mest optimale, eller om der er behov for monofaglige elementer, har afprøvningen ikke givet et klart svar på. Det er en diskussion, der egentlig er uafhængig af hvilke retningslinjer, der vælges, men en nødvendig diskussion i det øjeblik nationale retningslinjer indføres.
- En succesfuld implementering af Map of Medicine i form af et let tilgængeligt system med indhold af høj kvalitet vurderes på sigt at kunne blive et fælles sted for nationale instrukser, der ensarter patientforløb, giver mindre ventetid og en mere professionel behandling.
- Pilotprojektet viser imidlertid også, at der er en del udfordringer og behov for ressourcer for at nå til en succesfuld implementering.
 - På kort sigt er der behov for at få oversat en relevant mængde indhold, som Map of Medicine kan starte med.
 - Piloten på Svendborg viser behovet for ledelsesmæssig opbakning og generel støtte for at få Map of Medicine i brug.
 - Der er behov for en faglig enighed om, hvordan de nationale retningslinjer fortolkes og tilpasses lokale forhold. Det gælder både lokale forhold som telefonnumre og kontaktpersoner, men også forløbsorienterede elementer, såsom opgavefordeling mellem faggrupper, lokale behandlingstilbud m.m.
 - På længere sigt viser den kliniske afprøvning, at der er der behov for IT-integration, intelligente søgninger, og muligvis en logisk udvidelse af Map of Medicine til et viden- og informationscenter for mere end bare retningslinjer og instrukser.
- Sammenfattende viser den kliniske afprøvning på Svendborg Sygehus, at der er flere elementer ved indførelse af Map of Medicine, som vurderes forskelligt – således at samme element kan ses som både en fordel eller en ulempe.. De centrale er:

Retningslinjerne er for omfattende og for ”lærebogsagtige”.	Retningslinjerne er ikke ”dybe” og detaljerede nok.
Map of Medicine er nemt og overskueligt, og det er hurtigt at søge og finde rundt i.	Map of Medicine kræver for mange klik, og det er svært at finde det, man ønsker.
Map of Medicine er den helt rette platform for tværfaglige retningslinjer.	De enkelte faggrupper har behov for fagspecifik viden og egne instrukser.
Behov for tæt integration med øvrige sundheds-IT-systemer.	En letvægtsudgave af Map of Medicine, som kan tilgås af alle uden login eller integration.
Vedligehold af nationale retningslinjer og brug af Map of Medicine bliver for stort, og det bliver for dyrt et projekt.	Retningslinjer i dag og brug af viden er det rene ”anarki”. Den forskellighed, der findes på området, og mangel på procedurer, er ikke optimal af hensyn til at sikre patienternes sikkerhed og opnå gode sammenhængende patientforløb.

2 Introduktion

2.1 Baggrund for pilotprojekt

Map of Medicine er et engelsksproget vidensystem til produktion, formidling og vedligeholdelse af kliniske retningslinjer, som dækker patientforløb på tværs af primær- og sekundærsektor. Map of Medicine indeholder p.t. klinisk viden i form af knap 400 primært diagnosespecifikke forløb, hvoraf langt de fleste er evidensbaserede. 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 vidensystemer til kliniske retningslinjer i regionerne

Denne rapport omhandler den ene del af delprojekt 2: Afprøvning af udvalgte retningslinjer i klinisk praksis.

2.2 Formål med delprojekt

Formålet med delprojektet var, at vurdere, hvordan Map of Medicine kunne forventes at blive anvendt i klinisk praksis på et almindeligt dansk hospital. Fokus var på, om Map of Medicine var anvendeligt i daglig klinisk praksis indholdsmæssigt. De oversatte danske Map of Medicine-retningslinjer indgik, sammen med den fulde engelske Map of Medicine i afprøvningen. De oversatte retningslinjer er pneumoni og reumatoid artrit.

Ved afprøvning af Map of Medicine på en klinisk afdeling var der være fokus på anvendeligheden af Map of Medicine i en klinisk hverdag. Eksempelvis:

- Er Map of Medicine et bedre videngrundlag for klinikere end eksisterende retningslinjer – herunder for yngre læger?
- Understøtter Map of Medicine den kliniske arbejdsproces? Tværfagligt?
- Anvendelsesmønstre samt rationelle og irrationelle barrierer for brug af Map of Medicine.

Delprojektet er gennemført af Implement for Sundhedsstyrelsen og Digital Sundhed.

2.3 Rapportens opbygning

Næste afsnit gennemgår rammen for den kliniske afprøvning. Hvem har deltaget, hvordan er Map of Medicine blevet introduceret og installeret?

Afsnit 4 beskriver den kliniske afprøvning og de aktiviteter, som er blevet gennemført. Afsnittet indeholder også metodiske overvejelser ved afestning af Map of Medicine ved hjælp af en klinisk afprøvning.

Afsnit 5 gennemgår resultaterne fra den kliniske afprøvning. Afrapporteringen er her opdelt i forhold til de tre hovedaktiviteter: et fokusgruppeinterview før installation og ibrugtagning af Map of Medicine, et midtvejs fokusgruppeinterview med fokus på de første erfaringer med Map of Medicine og et afsluttende fokusgruppeinterview efter endt afestning af Map of Medicine på Svendborg Sygehus. Herudover indeholder afsnittet data fra før-målingen der kortlægger den nuværende brug af retningslinjer på de udvalgte afdelinger, samt brugsstatistik fra Map of Medicine i perioden maj til september.

Afsnit 6 indeholder undersøgelsens vigtigste hovedkonklusioner.

Afsnit 7 indeholder fire bilag: Bilag 1 er spørgeskemaet anvendt til at kortlægge brugen af vejledninger og instrukser, mens bilag 2 til 4 indeholder interviewguides brugt til fokusgruppeinterview med læger og sygeplejersker før, under og efter Map of Medicine blev taget i brug på to afsnit på Svendborg Sygehus.

3 Ramme for den kliniske afprøvning

3.1 Valg af afprøvningssted

Den kliniske afprøvning af Map of Medicine er foregået på Medicinsk afdeling, OUH Svendborg Sygehus i perioden 1. maj til 1. september 2009.

Afprøvningsstedet er udvalgt ved forespørgsel via Danske Regioner til regionerne, om der var sygehuse, der ville deltage i afprøvningen af et vidensystem som basis for danske kliniske retningslinjer. Forespørgslen om deltagelse blev udsendt til regionerne i foråret 2008.

I delprojektet indgik, at et – eller evt. to – sygehuse (med fungerende elektronisk patientjournal) i afprøvningsperioden skulle anvende de tilpassede Map of Medicine-forløb for pneumoni og reumatoid artrit i stedet for sygehusets vanlige instrukser/kliniske retningslinjer. Map of Medicine-forløbene for pneumoni og reumatoid artrit blev i foråret 2009 tilpasset som del af delprojekt 1: Oversættelse og tilpasning af udvalgte kliniske retningslinjer. Mhp. sikring af anvendeligheden i den kliniske afprøvning af de to forløb deltog de to specialeansvarlige overlæger på Medicinsk Afdeling OUH Svendborg Sygehus i arbejdsgrupperne for tilpasning af forløbene. For yderligere information derom se rapport for delprojekt 1.

Der var i første omgang tilbagemelding om mulig interesse for deltagelse fra Næstved Sygehus, Hillerød Hospital og OUH Svendborg Sygehus. Efter afventning af udbudsrunde samt efterfølgende kontakt med sygehusene, valgte Næstved Sygehus og Hillerød Hospital at trække sig fra afprøvningen, hvorfor den kliniske afprøvning blev gennemført på Medicinsk afdeling, OUH Svendborg Sygehus.

3.2 Introduktion på OUH Svendborg Sygehus til brug af Map of Medicine

Som introduktion til afprøvningen af Map of Medicine samt igangsættelse af det nødvendige samarbejde afholdtes i januar 2009 møde med ledelsen på Medicinsk afdeling, OUH Svendborg Sygehus. I mødet deltog fra Medicinsk Afdeling, OUH Svendborg Sygehus: den konstituerede ledende overlæge, oversygeplejersken, de specialeansvarlige overlæger for reumatologi og lungemedicin samt en sygeplejerske fra hver af de to involverede afsnit. Derudover deltog fra OUH: IT-chefen, chef for udviklingsafdelingen og kvalitetschefen.

I foråret 2009 var løbende kontakt med Medicinsk Afdeling. Introduktion af Medicinsk Afdeling til pilotprojektet og Map of Medicine blev gennemført den 22. april 2009 ved indlæg til lægernes fælles undervisning efter morgenkonference, samt ved møder med gennemgang af og introduktion til Map of Medicine til sygeplejerskerne på de involverede sengeafsnit.

Mhp. generel information til personalet på OUH Svendborg Sygehus blev pilotprojektet og Map of Medicine ligeledes præsenteret ved sygehusets staff meeting den 4. maj 2009.

Beskrivelse af Map of Medicine, vejledning i login samt kontaktinformation til hjælpefunktionen i Sundhedsstyrelsen blev ligeledes udsendt til alt personale på

Medicinsk Afdeling samt formidlet via sygehusets elektroniske nyhedsformidling, såvel før samt umiddelbart efter start af afprøvningen.

Derudover bragte FOKUS, personalebladet for Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus, i april 2009 en artikel om pilotafprøvningen af Map of Medicine i Svendborg. Ligeså blev afprøvningen på OUH Svendborg Sygehus beskrevet i juni 2009 nummeret af Region Syddanmarks del af Lægeforeningens regionale blad ”Danmarks Læger”.

3.3 Installation af Map of Medicine og integration til lokal elektronisk patientjournal

Dialogen med klinikerne på OUH Svendborg viste, at de ønskede hurtig og nem adgang til Map of Medicine, for at anvendelsen kunne blive optimal. Det blev derfor besluttet at integrere Map of Medicine med det kliniske IT-system på OUH Svendborg, Medicare, for at undgå et ekstra login for brugerne.

I foråret 2009 var der løbende dialog mellem IT-afdelingen på OUH, Map of Medicine samt Sammenhængende Digital Sundhed Danmark (SDSD) om udvikling og implementering af integrationen.

Desværre var det ikke muligt at implementere integration af login før opstart af den kliniske afprøvning af Map of Medicine (se mere i den tekniske rapport, delprojekt 4). Ved opstart af den kliniske afprøvning af Map of Medicine var det derfor nødvendigt for personalet at logge ind med brugernavn og password før anvendelse af Map of Medicine.

Da login ikke kunne implementeres som forventet, blev det nødvendigt med en hurtig og midlertidig løsning, der kunne sikre hurtig adgang til Map of Medicine trods den manglende integration. Inden opstart d. 4. maj blev der derfor oprettet fælles brugeradgange for de store faggrupper (sygeplejersker, yngre læger og speciallæger) samt gennemført installation af Map of Medicine i Internet Explorers web-favoritter med huskefunktion for de tre fælles brugeradgange. Denne løsning blev installeret på alle fælles PC'er for personalet på Medicinsk afdeling samt i OUH Svendborg Sygehus' skadestue. Den nye login-procedure blev formidlet via mail samt ved opslag på væggen i alle rum med fælles PC'ere.

Den 4. juli 2009 blev integration med automatisk login mellem Medicare og Map of Medicine frigivet fra OUH Svendborg Sygehus' IT-afdeling.

Opslag i Map of Medicine via Medicare sker således:

1. Ved opstart af Medicare indtaster brugeren bruger-ID og password som normalt.
2. Ved at blade eller klikke igennem hhv. faneblade for afdeling, afsnit og patienter, fremkommer fanebladet Journal (en patientjournal for en navngiven patient).
3. Herefter er det muligt at tilgå Map of Medicine uden at logge på fra et rullegardin i fanebladet Journal.

Denne løsning blev valgt ud fra en vurdering af, hvad der var det ”muliges kunst” på kort tid og til et pilotprojekt. Det er ikke nødvendigvis udtryk for, hvordan Map

of Medicine tænkes integreret til øvrige kliniske IT-systemer. Hvordan den generelle løsning kan udformes diskuteres bl.a. i rapporten fra det tekniske delprojekt.

4 Metode og proces

Det overordnede design for evaluering af afprøvning af Map of Medicine var oprindeligt tænkt som et ”før-efter” design, med både kvantitative og kvalitative dataopsamlinger.

Hvad angår de kvantitative målinger var tanken at sammenligne processer og resultater, før og efter anvendelse af Map of Medicine, med hinanden. Fokus skulle være på anvendelsen af retningslinjer, instrukser og kliniske opslagsværker før og efter indførelsen af Map of Medicine.

Imidlertid blev det vurderet for vanskeligt at måle på processer og resultater. En mulig effekt ville være vanskelig at konstatere inden for den korte tid, piloten blev afviklet. Ligeledes gjorde den begrænsede mængde af oversatte retningslinjer det ikke muligt at erstatte en stor mængde retningslinjer med Map of Medicine.

Kvalitative data for effekten på proces og resultater er blevet opsamlet via tre semi-strukturerede fokusgruppesamtaler – én ved afprøvningens opstart, én midtvejs og én ved afslutningen af afprøvningen. De samme deltagere blev inviteret til alle tre fokusgruppesamtalerne.

På den første fokusgruppesamtale var centrale emner for interviewet deltagernes forventninger til anvendeligheden og resultaterne af Map of Medicine og de barrierer, deltagerne forestiller sig på forhånd.

Derudover blev den aktuelle situation på de to afsnit kortlagt, altså måden hvorpå klinisk viden indhentes inden brug af Map of Medicine via regionale og lokale instrukser, dialog med kollegaer, brug af Google osv. Derudover blev det gennemgået, hvorledes opdatering og brug af instrukser og vejledninger foregår og er organiseret i dag. Bilag 2 indeholder rammen for det første fokusgruppeinterview.

Centrale emner i den anden fokusgruppesamtale var deltagernes foreløbige erfaringer med Map of Medicine de første par måneder af afprøvningen. Herunder også oplevelser med login og den mere tekniske side af Map of Medicine. Derudover var det vigtigt at få taget ”temperaturen” efter den første opstart for at vurdere, hvor hurtigt en organisation kan komme i gang. Bilag 3 indeholder rammen for det andet fokusgruppeinterview.

Det tredje fokusgruppeinterview afspejlede, at det andet interview gav megen information, som først var forventet afdækket på sidste interview. Ved interview to gav deltagerne vurderinger af de mest centrale dele af Map of Medicine. Derfor gav midtvejsinterviewet mere input end forventet. Tredje interview blev derfor fokuseret på at diskutere mere fremadrettede aspekter, herunder hvad der skal til for at sikre en succes med Map of Medicine, og hvordan implementering bedst gribes an. Bilag 4 indeholder rammen for det tredje fokusgruppeinterview.

Ved opstarten af projektet, før Map of Medicine blev sat i pilotdrift, blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse til afdækning af deltagernes arbejde med kliniske retningslinjer. Spørgeskemaet spurgte til hyppigheden, anvendeligheden og den samlede tid brugt på to typer af information: ”instrukser og retningslinjer” og ”andre videnssystemer”. Respondenterne blev også bedt om at angive hvilke instrukser, retningslinjer eller videnssystemer, de anvendte.

Formålet var at kortlægge, hvor meget tid der bruges på retningslinjer, kvaliteten af dem, og hvilke informationskilder der blev anvendt. Det var også interessant at kortlægge eventuelle forskelle på læger og sygeplejersker. Bilag 1 indeholder det anvendte spørgeskema.

Under hele pilotafprøvningen samlede Map of Medicine automatisk data op om anvendelsen af systemet. Data som kan bruges til at svare på spørgsmål som: Hvor mange brugere loggede på? Hvilke forløb har de set på? Hvordan ser anvendelsen ud over døgnets 24 timer?

De indsamlede data fra de kvalitative interview er blevet bearbejdet sammen med data fra spørgeskemaundersøgelsen og statistikken fra Map of Medicines "log". Det samlede input er baggrund for konklusionerne i afsnit 6.

4.1 Metodiske overvejelser

Den kliniske afprøvning er foregået på Svendborg Sygehus og med to forløb oversat til dansk. Det var ambitionen at få yderligere et eller to sygehuse med i afprøvningen, hvilket desværre ikke var muligt. Ligeledes ville det have været optimalt, hvis flere forløb var oversat til dansk, hvilket ikke var muligt inden for projektets rammer. Begge dele er relevante at tage med, når det gælder om at vurdere, hvorvidt det er muligt at udtale sig om anvendelse af Map of Medicine i Danmark generelt og om anvendelsen af andre forløb end de to oversatte.

Vurderingen er umiddelbart, at der selvfølgelig er forhold, der er unikke på Svendborg, men at den deltagende afdeling i langt overvejende grad fungerer som langt de fleste medicinske afdelinger.

Afprøvningen har ikke dækket kirurgi eller psykiatri, og her vil der måske i højere grad være elementer, som ikke har været kortlagt. Vurderinger er imidlertid, at input og konklusioner for størstedelen også kan bruges uden for det medicinske område.

Praksislæger har ikke deltaget aktivt i den kliniske afprøvning, men er søgt involveret i en vurdering af produktet i daglig praksis. Det har dog ikke vist sig muligt at samle op på de deltagende praktiserende lægers anvendelse af Map of Medicine gennem interviews. En vurdering af Map of Medicines muligheder til tværsektorielt brug er vurderet i simulationen.

Ligeledes har der ikke været nogen deltagelse fra en eller flere kommuner, og derfor er muligheder og udfordringer ved kommunal brug af Map of Medicine ikke blevet belyst. Der var etableret kontakt til Svendborg Kommune, de fik brugerrettigheder til Map of Medicine, men længere kom involveringen af kommunen ikke. Der har været nogle tekniske problemer med Map of Medicine, primært i form af, at den ønskede integration, der skulle muliggøre "single sign-on" til Map of Medicine, ikke kom på plads. Dette var et forstyrrende element, hvilket også blev fremhævet under fokusgruppeinterviews.

Som et sidste område har Svendborg Sygehus fået en god introduktion til Map of Medicine. Blandt andet ved tilstedeværelse af personale fra Sundhedsstyrelsen ved konferencer, møder m.m., hvor Map of Medicine blive introduceret og demonstreret. Ligeledes har Sundhedsstyrelsen været til rådighed med bistand og support un-

dervejs. Disse opgaver var dog ikke tidsmæssigt omfattende. Opgaverne vil være en nødvendig del af en mulig fremtidig implementering.

Støtten i opstarten har givet en positiv tilgang til Map of Medicine hos en del af medarbejderne på Svendborg Sygehus. Vurderingen er, at den samme positive stemning også kan skabes, når opgaven skal løftes lokalt. Det kræver, at der er opbakning fra ledelsen, og at (en begrænset mængde) ressourcer afsættes til at introducere og svare på spørgsmål i en opstartsfase.

I det afsluttede interview blev deltagerne bedt om at vurdere, hvordan det har været at deltage i pilotprojektet, og i hvor høj grad det har givet mening at deltage både fagligt og tidsmæssig. Væsentlige input fra deltagerne relateret til selv processen:

- Vi har haft virkelig travlt, så det er ikke blevet taget i brug.
- Med sommerbemandingen har der været færre på arbejde og dermed mere travlt. Det er svært at få tid til.
- Det er mindre relevant for sygeplejerskerne end for lægerne.
- Hvis der havde været lokal tilpasning, ville det nok være blevet brugt mere.
- Man kunne have valgt en KOL-patient i stedet for pneumoni. Pneumoni er ikke kompliceret nok.
- Det er nok ikke blevet brugt overvældende meget.
- Der har ikke været nok 'kød på' (nye informationer/ retningslinjer), og man lærer sig det hurtigt.
- Map of Medicine har været for 'gemt' inde i Groupwise – det var nemmere at finde Google frem.
- Pilotprojektet som ramme for afprøvningen (plus de øvrige delprojekter) har været en meget professionel og inddragende måde at få analyseret en meget kompleks problemstilling på.

5 Resultater

I dette afsnit er gengivet input fra fokusgruppeinterviews. Det skal understreges, at de vurderinger, der gengives, er udtryk for en eller flere personers opfattelse. Det betyder, at udsagnene i sig selv ikke kan stå alene men er input til den samlede vurdering, sammen med de øvrige delprojekter.

I afrapporteringen fra de tre fokusgruppeinterviews er inputtet grupperet under forskellige temaer. Temaerne varierer fra interview til interview pga. de forskellige formål med de tre interviews, der er beskrevet i forrige afsnit.

For de to sidste interviews, ”midtvejs” og ”efter”, er anvendt en opdeling af input i tre forskellige kategorier:

- + Positive oplevelser, udsagn eller vurderinger af Map of Medicine.
- Problemer eller udfordringer ved Map of Medicine.
- ! Ideer, betragtninger eller vurderinger, som er ”både og”.

5.1 Fokusgruppeinterview før

Nuværende lokale instrukser

- Instrukser (vejledninger) er udarbejdet for læger på de hyppigste sygdomme; behandlingsinstruks reumatoid artrit er beskrevet udførligt og bruges også af sygeplejersker pga. opgaveglidning fra læger til sygeplejersker.
- Udgangspunktet for instrukserne er nationale retningslinjer/behandlingsalgoritmer. Instrukserne ligger elektronisk tilgængelige på hjemmesiden (intranettet).
- For lungemedicinerne er akut KOL beskrevet, men pneumoni er ikke beskrevet. Der er beskrevet ca. 8 instrukser, og der burde være beskrevet ca. 20 (man afventer NIP's beskrivelser), og adgangen ligger som ikon på PC'er eller gennem MediCare.
- Der udarbejdes regionale instrukser (af regionen), således at det bliver nemmere at arbejde på andre sygehuse inden for regionen.
- Kvaliteten af de eksisterende instrukser er god, men der mangler nogle; især sygeplejerskerne mangler retningslinjer.

Anvendelse af retningslinjer

- Sygeplejerskerne bruger instrukserne i forbindelse med medicingivning og undersøgelsesforløb, postoperativ behandling og præmedicinering.
- Ny læge søger først i (lokale) instrukser og søger videre, hvis det søgte ikke findes lokalt. Instrukserne skal være korte og overskuelige; ellers ringes til/kontaktes bagvagten i stedet for at spare tid. Søger ofte i andres instrukser.
- De erfarne læger bruger måske instrukserne 3 gange/uge på reumatologi; mere når de er i vagt på andre afdelinger/områder.

- Når man har overblik og har slået op mange gange, eller de er uopdaterede, bruges instrukserne mindre. Bruges af de nye og de ”glemsomme”.

Anvendelse af anden information

- Lægerne søger også på Region Syds hjemmeside og bruger instrukserne fra OUH. Kardiologernes instrukser er landsdækkende; der er konsensus i speciallægeforeningen. Reumatologerne registrerer også i DANBIO.
- Turnuslæge bruger instrukserne flere gange dagligt og bruger også Medicin.dk. Googler andre afdelingers instrukser bl.a. til respirationspatienter. Bruger UpToDate – amerikansk net-service.

Opdatering af instrukser

- Opdateringer til instrukserne orienteres på konferencer, mails, kopier i dueslag til fastansatte. Kardiologerne orienterer også ved ugentlig undervisning.
- Instrukserne revideres efter behov.
- Minimum 1 gang årligt (i gode afdelinger) opdateres instrukserne af de specialeansvarlige for hver afdeling. Ofte går der meget længere tid i mellem.
- Det er de ældre (læger), der har ansvaret for at opdatere, men de yngre (læger), der mangler instrukserne. Forslag til ændring af instrukserne fra nye læger bør opsamles, bl.a. forskelle/erfaringer fra andre hospitaler. De skal opsamles, når de nye læger starter, for ellers glemmes disse.

Forventninger til Map of Medicine

- Map of Medicine bør sættes op med god søgefunktionalitet.
- Hurtig – overskueligt – med links til uddybninger. God søgefunktionalitet – f.eks. på symptomer.
- Instruksen skal være kort og koncis med et afsnit til sygeplejerskerne. Eksempelvis som sepsis-instruksen. Er lavet på Svendborg, med notat-skabelon (fraseringer). Mangler en god instruks for smertebehandling. Mangler instruks for samarbejde med (lunge)-fys/ergo.
- Map of Medicine kan være stort og minde om en lærebog, men den, der skal bruge det, har ikke tid.
- Det skal være nemt at logge ind.
- Det skal være evidensbaserede instrukser – best practice.
- Fælles retningslinier for primær og sekundær sektor bør give bedre samarbejde.
- Et stabilt system, der ikke bryder ned, man skal kunne logge på. Login-proceduren må ikke være omstændelig, så bliver det ikke brugt.
- Integreres med Medicare, så diagnosekoden er gennemgående.
- Ændring af behandlingsalgoritme skal tilvænes – reumatologi.
- Krydssøgning som i UpToDate.
- Brugen afhænger af tilgængelighed og overblik/overskuelighed.

5.2 Spørgeskemaundersøgelse før

I dette afsnit opsummeres resultatet af det spørgeskema, der blev udleveret til de to afdelinger. I alt 26 besvarelser kom retur.

Brug af nationale, regionale eller lokale instrukser og vejledninger

	Antal gange pr. arbejdsdag – gennemsnit	Total tid brugt pr. arbejdsdag (gennemsnit)	Anvendelighed af den fundne information (1 = uanvendelig og 5 = meget anvendelig)
Læger (N=16)	1,3 gange	7,1 min	3,8
Sygeplejersker (N=10)	0,3 gange	1,8 min	4,3

Brug af andre videnssystemer

	Antal gange pr. arbejdsdag – gennemsnit	Total tid brugt pr. arbejdsdag (gennemsnit)	Anvendelighed af den fundne information (1 = uanvendelig og 5 = meget anvendelig)
Læger (N=16)	0,9 gange	3,5 min	4,3
Sygeplejersker (N=10)	0,5 gange	2,5 min	4,0

Samlet brug af viden fra opslagsværker

	Antal gange pr. arbejdsdag – gennemsnit	Total tid brugt pr. arbejdsdag (gennemsnit)	Anvendelighed af den fundne information (1 = uanvendelig og 5 = meget anvendelig)
Læger (N=16)	2,2 gange	10,6 min	4,1
Sygeplejersker (N=10)	0,8 gange	4,3 min	4,2

Samlet tid for en læge svarer til ca. 2,5% af arbejdstiden, mens sygeplejersken bruger ca. 1% af sin arbejdstid (beregnet ud fra en arbejdsuge på 37 timer).

Opdeling mellem yngre og speciallæger

Hvis ovenstående tal for lægegruppen opdeles på yngre læger (9 besvarelser) og speciallæger (overlæger og afdelingslæger, 7 besvarelser) ser tallene således ud:

	Antal gange pr. arbejdsdag – gennemsnit	Total tid brugt pr. arbejdsdag (gennemsnit)	Anvendelighed af den fundne information (1 = uanvendelig og 5 = meget anvendelig)
Yngre læger (n=9)	3,3 gange	13,7 min	3,6
Speciallæger (n=7)	1,2 gange	7,6 min	4,9

Samlet tid for en yngre læge svarer til ca. 3% af arbejdstiden, speciallægen bruger ca. 1½ % af sin arbejdstid (beregnet ud fra en arbejdsuge på 37 timer).

Det er tydeligt ud fra disse data, at der er forskel på hvor ofte den yngre læge anvender retningslinjer sammenlignet med hvor ofte speciallægen (overlæger og afdelingslæger) gør det. Næsten en faktor 3.

Den yngre læge bruger næsten dobbelt så meget tid på en arbejdsdag på at søge viden, og de yngre læger indikerer også en lavere anvendeligheden end speciallægen.

Anvendte nationale, regionale eller lokale instrukser og vejledninger – læger

Lægerne oplyser, at de har brugt følgende nationale, regionale eller lokale instrukser og vejledninger. I parentes er anført, hvis flere læger har angivet, at de har anvendt samme instruks eller vejledning.

Afdelingsinstruks (anvendt af 7 forskellige læger)
Medicin.dk (anvendt af 4 forskellige læger)
Instrukser.dk
Læger.dk
OUH's instruks
Cardio.dk
Nationale kardiologiske Behandlingsvejledning
Medicinsk lægemiddelkatalog – medicin.dk
Sepsis-instruks x2. DVT rekommandation
MOOH instruks

Anvendte nationale, regionale eller lokale instrukser og vejledninger – sygeplejersker

Sygeplejerskerne oplyser, at de har brugt følgende nationale, regionale eller lokale instrukser og vejledninger. I parentes er anført, hvis flere sygeplejersker har angivet, at de har anvendt samme instruks eller vejledning.

Sepsis (anvendt af 2 sygeplejersker)
Anlæggelse af venflon
Lommeinstruks
Sondeanlæggelse
TB
Instruks vedr. bronkoskopi
Hygiejnekomitens: instruks på Kad-ademeure, sugning, sondeernæring
Intranet, Region Syddanmark, instruks vedr. medicin
IRF
Ernæringsmapper

Andre anvendte videnssystemer – læger

Lægerne oplyser, at de har brugt følgende videnssystemer. I parentes er anført, hvis flere læger har angivet, at de har anvendt samme system.

Google (anvendt af 4 forskellige læger)
PubMed (anvendt af 2 forskellige læger)
Egne opslagsbøger
Lmk. Afd.s instruks
Medicinsk kompendium

Fagbøger
Nationale guidelines
Cardio.dk
UTD

Andre anvendte vidensystemer – sygeplejersker

Sygeplejerskerne oplyser, at de har brugt følgende andre vidensystemer. I parentes er anført, hvis flere sygeplejersker har angivet, at de har anvendt samme system.

Google (anvendt af 3 forskellige sygeplejersker)
Ernæringsmapper
Lærebøger
Danmarks Lungeforenings hjemmeside
Oplysningen, de gule sider
Bog om blodprøver
Internet - MasterCare
Internetsider: Sygeplejersken, Ugeskrift for Læger
Sundhedsstyrelsens retningslinjer

5.3 Fokusgruppeinterview midtvejs

Map of Medicines anvendelse og brugervenlighed

- + Generelt udtrykkes høj anvendelighed og godt overblik fra lægegruppen.
- + Brugervenligt
- + Personlige noter er rigtig godt.
- + Udredning/diagnostik, behandling og opfølgning er integreret i værktøjet. Det er en styrke, og det ser man ellers ikke.
- + Søgeresultater er gode og præcise.
- Google fungerer ikke.
- Svært at få overblik over ens samlede noter.
- Der mangler et godt overblik over de 400 forløb, der er i Map of Medicine – det findes i ”UpToDate”.
- Der mangler, at man kan søge på symptomer. Man skal eksempelvis kunne søge på ”Dyspnø”.
- Link til DanBio virker ikke.
- ! Ide til udvidelse: integration af ”lydbøger”, så man kan få læst op – på forskellige sprog?

- ! Instrukser er generelt svært overskuelige, indtil man har lært at kende dem. Tager lidt tid.
- ! Overblikket er godt i Map of Medicine, men det kan tage tid/være svært at finde eksempelvis præcise doser på medicin.
- ! Ikke enighed om, hvorvidt opdelingen ift. farver for primær og sekundær er god. Nogle mener, det er en fornuftig farvekodning, andre ikke.
- ! Der ønskes en integration à la den som er i EPJ Medicinmodulet (fra Cosmic), hvor man kan søge direkte i medicien.dk via højreklik (eller lignende) på et medikament.

Map of Medicine, indhold

- + God algoritme for reumatologi.
- + Godt til ambulatoriet – her vil det hjælpe.
- + Godt at man kan se aktiviteter hos egen læge.
- Behov for flere checklister.
- ! Speciallægen mener, man vil checke kendte retningslinjer en gang om året for at se evt. opdateringer. Ellers vil man anvende den i meget vanskelige situationer – måske. Samlet en anvendelse på 5-10 gang om året.
- ! Skal Map of Medicine håndtere det typiske eller det specielle?
- ! Hvor meget skal dækkes af Map of Medicine?
- ! Der er meget information – mener nogle. Men nogle har også brug for megen information – og finder at der er for lidt.
- ! ”Ingen guidelines er gode, når vi har travlt”.
- ! Norske Lægehåndbogen er symptombaseret. Nogle mener, Lægehåndbogen er bedre, andre mener, det ikke er tilfældet.

Lokale vs. nationale instrukser

- ! Vi kommer ikke af med vores lokale instrukser til drift, ansatte, vagtordninger m.m.
- ! Hvilken vej skal der linkes mellem lokale instrukser og Map of Medicine? Fra Map of Medicine til lokale eller fra lokale til Map of Medicine? Kan man sidstnævnte?
- ! Behov for lokal information, eks. tlf. nr. på røntgen.

Tværfaglige eller monofaglige instrukser

- + Godt med en national ”enstrengt” vejledning, som understøtter en tværfaglig EPJ.
- ! Der er nok behov for, at sygeplejerskerne får deres egne instrukser – eller egne kasser.

Map of Medicine for sygeplejerskerne

- + Methotrexat eksempel på god guideline.
- For upræcis for sygeplejerskerne.

Map of Medicine, teknik

- Problemer med at logge på.
- Autologoff sker alt for hurtigt, efter ca. 10 min. – EPJ på Svendborg logger først af efter 30 min; bør være samme interval – gerne længere (uden logoff).
- ! Login skal være klart fra starten.
- ! Fri adgang til Map of Medicine lyder godt, dvs. ingen login. Dog måske ikke så godt, hvis man så ikke kan have noter eller favoritter, men det er prisen for anonym adgang.

Map of Medicine og patienterne

- ! Hvad med patienterne? Skal de ikke have adgang? Hvad er der i den nye sundhedslov ift. udvidet patientsikkerhed, der er relevant i denne sammenhæng?

Map of Medicine, implementering

- ! Afdelingsledelsen skal gå forrest og ”sælge det ind” til afdelingens medarbejdere.
- ! Vejen til succes for Map of Medicine er, at:
 1. Det er evidensbaseret +.
 2. Internationale/nationale læger bakker op +.
 3. Der er en beviselig effekt.

5.4 Fokusgruppeinterview efter

Nuværende retningslinjer vs. Map of Medicine

- + Vi har ikke en instruks for pneumoni. Det centrale for pneumoni er, hvornår man overgår til tabletbehandling. Imidlertid er der mange forskellige bud på, hvad for en tabletbehandling der skal skiftes til. Det burde være beskrevet én gang for alle i en instruks.
- + Der er voldsom uenighed om, hvornår der skal behandles med hjemmeilt. Det problem ville kunne løses med fælles retningslinjer i Map of Medicine.

- + Det ville være sundt at have Map of Medicine, så f.eks. ortopædkirurgiske læger ikke behøvede at bestille medicinske tilsyn, hver gang de havde et lille medicinsk præparat.
- + Der er smart, da man jo efterhånden har patienter med andre diagnoser end de, der knytter sig til afdelingen. Specielt i situationer med overbehandling.

- ! Overgangen til tabletbehandlingen i pneumoni kunne ikke findes i Map of Medicine. Den er dog beskrevet.
- ! De ældre læger bruger ikke instrukser. Hverken de eksisterende eller Map of Medicine.
- ! Der skal være instrukser – det er bare et spørgsmål om, hvem der skal lave dem og holde dem opdaterede.

Yngre læger vs. speciallæger

- ! Instrukser er for de yngste – ældre læger vil ikke indrømme, at de bruger instrukser.
- ! Speciallægen er vant til, at instrukser kommer ud med høj detaljeringsgrad.

Map of Medicine for sygeplejerskerne

- + Det er muligt for sygeplejerskerne at 'hjælpe' lægerne på vej ved at læse på Map of Medicine.
- + Der er enorm forskel på, om man er ny eller erfaren sygeplejerske – det ville være så fedt at kunne tilbyde en ny sygeplejerske et rigtigt godt materiale.

Map of Medicines indhold

- + Der er en fremragende struktur at putte data i, og man føler sig hurtigt hjemme i den.
- + Kvaliteten af de to forløb er god. Man har stor glæde af at læse på andre specialers forløb i Map of Medicine.
- + Kan godt li' konceptet, der passer godt til min tankegang.
- + Jeg kan da lære enormt meget af de andre specialers forløb.
- Man kunne godt ønske sig, at der var mere viden repræsenteret i Map of Medicine.
- Der er for lidt kød på, og der var flere af de engelske forløb, der ikke var tilgængelige.
- ! Fordelen er ikke større end så meget andet. Det afgørende er, at det, der kommer, bliver en ensartet struktur, og at det bliver udarbejdet sammen med selskabet.
- ! Det er altid svært med en platform, der repræsenterer en 'ny' måde at fremvise medicin på.

Tværfaglige eller monofaglige instrukser

- + Hvis man vil arbejde med team-tanken, kan det ikke nytte noget, at vi ikke ved, hvad hinanden laver.
- + Vi bakker op om, at det bliver en fællesinstruks.

- Der er enkelte af vores egne instrukser, hvor det er blandet – det giver dårligt overblik.
- For den nye sygeplejerske er det nok nemmest, hvis tingene er adskilt.

- ! Sygeplejerskerne skal have lov til at tilføje til det sygeplejefaglige.
- ! Det ville være fedt, hvis skærbilledet kunne deles op i to, men måske kan det ikke lade sig gøre?

Effekt. Hvilken forskel vil et perfekt integreret Map of Medicine bidrage med?

- + Et fælles sted for alle instrukser.
- + Mere ensartede patientforløb.

- + Delepatienter ville være nemmere at give et godt forløb, hvis man var enige om, hvor langt i forløbet man var nået.

- + Patienten får en mere professionel behandling – i form af mere ensartet information.

- + Der ville være mindre ventetid, fordi speciallæger/sygeplejersker jo ikke altid har tid til at konferere.

- + Vil kunne hjælpe ekstra meget på lavt bemandede vagter, aften/nat og weekender, hvor bemanningen er dårligere end om dagen. Derfor er det mere vanskeligt at konferere. Man hiver oftere instruks/bøger op af lommen aften/nat og weekend.

- ! Der vil altid være variationer i behandlingen fra patient til patient og fra læge til læge.

- ! Valget af f.eks. biologisk behandling beror på mange forskellige faktorer, og konsekvensen er, at lægerne vælger biologisk behandling på forskellige indikationer og tidspunkter.

Hvor meget information skal der være i, før det bliver brugt?

- ! Der skal være rigeligt materiale, der dækker det akutte område.

- ! Det kunne indeholde uspecifikke tilstandes udredning – f.eks. besvimelse.

- ! Det skal inkludere de hyppige alvorlige tilstande KOL/NIV (non-invasiv ventilation) og sepsis.
- ! Det ville være fint med nogle tværgående temaer – smerte, død og lignende.
- ! Fastsat monitorering for de forskellige diagnoser.
- ! De forskellige behandlingsregimer skal selvfølgelig inkluderes.
- ! Det skal dække bredt og være ligeså omfattende som eksempelvis dem fra det kardiologiske selskab.

Forventninger til revision/opdatering

- ! Mindst én gang om året, samt at der løbende skal være nogen, der forholder sig til, om nye tiltag skal inkluderes i Map of Medicine.
- ! Man skal gøres opmærksom på, at der er kommet ændringer.

Hvem skal have rollen som den, der opdaterer?

- ! Det skal være klart, hvem der gør det, men det bliver formentlig nødt til at være afdelingsledelsens ressort, da det er dem, der har det overordnede ansvar for patientbehandlingen.

Ideer til anden eller udvidet brug af Map of Medicine

- ! Patientinformation, der dermed bliver standardiseret og eventuelt på flere sprog.
- ! Data fra VisInfo vil være godt at få med.
- ! På sigt er det fantastisk hvis der ender med at være ét system. Sundhed.dk skaber forskelsbehandling.
- ! Hvis det kører på PDA, er det fremragende.

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

- ! Der skal være umiddelbar adgang uden passwords og en masse klik.
- ! Undervisning, gentagen i brugen og indholdet af Map of Medicine – meget brugerorienteret.
- ! Der skal være en person, som er ansvarlig for løbende opfølgning – en slags kvalitetsansat. Der skal være en tovholder på afdeling – en slags superbruger.
- ! Vigtigt ikke at ”sætte sig mellem 2 stole” og tro, man både kan favne bredt og specifikt.
- ! Informationskampagne er nødvendig for at skabe kendskab og indsigt.
- ! Vigtigt at Map of Medicine repræsenterer den bedste, mest opdaterede viden på området.
- ! Det skal være til at købe for penge.
- ! Ledelsen skal støtte det.
- ! Man skal kunne klikke på et ikon inde midt i det elektroniske patientforløb.
- ! Der skal være god hit-rate på det, man søger på.

- ! Der skal være topstyring – ellers fungerer det ikke.
- ! Det er for skrøbeligt, hvis indholdet skal baseres på frivillige kræfter.
- ! Der skal ikke laves instrukser i en detaljeringsgrad, der udspecificerer lokale variationer.
- ! Man skal helst kunne læse det hjemmefra.
- ! Der skal integreres lokale data (tlf. på relevante institutioner mm.).
- ! Der skal være 'nok' computere.
- ! Computere skal starte med 'Svendborgs' view på – ikke bare Map of Medicine.
- ! Det skal være gratis og let finansieret.
- ! Der skal være opbakning fra selskaberne.

Vurdering af pilotafprøvningen

- ! Vi har haft virkelig travlt, så det er ikke blevet taget i brug.
- ! Der har været lukket i ambulatoriet siden sidst, og på grund af tekniske problemer er der ikke noget nyt at rapportere.
- ! Med sommerbemandingen har der været færre på arbejde og dermed mere travlt. Det er svært at få tid til.
- ! Hvis der havde været lokal tilpasning, ville det nok være blevet brugt mere.
- ! Man kunne have valgt en KOL-patient i stedet for pneumoni. Pneumoni er ikke kompliceret nok.
- ! Det er nok ikke blevet brugt overvældende meget.
- ! Der har ikke været nok 'kød på', og man lærer sig det hurtigt.
- ! Map of Medicine har været for 'gemt' inde i Groupwise, det var nemmere at finde Google frem.

5.5 Brugsstatistik for Map of Medicine fra maj til september

Map of Medicine gemmer forskellig information om brugeren og brugernes adfærd. Informationen gemmes i Map of Medicines "log", og indholdet heri kaldes også for "brugsstatistik".

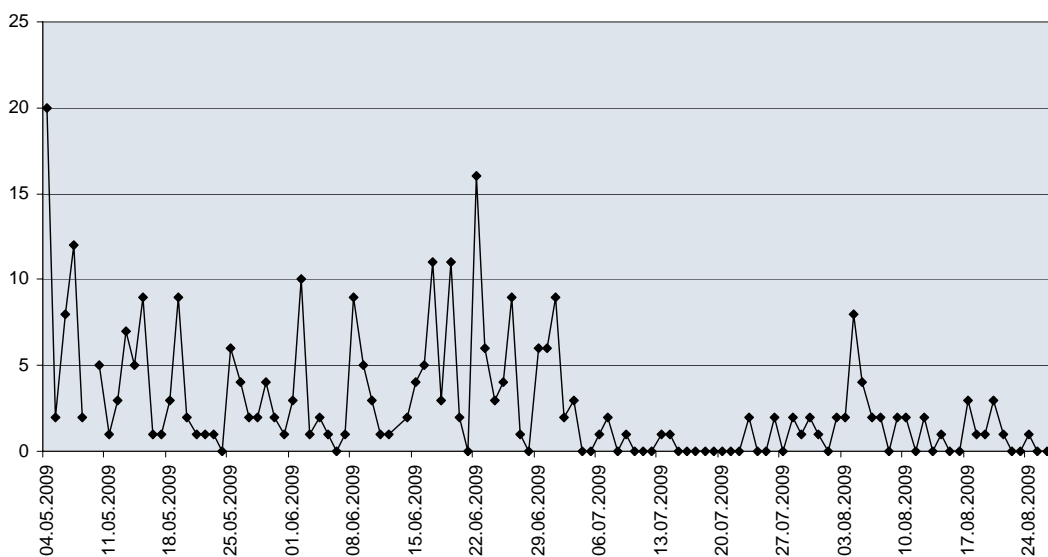
Ved at analysere disse data er det muligt at sige noget om, hvor ofte systemet er blevet brugt, hvilke retningslinjer der er blevet læst, hvor mange sider der er blevet vist osv.

Dette afsnit indeholder en oversigt over den mest relevante information, der kan uddrages for loggen i den periode, pilotprojektet har været i gang på Svendborg Sygehus.

Indledningsvis er det vigtigt at gentage, at loggen afspejler en pilotafprøvning af Map of Medicine og derfor ikke er en log fra et færdigt og udbygget system i fuld drift.

93 brugere fra Svendborg Sygehus er blevet oprettet som brugere på Map of Medicine i perioden maj-august, og 8 var oprettet inden, hvilket giver 101 brugere i alt. Heraf er en mindre del brugere ansat på lungemedicinsk afdeling og på reumatologisk afdeling – de to afdelinger, der i pilotperioden skal følge de oversatte vejledninger i Map of Medicine for pneumoni og reumatoid artrit.

Nedenstående figur viser det antal brugere, der har været logget på Map of Medicine i perioden for pilotprojektet.



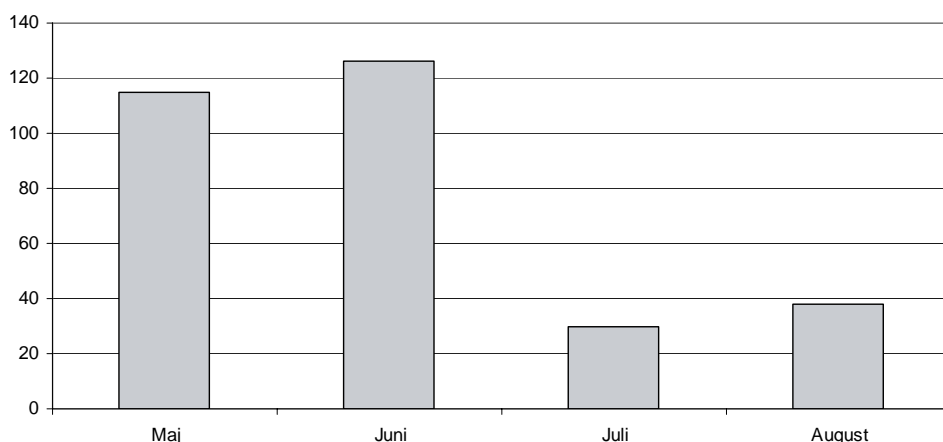
Figur 1 - Unikke brugere logget på Map of Medicine pr. dag fra 4. maj til 27. august

Data for d. 4. maj er justeret ned fra en værdi på godt 300 til 20, da der d. 4. maj blev foretaget ekstra mange pålogninger, pga. installation og opstart. Der var bl.a. ansatte fra Sundhedsstyrelsen på Svendborg Sygehus, som arbejdede med at sikre den mest smidige login til Map of Medicine og hjalp brugere i gang med Map of Medicine, hvilket gav en meget anderledes anvendelse lige netop den dag.

Grafen viser, at for hverdage var der omkring 10-12 brugere logget på de dage med flest brugere og omkring 2-5 brugere logget på de dage med færrest brugere. Dette billede ændrer sig omkring 1. juli, hvor ferieperioden starter, færre er på arbejde, og der er personale på afdelingerne, som ikke er blevet introduceret til Map of Medicine. I juli og august er der ikke mange brugere logget på Map of Medicine.

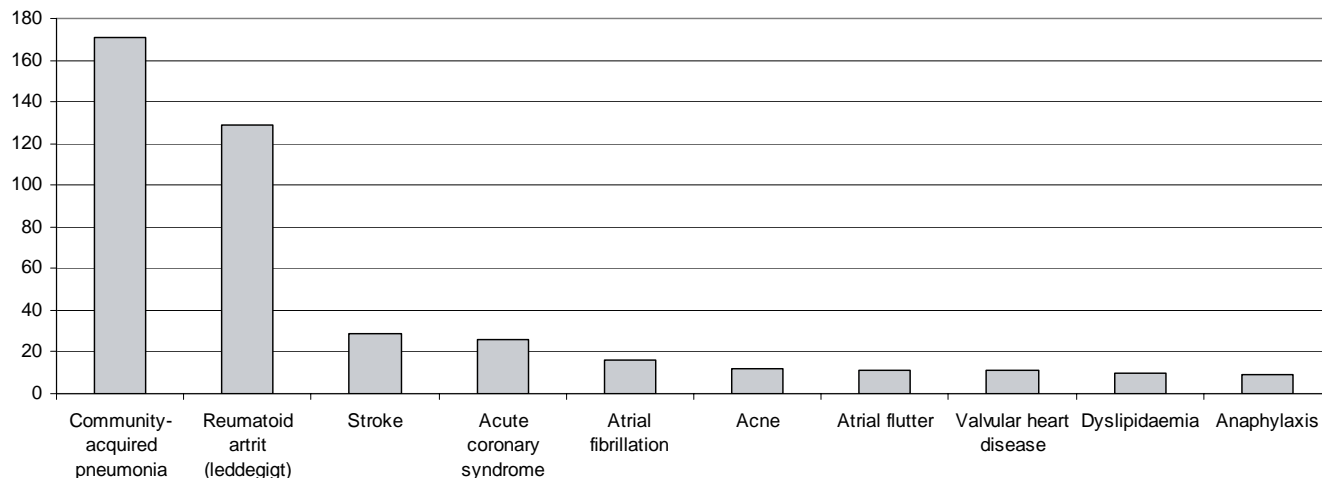
Gennemsnittet for antal brugere logget på i perioden 4. maj til 30. juni er godt 4, mens gennemsnittet i sidste del af pilotprojektet, fra 1. juli til 27. august er godt 1 bruger pålogget dagligt.

Den store forskel i aktivitet ses også af nedenstående figur, hvor antal påloggede brugere er summeret for månederne maj til august.



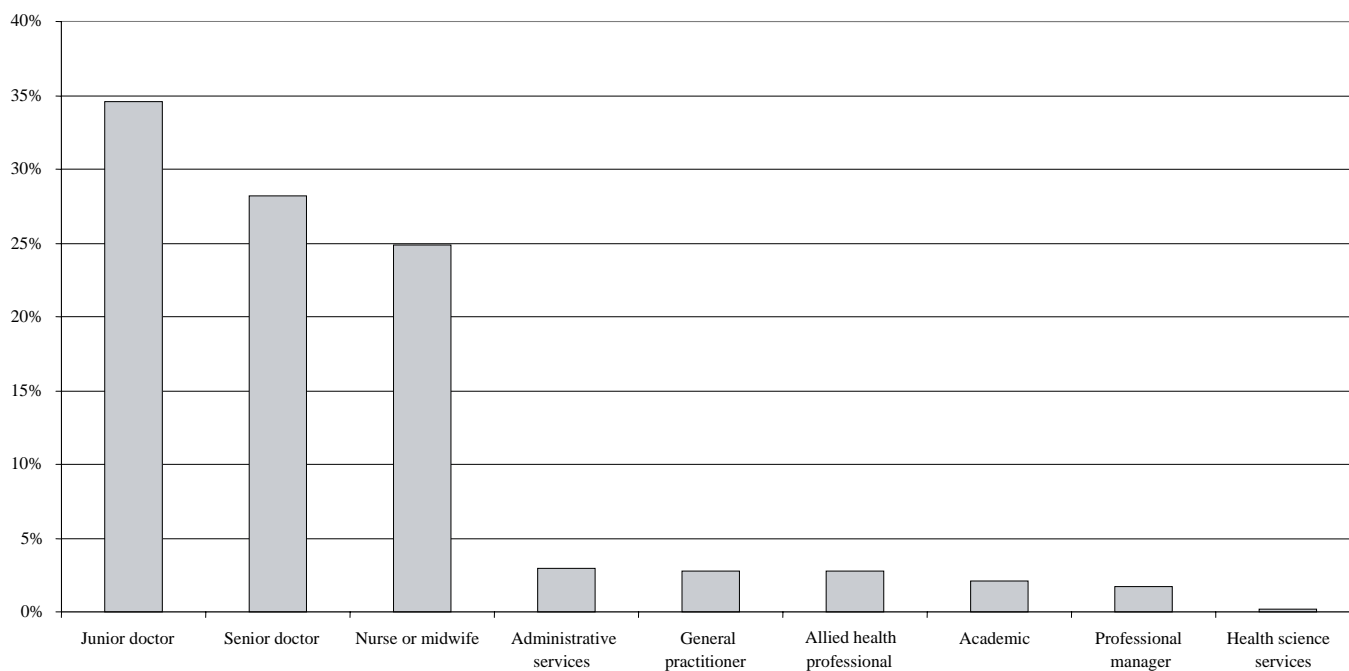
Figur 2 - Unikke brugere logget på Map of Medicine pr. måned maj til august 2009

De forløb, som er blevet anvendt eller vist oftest, er vist på nedenstående figur. Ikke overraskende er det de to oversatte forløb for pneumoni og reumatoid artrit, der er blevet vist hhv. 171 og 129 gange. Herefter kommer forskellige andre af de engelsksprogede forløb, med stroke, acute coronary syndrome og atrial fibrillation med flest visninger, hhv. 29, 26 og 16.



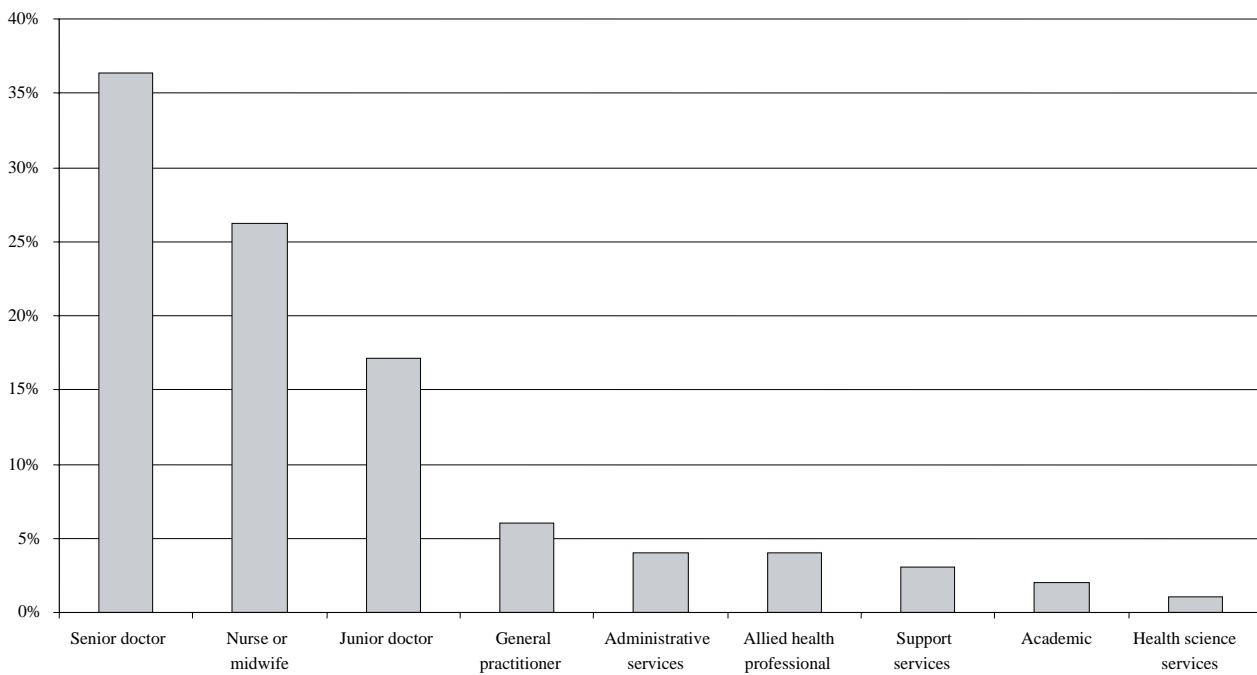
Figur 3 - Top 10-forløb. Antal visninger i perioden maj - august 2009 på Svendborg Sygehus

Ser man på loggens registreringer over hvem, der har brugt systemet mest, er det den yngre læge. Knap 35% af sessionerne står den yngre læge for, den erfarne læge står for ca. 28% og sygeplejerskerne for ca. 25%.



Figur 4 - De forskellige rollers andel af de samlede brugersessioner i perioden maj-august

Ser man på fordelingen mellem brugertyperne, er der registreret dobbelt så mange brugere, der er "senior doctor". Godt 35% af de 101 brugere tilhører denne kategori, men omkring 17% tilhører kategorien af "junior doctor". Alligevel var det som anført tidligere de yngre læger som gruppe, der har brugt systemet flittigst, hvilket viser, at de i gennemsnit har anvendt Map of Medicine mere en dobbelt så mange gange som deres mere erfarne kollegaer.



Figur 5 - De forskellige rollers andel af de registrerede brugere

6 Konklusioner

Simuleringen har givet en mængde input, da der har været en meget åben og direkte dialog om mange aspekter ved indførelse og brug af Map of Medicine.

Input fra alle deltagende personer er vurderet lige validt, hvorfor der kan forekomme modstridende meninger om elementer. Væsentlige spørgsmål, som er blevet rejst af deltagerne, er også taget med i konklusionen.

Nedenfor er de væsentligste input opsummeret inden for forskellige temaer.

Svendborg sygehus' nuværende instrukser og vejledninger

Første fokusgruppeinterview og spørgeskemaundersøgelsen blandt 16 læger og 10 sygeplejersker gav viden om, hvordan der arbejdes med de nuværende instrukser og vejledninger i de to deltagende afdelinger på Svendborg Sygehus.

- Vejledninger findes for de hyppigste sygdomme. Der findes en behandlingsinstruks for reumatoid artrit, som også bruges af sygeplejersker pga. opgaveglidning. Der er ingen instrukser for pneumoni.
- Der findes en del instrukser, men der er også mange, som mangler. Ikke mindst for sygeplejen.
- Kvaliteten af de nuværende retningslinjer er god.
- Instrukserne opdateres ad-hoc og efter behov. Opgaven med at opdatere er hos de erfarne læger, men det er de yngre læger, der har behovet for retningslinjerne.
- Lægerne på de to udvalgte afdelinger søger viden i instrukser, retningslinjer og andre steder ca. 2 gange om dagen og bruger ca. 10 min. på opgaven. For sygeplejersker er de tilsvarende tal ca. 1 gang om dagen, og de bruger gennemsnitligt ca. 5 min. om dagen.
- Der anvendes lokale retningslinjer og instrukser, når der søges viden. Andre opslagsværker bruges også. I løbet af de 5 arbejdsdage, spørgeskemaundersøgelsen kørte, blev 10 nationale, regionale eller lokale instrukser og vejledninger anvendt af de 16 deltagende læger. 10 forskellige kilder blev også anvendt af de 10 deltagende sygeplejersker. Få kilder blev anvendt af både læger og sygeplejersker.
- Andre kilder og værktøjer, som ikke direkte er retningslinjer eller instrukser, eksempelvis Google, anvendes også i stort omfang af både læger og sygeplejersker.

Tekniske krav til Map of Medicine

Inden afprøvningen af systemet blev deltagerne spurgt om krav og forventninger til Map of Medicine, herunder af mere systemteknisk karakter. Erfaringerne fra pilotprojektet gav yderligere input, og samlet set er de væsentligste konklusioner om IT-løsningen:

- Det skal være nemt og hurtigt at logge på og komme ind. ”Ét klik”.
- Det skal være stabilt, og ikke bryde ned.
- Det skal kunne integreres til EPJ-løsninger, gerne med ”intelligent” integration, så eks. diagnosekoder kan overføres fra EPJ-system til Map of Medicine.
- Gode og hurtige søgemuligheder.
- Auto-logoff sker for hurtigt. Det skal have samme interval som andre systemer, mindst 30 min. Gerne intet auto-logoff, så systemet kan stå åbent, ligesom en bog.
- Der kunne overvejes en fri adgang til Map of Medicine, dvs. uden login, på bekostning af nogle af faciliteterne, såsom noter, favoritter m.m., som kræver brugeridentifikation for at virke.

Brug af Map of Medicine

Pilotdeltagerne fik brugt Map of Medicine i den kliniske hverdag, og nogle af de vigtigste pointer vedrørende anvendelighed og brugervenlighed var:

- Map of Medicine vurderes generelt som meget anvendeligt; strukturen med kasser er god at navigere i, og løsningen er brugervenlig.
- Gode søgemuligheder, hurtig søgning og overskuelige søgeresultater.
- Der mangler overblik over alle 400 forløb i Map of Medicine, hvilket findes i andre lignende produkter.
- Det er ikke muligt at søge på symptomer, hvilket også findes i andre lignende produkter.
- Brugerloggen viser, at brugen af Map of Medicine blev mindre, efterhånden som pilotprojektet skred frem. Dette vurderes ikke negativt af brugerne, da retningslinjer, som er væsentlige for ens dagligdag, ikke skal læses igen og igen – de skal læses udenad.
- Den yngre læge læser flere gange end den mere erfarne og læser flere retningslinjer, hvilket brugerloggen på Map of Medicine også viser.

Indholdet af retningslinjerne i Map of Medicine

Input vedrørende Map of Medicines indhold blev opsamlet under, ”midtvejs” og ”efter” interviewet. Derudover blev der udtrykt forventninger til Map of Medicine ved opstarten af projektet, og de væsentligste input er:

- Indholdet af de oversatte retningslinjer vurderes positivt, og retningslinjer vil være gode til eksempelvis ambulatoriet, hvor der er behov for en stor faglig bredde.
- Det vurderes ligeledes positivt, at Map of Medicine indeholder tværsektorielle forløb, der giver indsigt i aktiviteterne hos egen læge.
- Det er imidlertid ikke klart, hvor meget Map of Medicine skal dække inden for den enkelte retningslinje. For nogen er der behov for mere information i Map of Medicine – for andre er der for meget information. Nogen siger direkte, at

der er ”for lidt kød” på flere af de engelske forløb, og nogle forløb var ikke tilgængelige, hvilket skader troværdigheden.

- Map of Medicine er ikke det centrale. Det vigtige er at få udviklet retningslinjer og holde dem opdateret.
- Map of Medicine er kun diagnosebaseret. Andre værktøjer er også symptom-baserede – den facilitet findes ikke. Under interviewene blev udtrykt forskellige vurderinger af, hvor væsentlig og brugbar det symptom-baserede er.

Mængden af retningslinjer i Map of Medicine

Hvor mange retningslinjer bør Map of Medicine indeholde? Spørgsmålet blev både diskuteret ift. det lange sigt og i forhold til den første implementering af produktet. Input herfra:

- Kommer Map of Medicine med mange instrukser, som dækker bredt, vil det gavne Svendborg. Lukkes hullet ift. manglende instrukser, vil retningslinjerne begrænse de ”evindelige diskussioner” og sætte en standard der, hvor den ene læges bud er ligeså godt som den andens.
- Map of Medicine vil være en stor gevinst som en reference, når der skal søges viden uden for eget speciale, eksempelvis når patienter med andre diagnoser end de, der er knyttet til afdelingen, er indlagt.
- For at komme i gang kunne man forsøge at dække det akutte område.
- Fokus kunne også være på hyppige alvorlige tilstande KOL/NIV (non-invasiv ventilation), sepsis og tværgående temaer – smerter, død og lignende.
- Det skal dække bredt og være ligeså omfattende som eksempelvis dem fra det kardiologiske selskab.

Sygeplejerskernes brug af Map of Medicine

Nogle input vedrørende sygeplejerskernes brug af Map of Medicine som selvstændig faggruppe:

- Der er gode og konkrete algoritmer for forskellige områder, eks. Methotrexat i retningslinjen vedr. reumatoid arthritis. Men de oversatte forløb brugt i pilotperioden er blevet vurderet til at indeholde for lidt sygeplejefagligt.
- Det er muligt for sygeplejerskerne at ’hjælpe’ lægerne på vej ved at læse på Map of Medicine.

Opdatering af Map of Medicine

Undervejs blev diskuteret, hvor ofte og hvordan Map of Medicine bør opdateres:

- Map of Medicine skal opdateres mindst én gang om året, og der skal være nogen, der hele tiden forholder sig til, om nye tiltag skal inkluderes i Map of Medicine.
- Brugere skal på en nem måde gøres opmærksomme på opdateringer eller andre relevante nyheder.

- Afdelingsledelsen skal være involveret i opdateringen, ligesom selskaberne skal sanktionere det nationale indhold.
- Der ønskes også en person, som er ansvarlig for løbende opfølgning – en slags superbruger.

Tværfaglige eller monofaglige instrukser

Vurderingen af hvor mange faggrupper, der kan bruge retningslinjerne, har været vanskelig at nå et entydigt svar på. Både læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter m.fl. kan tænkes at bruge Map of Medicine. Både for at få indsigt i de andre faggruppers arbejde, men også for at fastholde viden om egen faglighed. Diskussionen kan opdeles i en ”for” og ”imod” fælles retningslinjer:

- På den ene side er der en holdning til, at en national ”enstrengt” vejledning, som understøtter en tværfaglig fælles elektronisk journal, er gavnlig. Der skal arbejdes mere teambaseret, opgaveglidning finder sted, hvorfor fælles tværfaglige retningslinjer er den rigtige vej.
- Samtidig er der blandt de to store faggrupper, lægerne og sygeplejerskerne, forskellige behov. Det ses blandt andet af kortlægningen af hvilke kilder til viden, de to faggrupper søger, og i diskussionen af, hvad de ønsker af indhold. Dette taler for, at sygeplejerskerne får deres egne instrukser, eller egne ”kasser”, i Map of Medicine.

Yngre læger vs. speciallægers brug af retningslinjer og Map of Medicine

- Flere udsagn, og også spørgeskemaundersøgelsen, bekræfter, at speciallægerne bruger instrukser i meget mindre omfang end de yngre læger. Det er ikke et overraskende resultat.
- Det er imidlertid også tydeligt, at der er et behov, også for den erfarne læge, når det gælder om at søge viden uden for eget speciale.
- Hvis egen læge skal bruge retningslinjer inden for eget speciale, er der en forventning om, at der er mange detaljer, at ikke kun de almindelige og ”trivielle” forløb er beskrevet, og at der er den nyeste viden tilgængelig, gerne med referencer til artikler, studier m.m.

Lokale og/eller regionale retningslinjer

- Map of Medicines nationale instrukser skal tilpasses til lokale forhold med telefonnumre m.m. Omvendt var der også tvivl om relevansen af den lokale information, primært fordi den kan være svær at have opdateret (og ikke er det i de nuværende instrukser). En problemstilling der er uafhængig af, om instruksen findes på et lokalt intranet eller i Map of Medicine.
- Lokale instrukser, som ikke dækker klinisk indhold, f. eks. information om drift, ansatte, vagtordninger m.m. vil fortsat skulle bruges. Skal og kan de integreres?
- Hvis der linkes mellem lokale instrukser og Map of Medicine, hvordan skal det så gøres? Fra Map of Medicine til lokale instrukser eller fra lokale instrukser til Map of Medicine? Hvordan sikres mod links, der ikke virker længere?

Effekt af Map of Medicine

Der forudses mange positive effekter af den ”perfekte løsning”, hvor Map of Medicine er implementeret med en bred vifte af retningslinjer af høj klinisk kvalitet.

Nogle af de væsentlige er:

- Et fælles sted for alle instrukser.
- Mere ensartede patientforløb, mindre ventetid og en mere professionel behandling.
- Delepatienter ville være nemmere at give et godt forløb, hvis man var enige om hvor langt i forløbet, man var nået.
- Ekstra gavnligt på vagter, aften/nat og weekender, hvor bemanningen er dårligere end om dagen. Derfor er det mere vanskeligt at konferere, og instrukser og bøger bruges oftere aften/nat og weekend.

Succes med Map of Medicine

Sidste fokusgruppeinterview blev primært brugt til en fremadrettet diskussion af, hvad der skal til for, at Map of Medicine bliver en succes, hvis det vælges til nationale kliniske retningslinjer. Nogle af de væsentligste input, som ikke allerede er nævnt, er her:

- Undervisning, gentagen i brugen og indholdet af Map of Medicine – meget bruger-orienteret.
- Informationskampagne er nødvendig for at skabe kendskab og indsigt, og der skal laves brugerfokuseret undervisning – ikke så meget i produktet, men i hvad der er af indhold, og hvordan det skal bruges.
- Vigtigt, at Map of Medicine repræsenterer den bedste, mest opdaterede viden på området.
- Der skal være en faglig opbakning fra selskaberne.
- Det er for skrøbeligt, hvis udvikling og tilpasning af indhold skal baseres på frivillige kræfter.
- Det skal ikke være for dyrt at anskaffe og implementere.
- Ledelsen skal støtte det, og det skal være topstyret – ellers fungerer det ikke.
- Der skal ikke laves instrukser i en detaljeringsgrad, der udspecificerer lokale variationer, men lokale data skal kunne integreres.

7 Bilag

7.1 Bilag 1: Spørgeskema til "brug af vejledninger"

Kortlægning af brugen af retningslinjer og instrukser på lungemedicinsk og reumatologisk afsnit på Svendborg Sygehus

Som en del af projektet "Pilotprojekt: Vidensystem til udarbejdelse, opdatering og formidling af evidensbaserede kliniske retningslinjer", ønskes kortlagt brugen af retningslinjer og instrukser på to afsnit på medicinsk afdeling.

Over 5 dage vil vi gerne have dig til at opsamle data, for hver dag, om

- hvor ofte du anvender *instrukser og retningslinjer*, og hvor ofte du anvender andre "*videnssystemer*",
- hvor lang tid du bruger på dette og
- *anvendeligheden* af den anvendte information/viden.

Stilling: _____

Afdeling: _____

Instrukser og retningslinjer	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
Antal gange du samlet har anvendt nationale instrukser og retningslinjer i løbet af dagen					
Samlet tid (i minutter) du har brugt nationale instrukser og retningslinjer					
Samlet vurdering af anvendeligheden af den fundne information (Oplys værd fra 1 til 5, hvor 1= uanvendelig, 5= meget anvendelig)					
Hvilke(n) instruks(er)/vejledning(er) har du anvendt i løbet af de 5 dage?					
Andre videnssystemer (elektroniske og på papir)	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5
Antal gange du samlet har anvendt andre videnssystemer (eks. UpToDate, PubMed, Google, lærebøger, internationale opslagsværker o.lign.)					
Samlet tid (i minutter) du har anvendt andre videnssystemer					
Samlet vurdering af anvendeligheden af den fundne information (Oplys værd fra 1 til 5, hvor 1= uanvendelig, 5= meget anvendelig)					
Hvilke(n) kilder til viden har du anvendt i løbet af de 5 dage?					
Arbejdsfunktion pågældende dag (eks: vagt, stuegang, ambulatorium)	Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5

7.2 Bilag 2: Interviewguide "før" fokusgruppeinterview, 19. april 2009

Deltagernes forventninger til anvendeligheden af Map of Medicine

- Viden om Map of Medicine?
- Fordele, som I forestiller jer på forhånd?
- Hvad er forventningerne til anvendeligheden af Map of Medicine?
- I hvilke situationer kan det være aktuelt at bruge Map of Medicine?
- Kan et elektronisk værktøj som Map of Medicine bidrage til at øge patientsikkerheden i forhold til udredning, diagnostik og behandling?
- Kan et elektronisk værktøj som Map of Medicine bidrage til, at det kliniske personales individuelle vurdering, det vil sige den skønsmæssige vurdering, reduceres/ bliver mindre?

Deltagernes forventninger til resultaterne af Map of Medicine

- Har I nogen forventninger til resultaterne af at anvende Map of Medicine?
 - I forhold til at forenkle udredningsfasen
 - I forhold til at forenkle diagnostik
 - I forhold til resultater af behandlingen
- Vil patienterne kunne få en kortere udredningsfase?
- Vil behandlingen blive mere standardiseret ved at anvende et elektronisk værktøj som Map of Medicine?
- Vil patientsikkerheden kunne øges?
- Andre eller ingen forventninger?

Beskrivelse af de barrierer, som deltagerne forestiller sig på forhånd

- Barrierer, som deltagerne forestiller sig på forhånd?

Deltagernes beskrivelse af den aktuelle, nuværende situation

Dvs. måden hvorpå viden indsamles inden brug af Map of Medicine

- Hvilke instrukser, vejledninger og retningslinjer anvendes i dag - papir
- Hvilke instrukser, vejledninger og retningslinjer anvendes i dag – IT-støttet
- Hvordan vurderer I kvaliteten af disse?
- Hvem anvender nuværende retningslinjer?
 - Plejepersonalet
 - Læger
 - Patienter
 - Andre
- Hvor ofte anvendes nuværende instrukser, vejledninger og retningslinjer?

- Flere gange daglig
- Ugentligt
- Sjældnere
- Er der forskel på plejepersonale og lægers anvendelse?
- Er der forskel på yngre lægers og speciallægers anvendelse?
- Bidrager de nuværende retningslinjer til understøttelse af samarbejde internt?
- Bidrager de nuværende retningslinjer til understøttelse af samarbejde på tværs af afdelinger?
- Bidrager de nuværende retningslinjer til understøttelse af samarbejde på tværs af sektorer (m. praksis og kommuner)?
- Anvender afdelingen nationale eller regionale retningslinjer?
 - Hvilke retningslinjer?
 - For hvilke personalegrupper?
 - For hvilke diagnosegrupper?
- Anvender afdelingen lokale retningslinjer?
 - Hvilke retningslinjer?
 - For hvilke personalegrupper?
 - For hvilke diagnosegrupper?

Vedligehold og opdatering af information

- Hvordan opdateres de aktuelle retningslinjer osv.?
- Hvem gør hvad – proces?
- Fra feedback til redaktion til publicering?
- Samarbejde med medicinske selskaber, nationale enheder?

Ønsker til forbedringer af den aktuelle situation

- Hvor er der behov for forbedringer?
- Hvilke forbedringer er der behov for?
- For hvilke personalegrupper?
- For hvilke patientgrupper/ diagnosegrupper?
- IT? PDA?
- Pågår der processer i dag, som skal forbedre den aktuelle situation? Hvilke?

7.3 Bilag 3: Interviewguide til "midtvejs" fokusgruppeinterview, 23. juni 2009

Erfaringer med brugen af Map of Medicine - indhold?

- Er indholdet anvendeligt?
- Hvem har brugt Map of Medicine?
- I hvilke situationer?
- Barrierer for at bruge Map of Medicine?

Erfaringer med brugen af Map of Medicine - teknik?

- Er det til at komme på? Kører det hurtigt nok?
- Fungerer integrationen med jeres EPJ?
- Kommentarer til brugervenligheden af Map of Medicine? Søgning osv.

Brug af Map of Medicine

- Hyppighed og tid? Sammenlignet med nuværende instrukser/vejledninger?

Overordnet vurdering

- Kan et elektronisk værktøj som Map of Medicine bidrage til at øge patient-sikkerheden i forhold til udredning, diagnostik og behandling?
- Kan et elektronisk værktøj som Map of Medicine bidrage til, at det kliniske personales individuelle vurdering, det vil sige den skønsmæssige vurdering, reduceres/ bliver mindre?

Andre betragtninger

- I forhold til at forenkle udredningsfasen
- I forhold til at forenkle diagnostik
- I forhold til resultater af behandlingen

Ideer/ønsker til forbedringer?

- Hvad kunne laves om, så Map of Medicine fungerede bedre?
- Både indhold og teknik? På kort sigt? Længere sigt?

Andet input fra afprøvnings hidtil

7.4 Bilag 4: Interviewguide "efter" fokusgruppeinterview 7. september

Sygeplejersker (13-14):

Indhold

- Hvordan skal indholdet tilpasses, for at det bliver et godt værktøj for sygeplejerskerne?
- Skal sygeplejefagligt indhold tydeligt være afskilt fra lægefagligt, eller skal det være tæt integreret?
- Hvilke af jeres nuværende retningslinjer skal integreres tæt med de relevante Map of Medicine forløb for jeres afdeling? Og hvilke skal ikke? Og hvilke erstattes?
- Er det klart, hvor en klinisk retningslinje "starter/stopper", og hvor lokale instrukser, vejledninger o.lign. tager over?

Effekt

- Hvor vil Map of Medicine gøre den største forskel i forhold til i dag? På kort sigt (begrænset eller ingen integration, ikke alle forløb oversat osv.) – og på lang sigt (alle forløb oversat, velintegreret både teknisk og indholdsmæssigt osv.).
- Andre anvendelser, og dermed effekter, af Map of Medicine end bare til forløb? Information/nyheder/"ikke evidensbaserede forløb"?

Implementering

- Hvad skal der til, for at Map of Medicine bliver en succes på Svendborg?
- Hvilke roller er der brug for lokalt, for at Map of Medicine bliver en succes?
- Hvor skal man starte med Map of Medicine? Specialer, målgrupper, geografi, undervisning på universitetet?
- Hvad skal SST tænke mest over, når/hvis de går i gang med at planlægge implementering?
- Gode råd til sygehusledelsen/afdelingsledelsen?
- Hvem skal lave lokale tilpasninger?
- Hvordan skal den årlige vedligeholdelse fungere?
- Hvilke behov mener I, der er for uddannelse i Map of Medicine?

Anvendelse og tidsforbrug

- Hvor lang tid vil sygeplejerskerne anvende Map of Medicine pr. dag? Vores før-måling viser knap 1 anvendelse pr. dag af retningslinjer o.lign. og et tidsforbrug på knap 5 min.
- For hvor stor en andel af patienterne vil det være relevant at anvende?
- Er det det samme som for de nuværende retningslinjer?
- Er der forskel på dag/nat? Weekend/hverdag?

Ideer

- Andre anvendelser af Map of Medicine?
- Ideer/ønsker til forbedringer?
 - Hvad kunne laves om, så Map of Medicine fungerede bedre?
 - Både indhold og teknik? På kort sigt? Længere sigt?

Læger (14-15):

Indhold

- Hvordan skal indholdet tilpasses, for at det bliver et godt værktøj for lægerne?
- Skal lægefagligt indhold tydeligt være afskilt fra andre fag, eller skal det være tæt integreret?
- Hvilke af jeres nuværende retningslinjer skal integreres tæt med de relevante Map of Medicine-forløb for jeres afdeling? Og hvilke skal ikke? Og hvilke erstattes?
- Er det klart, hvor en klinisk retningslinje ”starter/stopper”, og hvor lokale instrukser, vejledninger o.lign. tager over?

Effekt

- Hvor vil Map of Medicine gøre den største forskel i forhold til i dag? På kort sigt (begrænset eller ingen integration, ikke alle forløb oversat osv.) – og på lang sigt (alle forløb oversat, velintegreret både teknisk og indholdsmæssigt osv.).
- Andre anvendelser, og dermed effekter, af Map of Medicine end bare til forløb? Information/nyheder/”ikke evidensbaserede forløb”?

Implementering

- Hvad skal der til, for at Map of Medicine bliver en succes på Svendborg?
- Hvilke roller er der brug for lokalt, for at Map of Medicine bliver en succes?
- Hvor skal man starte med Map of Medicine? Specialer, målgrupper, geografi, undervisning på universitetet?
- Hvad skal SST tænke mest over, når/hvis de går i gang med at planlægge implementering?
- Gode råd til sygehusledelsen/afdelingsledelsen?
- Hvem skal lave lokale tilpasninger?
- Hvordan skal den årlige vedligeholdelse fungere?
- Hvilke behov mener I, der er for uddannelse i Map of Medicine?

Anvendelse og tidsforbrug

- Hvor lang tid vil lægerne anvende Map of Medicine pr. dag? Vores før-måling viser godt 2 anvendelser pr. arbejdsdag af retningslinjer o.lign., og et tidsforbrug på godt 10 min.
- For hvor stor en andel af patienterne vil det være relevant at anvende?

- Er det det samme som for de nuværende retningslinjer?
- Er der forskel på dag/nat? Weekend/hverdag?

Ideer

- Andre anvendelser af Map of Medicine?
- Ideer/ønsker til forbedringer?
 - Hvad kunne laves om, så Map of Medicine fungerede bedre?
 - Både indhold og teknik? På kort sigt? Længere sigt?