



**Kvaliteten på elektive henvisninger fra fastleger
til hjertemedisinsk avdeling, UNN.**

**5. årsoppgave i stadium IV
Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø**

**Kristin Øvrejord, MK-06.
ovrejord@hotmail.com**

**Veileder: Unni Ringberg,
Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.**

Tromsø, 15. september 2011

Nøkkelord: henvisning, kvalitet, fastlege, hjerte- og karsykdom.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
<i>Bakgrunn</i>	3
<i>Materiale og metode</i>	3
<i>Resultater og fortolkning</i>	3
Forord	5
Bakgrunn	6
Materiale og metode	9
Resultater	13
<i>Legenes kjønn, alder og henvisningskvalitet</i>	13
<i>Pasientenes kjønn, alder og henvisningskvalitet</i>	13
<i>Kvaliteten på henvisninger i de ulike tilstandsgrupper</i>	14
<i>Kvaliteten på de ulike deler av henvisningen</i>	15
Diskusjon	16
Konklusjon	21
Referanser	22
Vedlegg 1. Vurderingsmal	24
Vedlegg 2. Tabell 2. Vurderingspunkter fordelt på tilstandsgrupper	30

Sammendrag

Bakgrunn

Henvisningen fra fastlege til sykehuslege utgjør en viktig del av kommunikasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten. Ettersom henvisningen er arbeidsdokumentet spesialisten har til rådighet for å vurdere pasientens utrednings- og behandlingsbehov, er det viktig at henvisningen er mest mulig dekkende. Vi ønsket med dette prosjektet å kartlegge kvaliteten på et utvalg elektive henvisninger fra fastleger til hjertemedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Materiale og metode

108 elektive henvisninger fra fastleger til hjertemedisinsk avdeling, UNN, ble samlet i løpet av 14 dager. Kvaliteten på henvisningene ble vurdert etter en mal som ble utformet i tett samarbeid med veileder. Vi fikk innspill til malen fra en fastlege og avdelingsoverlegen ansvarlig for poliklinikken på hjertemedisinsk avdeling. Henvisningene ble delt i seks tilstandsgrupper. Henvisende leges kjønn og alder ble registrert, samt pasientens kjønn og alder.

Resultater og fortolkning

61 av 108 henvisninger kom fra mannlige fastleger og 47 fra kvinnelige. Det var en statistisk signifikant forskjell i kvaliteten på henvisninger fra mannlige og kvinnelige leger, der henvisningene fra kvinnelige leger hadde best kvalitet. Henvisende leger var delt i tre aldersgrupper. Den yngste aldersgruppen hadde høyest gjennomsnittsskår, og kvaliteten falt med økende legealder. Maksimalskår var 28 for fem av tilstandsgruppene og 30 for en av gruppene som hadde et gruppespesifikt vurderingspunkt. Gjennomssnittsskåren i de seks tilstandsgruppene lå mellom 9,10 og 16,50, som viste en lavere kvalitet enn vi hadde forventet. Totalt sett var det betydelige mangler ved henvisningene. EKG var ikke oppgitt i 48 av dem. I 96 henvisninger var det oppgitt 0-2 blodprøveresultater av totalt 7 som er ønsket av mottakende sykehusleger. Pasientens BMI/kroppbygning var ikke oppgitt i 85 av henvisningene. I 65 av

henvisningene var det ingen opplysninger om stimulantia. Kvaliteten på henvisningene i de seks tilstandsgruppene var dårligere enn vi hadde forventet. Dårlig kvalitet på en henvisning gjør at sykehuslegen bruker lengre tid på å vurdere henvisningen og det kan ha negativ konsekvens for pasienten.

Forord

Etter å ha vært i praksis på sykehus og i allmennpraksis og både skrevet og mottatt henvisninger, hadde jeg inntrykk av at det var stor forskjell på kvaliteten på henvisningene. Under arbeidet med denne oppgaven ønsket jeg å finne ut om kvalitetsforskjellen var så stor som jeg hadde fått inntrykk av, men også hvem det er som skriver de ”beste” henvisningene. Kvinnelige eller mannlige leger? Yngre eller eldre leger?

Under arbeidet med oppgaven har jeg lært mye om innhenting av faglitteratur og strukturering av en større skriftlig presentasjon. Jeg har også fått innsikt i hvilke pasienter og problemstillinger som henvises til en hjertemedisinsk avdeling. Det var interessant å få synspunkter på, og meninger om, hva som burde være med i en henvisning til hjertemedisinsk avdeling fra allmennlege Sirin Johansen og fra ansvarlig overlege på hjertemedisinsk avdeling, Henrik Schirmer. Det var lærerikt å utvikle vurderingsmalen i samarbeid med veileder. Jeg synes det var faglig interessant å gå gjennom henvisningene til hjertemedisinsk avdeling, og å få se hvilke resultater vi fikk tilslutt.

Jeg ønsker å takke min veileder Unni Ringberg for god hjelp og tett oppfølging under hele perioden. Samtidig vil jeg takke Henrik Schirmer, avdelingsoverlege ansvarlig for poliklinikken på hjertemedisinsk avdeling, UNN, for gode råd og innspill til utforming av malen og kommentarer til den ferdige oppgaven. Jeg ønsker også å takke Merete Postmyr, klinikkrådgiver ved hjerte- og lungeklinikken, UNN, som skrev ut alle henvisningene. Tilslutt vil jeg takke allmennlege Sirin Johansen for synspunkter på henvisningsinnhold og innspill til utforming av vurderingsmalen.

Bakgrunn

”God kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er en avgjørende forutsetning for faglig tilfredsstillende og forsvarlig pasientbehandling. Denne kommunikasjonen er per i dag ikke god nok. Mange henvisninger til spesialisthelsetjenesten er rotete og vanskelige å lese. Er det i tillegg mye informasjon som mangler, blir vurderingen og prioriteringen vanskelig” (1).

I følge § 7 i ”Ethiske regler for leger” skal leger kommunisere åpent og tillitsfullt med hverandre. Informasjon mellom leger om pasienter skal være tilstrekkelig rask og omfatte det faglig nødvendige (2).

Det sendes ca. 1,9 millioner henvisninger per år fra allmennleger til sykehus eller spesialist, og ca. 150 årsverk går med til produksjon av henvisninger i Norge (3). Det er derfor viktig at arbeidet med skriving og mottak av henvisninger utføres rasjonelt og effektivt, både når det gjelder struktur, innhold og kommunikasjon (3). Fastlegen henviser pasienten videre når mer spesialiserte utrednings- eller behandlingsmuligheter eller oppfølging er påkrevd (4). Kommunikasjonen fra første- til andrelinjetjenesten foregår hovedsaklig via henvisningsdokumentet (5,6). Ettersom henvisningen er arbeidsdokumentet spesialisten har til rådighet i vurderingen av pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov, er det viktig at henvisningen er mest mulig dekkende (7). Det medisinskfaglige innholdet i henvisningene bør utformes slik at sykehus, poliklinikker/spesialister kan foreta en korrekt prioritering og planlegging (3). ”En faglig god henvisning er kanskje enda viktigere nå som sykehusoppholdene oftest er av kortere varighet enn tidligere. Et stort antall pasienter blir innkalt til poliklinisk vurdering før eventuelt innleggelse” (3).

Kvaliteten på henvisningene som sendes fra første- til andrelinjetjenesten er viktig for prioriteringen pasienten får (7).

En forbedret kommunikasjon mellom første- og andrelinjetjenesten vil både styrke ivaretagelsen av den enkelte pasient og kunne spare samfunnet for unødvendig ressursbruk. Flere undersøkelser har vist at det er et forbedringspotensial når det gjelder samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, men også at endringer kan være vanskelig å få til (4,5,6,7,8).

Tidligere undersøkelser har vist at allmennleger og spesialister i stor grad er enige i vurderingen av kvaliteten på og hensiktsmessigheten av henvisninger (9,10).

I Helsedirektoratets prioriteringsveileder for hjertemedisinske sykdommer (11) står det: ”Spesialisthelsetjenesten mottar årlig over en million henvisninger. Henvisning kan komme fra fastleger/allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende legespesialister, leger i fengselshelsetjenesten, leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten ved nyoppdaget problematikk, sosialtjenesten (inkludert barnevernet) og annet helsepersonell som har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten (kiropraktorer og manuellterapeuter)” (11).

”For at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp med god kvalitet er det avgjørende at vurderingene av henvisningene skjer raskt, er faglig betryggende og at pasientens rettssikkerhet ivaretas. Henvisningen skal inneholde de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens tilstand. Den bør inneholde tydelig beskrivelse av pasientens problem, god anamnese som redegjør for aktuelle problem/lidelser, resultat av relevante utredninger og undersøkelser, hva som er prøvd av behandling tidligere, uttalelse fra andre relevante instanser, status om individuell plan, forslag til og/eller ønske om type tiltak” (11).

”Henvisninger som er mangelfulle, kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Det må om nødvendig innhentes supplerende opplysninger,

eller pasienten må innkalles til undersøkelse slik at det kan gjøres en faglig forsvarlig vurdering av helsetilstanden” (11).

Dersom opplysninger som er relevante for den aktuelle problemstilling ikke finnes i henvisningen, må mottakende lege i spesialisthelsetjenesten forsøke å få tak i disse ved å sende en forespørsel til henvisende lege, alternativt også til fastlegen dersom henvisningen ikke kom derfra. Dette skjer gjennom et brev, elektronisk om mulig, der de ber om konkrete opplysninger. I noen spesielle tilfeller der det haster å få situasjonen mer avklart, vil de ta direkte telefonisk kontakt med pasienten eller henvisende lege, eventuelt innkalle pasienten til forundersøkelse. Men, ofte må de vente på innsending av supplerende opplysninger fra henvisende lege eller fastlege før de kan foreta en rettighetsvurdering av pasienten (1).

Materiale og metode

Vi ønsket med dette prosjektet å kartlegge kvaliteten på et utvalg elektive henvisninger fra fastleger til hjertemedisinsk avdeling, UNN.

108 elektive henvisninger fra fastleger til hjertemedisinsk poliklinikk, UNN, ble samlet i løpet 14 dager. I løpet av uthentingsperioden på 14 dager kom det inn totalt 119 elektive henvisninger til hjertemedisinsk avdeling fra fastleger. 108 av disse ble analysert, og 11 ble ekskludert på grunn av at de innholdsmessig ikke ble regnet som henvisninger. Av de 11 gjaldt 8 administrative spørsmål, 2 ble regnet som brev og 1 kom inn under kategorien vet ikke.

Behandlingen av henvisningene på UNN foregikk ved at klinikkrådgiver Merete Postmyr skrev ut alle henvisninger som kom inn til hjertemedisinsk avdeling UNN fra fastleger i perioden 21.05.11-03.06.11. Jeg klypte bort navn, personnummer og adresse, og førte på kjønn og fødselsår. De anonyme henvisningene ligger lagret i en egen mappe på et låst kontor på UNN inntil prosjektet er over. De vil da bli makulert. Vurderingen av henvisningene foregikk på dette kontoret, og de ble ikke tatt med ut derfra.

Kvaliteten på henvisningene ble vurdert etter en mal (vedlegg 1) som ble utformet i tett samarbeid med veileder. Jeg hadde også samtaler med fastlege Sirin Johansen og overlege på hjertemedisinsk avdeling Henrik Schirmer angående form på og innhold i henvisninger til hjertemedisinsk avdeling. Disse opplysningene samt litteraturgjennomgang var viktige for utforming av malen.

Malen ble laget slik at alle punkter som er vanlig i en henvisning ble vurdert, herunder innledning, familie/sosialt, tidligere sykdommer, blodtrykk, puls, auskultasjonsfunn hjerte, lunger, laboratorieprøver, stimulantia, allergier, medikamenter og avslutning/vurdering. Punktene dyspné, funksjonsnivå, brystmerter, utmattelse/tretthet/slitenhet, BMI/kroppbygning, ødemer/halsvenestuvning og EKG ble tatt med i malen ettersom de aktuelle

henvisningene angikk hjertemedisinske problemstillinger. I tillegg ble oversiktlig og lettleselighet vurdert.

Henvisningene ble delt opp i fire tilstandsgrupper lik inndelingen i Helsedirektoratets prioriteringsveileder for hjertemedisinske sykdommer.

- I. Hjertesvikt/dyspné/hoste
- II. Klaffesykdom/bilyd
- III. Koronararteriesykdom/brystsmerter
- IV. Rytmeforstyrrelse/hjertebank

Utgangspunktet for denne inndelingen var at vi ønsket å se om det var forskjeller på kvaliteten på henvisningene i de ulike gruppene. Inndelingen hadde også betydning for utarbeidelsen av vurderingsmalen (vedlegg 1). Sykehistorien bestod av generelle punkter og et gruppespesifikt punkt. Generelle punkter var de vi mente burde være med uansett hvilken tilstandsgruppe henvisningen hørte til.

Vi la til ytterligere to tilstandsgrupper.

- V. Annet
- VI. Førerkort

I gruppen Annet ble henvisninger gruppert som ikke passet inn under noen av de fire hovedgruppene. Gruppen Førerkort ble laget fordi vi før uthentingsperioden startet, ble gjort oppmerksom på at en del av henvisningene som kom til hjertemedisinsk avdeling dette året angikk fornyelse av førerkort C1 og C1E. Henvisningene som angikk førerkort ble plassert i en egen gruppe for å kunne vurdere resultatene i denne gruppen separat.

Det ble nøye vurdert hvordan skåringen skulle utføres, og noen punkter veide mer enn andre. Henrik Schirmer kom også med innspill til malen.

De fleste punktene ble skåret med 0 eller 1 poeng. Noen punkter som vi mente det var viktig at var godt beskrevet, ble skåret med 0, 1 eller 2 poeng. Punktene som kunne skåres med opptil 2 poeng var familie/sosialt, tidligere sykdommer,

dyspné, brystmerter, hjertebank, auskultasjonsfunn hjerte, laboratorieprøver, medikamenter og oversiktighet/lettleselighet. Disse punktene har mer å si for totalskåren enn de med maksimalskår 1 poeng. Maksimalskåren per punkt ble ikke satt høyere enn 2 poeng fordi oppnådd maksimalskår på ett slikt punkt da ville ha for mye å si for totalskåren.

Malen og prosessen med å vurdere henvisningene ble pilotert ved hjelp av de fem første henvisningene. Det ble deretter foretatt en vurdering av kvaliteten på malen før de resterende henvisninger ble vurdert. Denne piloten medførte ikke endringer i malen.

Det optimale hadde vært om en allmennlege og en sykehuslege skåret henvisningene uavhengig av hverandre. I dette prosjektet er det jeg som har gjort denne jobben. Veileder og jeg gikk gjennom de første fem henvisningene sammen etter at jeg hadde skåret dem, og poenggivingen var sammenfallende. Resten av henvisningene gikk jeg gjennom alene og ga poeng. Hvis det var noe jeg var i tvil om, ble dette tatt opp med veileder. I tillegg ble det valgt ut fem tilfeldige henvisninger etter at jeg var ferdig med skåringen. Disse gikk veileder gjennom for å se om hun var enig i de gitte poeng. Poenggivingen var sammenfallende også her.

Som det fremgår i vedlegg 1 ble den henviste pasients kjønn og fødselsår registrert. Informasjon om henvisende leges kjønn og fødselsår ble også registrert. Legens kjønn ble fastslått utfra legens navn. I tvilstilfeller ble skattelistene brukt for å fastslå kjønn. Fødselsår fant jeg ved å søke i skattelistene, og alder ble beregnet utfra dette kun ved bruk av årstall.

Legealder ble inndelt i tre aldersgrupper: yngre enn 36 år, mellom 36 og 49 år og eldre enn 49 år. De ble inndelt slik fordi alderen sier noe om hvor lenge de har jobbet og dermed hvor erfaren de er. Pasientalder ble inndelt i tre aldersgrupper: yngre enn 40 år, mellom 40 og 66 år og eldre enn 66 år. De er

inndelt slik fordi sjansen for å være hjertemedisinsk syk øker med alderen, og det er økende hyppighet av hjertekarsykdom med økende alder. Både leger og pasienter ble delt i tre grupper fordi vi ikke ville ha for mange grupper ettersom det da ville ha blitt få henvisinger i hver gruppe. Begge er skjønnsmessige inndelinger med noe tilfeldig valgte grensealdre.

Statistiske beregninger er utført med bruk av PASW Statistics 18.0 (tidligere kalt SPSS). Vi har brukt tabulering, og til statistiske analyser er det brukt one way analysis of variance between groups (ANOVA). Det er utført ANOVA-testing på alle gruppeforskjeller i materialet, men det er kun de statistisk signifikante resultatene ($p < 0,05$) som er presentert i teksten.

Dette prosjektet er et kvalitetssikringsprosjekt. Henvisningene har blitt vurdert anonymt, og prosjektet er gjennomført etter godkjenning fra personvernombud på UNN, Per Bruvold.

Resultater

Legenes kjønn, alder og henvisningskvalitet

61 av 108 henvisninger kom fra mannlige fastleger og 47 fra kvinnelige. 46 henvisninger kom fra leger yngre enn 36 år, 23 fra leger mellom 36 og 49 år, og 30 fra leger eldre enn 49 år. 9 kom fra leger med ukjent alder.

Henvisningene fra mannlige leger hadde gjennomsnittlig totalskår 12,67 (n=61), de fra kvinnelige leger hadde 15,15 (n=47). Denne forskjellen i skår mellom henvisninger fra mannlige og kvinnelige leger var statistisk signifikant, $p=0.004$ (ANOVA).

Henvisningene fra leger yngre enn 36 år hadde gjennomsnittsskår 14,83 (n=46), de fra leger mellom 36 og 49 år hadde 13,74 (n=23) og de fra leger eldre enn 49 år hadde 12,97 (n=30). Som vi ser faller kvaliteten med alder, men denne trenden er ikke statistisk signifikant.

Pasientenes kjønn, alder og henvisningskvalitet

65 av 108 henvisninger gjaldt mannlige pasienter og 43 gjaldt kvinnelige. 7 gjaldt pasienter yngre enn 40 år, 50 gjaldt pasienter mellom 40 og 66 år og 51 gjaldt pasienter eldre enn 66 år.

Henvisningene som gjaldt mannlige pasienter hadde gjennomsnittsskår 12,86 (n=65) og de som gjaldt kvinnelige pasienter hadde 15,09 (n=43). Denne forskjellen var statistisk signifikant, $p=0.011$ (ANOVA).

Henvisningene som gjaldt pasienter yngre enn 40 år (n=7) hadde gjennomsnittsskår 11,57, de som gjaldt pasienter mellom 40 og 66 år hadde 14,22 (n=50), og de som gjaldt pasienter eldre enn 66 år hadde 13,59 (n=51).

Kvaliteten på henvisninger i de ulike tilstandsgrupper

Maksimumsskår var 28 for gruppene I Hjertesvikt/dyspné/hoste, II Klaffesykdom/bilyd, III Koronararteriesykdom/brystsmerter, V Annet og VI Førerkort. Gruppe IV Rytmeforstyrrelse/hjertebank, som i tillegg til de generelle punktene hadde et gruppespesifikt punkt med mulighet for to poeng, har en maksimumsskår på 30.

Tabell 1. Fordeling av henvisningene i tilstandsgrupper. Antall, gjennomsnittlig totalskår og spredning.

Gruppe	Antall (n)	Gjennomsnittsskår (prosent av totalskår)	Minimumsskår (prosent av totalskår)	Maksimumsskår (prosent av totalskår)	
I	Hjertesvikt/dyspné/hoste	16	16,50 (58,9)	10 (35,7)	26 (92,6)
II	Klaffesykdom/bilyd	10	13,20 (47,1)	9 (32,1)	19 (67,9)
III	Koronararteriesykdom/brystsmerter	38	13,97 (49,9)	5 (17,8)	23 (82,1)
IV	Rytmeforstyrrelse/hjertebank	29	14,28 (47,6)	6 (20,0)	22 (73,3)
V	Annet	5	10,60 (37,9)	7 (25,0)	15 (53,6)
VI	Førerkort	10	9,10 (32,5)	3 (10,7)	15 (53,5)

108

Gruppe V Annet og VI Førerkort hadde lavere gjennomsnittsskår og maksimumsskår enn de fire andre gruppene.

Gruppe III Koronararteriesykdom/brystsmerter var den største gruppa (n=38). 22 av 38 henvisninger kom fra mannlige leger med gjennomsnittsskår 12,27. 16 kom fra kvinnelige leger med gjennomsnittsskår 16,31. Forskjellen i skår mellom henvisninger fra mannlige og kvinnelige leger var statistisk signifikant, $p=0.004$ (ANOVA).

For symptomet ”Hjertebank” som var et spesifikt vurderingspunkt for gruppe IV Rytmeforstyrrelse/hjertebank (n=29), fikk 11 henvisninger 0 poeng for ”ingen eller 1 punkt oppgitt”.

Alle henvisningene i gruppe II Klaffesykdom/ bilyd (n=10) fikk maksimalskår 2 poeng på vurderingspunktet ”Auskultasjonsfunn hjerte”.

Kvaliteten på de ulike deler av henvisningen (vedlegg 2)

Noen deler av henvisningene hadde god kvalitet. 97 av 108 hadde opplysninger om tidligere sykdommer med gjennomsnittsskår 1,41, maksimalskår var 2. ”Auskultasjonsfunn hjerte” var oppgitt i 73 av henvisningene og hadde gjennomsnittsskår 1,27, maksimalskår var 2. I 82 av henvisningene var blodtrykk oppgitt. 87 hadde opplysninger om medikamenter med gjennomsnittsskår 1,51, maksimalskår var 2. 91 av 108 henvisninger hadde avslutning.

Andre deler av henvisningene fikk dårligere skår. 86 av 108 henvisninger manglet innledning. Under punktet ”Familie/sosialt” var det 73 henvisninger der ingen opplysninger eller 1 punkt var oppgitt. Pasientens BMI/kroppbygning var ikke oppgitt i 87 av henvisningene. Under vurderingspunktet ”Lab” var det i 96 av 108 henvisninger oppgitt 0-2 punkter/blodprøveresultater av maksimalt 7. EKG var ikke oppgitt i 48 av henvisningene. I 65 av henvisningene stod det ingenting om stimulantia, og i 85 av de 108 henvisningene var det ikke oppgitt om pasienten hadde noen allergier.

Når det gjelder vurderingspunktet oversiktighet/lettleselighet fordelte henvisningene seg slik at 66 var gode, 36 var middels og 6 var dårlige.

De lange henvisningene, som ofte var de innholdsmessig grundigste og fikk mange poeng på de andre vurderingspunktene, kom oftere dårlig ut når oversiktligheten skulle vurderes. Samtidig må det sies at noen av de veldig korte henvisningene også kom dårlig ut her, grunnet manglende avsnitt, skrivefeil og dårlig språk. Det ble ikke ført notater på dette så jeg har ingen nøyaktig oversikt over det, men det er slik jeg husker det fra registreringen.

Diskusjon

Det er jeg og veileder som har utviklet malen som henvisningene ble vurdert etter. Det kan hende denne malen er for streng og stiller for store krav til hva som skal være med i en henvisning. Under utformingen av malen var det viktig for oss å ta med alle punktene som bør være med i en henvisning til hjertemedisinsk avdeling.

Den detaljerte henvisningsmalen er en styrke i og med at man får vurdert svært mange enkeltpunkter i henvisningen, men det er også en svakhet i og med at enkelte henvisninger som ikke kommer så godt ut i vår skåring kunne ha blitt vurdert som innholdsmessig god nok av mottakende sykehuslege. Hvis vi for hver enkelt henvisning, parallelt med skåring etter vår mal, hadde foretatt en subjektiv vurdering på om henvisningen var god nok for sitt formål og man følte at nok informasjon var oppgitt (ja/nei), kunne vi kanskje ha fått sett nettopp dette. En slik subjektiv vurdering er her ikke foretatt, og vi får derfor ikke vite det. Det skal sies at en slik vurdering nok burde vært gjort av en erfaren sykehuslege og allmennlege, og ikke av en nokså uerfaren medisinstudent.

I arbeidet med denne oppgaven er det jeg som har vurdert henvisningene og skåret disse opp mot den malen som på forhånd var laget. Ideelt sett skulle en allmennlege og en sykehuslege foretatt en uavhengig skåring av alle henvisningene ved bruk av ett og samme skjema, men dette har her ikke vært mulig.

Legenes og pasientenes kjønn og alder var ikke anonymisert da jeg vurderte henvisningene. Dette er en svakhet ved metoden.

Inndelingen av pasienter og leger i aldersgrupper var skjønnsmessig. Jeg har av tidsmessige grunner ikke sett etter hva som er vanlig inndeling av lege-/pasientaldersgrupper i andre studier.

Oversiktlig og letleselig ble vurdert fordi sykehuslegene bruker ekstra tid på å vurdere henvisningene når de er uoversiktlige. Det er henvisningens språk og oppsett som er vurdert. Når henvisninger overføres fra de ulike dataprogrammer som brukes i allmennpraksis til DIPS på sykehuset skjer det noe med formatet. Denne overføringen gjør i varierende grad at det som ser oversiktlig ut på skjermen på allmennlegekontoret kan se veldig rotete ut for mottakende sykehuslege. Disse uoversiktighetene som formatet kan forårsake, er sett bort fra under denne vurderingen. En slik bedømming går på skjønn, og det er kun en person som har foretatt vurderingen.

Det burde vært ført notater underveis i registreringen når det gjelder skår på oversiktlig/letleselig i forhold til henvisningsdokumentets lengde, slik kunne man fått en oversikt over om det generelt sett var de lange eller korte henvisningene som fikk lav skår på dette punktet. Det som står under resultater om dette er det jeg husker fra registreringen, dette er en klar svakhet.

Noen av henvisningene var veldig korte, og kunne anses mer som ”bestillinger” av spesialistundersøkelser fra fastlegen, enn som henvisninger. I noen tilfeller kan dette kanskje skyldes at den henviste pasient nylig har vært innlagt på sykehuset og fastlegen går ut fra at sykehuslegene kan lese journalnotatene fra siste innleggelse, og de sender derfor en lite utfyllende henvisning.

Ikke alle punktene som vi har vurdert i henvisningene er like viktig for prioriteringen pasienten faktisk får. De opplysningene i henvisningen som virkelig er viktig for prioriteringen av pasientene er risikofaktorer for hjertesykdom (familieanamnese/heriditet, BMI, passiv livsstil, røyking), komorbiditet (tidligere sykdommer), funksjonsnivå, dyspné, auskultasjonsfunn hjerte, EKG, laboratorieprøver og oppdatert medisinliste. Det kan diskuteres om alle disse punktene burde ha fått ekstra skår i forhold til de andre punktene da det er disse som er viktigst for prioriteringen av pasientene.

Gjennomsnittsskår for henvisningene i de ulike tilstandsgruppene lå mellom 9,10 og 16,50 av 28 (30 for gruppe IV) mulige poeng. Det var en statistisk signifikant forskjell mellom kvaliteten på henvisninger fra mannlige og kvinnelige leger, der henvisningene fra kvinnelige leger hadde best kvalitet. Gjennomsnittsskåren på henvisningene falt med økende legealder.

Totalt sett må man kunne si at henvisningene kom dårlig ut i forhold til den malen som var laget i forkant. Kvaliteten på henvisningene var dårligere enn vi hadde forventet. Utfra den detaljerte malen vi hadde laget, forventet vi ikke at veldig mange kom til å få full skår, men vi var spente på å se hvor god kvaliteten var og hadde forventet at gjennomsnittsskåren skulle være høyere enn det den viste seg å være.

Det var en statistisk signifikant ($p=0.011$) forskjell mellom henvisningene som gjaldt mannlige og kvinnelige pasienter, der henvisningene som gjaldt kvinnelige pasienter hadde best kvalitet. Det er vanskelig å si hva en slik forskjell kan skyldes. Det kan kanskje tenkes at de kvinnelige pasientene er mer åpen om sin sykehistorie enn de mannlige, og forteller mer uten at legen må stille så mange spørsmål. Det kan også tenkes at flere kvinnelige enn mannlige pasienter hadde kvinnelige fastleger, og at henvisningene som gjaldt kvinnelige pasienter derfor hadde bedre kvalitet.

Vurderingspunktene "Familie/sosialt", "BMI/kroppbygning", "Lab" og "Stimulantia" kom svært dårlig ut i forhold til det som var forventet. Det kom i 73 av henvisningene enten ikke frem om pasienten hadde hjerte-/karsykdom i familien, eller om pasienten var yrkesaktiv, eller hvilket yrke pasienten hadde, eller informasjon om familieforhold. Alt dette kan være viktig informasjon for sykehuslegen fordi det kan si mye om pasientens liv og mulige risikofaktorer for hjerte-/karsykdom. Opplysninger om pasientens vekt, kroppbygning og livsstil er også relevant i en hjertemedisinsk henvisning, men manglet i 87 av henvisningene. I 98 av 108 henvisninger var det kun oppgitt 0-2 av totalt 7

blodprøveresultater som hjertemedisinsk avdeling ønsker skal være oppgitt i henvisningene. I 65 av henvisningene var det ingen informasjon om pasienten røyker eller ikke, som må anses som en stor mangel ved henvisninger til en hjertemedisinsk avdeling.

Det var kun 11 av 29 henvisninger i gruppe IV Rytmeforstyrrelse/hjertebank som fikk maksimalskår for symptomet ”Hjertebank”. 11 henvisninger hadde for dårlig beskrivelse av symptomet og fikk 0 poeng. Dette er en mangel ved denne type henvisning som kan gjøre det vanskelig for sykehuslegene å prioritere. Om pasienten har opplevd hjertebank eller ikke, og en eventuell beskrivelse av denne kan være viktig for sykehuslegene å vite når de skal vurdere alvorlighetsgraden og bestemme når pasienten skal få time hos spesialist.

I en engelsk studie publisert i 1993 vurderte 38 spesialister (medisinske, kirurgiske og andre) nødvendigheten av og kvaliteten på 705 henvisninger (10). De fant at 28% av henvisningene hadde feil eller utelatt informasjon om tidligere sykdommer, 26% hadde feil eller utelatt informasjon om medikamenter og 12% hadde feil eller utelatt informasjon om allergier. 5% av henvisningene hadde dårlig grammatikk, var vanskelige å lese og forstå, eller teksten var dårlig grammatisk komponert. Våre resultater viste at det i 11 av 108 henvisninger (10%) manglet informasjon om tidligere sykdommer, 21 av 108 (19%) manglet informasjon om medikamenter og 85 av 108 (79%) manglet informasjon om pasientens allergier. 6 av 108 (6%) henvisninger hadde dårlig oversiktighet/lettleselighet, 36 av 108 (33%) hadde middels oversiktighet/lettleselighet.

I Norge har det vært utført et omfattende arbeid med strukturering og faglig forbedring av elektroniske henvisninger ved Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH) på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. I denne rapporten presenteres det et forslag til en nasjonal mal for det medisinske innholdet i og strukturen på henvisningene (3). En Cochrane-analyse har vist at

et strukturert henvisningsskjema er et av tiltakene som kan være med på å gjøre intervensjoner for forbedring av henvisninger mer effektive (4).

Konklusjon

På de 14 dagene kom det inn 108 elektive henvisninger fra fastleger til hjertemedisinsk avdeling, UNN. Det var en statistisk signifikant forskjell i kvaliteten på henvisninger fra mannlige og kvinnelige leger, som hadde en gjennomsnittsskår på henholdsvis 12,67 og 15,15. Henvisende leger var delt i tre aldersgrupper der den yngste gruppen hadde høyest gjennomsnittsskår. Kvaliteten på henvisningene falt med økende legealder. Totalt sett var det betydelige mangler ved henvisningene. EKG var ikke oppgitt i 48 av henvisningene. I 96 av henvisningene var det oppgitt 0-2 blodprøveresultater av totalt 7 som er ønsket av mottakende sykehusleger. Pasientens BMI/kroppssbygning var ikke oppgitt i 85 av henvisningene. I 65 av henvisningene var det ingen opplysninger om stimulantia. I 85 henvisninger var det ikke oppgitt om pasienten hadde noen allergier.

Gjennomsnittsskåren på henvisningene i de seks tilstandsgruppene lå mellom 9,10 og 16,50, som viser en lavere kvalitet enn vi hadde forventet. Dårlig kvalitet på en henvisning gjør at sykehuslegen bruker lengre tid på å vurdere henvisningen og det kan ha negativ konsekvens for pasienten. Selve vurderingen av henvisningen tar lengre tid, men det kan også hende at alvorlighetsgraden til pasientens tilstand ikke kommer tydelig frem og pasienten må vente lengre enn nødvendig på å få time hos spesialist.

På grunn av utvalgets størrelse og at skåringa ikke er blindet, er det ikke mulig å trekke noen sikre konklusjoner utfra dette prosjektet.

Henvisninger med relevant anamnese og tilstrekkelige opplysninger om hvilke undersøkelser som er utført vil trolig føre til riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten og et raskere og mer effektivt pasientforløp.

Referanser

- 1 Malm S, Schirmer H: Hjertesak: Riktigere prioritering av pasienter!. *Fastlegenytt fra UNN* nr.2 2010. <http://unn.no/fastlegenytt/hjertesak-riktigere-prioritering-av-pasienter-article72839-24459.html>
- 2 Ethiske regler for leger, <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>
- 3 Ree AO: Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – ”Den gode henvisning”. KITH rapport nr. 22/03. Kompetansesenter for IT i helsevesenet, 2003.
- 4 Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L et al: Interventions to improve outpatient referrals for primary to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; nr. 3: CD005471.
- 5 Christensen KA, Mainz J, Kristensen E: Kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet. *Ugeskr Læger* 1997; 159: 7141-5.
- 6 Grupe P, Grinsted P, Møldrup M, Høilund-Carlsen PF: Kvalitetsforbedring af henvisninger fra praksissektoren. Et eksempel på en brukbar strategi. *Ugeskr Læger* 2006; 168(14): 1434-8.
- 7 Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E: Kvaliteten på henvisninger fra fastleger til medisinsk poliklinikk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1868-9.
- 8 Eccels M, Steen N, Grimshaw J et al: Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals – a randomized trial. *Lancet* 2001; 357: 1406-9.

- 9 Lindström K, Hagman A, Berg L, Bengtsson C: Referral notes as a tool for evaluating the co-operation between general practitioners and hospital physicians. *Scand J Prim Health Care* 1994 Sep; 12(3): 214-8.
- 10 Jenkins RM: Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 111-3.
- 11 Nygaard E, Kårikstad V: Prioriteringsveileder – Hjertemedisinske sykdommer. Utgitt av Helsedirektoratet, 2009.

Vedlegg 1

Vurderingsmal

1. **Kjønn lege**

2. **Fødselsår lege**

3. **Alder lege**

4. **Kjønn pasient**

5. **Fødselsår pasient**

6. **Alder pasient**

7. **Gruppenummer**

I: Hjertesvikt/dyspné/hoste

II: Klaffesykdom/bilyd

III: Koronararteriesykdom/brystsmerter

IV: Rytmeforstyrrelse/hjertebank

V: Annet

VI: Førerkort

8. **Innledning:** formålet med henvisningen (innleggelse/poliklinisk), kort om symptombylde, ønsket utredning/behandling.

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

9. Familie/sosialt: sivilstand, barn, yrke (stillingsprosent/trygdet/pensjonist). Hereditet. (Ev. livsstil: aktiv/inaktiv.)

0: ingen opplysninger eller 1 punkt oppgitt

1: 2 punkter oppgitt

2: 3 eller alle punkter oppgitt

10. Tidligere sykdommer: årstall, diagnose, behandling, ev. komplikasjoner.

0: ingen opplysninger

1: 1 eller 2 punkter oppgitt

2: alle punkter oppgitt, eller “frisk fra tidligere”

Aktuelt:

Sykehistorie: Generelle vurderingspunkter, gjelder alle gruppene (I-VI).

11. Dyspné:

(1) type: funksjonsdyspné/hviledyspné/ortopné

(2) nyoppstått eller progresjon, varighet, intensitet

(3) utløsende, lindrende og forverrende faktorer

0: ikke oppgitt

1: 1 eller 2 punkter oppgitt

2: 3 punkter oppgitt, eller “ingen tungpust”

12. Funksjonsnivå à la NYHA: grad av begrensning i fysisk aktivitet, symptomer i hvile, progresjon.

0: ikke oppgitt

1: beskrevet

13. Brystsmerter: nyoppståtte symptomer eller progresjon, intensitet, lokalisasjon, utstråling, utløsende faktorer, varighet, belastningsterskel.

0: ingen eller 1 punkt oppgitt

1: 2-5 punkter oppgitt

2: 6-7 punkter oppgitt, eller ”ikke hatt brystmerter”

14. Utmattelse/tretthet/slitenhet:

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

Gruppe IV Rytmeforstyrrelse/hjertebank:

15. Hjertebank:

(1) karakter: rask/langsom, uregelmessig/regelmessig

(2) vedvarende symptomer eller som anfall, anfallsforløp: gradvis økende eller raskt på/av

(3) utløsende faktorer, bl.a. kaffe

(4) progresjon og varighet av plager

0: ingen eller 1 punkt oppgitt

1: 2 punkter oppgitt

2: 3-4 punkter oppgitt, eller “ingen hjertebank”

Kliniske undersøkelser:

16. Blodtrykk:

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

17. Puls: tall (regelmessig/uregelmessig).

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

18. BMI/kroppbygning (slank, overvektig, fedme):

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

19. Auskultasjonsfunn hjerte: toner, bilyd (i tilfelle bilyd: karakteristikk, lokalisasjon, utstråling, 2.hjertetone velbevart/svekket/ikke hørbar).

0: ikke oppgitt

1: mangler 1 punkt

2: begge/alle punkter oppgitt, eller “cor u.a.”

20. Lunger: respirasjonslyd, fremmedlyder.

0: ikke oppgitt

1: oppgitt, eller “pulm u.a.”

21. Ødemer, halsvenestuvning, ev. forstørret lever:

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

22. Lab: orienterende blodprøver bør inkludere; Hb, kreatinin, elektrolytter, TSH, kolesterol, LDL, ev. pro-BNP.

0: 0-2 punkter oppgitt

1: 3-4 punkter oppgitt

2: 5-7 punkter oppgitt

23. EKG: (frekvens, rytme, akse, hypertrofi, ischemitegn).

0: ikke oppgitt

1: beskrevet, eller vedlagt (dersom tvil om tolkning)

24. Stimulantia: røyker ikke, eller røyker: hvor mye, hvor lenge.
(Ev. alkohol: enheter alkohol per tidsenhet. Ev. narkotiske stoffer.)

0: ingen opplysninger

1: røyk oppgitt

25. Allergier (medikamenter + andre alvorlige): allergi, reaksjon.

0: ingen opplysninger

1: begge punkter oppgitt, mangler informasjon om reaksjon, eller ”ingen kjente”

26. Medikamenter: medikamenter, styrke, dosering.

0: ingen opplysninger, men åpenbart fra Sykehistorie og/eller Tidligere sykdommer at pasienten bruker medikamenter

1: 1 eller 2 punkter oppgitt

2: alle punkter oppgitt, eller ”ingen faste”

27. Avslutning/vurdering: fastlegens forventninger, ønsket utredning/behandling, ev. hastegrad.

0: ikke oppgitt

1: oppgitt

28. Oversiktighet/lettleselighet:

Her vurderes alt skriftlig innhold i henvisningen. Uoversiktighet som skyldes formatet/tekniske faktorer blir ikke tatt med i vurderingen. Det som vurderes er måten fastlegen skriver og bygger opp teksten på: setningsoppbygging, språk, skrivefeil, forståelighet. Store mengder tekst uten avsnitt under for eksempel Aktuelt gjør henvisningen uoversiktig, og dette vil det trekkes for her.

0: Dårlig

1: Middels

2: God

Sum gruppe I Hjertesvikt/dyspné/hoste (maksimalt **28** poeng)

Sum gruppe II Klaffesykdom/bilyd (maksimalt **28** poeng)

Sum gruppe III Koronararteriesykdom/brystsmerter (maksimalt **28** poeng)

Sum gruppe IV Rytmeforstyrrelse/hjertebank (maksimalt **30** poeng)

Sum gruppe V Annet (maksimalt **28** poeng)

Sum gruppe VI Førerkort (maksimalt **28** poeng)

Vedlegg 2

Tabell 2. Vurderingspunkter fordelt på tilstandsgrupper. Antall og gjennomsnittsskår.

Vurderingspunkter	Maksimumsskår	Gj.sn. skår Gr. I* (n=16)	Gj.sn. skår Gr. II* (n=10)	Gj.sn. skår Gr. III* (n=38)	Gj.sn. skår Gr. IV* (n=29)	Gj.sn. skår Gr. V* (n=5)	Gj.sn. skår Gr. VI* (n=10)
Innledning	1	0,13	0,20	0,24	0,31	0,00	0,00
Familie/sosialt	2	0,69	0,30	0,66	0,48	0,40	0,10
Tidligere sykdommer	2	1,38	1,40	1,47	1,28	1,40	1,50
Dyspné	2	1,38	1,30	0,66	0,76	0,60	0,80
Funksjonsnivå	1	0,75	0,40	0,39	0,48	0,40	0,20
Brystsmerter	2	1,00	0,70	0,95	0,97	0,40	1,00
Utmattelse/tretthet/ slitenhet	1	0,31	0,10	0,18	0,24	0,20	0,10
Hjertebank (kun gruppe IV)	2	-	-	-	1,00	-	-
Blodtrykk	1	0,75	0,80	0,87	0,76	0,80	0,30
Puls	1	0,81	0,40	0,61	0,55	0,40	0,20
BMI/kroppbygning	1	0,25	0,10	0,21	0,21	0,40	0,00
Auskultasjonsfunn hjerte	2	1,75	2,00	1,37	1,28	0,80	0,40
Lunger	1	0,94	0,70	0,61	0,52	0,40	0,10
Ødemer, halsvenestuvning	1	0,75	0,40	0,13	0,10	0,00	0,00
Lab	2	0,31	0,00	0,21	0,21	0,20	0,00
EKG	1	0,44	0,30	0,71	0,69	0,20	0,20
Stimulantia	1	0,31	0,40	0,61	0,34	0,20	0,00
Allergier	1	0,31	0,20	0,24	0,17	0,20	0,10
Medikamenter	2	1,75	1,00	1,55	1,45	1,60	1,70
Avslutning	1	0,88	0,90	0,87	0,86	0,80	0,60
Oversiktighet/ lettleselighet	2	1,63	1,60	1,45	1,62	1,20	1,80
Gjennomsnittlig totalskår **		16,50	13,20	13,97	14,28	10,60	9,10

* Gruppe I: Hjertesvikt/dyspné/hoste
 Gruppe II: Klaffesykdom/bilyd
 Gruppe III: Koronararteriesykdom/brystsmerter
 Gruppe IV: Rytmeforstyrrelse/hjertebank
 Gruppe V: Annet
 Gruppe VI: Førerkort

** Maksimal totalskår for tilstandsgruppene I, II, III, V og VI er 28. Maksimal totalskår for gruppe IV er 30.