

11. Wille-Jørgensen P, Jørgensen LN. Clinical relevance of asymptomatic postoperative deep venous thrombosis: a systematic review. *Pathophysiol Haemostas Thromb* 2004;33(suppl 2):53.
12. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines. *JAMA* 1999;281:1900-5.
13. Andrews EJ, Redmond HP. A review of clinical guidelines. *Brit J Surg* 2004;91:956-64.
14. Walker A, Campbell S, Grimshaw J. Implementation of a national guideline on prophylaxis of venous thromboembolism: a survey of acute services in Scotland. Thromboembolism Prevention Evaluation Study Group. *Health Bull* 1999;57:141-7.
15. Eccles M, Steen N, Grimshaw J et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet* 2001;357:1406-9.

# Synlig struktureret planlægning i patientjournalen

## En ny journalstruktur for akutte indlæggelsesforløb på vej

Læge Bo Amdi Jensen,  
ledende sygeplejerske Lisbeth Rasmussen &  
ledende overlæge Peter Qvist

Den Gode Medicinske Afdeling – et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt

### Resume

**Introduktion:** Den demografiske udvikling har sammen med reduktion af sengepladser øget behovet for effektivisering og afkortning af indlæggelsesforløb på sygehusene. I tidligere undersøgelser har man peget på, at tidlig planlægning og struktureret vidensoverførsel kan understøtte dette. I denne undersøgelse blev effekten af en ny journalstruktur afprøvet på en medicinsk afdeling.

**Materiale og metoder:** Udvikling af en ny journalmodel blev fastsat på basis af krav om systematisering af indhold, placering af oplysninger og præsentationsform. Efter undervisning af personalet skete overgangen til den nye journalmodel fra den ene dag til den anden. Dataindsamling fra journaler, epikriser og Patient Administrative System foregik i tre måneder før implementeringen og i en periode 5-8 måneder efter.

**Resultater:** Det lykkedes kun at få anvendt den nye journalmodel for godt halvdelen af de inkluderbare patienter. I resultatanalysen indgik alle patienter, der opfyldte inklusionskriterierne jf. *intention to treat*-princippet. Der indgik 340 patienter i forundersøgelsen og 353 patienter i efterundersøgelsen. Den gennemsnitlige indlæggelseslængde blev reduceret med 1,1 dag fra før- til efterundersøgelsen. Resultatet er ikke signifikant. Brugen af modellen blev dog efterfølgende opretholdt.

**Diskussion:** Dette pilotstudie viser en ikkesignifikant tendens til afkortning af indlæggelsestiden ved brug af en struktureret journalmodel. De praktiske vanskeligheder med implementering af en ny journalstruktur må ikke undervurderes.

rede undersøgelses- og behandlingsprogrammer for udvalgte diagnosegrupper ved akut indlæggelse, f.eks. pneumoni og akut myokardieinfarkt (AMI), er også blevet udviklet [1-4].

På medicinske afdelinger, hvor mere end 80% af patienterne indlægges akut, lider mange patienter af flere sygdomme og er ved indlæggelsen ofte diagnostisk uafklarede, hvilket komplicerer planlægningen af indlæggelsesforløbet. I projektet Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) har der derfor været betydelig fokus på fremadrettet planlægning tidligt i indlæggelsesforløbet [5].

Resultaterne af enkelte danske og flere udenlandske studier peger samlet på, at indlæggelsesforløb med unødvendige indlæggelsesdage er hyppigt forekommende, og at disse unødvendige indlæggelsesdage øges i hyppighed i takt med indlæggelseslængden [6-9]. I enkelte studier peges der på, at lægens beslutningsproces kan være en væsentlig faktor for forsinkelse [9, 10]. Som et af flere mulige tiltag synes struktureret planlægning dokumenteret i patientjournalen at kunne afkorte indlæggelseslængden [11].

Den klassiske journal, som den anvendes på mange kliniske afdelinger, er, bortset fra selve primærjournalen, uden fastlagt struktur. Vi har i dette projekt undersøgt, i hvor høj grad man med en synlig struktureret planlægning (SSP), dokumenteret i patientjournalen, kan bidrage til at optimere det akutte medicinske indlæggelsesforløb. Målet er bl.a., at patientjournalens struktur skal muliggøre et hurtigt overblik over alle patientens problemstillinger og de iværksatte tiltag.

Et pilotprojekt blev gennemført på Medicinsk Afdeling, Herning Centralsygehus, i et samarbejde mellem afdelingsledelsen og DGMA.

### Materiale og metoder

Princippet i journalmodellen er bestemte pladser til bestemte oplysninger. Som basis for udvikling af en ny journalmodel blev grundstrukturen for patientjournalens 1) indhold, 2) placering af journaloplysninger og 3) præsentationsform defineret i et sæt kravspecifikationer udarbejdet af DGMA (Figur 1).

Gennem en årrække er der gjort store fremskridt mhp. effektivisering af elektive medicinske og kirurgiske indlæggelsesforløb, bl.a. ved brug af ambulante forundersøgelser. Præforme-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Den herved definerede journalstruktur har til formål at sikre, at der tidligt skabes overblik over aktuelle problemstillinger med hurtig diagnosticering og iværksættelse af observation, undersøgelse, behandling og rehabiliteringstiltag til følge, og at dette overblik bevares under indlæggelsesforløbet. I samarbejde mellem afdelingens ledelse og DGMA blev journalmodellens visuelle design herefter udformet, og det endte med en obligatorisk rækkefølge af en række tydeligt synlige overskrifter (Figur 1) og et notat »revideret plan«, som altid skulle stå sidst på sidste journalcontinuation, idet denne daglig skulle udskrives i en opdateret udgave.

Det samlede projekt bestod af en forundersøgelse, en intervention i form af den strukturerede journalmodel (SSP) og en efterundersøgelse. Interventionen indbefattede ikke ændrede arbejdsgange. Overgang fra det tidligere anvendte journalsystem til SSP skete fra den ene dag til den anden. Data blev indsamlet i to perioder a tre måneder i henholdsvis efteråret 2001 og foråret 2002. Sidstnævnte periode lå 5-8 måneder efter implementeringsstarten, så en eventuel effekt af SSP over tid kunne dokumenteres. Data blev indsamlet fra patientjournaler, epikriser og udtræk fra Patient Administrative System (PAS) for indlæggelser, som opfyldte inklusionskriterierne, men ikke eksklusionskriterierne (Figur 2). Indsamling af data, herunder identifikation af tidspunkter for iværksættelse eller ændring af behandlinger og undersøgelser, blev foretaget af DGMA's projektansvarlige læge. Forud for implementeringen blev journalmodellen præsenteret for afdelingens sundhedspersonale, og der blev undervist i brugen af det. Undervejs var der ugentlig opfølgning med diskussion af eventuelle problemer ved brug af journalmodellen. I Figur 3 ses de indsamlede data, kategoriseret i henholdsvis før og efter.

Med henblik på beskrivelse af lægers og plejepersonales

1. Diagnostisk, behandlingsmæssig og plejemæssig betydningsfulde anamnesticke oplysninger<sup>a</sup>
2. Diagnostisk, behandlingsmæssig og plejemæssig betydningsfulde objektive undersøgelsesfund, undersøgelsesvar og observationer<sup>a</sup>
3. Diagnostisk konklusion vedr. patientens problemstillinger<sup>a</sup>
4. Arbejdsdiagnoser<sup>a</sup>
5. Patientens kendte diagnoser<sup>a</sup>
6. Mål for indlæggelsen (hovedmål og delmål)<sup>a</sup>
7. Plan for indlæggelsesforløbet<sup>a</sup>
8. Kronologisk forløbsbeskrivelse<sup>a</sup>
9. Revideret plan<sup>a</sup>
10. Obligatorisk stillingtagen og plan: fysisk og socialt færdighedsniveau, kroniske smerter, ernæring, psykiske forhold<sup>a</sup>
11. Observationer (ordinationer og registreringer)
12. Undersøgelser (ordinationer og svar)
13. Behandling (ordinationer og respons)
14. Pleje (ordinationer og respons)
15. Information til patienten

a) Markerer de krav, som Medicinsk Afdeling, Herning Centralsygehus, opfyldte i deres nye journalmodel. De resterende krav var i ustruktureret form indeholdt i patientjournalen. Til hvert af indholdsemnerne, samt placering og præsentationsform af disse, findes der specifikke krav, som af pladshensyn er udeladt. Kan rekvireres via info@dgma.dk

Figur 1. Generelle krav til indholdet af det dokumenterede beslutningsgrundlag ved udredning, behandling og pleje af den medicinske patient.

vurdering af journalmodellens anvendelighed blev der foretaget fokusgruppeinterview før og efter i samme perioder som dataindsamlingerne. Ca. halvdelen af lægegruppen og en fjerdedel af plejegruppen deltog. Indtryk fra disse interview er gengivet og kommenteret i diskussionsafsnittet.

Alle kategoriske variable er beskrevet ved  $\chi^2$ -test. Kontinuerede variable, der ikke er normalfordelte, er beskrevet ved Mann-Whitney-test (MW) (Tabel 1). Logistisk regression

#### Inklusionskriterier

- akut indlagte patienter med indlæggelsesforløb på mindst tre indlæggelsesdage

#### Eksklusionskriterier<sup>a</sup>

- indlæggelsesforløb, hvor patienten dør under indlæggelse, er indlagt til terminal pleje eller har en »åben indlæggelse«
- indlæggelsesforløb, hvor patienten må overflyttes til en anden afdeling, medicinsk eller kirurgisk, uden at være blevet færdigbehandlet under indlæggelsen for aktionsproblemerne
- indlæggelsesforløb, hvor patienten efter færdigbehandling forbliver indlagt i afventen på ledigt plejehjem, aflastningsplads eller lign.
- planlagt indlæggelse (f.eks. *direct current* (DC)-konvertering, medicinopstart og undersøgelse)
- udskrivelse til daghospital<sup>b</sup>

- a) Eksklusionskriterierne sikrer, at der ikke er forhold ud over patientens akutte sygdom, som forhindrer udskrivelse, eller forhold, som fremskynder patientens udskrivelse.
- b) Gennemsnitligt 3,4 besøg på daghospital, over gennemsnitligt 11,7 dage efter udskrivelse fra et stationært afsnit: en del af disse patienter ville være blevet udskrevet på et senere tidspunkt, hvis der ikke havde været et daghospital (udtræk fra Patient Administrative System (PAS)).

Figur 2. Inklusions- og eksklusionskriterier.

- 1) alder
- 2) køn
- 3) afsnit
- 4) latenstid fra indlæggelse til iværksættelse af den initiale udredning/behandling rettet imod aktionsdiagnosen<sup>a</sup>
- 5) totale indlæggelseslængde
- 6) latenstid fra indlæggelse til 6.1) sidste iværksættelse/ændring af behandling og 6.2) sidste undersøgelsesvar rettet imod aktionsdiagnosen<sup>a</sup>
- 7) latenstid fra 7.1) sidste iværksættelse/ændring af behandling og 7.2) sidste undersøgelsesvar rettet imod aktionsdiagnosen til udskrivelse<sup>a</sup>
- 8) latenstid fra 8.1) sidste iværksættelse/ændring af behandling og 8.2) sidste undersøgelsesvar rettet imod ethvert problem til udskrivelse<sup>a</sup>
- 9) aktionsdiagnose
- 10) bidiagnoser (International Classification of Diseases (ICD) 10-grupper)
- 11) antal problemstillinger
- 12) ny eller kendt a-diagnose
- 13) genindlæggelse inden for 30 dage

Vedr. brug af planark

- 14) planark benyttet?
- 15) a-diagnose på planark?, andre diagnoser?
- 16) mål for indlæggelsen beskrevet?
- 17) plan for a-diagnose?, andre planer?
- 18) skøn over udskrivningstidspunkt?
- 19) revision af plan?

a) Indikatorer for faglig kvalitet.

Figur 3. Indsamlede data. 1-13 blev indsamlet ved forundersøgelsen og 1-19 ved efterundersøgelsen.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

blev benyttet til beskrivelse af konfunderproblematik omkring indlæggelseslængde. Beregningerne er foretaget i SPSS-statistikprogram, version 11.5. Datatilsynet har godkendt brugen af personhenførbare data.

### Resultater

Trods grundigt forarbejde lykkedes det ikke, at få anvendt SSP til alle patienter, der opfyldte inklusionskriterierne. For de 353 patienter i efterundersøgelsen udfyldte lægerne plan-skemaet helt eller delvis for 230 patienter (65,2%). For 83,9% heraf var aktionsdiagnosen anført. For 86,1% var et mål for indlæggelsen angivet, og en plan var beskrevet for 78,7%. For ingen var en opfølgning af planen dokumenteret ifølge grundstrukturen.

I alt 31 læger figurerer i de inkluderede patientjournaler. Heraf foretog ni læger planlægning for 67% af patienterne og udfyldte hver 11-38 patientjournaler. Syv af disse læger benyttede SSP i 75-94% af patientjournalerne, og to læger benyttede SSP i højst 36% af patientjournalerne. De resterende 22 læger foretog planlægning for 33% af patienterne og benyttede SSP i 55-72% af de journaler, hvori de figurerer.

De inkluderede patienter er udtrukket fra den population af patienter, der havde været indlagt i mindst tre dage, hvilket svarer til 58-62% af alle indlagte på stationært afsnit i 2000-2002, jf. udtræk fra PAS. Heraf blev 51,5% inkluderet i efterundersøgelsen (Figur 2).

I **Tabel 2** vises populationsdata, og det ses, at før- og efterpopulationen, med visse forbehold, kan betragtes som ens. Der fandt ingen andre logistiske/organisatoriske forandrings-

projekter sted i projektperioden eller op til projektperioden. Den gennemsnitlige indlæggelseslængde blev afkortet med 1,1 dag fra 10,37 dage til 9,26 dage (Tabel 1).

Multivariat logistisk regression med indlæggelseslængde, kategoriseret i to grupper (1: 3-9 dages indlæggelse, 2: 10+ dages indlæggelse) som respons, og afsnit, aldersgruppe, køn, før/efter, ny/kendt problemstilling og antal problemstillinger som forklarende, viste i en opsætning med variabelen antal problemstillinger kategoriseret i en vs. flere problemstillinger en grænsesignifikant forskel på indlæggelseslængde ( $p = 0,059$ ) til fordel for efter og den forventede indlæggelseslængde blev beregnet til at være 1,4 gange længere i førpopulationen. I en anden opsætning med samme variable, men nu med antal problemstillinger kategoriseret i 1-2 vs. 3 eller flere problemstillinger, fandtes ingen signifikant forskel på indlæggelseslængde før vs. efter ( $p = 0,32$ , exp. (B) = 1.192).

For nærmere analyse af indlæggelseslængden før og efter er forløbet opdelt i: 1) tiden fra indlæggelse til iværksættelse af undersøgelses- og behandlingsplan og 2) tiden fra sidste ændring eller iværksættelse af undersøgelse/behandling til udskrivelsen. 79,9% af patienterne før og 81,5% af patienterne efter interventionen fik iværksat behandling rettet imod aktionsdiagnosen inden for et døgn ( $p = 0,6$ ). For iværksættelse af undersøgelse(r) rettet imod aktionsdiagnosen inden for et døgn er tallene 84,6% før vs. 89,0% efter ( $p = 0,091$ ).

I førpopulationen blev 42,6% af patienterne og i efterpopulationen blev 41,9% af patienterne udskrevet inden for et døgn fra sidste behandlingsændring rettet mod aktionsdiagnosen. For undersøgelser rettet mod aktionsdiagnosen er tallene

Tabel 1. Indlæggelseslængde for henholdsvis før- og efterpopulationen.

	Gennemsnitlig indlæggelseslængde (95% konfidensinterval)	Indlæggelseslængde grupperet			
		3-9 dage %	10-16 dage %	17-23 dage %	24+ dage %
Før	10,37 dage (9,19-11,55)	65,6	22,1	4,1	8,2
Efter	9,26 dage (8,48-10,04)	68,0	19,8	6,5	5,7
p-værdi	$p = 0,76$ (Mann-Whitney)	$p = 0,25$ ( $\chi^2$ -test)			

Tabel 2. Populationsdata for inkluderede patienter i henholdsvis før- og efterundersøgelsen.

	Populationsdata			testtype	p
	før (n = 340)	efter (n = 353)			
Alder (gennemsnit)	67,7 år	68,3 år		Mann-Whitney test	0,545
Mand/kvinde	51,5%/48,5%	47,6%/52,4%		$\chi^2$ -test	0,307
Patienter på afsnit A/B/C	27,4/37,1/35,6 (%)	33,7/38,0/28,3 (%)		$\chi^2$ -test	0,075
En/flere problemstillinger <sup>a</sup>	57,1%/42,9%	46,5%/53,3%		$\chi^2$ -test	0,005
1-2/3-flere problemstillinger <sup>a</sup>	80,9%/19,1%	81,6%/18,4%		$\chi^2$ -test	0,8
Ny/kendt problemstilling	63,2%/36,8%	70,3%/29,7%		$\chi^2$ -test	0,050
Genindlagt <30 dage	10,0%	13,6%		$\chi^2$ -test	0,143

a) Ved at vælge forskellige skæringspunkter ved kategorisering af antallet af problemstillinger opnås der forskellige signifikansniveauer.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

45,7% før og 58,9% efter ( $p = 0,01$ ). Samlet betraget (behandling og undersøgelse) er der ingen signifikant forskel ( $p = 0,6$ ). For behandling og undersøgelse rettet imod ethvert problem henholdsvis 68,7% før og 75,2% efter udskrevet inden for et døgn efter sidste ændring ( $p = 0,07$ ).

### Diskussion

I flere studier har man undersøgt hyppigheden af og årsager til unødvendige indlæggelser og ikkeindlæggelseskrævende sengedage. Hyppigheden af unødvendige sengedage hos patienter, hvor selve indlæggelsen blev bedømt som velbegrunderet varierede fra 18% til 51% [7-9, 12-14]. Hyppigheden af unødvendige indlæggelsesdage steg med indlæggelsesvarigheden [7-9, 12, 14]. I forlængelse heraf har man i en række studier forsøgt at identificere årsager. Heriblandt har man i to nyere studier vist, at lægens beslutningsproces, udskrivelsesprocessen og ventetiden på tilsyn/ikke bestilt tilsyn samlet set var årsag til 30-75% af alle forsinkelser [9, 10]. Definitionen på en forsinkelse var, at en hændelse eller mangel på samme afstedkom mindst en dags længere indlæggelse. Lægens beslutning eller mangel på samme var i de to studier årsag til 13-15% af de unødvendige indlæggelsesdage.

På dette grundlag har vi med dokumentation i patientjournalen som indsatsområde afprøvet en ny journalmodel, systematiseret med strukturelle elementer i analogi med sundhedsstyrelsens Grundstruktur for Elektronisk Patient Journal [15]. Der er i flere studier påvist en effekt af udskrivelsesplanlægning på indlæggelseslængde og genindlæggelsesfrekvens [16, 17], men kun i enkelte projekter har man undersøgt effekten af struktureret dokumentation i patientjournalen som et planlægningsredskab ved akutte uselekterede medicinske patienters samlede indlæggelsesforløb. I dette studie fandt vi en reduktion på 1,1 dag i gennemsnitlig indlæggelseslængde. Tilsvarende fandt *G. From et al* i et projekt i DGMA-regi, at indlæggelsesvarigheden blev afkortet med 1,5 dage ved brug af en skematiseret tværfaglig planlægning [11]. Vores resultat er ikke statistisk signifikant, men i årene 2000-2002 var der på den pågældende afdeling for alle patienter, der var indlagt i tre dage eller mere, på intet tidspunkt mere end 0,3 dages forskel i gennemsnitlig indlæggelseslængde for de to dataindsamlingsperioder (data fra PAS).

Resultaterne fra de logistiske regressionsanalyser er divergerende. Ud fra en praktisk anskuelse mener vi ikke, det er af planlægningsmæssig betydning, om patienten har en til to problemstillinger, men nok om der er flere end to, og således fortolket peger denne analyse ikke på en signifikant forskel mellem indlæggelseslængderne før og efter indførelsen af den nye journalmodel.

Af Tabel 1 ser man, at hyppigheden af patienter med indlæggelseslængder på 3-9 dage øges fra 65,6% før til 68% efter, og for patienter med indlæggelseslængder på 24+ dage falder hyppigheden fra 8,2% til 5,7%. De to mellemliggende grupperinger udligner hinanden. At der muligvis hentes en effekt i

første uge af indlæggelsen harmonerer med, at nogle læger udtalte, at de i indlæggelsens forløb vendte tilbage til planskemaet for at få overblik over patientens problemstillinger.

Er reduktionen i indlæggelsestid reel, er det på baggrund af en implementeringsgrad på højst 65,2%. Implementeringsgraden må betragtes som lavere, idet en aktionsdiagnose kun var anført på 83,9% af alle skemaer og en plan for indlæggelsen på 78,7% af skemaerne. Den faktiske implementeringsgrad er således 51-55%. Opfølgning af planen på skemaet skete ikke i noget tilfælde, og planskemaet endte således alene med at have karakter af en systematisk struktureret gennemgang af patientens problemstillinger inden for det første indlæggelsesdøgn. Den manglende opfølgning på planen i forhold til den tilstræbte grundstruktur kan tænkes at være en bidragende årsag til den begrænsede effekt af journalmodellen. Vi valgte at indsamle data i perioden 5-8 måneder efter implementering for at sætte fokus på en mulig varig effekt af journalmodellen. Således er det muligt, at journalmodellen har haft en større effekt i en tidligere periode, end den vi kunne dokumentere.

Ca. en fjerdedel af lægerne bærer implementeringsbyrden ved hyppig brug af SSP (75-94%) i ca. to tredjedele af alle inkluderede patientjournaler. Den lave implementeringsgrad blev analyseret yderligere i en række fokusgruppeinterview af læger og sygeplejepersonale. Herfra bør nævnes skepsis blandt nogle læger over for brugen af strukturerede oplysninger under henvisning til risikoen for, at fejltolkninger m.m. kunne danne basis for udredning og behandling af patienterne. Nogle oplevede den relativt stramme dokumentationsform som en arbejdsmæssig byrde i dagligdagen og mente, den fratog dem friheden til at bestemme over egen dokumentationsform. En indkøringsperiode på fem måneder forud for postdataindsamlingen synes ikke at have elimineret problemet med, at den enkelte læge forfalder til at benytte den velkendte klassiske dokumentationsform under travle omstændigheder.

Reduktionen i efterpopulationens indlæggelseslængde udgør 10,7% af den gennemsnitlig indlæggelseslængde for førpopulationen. Er dette reelle tal, repræsenterer det med en sengedagspris på ca. 4.500 kr., en besparelse på  $1,1 \times 4.500 \text{ kr.} \times 353$  patienter over en tremånedersperiode svarende til 7.052.940 kr. pr. år for denne medicinske afdeling alene.

Latenstiden fra indlæggelse til iværksættelse af undersøgelse(r) rettet mod aktionsdiagnosen blev reduceret, om end ikke signifikant. En mulig effekt kan måske tilskrives, at den intensiverede planlægning overvejende blev varetaget på bagvagnniveau, uanset at dette ikke var en tiltænkt del af interventionen. Latenstiden til iværksættelse af behandling forblev uændret. Det var forventeligt, at SSP ikke påvirker den initiale iværksættelse af behandlingen.

Inden for et døgn efter sidste ændring af behandling og undersøgelse rettet imod ethvert problem blev 68,7% før vs. 75,2% efter udskrevet ( $p = 0,07$ ). Denne forskel er grænsesignifikant, men med den fundne implementeringsgrad vil vi være forsigtige med at angive SSP som mulig årsag hertil.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

Dette projekts udfald støtter ikke indførelsen af en struktureret journalmodel per se, men man kan heller ikke afvise en effekt, tidligere studier og aktuelle implementeringsproblemer taget i betragtning. Derfor har Medicinsk Afdeling, Centralsygehuset Herning, valgt at arbejde videre med en delvis skematiseret journalmodel inkl. obligatorisk stillingtagen til beskrevne problemstillinger for på længere sigt at sikre en journalopbygning, der muliggør hurtigt overblik over patientens aktive problemstillinger. For den patientpopulation, som er indlagt i længere tid, her tre dage eller mere, synes reduceret indlæggelseslængde forsat at være et relevant succes-kriterium.

Vi må samlet konkludere, at en sammenhæng mellem SSP dokumenteret i patientjournalen og reduktion i indlæggelses-tid ikke har kunnet påvises i denne undersøgelse. Vanskelighederne ved implementering af et nyt journalsystem må ikke undervurderes. Ikke mindst bør man være opmærksom på dette, når ændring af journalstrukturen planlægges gennemført ved indførelse af den elektroniske patientjournal.

Korrespondance: *Bo Amdi Jensen*, Toftagervej 3, DK-2700 Brønshøj.  
E-mail: bo.amdi@mail.tele.dk

Antaget: 22. november 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Ledende overlæge *Niels Thorsgaard* og ledende sekretær *Britta Mørk*, Medicinsk Afdeling, Herning Centralsygehus, takkes for afdelingens deltagelse i projektet og deres store personlige engagement. Statistiker *Lisbeth Nørgaard Møller*, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Københavns Amt, takkes for hjælp til de statistiske analyser.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

## Litteratur

1. Cardozo L, Ahrens S, Steinberg J et al. Implementing a clinical pathway for congestive heart failure: experiences at a teaching hospital. *Qual Man Health Care* 1998;7:1-12.
2. Benenson R, Magalski A, Cavanaugh S et al. Effects of a pneumonia clinical pathway on time to antibiotic treatment, length of stay and mortality. *Acad Emerg Med* 1999;6:12438.
3. Farley K. The COPD critical pathway: a study in progress. *Qual Man Health Care* 1995;3:43-54.
4. Every NR, Hochman J, Becker R et al. Critical pathways: a review. *Circulation* 2000;101:4612.
5. Den Gode Medicinske Afdeling. Standarder og indikatorer for Det tværsektorielle patientforløb. København: DGMA, 2002. www.dgma.dk /dec. 2004.
6. Hellebæk A, Lippert S, Zimakoff J et al. Den Gode Medicinske Afdeling. *Ugeskr Læger* 2002;164:4431-7.
7. Restuccia JD, Payne MSC, Lenhart G et al. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. *Health Care Manage Rev* 1987;12:17-27.
8. Hayes CB, Johnson Z, Hynes M. Utilisation of hospital beds by the elderly – a cohort study of admission to a teaching hospital. *Ir Med J* 1995;88:124-6.
9. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998;27:5139.
10. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG et al. The epidemiology of delays in a teaching hospital. *Med Care* 1989;27:112-9.
11. From G, Pedersen LM, Hansen J et al. Evaluating two different methods of documenting care plans in medical records. *Clin Governance Int J* 2003;8:138-50.
12. Oterino de la Fuente D, Peiro S, Marchan C et al. Inappropriate hospitalization. *Eur J Public Health* 1996;6:126-32.
13. DeCoster C, Roos NP, Carrière KC et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ* 1997;157:889-96.
14. DeCoster C, Peterson S, Carrière KC et al. Assessing the extent to which hospitals are used for acute care purposes. *Med Care* 1999;37:JS15166.
15. Sundhedsstyrelsen Grundstruktur for Elektronisk Patient Journal, version 1.0. www.sst.dk /dec 2001.
16. Styrborn K. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals – an intervention study. *Scand J Soc Med* 1995;4:273-85.
17. Fine MJ, Medsger AR, Stone RA et al. The hospital discharge decision for patients with community-acquired pneumonia. *Arch Int Med* 1997;157:47-56.

## En ny, empirisk baseret hypokondridiagnose – sekundærpublikation

Overlæge Per K. Fink, statistiker Eva Ørnbøl, overlæge Tomas Toft, læge Kaj Sparle Christensen, psykolog Lisbeth Frostholm & professor Frede Olesen

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik, og Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis

## Resume

De snævre International Classification of Diseases (ICD)-10- og Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-IV-kriterier for hypokondri bevirker, at diagnosen hypokondri sjældent anvendes. På grundlag af en latentklasseanalyse af symptomerne blandt 701 patienter (18-65 år) fra almen praksis, blev en ny og

mere valid hypokondridiagnose defineret i denne undersøgelse. Hovedsymptomet i diagnosen er »obsessive ruminationer med tanker om at have en sygdom«, og patienterne skal herudover have mindst et af fem andre symptomer. Prævalensen var 9,5, ens for begge køn. Der var god overensstemmelse mellem diagnosen, der var stillet ved det psykiatriske interview, og de praktiserende lægers vurdering.

Somatoforne lidelser er blandt de hyppigste psykiatriske sygdomme. Ud over den lidelse, som sygdommene påfører patienterne, udgør de en stor økonomisk byrde for sundheds-væsenet [1, 2]. Forskning i disse lidelser er imidlertid vanskelig gjort af mangel på valide diagnoser både ud fra et klinisk og et nosologisk synspunkt [2-5].