



Henvisende legers mening om praksis og tilgjengelighet ved Smerteklinikken UNN

5. årsoppgave i Stadium IV- Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø
Tromsø 2009-2011

Medisinstudent MK-06 Henriette Ailin Skaug, hsk027@post.uit.no telefon 99163054

Veileder Just Thoner, overlege og medisinsk ansvarlig ved Smerteklinikken, UNN – Tromsø.

Nøkkelord: samarbeid, smertebehandling, henvisning, spesialisthelsetjenesten,

Innholdsfortegnelse

Innhold	Side
Forside	
Resymé	2
Introduksjon	4
Metode	6
Resultat	7
A Eksempler	
B Spørreundersøkelse	
Del I Smerteklinikkens tilgjengelighet	
Del II Tiltak og behandling	
Del III Fornøydhet og andre tilbakemeldinger	
Diskusjon og konklusjon	20
Referanser	25
Vedlegg	
1 Utsendt spørreskjema	
2 Utsendt skjema for samtykkeerklæring	
3 Brosjyre fra Smerteklinikken	

Resymé

Bakgrunnen for denne femteårsoppgaven var et ønske om å finne ut i hvilken grad henvisere er fornøyde med praksis og tilgjengelighet ved Smerteklinikken, og om tiltak foreslått i epikrise/ svar fra Smerteklinikken gjennomføres. Smerteklinikken avviser ca 40 % av henvisningene med skriftlig begrunnelse, eventuelt med forslag til behandlingstiltak som kan gjøres utenfor sykehus. Dette gjøres i tråd med LEON- prinsippet, at det er et mål å holde pasientene på laveste effektive omsorgsnivå.

Materiale/ metode for arbeidet har vært en spørreundersøkelse til et utvalg leger utenfor sykehus som har henvist pasienter til Smerteklinikken ved UNN. Oversikt over henviserene er hentet elektronisk fra DIPS.

Hovedkonklusjonen fra arbeidet er at henviserene i stor grad er fornøyde med praksis på Smerteklinikken, men at de som fikk pasienten tatt inn var mer fornøyde (88 %) enn de som fikk pasienten avvist (71 %). De fleste legene som fikk pasienten avvist, var uenige i avvisningen (64 %). Foreslåtte behandlingstiltak gjennomføres i stor grad utenfor sykehus, og der de ikke gjennomføres ligger det sammensatte grunner bak.

Introduksjon

Norge er blant landene i verden som bruker mest ressurser på helse pr. innbygger.

Helseutgiftene øker stadig, selv om helseutgiftene som andel av fastlands-Norges BNP har vært relativt stabil siden 2003¹. Utgiftene til spesialisthelsetjenesten har særlig økt, og utviklingen beskrives i Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen, som ”ikke bærekraftig”. Med Samhandlingsreformen ønsker man blant annet å utføre en større andel av helsetjenestene i primærhelsetjenesten. Slagordet er ”rett behandling på rett sted, til rett tid”.²

Store epidemiologiske studier viser at Norge ligger på Europatoppen når det gjelder forekomst av kroniske smerter, og langvarig smerte er en betydelig byrde både for den enkelte pasients helse og livskvalitet, og for samfunnets budsjetter³. Noen få promille i pasientgruppen kommer inn til behandling ved smerteklinikker. Investering i tverrfaglige smerteklinikker på høyt nivå har vist seg å være samfunnsøkonomisk gunstig⁴, og flere slike klinikker er etablert på universitetsnivå. Smerteklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge arbeider etter en såkalt biopsykososial modell, der hver mottatte pasient blir tverrfaglig vurdert av spesialist i psykomotorisk fysioterapi, psykolog og anestesilege. Konsultasjonen avsluttes med en samtale der alle faggrupper og pasienten deltar. I etterkant sendes en sammenfatning med funn og forslag til tiltak til henvisende lege.

Med Samhandlingsreformens slagord, og LEON⁵- prinsippet (Lavest Effektive Omsorgs Nivå) som lenge har vært sentralt i norsk helsetjeneste, følger det et prioriteringsarbeid. Hvordan finne frem til rett nivå for pasientens behandling? Etter initiativ fra Helse- og Omsorgs Departementet ble det i tidsrommet 2006 - 2008 utarbeidet prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten. I juni 2009 forelå Prioriteringsveilederen for pasienter med langvarige smertetilstander og antatt behov for utredning / behandling ved smerteklinikk. Pasienter med subakutte smertetilstander og risiko for kronifisering fikk høyest prioritet, mens pasienter med langvarige, sammensatte smertetilstander med uavklart årsak, fikk lavest prioritet.⁶ Smerteklinikken i Tromsø får henvist omkring 400 pasienter pr. år. Etter å ha vurdert henvisningene, blir omlag halvparten av pasientene funnet å ha rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten, og mottas til konsultasjon. Den andre halvparten avvises, grunnet for eksempel mangelfull henvisning, at det etterspørres et tilbud som ikke eksisterer, at pasienten ikke oppfyller prioriteringskriteriene, eller av andre grunner. I disse tilfellene får

henviser en skriftlig tilbakemelding om årsak til avslaget, og eventuelt forslag til behandlingstiltak som kan gjøres utenfor sykehus.

Vurdering av henvisningene utføres av faglig ansvarlig lege, og i en del tilfeller også psykolog. For å få henvist ”de rette” pasientene, har Smerteklinikken utarbeidet en informasjonsbrosjyre rettet til henvisende lege og pasient. Likevel gir henvisningen alene bare unntaksvis et godt nok beslutningsgrunnlag. Det må ofte innhentes ytterligere opplysninger om pasienten, for eksempel fra elektronisk pasientjournal. Siden det oftest dreier seg om svært sammensatte tilstander, vil enhver henvisning, også etter innhenting av supplerende opplysninger, ofte bare representere en flik av pasientens opplevde smerteproblem. Et mangelfullt grunnlag for korrekt prioritering kan bety at noen av de pasientene som mottas ved Smerteklinikken burde vært avvist, og noen av de som avvises burde vært mottatt. Det er en utfordrende og tidkrevende oppgave å finne frem til de riktige pasientene, og gi tilbakemeldinger der henvisningen avvises.

Problemstillinger:

1. I hvilken grad er henvisende lege fornøyd med tilgjengeligheten ved Smerteklinikken?
2. Effektueres Smerteklinikkens forslag til behandlingstiltak utenfor sykehus, og dersom ikke – hvorfor?
3. I hvilken grad er henvisende lege fornøyd med praksisen ved Tverrfaglig Smerteklinikk?

Metode

Oppgaven baserer seg på en spørreundersøkelse til leger utenfor sykehus som har henvist pasienter fra kommunene Karlsøy, Balsfjord, Lenvik, Harstad, Tromsø, Alta og Hammerfest i tidsrommet f.o.m. 01.01.08 – t.o.m. 30.06.09. Det ble i påsken 2010 sendt ut spørreskjema i brevform. Det ble sendt purrebrev to ganger, og deretter ringt inn påminnelse via helsesekretærene ved de aktuelle legekantorene. Henvisers navn og adresse ble hentet fra DIPS- rapporten over henvisninger Smerteklinikken hadde mottatt i den aktuelle perioden (Rapport D- 6813). Utvalget var initialt 101 henvisninger, sendt av 87 leger.

Det ble etter søknad til Personvernombudet ved UNN opprettet en elektronisk database for oppgaven der navnelister for utsendelse og andre data ble oppbevart. Kun veileder og medisinstudenten hadde tilgang til denne. Etter avsluttet arbeid ble databasen slettet, og det er ikke lenger mulig å knytte informasjon tilbake til verken pasient eller lege.

Spørreskjemaet var delt inn i 2 hoveddeler:

1. Tilgjengelighet – felles for avviste og mottatte pasienter
2. Tiltak og behandling – Skjema A for mottatte pasienter, skjema B for avviste pasienter

Spørreskjemaet ble knyttet til henvist pasient med navn og personnummer hentet fra DIPS- rapporten. Dersom en lege hadde henvist flere pasienter i det aktuelle tidsrommet, mottok hun/han ett spørreskjema for hver pasient. Det var ofte en utfordring at henvisende lege ikke lenger var til stede, og i slike tilfeller kunne henvendelsen videresendes til den som hadde best kjennskap til etterspurt informasjon. Under purreturen på telefon ble det registrert at rundt 20 % av henviserene ikke kunne ventes å få svar fra på grunn av permisjon, flytting eller lignende.

Etter utsendelsen mottok vi få svar fra henvisere som fikk pasienten avvist. Derfor ble det bestemt å sende ut en ny runde spørreskjema i november/desember 2010 til samme geografiske utvalg, men henvisninger sendt i et annet tidsrom (f.o.m. 01.07.09 t.o.m. 30.06.10). I denne runden ble det kun sendt skjema til leger som fikk pasienter avvist, og spørreskjemaet ble utvidet med et spørsmål om fornøydhet. Andre utsending ble purret en gang med brev. Etter endelig innsamling forelå det 33 svar fra henvisere der pasienten ble mottatt på Smerteklinikken, og 27 svar der henvisningen ble avvist.

Resultat

De to hovedgruppene i utvalget er forkortet til ”mottatte” og ”avviste” som betyr henholdsvis ”henvisere av pasient som ble funnet å ha rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten for sin smertetilstand og derfor ble **mottatt** til behandling på Smerteklinikken”, og ”henvisere av pasient som ikke ble funnet å ha rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten for sin smertetilstand, og dermed fikk henvisningen **avvist**”.

A Eksempler

Resultatdelen innledes med to eksempler på korrespondanse mellom Smerteklinikken og henviser. Disse er tatt med for å illustrere utfordringer ved behandling av henvisninger, samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten og generelt ved pasientbehandling. Enkelte opplysninger er utelatt på grunn av personvern.

Korrespondanse 1 - Kvinne i 60-årene

Henvisningen foreligger ikke. Fra tidligere: PCI- behandlet for hjerteinfarkt, laminectomert pga spondylolistese, kroniske nakkeplager, svimmelhet og øresus, TIA og stor opphopning av hjertesykdom i familien.

Svar fra Smerteklinikken

”Det dreier seg om en sammensatt smertetilstand hos en kvinne i sekstiårene. Hun har generell karsykdom, anamnestisk TIA og mange diffuse symptomer fra nese, hals, nakke og hode. Svimmelhet. Hun er omfattende utredet; så vidt jeg kan se er det påvist trange forhold samt degenerative forhold i cervikalcolumna.

- Svimmelheten er neppe forårsaket av disse forandringene; ØNH- lege antyder ortostatisk årsak, i alle fall ikke otogen. Nevrokirurg har anbefalt ecco doppler av halskar. Er dette utført? Som ØNH-legen og nevrokirurgen har antydnet ville jeg, med hennes generelle karsykdom, også tenke på vaskulær årsak til hennes svimmelhet. Må hun ha sin Selo-Zok?
- Hodepinen og nakkesmertene skyldes antakelig de degenerative forandringene i nakken. Dette er smerter som svarer dårlig på tradisjonelle analgetika, men bedre på fysioterapi/bevegelsesterapi.

- Ryggsmerter, ikke særlig bedre ved 6 mnd kontroll etter laminectomi. Ryggsmerter med utstråling kan jo ha en nevropatisk komponent og vil da svare dårlig på tradisjonelle analgetika

Vurdering: S sammensatt tilstand der jeg ikke oppfatter at smertene er viktigste symptom. Kommunikasjonsproblemer og somatiseringstendens er jo en utfordrende kombinasjon. Hun bruker anxiolytika i beskjeden dosering; - kanskje burde hun stå på fast medikasjon? Dersom svimmelheten er vaskulært betinget vil medikamenter som senker mean BT forverre svimmelheten. Medikamenter med svimmelhet som bivirkning bør også unngås. Kanskje kunne Norspan plaster i lav dosering være en mulig smertestillende behandling, både for hennes nakkesmerter og ryggsmerter. Medikamenter mot nevropatisk smerte har dessverre ofte svimmelhet som bivirkning og bør antakelig unngås. Alt i alt tror jeg vi har lite å tilby denne kvinnen. Ytterligere utredning og billeddiagnostikk er, etter min mening, ikke indisert med nåværende symptombilde. Spesifikk behandling av vaskulært betinget svimmelhet kjenner jeg ikke til, men forhold som reduserer cerebral sirkulasjon bør unngås. Man bør fokusere på alle nonmedikamentelle tiltak; - fysisk og sosial aktivitet, distraksjon og lystbetont aktivitet. Pasienten mottas ikke her.

Mvh overlege Smerteklinikken”

Henvi sning som svar

”Tusen takk for veldig bra svar på min henvi sning – jeg skal røre på Selo-Zoken, og henvise doppler. Jeg har gjort visse forsøk på nonmedikamentelle tiltak, men ikke kommet noen vei – hun er så veldig somatisk fiksert. Jeg visste ikke at nevropati-smertestillende ga svimmelhet – søren også, så er ikke det noe alternativ.

Mvh Fastlegen”

Kommentarer til eksempelet

Denne korrespondansen dreier seg om en sammensatt pasienthistorie. Svaret fra overlege på Smerteklinikken viser at her har det gått med tid til å gjennomgå pasientjournalen for utfyllende opplysninger. Svaret er oversiktlig inndelt etter de ulike problemstillingene, og dette setter tydeligvis henvisende lege pris på.

Korrespondanse 2 - mann i 40-årene

Henvisning fra Fastlegen

40 år gammel mann.

”Sykehistorie: Spenningshodepine, utredet hos nevrolog. Appendektomi.

Aktuelt: Pasienten har tatt kontakt med Smerteklinikken etter ikke å ha møtt til kontroller der, og Smerteklinikken ber om ny henvisning for å ta ham inn på nytt. Pasienten møtte ikke på grunn av overmakt (vold). Han er samtidig mer eller mindre plaget og forrige henvisning er fortsatt høyst aktuell. I min iver etter å hjelpe denne mannen og test av forskjellige preparater har helsetilsynet kontaktet meg for å minne om at jeg må begrense forskriving av A- og B-preparater. Håper derfor at pasienten denne gangen kan tas inn til en alvorlig vurdering og en innleggelse over tid med observasjon av smerterelatert atferd, mestring, effekt av de forskjellige preparater, trening mv. Han har jo vært til smerteklinikk før, og det har jo ikke brakt oss noe som helst videre. Viser til forrige henvisning - regner med den finnes tilgjengelig.

Mvh Fastlegen”

Svar fra Smerteklinikken

”Pasienten har vært fulgt her med kontroller, fikk 6 mnd tilbake time til full tverrfaglig vurdering uten at han møtte. Smerteklinikken er et rent poliklinisk tilbud til pasienter med uavklarte kroniske smertetilstander. Vi har dessverre ikke egne senger. I dette tilfellet er tilstanden vel i det vesentlige avklart, men pasienten har, så langt jeg vet, ikke forsøkt foreslått behandling over tid (kognitiv behandling/ psykomotorisk behandling). Bruk av A- og B-preparater er også høyst bekymringsfull. Vi driver ikke avrusning, og har heller ikke kompetanse til det. En ny poliklinisk samtale her vil som du også skriver, neppe tilføre noe mer. Jeg tror en videre mulig strategi er innleggelse for avvenning i egnet institusjon samtidig med kognitiv terapi.

Mvh overlege Smerteklinikken”

Ny henvisning fra Fastlegen

”Jeg ser meg nødt til å fortsette kommunikasjonen rundt denne pasienten siden jeg mener det er noen misforståelser her. Pasienten kan muligens sies ikke å være den som er lettest å motivere, men kan vi heller samarbeide enn at han avvises på det grunnlaget. Du skriver at dere ikke har egne senger. Ok, det er et utgangspunkt som jeg selvfølgelig forholder meg til,

MEN hvor hen kan jeg da henvise pasienten? Du foreslår selv at jeg skal legge inn pasienten på ”egnet institusjon” for avvenning samtidig med kognitiv terapi. Hvor finner jeg en slik institusjon som tar imot henvisninger fra en fastlege i Troms/Finmark?? Jeg har ikke erfaring med å legge inn pasienter med kronisk smerte og forskjellige tilleggsproblemer som gjerne er av psykiatrisk karakter, på rusbehandling. Jeg har derimot utstrakt erfaring med at pasientene i slike situasjoner IKKE får hjelp med annet enn sitt rusproblem. Det forefaller meg ikke å være spesielt effektivt. Jeg har prøvd å henvise denne pasienten til en rehabiliteringsklinikk, men ble avvist. Det avvises kanskje ikke like enkelt dersom du henviser? Er det mulig at du som smertespesialist sitter med informasjon og erfaring som jeg kunne ha lært noe utav for denne pasienten? Jeg håper virkelig du skjønner at jeg kun er ute etter pasientens beste, men jeg trenger virkelig litt veiledning her. Du skriver at pasienten ikke har forsøkt foreslått behandling over tid. Han har allerede lenge før henvisning til dere vært til psykomotorisk fysioterapi og har i flere år hatt flere lange episoder med intensiv behandling som ikke har hjulpet i det hele tatt. Han har vært til vurdering og forsøk på kognitiv terapi hos dr....., men dette funket heller ikke. Som sagt, jeg respekterer selvfølgelig at dere, som du sier, ikke kan ta imot pasienter når han ikke følger behandlingsråd, ikke møter til timene, og at innleggelse ikke er en mulighet hos dere. Jeg tror likevel at det for pasienten er noe å hente her, i form av veiledning av meg i det å lindre hans plager så godt som mulig. Håper på videre samarbeid. Til info flytter jeg sørover om et par mnd, ny fastlege overtar. Mvh Fastlegen”

Svar fra Smerteklinikken

”Viser til din henvisning. Jeg forstår din frustrasjon. Pasienten tilhører en pasientgruppe som ”faller mellom alle stoler”. Stikkord: kroniske smerter, avhengighet av medikamenter, lav compliance og redusert evne/ forståelse for å nyttiggjøre seg de tiltak som helsetjenesten mener er nødvendig. Jeg vet at egnet institusjon er vanskelig å finne; - bare i ettertid kan vi si om institusjonen var egnet. Det er bred faglig enighet om at resultatet av videre tiltak for pasienter med tilsvarende problemstilling vil være avhengig av pasientens motivasjon for endring. Vi har hatt en tverrfaglig gjennomgang av problemstilling og mulig tilnærming. Vi har kommet til at det beste tiltaket vi kan tilby er en felles konsultasjon her på Smerteklinikken i Tromsø der pasient, fastlege og et tverrfaglig team herfra møtes. Vi vil gjerne ha tilbakemelding om en slik tilnærming kan være et alternativ før videre tiltak. Mvh overlege, Smerteklinikken”

Henvising

”Stor takk for at du på ny er villig til å se over denne pasientens situasjon. Avtaler dato for møte i Tromsø.

Mvh Fastlegen”

Poliklinisk journalnotat, Smerteklinikken

”Tilstede: Pasient med fastlege og overlege på Smerteklinikken

... Pasient, fastlege og overlegen har en 30-45 minutters samtale. Status i dag er til forveksling lik situasjonen for mer enn 4 år siden, ved første vurdering. Forbruket av Paralgin Forte er omtrent identisk.

Vurdering: diagnose og alder tilsier forsiktighet med korttidsvirkende opioider. Det er videre holdepunkter for lav compliance ved annen medisinerings. Langvarige, hovedsakelig muskulære smerter bør ikke behandles med opioider; og i alle fall ikke korttidsvirkende opioider (PF). Han bruker i dag omkring 2DDD/dag (Definert Daglig Dose, antatt daglig vedlikeholdsdose). Ett alternativ kunne være langtidsvirkende morfin (Dolcontin). Her synes dette ikke å være en farbar vei; - jeg mener forbruket over tid skal halveres til inntil 4 tbl PF / døgnet (1DDD). Fastlege slutter ilet kort tid; når ny fastlegekontakt er etablert bør det lages en nedtrappingsplan. Han skal ikke bruke opioider som overstiger 20mg morfin po/ dogn (=4PF/ dogn). Ingen avtale om kontroll her.

Overlege, Smerteklinikken”

Kommentarer til eksempelet

Jeg synes denne korrespondansen illustrerer flere utfordringer:

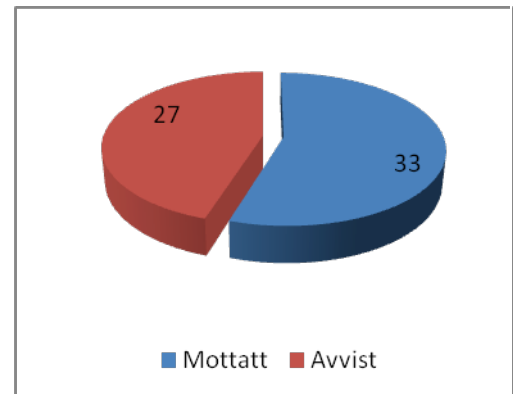
- Ufullstendig henvising - Den første henvisningen oppgir ikke at pasienten hadde forsøkt tidligere anbefalt behandling uten effekt. Dette er problematisk fordi man vil kunne få avslag på feilaktig grunnlag, eventuelt med forslag til behandling i førstelinjetjenesten som allerede er prøvd.
- Henvisende lege har ikke oversikt over tilbudet han henviser til – Han henviser til bl.a. innleggelse som ikke gjøres ved Smerteklinikken.
- Utfordrende pasientgruppe - Korrespondansen viser tydelig fastlegens frustrasjon og ønske om hjelp til pasientbehandlingen. Den omtalte pasienten tilhører, som overlegen skriver i et av svarene, en pasientgruppe som faller mellom alle stoler. Dette er klart utfordrende for fastlegen.

- Manglende compliance - Resultatet her ble en poliklinisk time på Smerteklinikken der både pasient og fastlege møter. Dette gjøres enkelte ganger for å bedre oppmøte der det erfaringsmessig har vært et problem. Dessuten vil det kunne tenkes at videre samarbeid mellom førstelinje og andrelinje bedres etter at partene har møttes.
- Kontinuitet i legedekningen – Fastlegen her forteller at han om kort tid flytter, og ny fastlege overtar.

B Spørreundersøkelse

Svarprosent

Av 87 spørreskjema i første utsending mottok jeg 45 svar hvorav 33 fra mottatte og 12 fra avviste. Dette gir en svarprosent på ca 52 %. Dersom man ser bort fra 15 som var uaktuelle å få besvart grunnet langvarig fravær eller utskiftning av henviser, stiger svarprosenten til 63 %. I andre utsending fikk jeg 15 svar av 30 utsendte skjema, noe som gir en svarprosent på 50 %. Totalt er 27 spørreskjema fra avviste og 33 spørreskjema fra mottatte inkludert i undersøkelsen.



Figur 1 Fordeling av besvarelser n= 60

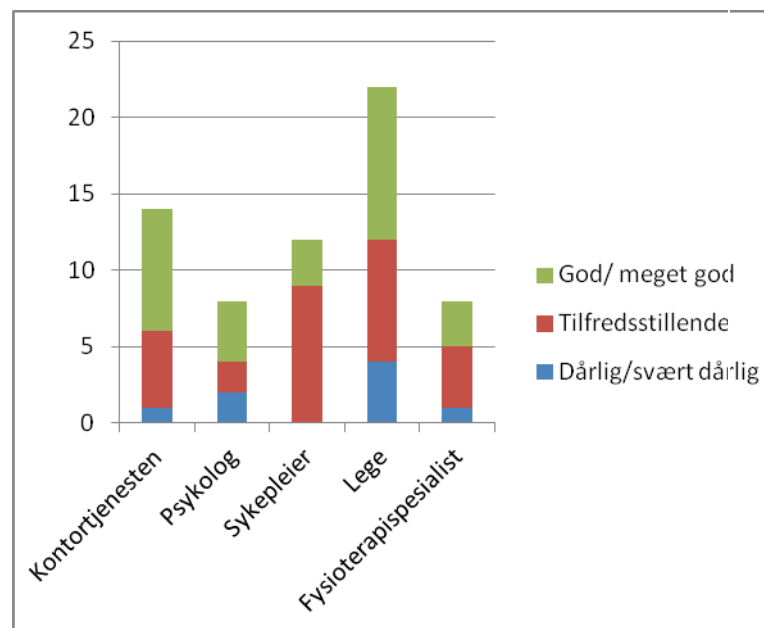
Del I Smerteklinikkens tilgjengelighet

Felles for mottatte og avviste

Spørsmål 2: Har du tatt direkte kontakt med Smerteklinikken via e-post eller telefon?

Dersom ja; hvordan synes du tilgjengeligheten er?

Halvparten (30 av 60) oppga å ha tatt kontakt med Smerteklinikken og hadde da gjerne kontaktet flere fagpersoner. De fleste hadde hatt kontakt med lege, sykepleier eller kontortjenesten. Av totalt 64 kontakter vurderte 56 (ca 88 %) tilgjengeligheten til å være tilfredsstillende eller bedre, mens 8 (ca 12 %) synes tilgjengeligheten var dårlig eller svært dårlig.



Figur 2 Henviseres fornøydhhet med tilgjengeligheten ved Smerteklinikken. Antall på y-aksen, n = 64

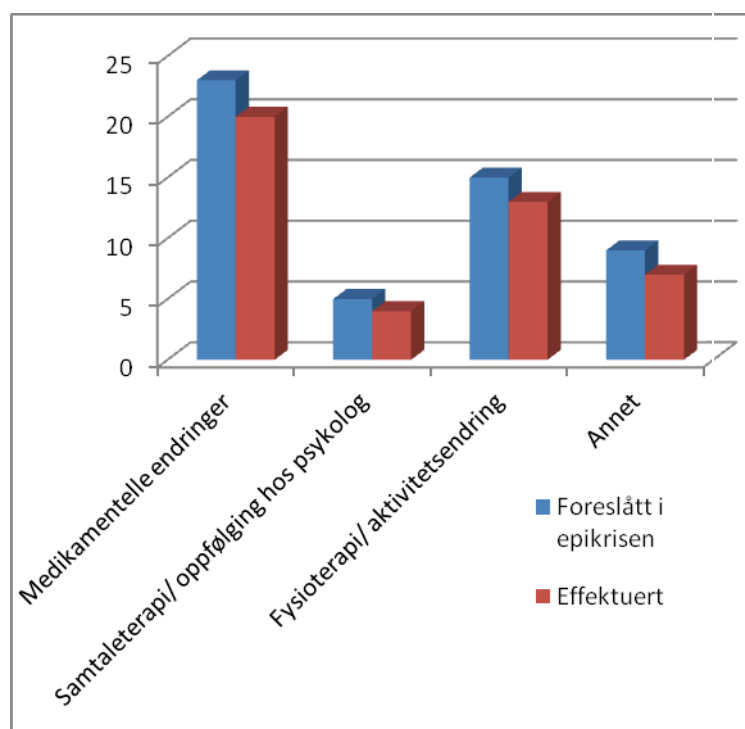
Del II Tiltak og behandling

Mottatte

Spørsmål 1: Hvilke av følgende tiltak ble foreslått i epikrisen?

Spørsmål 2: Hvilke tiltak ble utført?

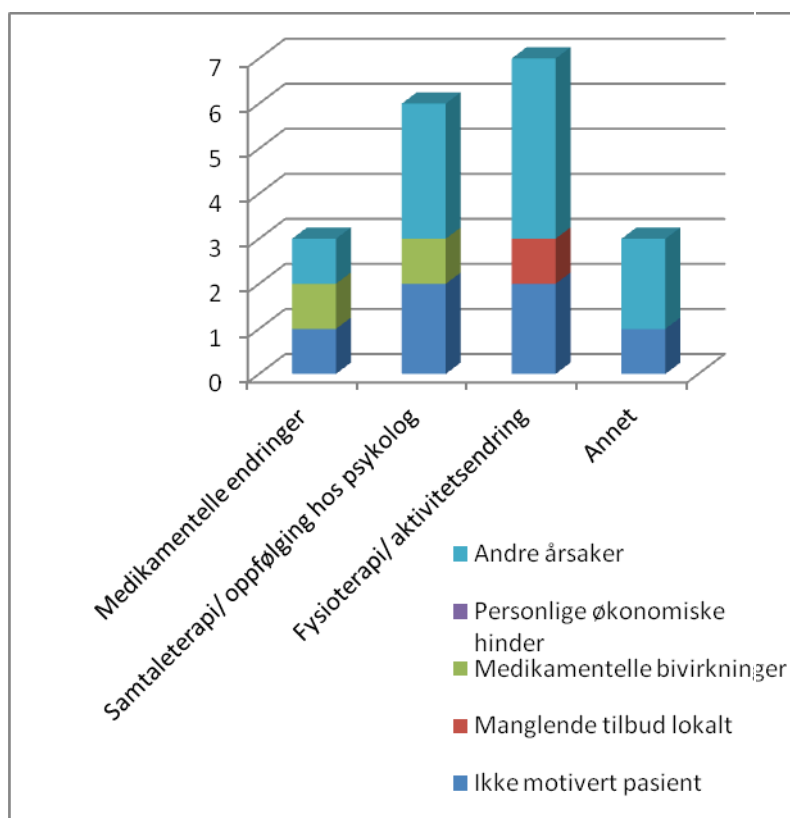
Medikamentelle endringer er det tiltaket som hyppigst ble foreslått i epikrisene. 20 av de 23 foreslåtte medikamentelle endringene ble gjennomført. Av figuren ser man at antallet gjennomførte ligger tett opptil antall foreslåtte for alle typer tiltak. Annet er spesifisert i fritekst som: ”støttekontakt/hjemmehjelp”, ”ergoterapeut”, ”sykemelding”, ”utredning”, ”opptreningsopphold” og ”TENS”.



Figur 3 Foreslåtte og utførte tiltak for mottatte pasienter. Antall på y-aksen, n=52

Spørsmål 3: Dersom noen av de foreslåtte tiltakene ikke ble utført, hva mener du er den mest nærliggende årsak?

52 tiltak ble foreslått og 44 ble gjennomført, men man kan ikke nødvendigvis beregne en gjennomføringsgrad på 85 % fordi tallene er registrert i to ulike spørsmål. Henviser oppga hyppigst fysioterapi/ aktivitetsendring som ikke gjennomført, og oftest var årsakene til dette ”Andre årsaker”, etterfulgt av ”Ikke motivert pasient”. I fritekstfeltet oppgis andre årsaker til å være blant annet: ”Har god



Figur 4 Grunner til ikke gjennomførte tiltak foreslått i epikrisen for mottatte pasienter. Antall på y-aksen, n=19

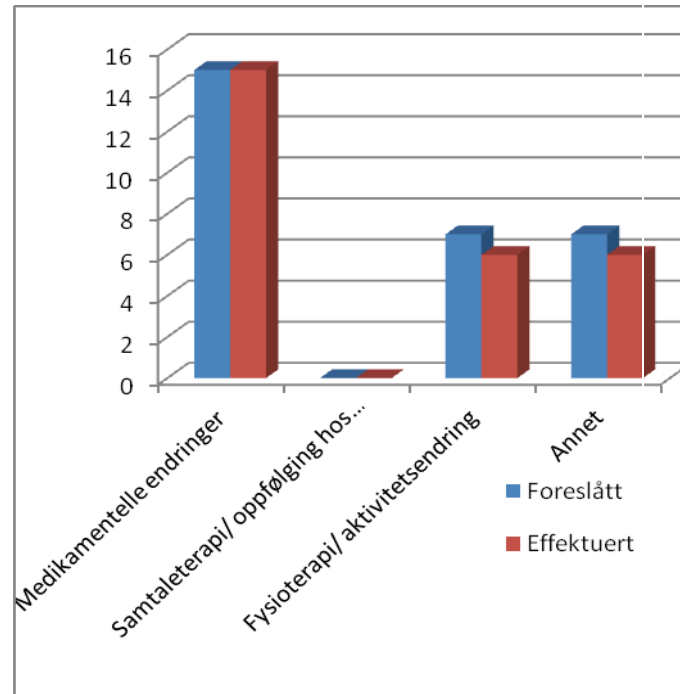
behandling”, ”Er prøvd før”, og ”Alt er prøvd før”. Ingen har oppgitt personlige økonomiske hinder som grunn til ikke gjennomført tiltak.

Avviste

Spørsmål 1: Hvilke av følgende tiltak ble foreslått iverksatt i svaret fra Smerteklinikken?

Spørsmål 2: Hvilke tiltak ble utført?

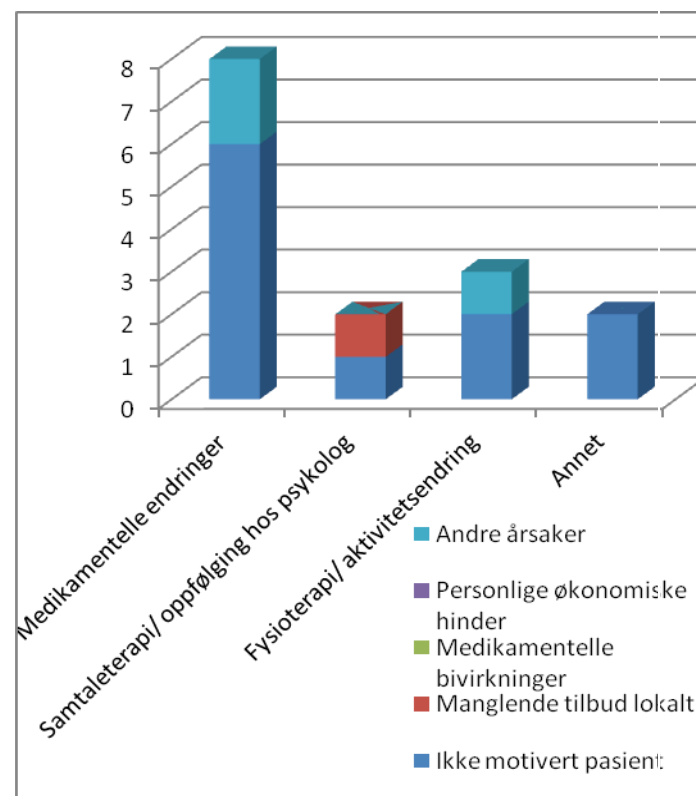
Av gjennomførte tiltak var medikamentelle hyppigst forekommende også blant avviste, og antall foreslåtte tiltak er nærmest identisk gjennomførte. Ingen har fått foreslått ”Samtaleterapi/ oppfølging hos psykolog. ”Annet” er spesifisert i fritekst som blant annet: ”psykomotorisk fysioterapi”, ”Smerteskole/ kurbad”, ”innleggelse rusklinikk” og ”avvente annen utredning”.



Figur 5 Foreslåtte og utførte tiltak for avviste pasienter. Antall på y-aksen, n=29

Spørsmål 3: Dersom foreslåtte tiltak ikke ble utført, hva mener du er den mest nærliggende årsak?

Det hyppigst ikke gjennomførte tiltaket var medikamentelle endringer. Manglende motivasjon hos pasienten var oppgitt som mest nærliggende årsak i de fleste tilfellene. Det anmerkes at ”Samtaleterapi/ oppfølging hos psykolog” ikke er oppført som foreslått for noen i denne gruppen, men likevel oppgitt å være et foreslått tiltak som ikke ble gjennomført. Som tidligere nevnt kan man altså ikke se disse to spørsmålene i direkte sammenheng. Ingen har oppgitt personlige



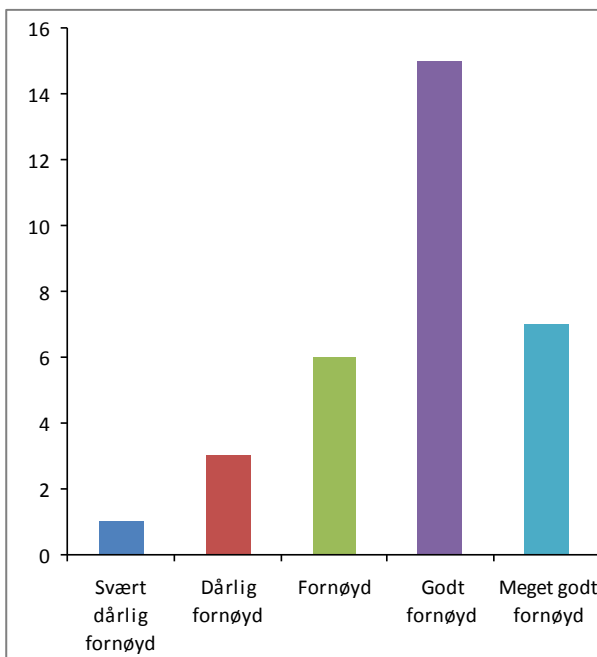
Figur 6 Grunner til ikke gjennomførte tiltak foreslått i svaret for avviste pasienter. Antall på y-aksen, n=15

økonomiske hinder eller medikamentelle bivirkninger til å være årsak til ikke gjennomført tiltak.

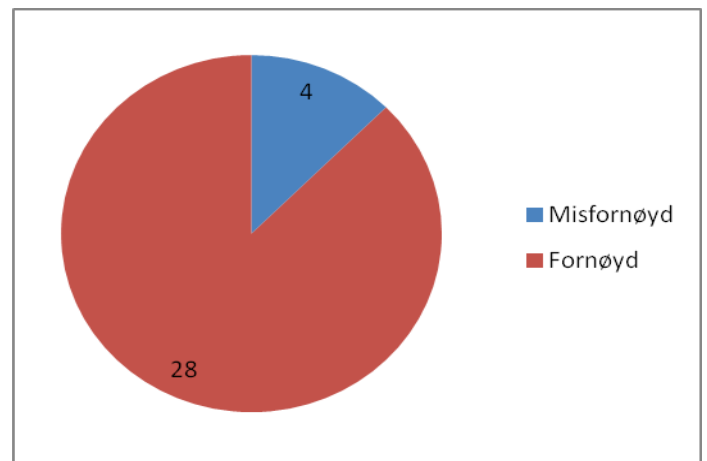
Del III Fornøydhets og andre tilbakemeldinger

Mottatte

Spørsmål 4: Samlet sett, på en skala fra 1-5; hvor fornøyd er du med vurdering/ forslag til behandling som denne pasienten har fått ved Smerteklinikken?



Figur 7a Fordeling av fornøydhets- mottatte. Antall på y-aksen, n=32



Figur 7b Fordeling av fornøydhets- mottatte, sammenslåtte kategorier. n=32

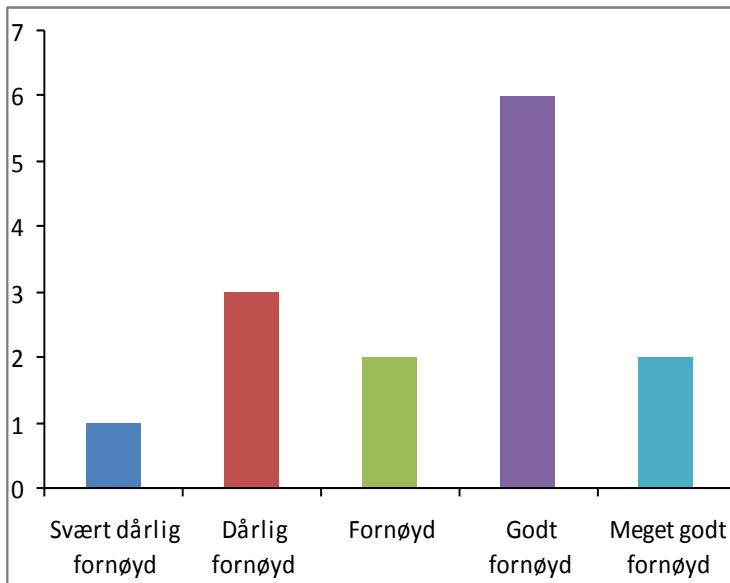
Blant henvisere som fikk pasienten tatt inn til behandling, oppgir ca 12 % å være dårlig eller svært dårlig fornøyd. 88 % oppgir å være fornøyd, godt fornøyd eller meget godt fornøyd (godt eller meget godt fornøyd 79 %).

Fra fritekstfeltet:

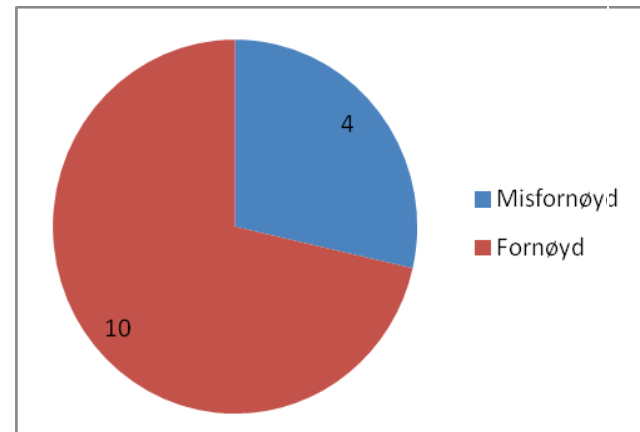
- ”Uten hjelp fra Smerteklinikken vet jeg ikke hvordan vi skulle taklet denne pas! Uvurderlig hjelp/tiltak/støtte i dette tilfellet!”
- ”Generelt får jeg svært gode og presise epikriser fra Smerteklinikken. Jo mer konkrete, jo bedre. Oppsummerer situasjonen slik at både jeg og pas kan kjenne den igjen.”

Avviste

Spørsmål 5: Samlet sett, på en skala fra 1-5; hvor fornøyd er du med vurdering/ forslag til tiltak som denne pasienten har fått ved Smerteklinikken?



Figur 8a Fordeling av fornøydhet hos henviser der pasienten ble avvist. Antall på y-aksen, n=14



Figur 8b Fordeling av fornøydhet hos henviser der pasienten ble avvist, sammenslåtte kategorier n=14

Blant henvisere som fikk pasienten avvist var andelen dårlig eller svært dårlig fornøyd 29 %. Andelen fornøyd, godt eller meget godt fornøyd var 71 % (godt eller meget godt fornøyd 57 %).

Fra fritekstfeltet:

- ”Pasienten har kronisk smertetilstand delvis av psykosomatisk karakter som det ofte viser seg hos fibromyalgiker. Hun kunne fått et bedre tilbud!”
- ”Jeg synes tilbakemeldingene var oppklarende for meg og for pasienten. Kanskje kunne han hatt nytte av Smerteskolen da, men har ikke tatt ny kontakt siden. Situasjonen og smertene er for tiden bedre. Bra med konkrete råd.”
- ”Pasienten burde ikke vært avvist. De foreslåtte tiltakene hadde ikke effekt”
- ”Pasientens smerteproblem var utredet og behandlet av undertegnede som er fastlege. Relevant medikamentell behandling, fysisk aktivitet, psykomotorisk fysioterapi og samtalebehandling hos psykiater var allerede iverksatt. Det var psykiater som hadde anbefalt henvisning til smerteklinikken”
- ”Pas, har tidligere vært til vurdering ved smerteklinikken. Vi har i hovedsak fulgt de råd som har vært gitt samt fulgt pas. Når jeg henviser til dere for en ny vurdering er det fordi jeg mener det er nødvendig at dere ser pasienten igjen.”
- ”Skriftlig tilbakemelding med forslag til tiltak er uansett kjempebra! Det oppleves

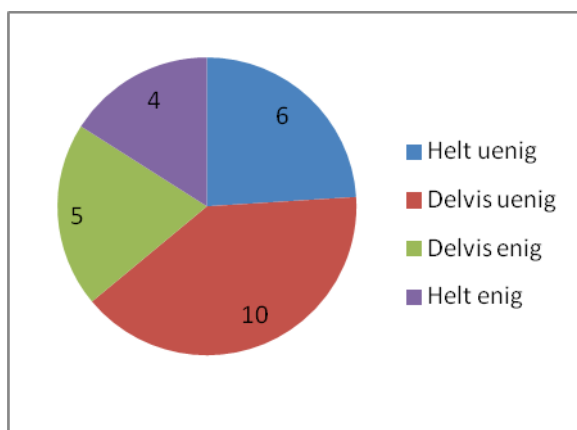
imidlertid ofte fra min side at henvisninger avvises, og da dessverre på de som etter min mening er mest trengende. Jeg har opplevd at henvisninger er blitt avvist både fordi 1: ikke nok tiltak var prøvd, men verst 2: fordi "alt" er prøvd. Dette henger etter min mening ikke på greip da jeg har forstått det slik at tilbudet er for de pasientene som har så store behov eller så sammensatte behov at primærhelsetjenesten ikke kan håndtere det. Det er for disse pasientene at tilbudet er viktig, da det aller, aller meste av smertebehandling tross alt kan håndteres i primærhelsetjenesten. For de pasienter som "kommer gjennom nåløyet" er tilbudet kjempebra.”

- ”Pas. Har ikke vært hos fastlegen etter avslaget fra smerteklinikken.”
- ”Denne pas. hadde en lokalisert kraftig betennelse i muskel-/skjelettapparatet, og nevrergi. Henvisningsvurderende overlege syntes at pasienten allerede hadde fått "arsenalet" av smertestillende tilgjengelig og ba fastlegen "to keep up the good work". Pasienten kunne etter min vurdering fått hjelp av Smerteklinikken til bearbeiding/øke/tåle/leve med smerter - som kunne vært til hjelp.”

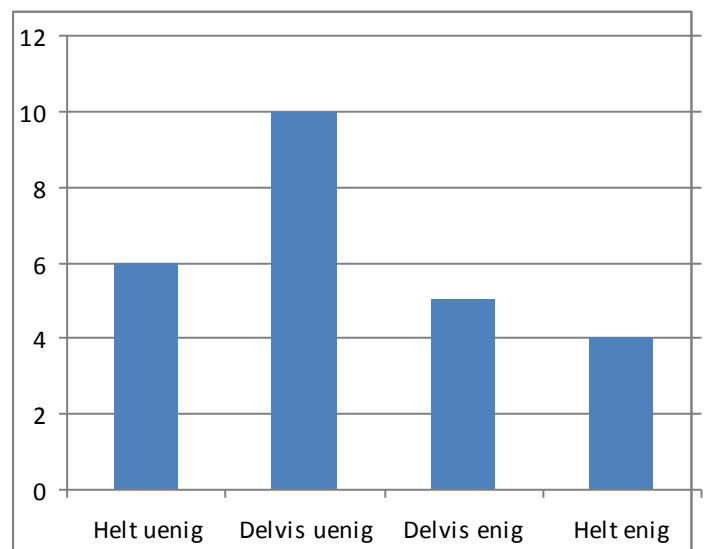
Avviste - Enig i avvisningen?

Spørsmål 6: Lege ved Smerteklinikken behandlet henvisningen og pasienten ble vurdert til ikke å ha rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten for sin langvarige smertetilstand.

Hvor enig var du i denne vurderingen?



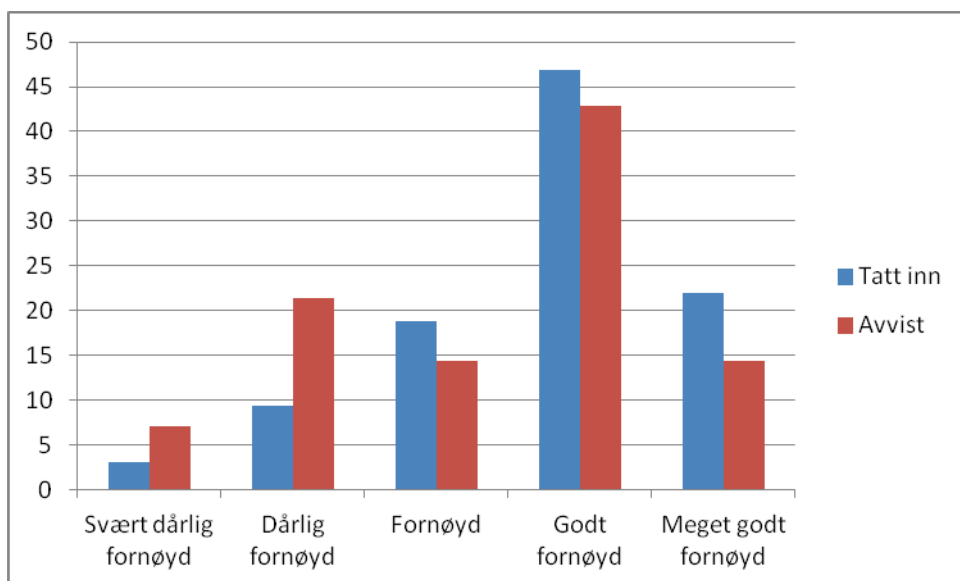
Figur 9a Henvisers enighet i avvisning. n=25



Figur 9b Henvisers enighet i avvisning. Antall på y-aksen, n=25

Hyppest svar var delvis uenig (40 %). 36 % var helt eller delvis enige i avvisningen. 64 % var helt eller delvis uenig.

Mottatte og avviste – sammenlignet fornøydhet



Figur 10 Fornøydhhet hos henviser - begge grupper. Prosent av 100 i hver gruppe på y-aksen

For å analysere om det er ulik fornøydhhet blant henvisere som fikk pasienten mottatt og henvisere som fikk pasienten avvist, brukes det Kjikvadrattest. Før testen slås kategoriene ”Dårlig fornøyd” og ”Svært dårlig fornøyd” sammen til ”Misfornøyd”. Kategoriene ”Fornøyd”, ”Godt fornøyd” og ”Meget godt fornøyd” slås sammen til ”Fornøyd”. Dette for at observasjonene lett kan settes inn i en 2x2 tabell.

Observerte verdier	Misfornøyd	Fornøyd	Sum
Avvist	4	10	14
Mottatt	4	28	32
Sum	8	38	46

Forventede	Misfornøyd	Fornøyd	Sum
Avvist	2,435	11,565	14
Mottatt	5,565	26,435	32
Sum	8	38	46

Dette gir kjkvadratverdi 5,97 og p-verdi mellom 0,02 og 0,01. Altså er fornøydhheten i de to gruppene signifikant forskjellige på 95 % - nivå.

Diskusjon og konklusjon

Problemstilling 1 – I hvilken grad er henvisende lege fornøyd med tilgjengeligheten ved Tverrfaglig Smerteklinikk, UNN Tromsø?

I resultatene fra spørreundersøkelsen oppga 88 % tilgjengeligheten å være tilfredsstillende eller bedre, mens 12 % syntes tilgjengeligheten var dårlig eller svært dårlig. Tilgjengeligheten er altså for det meste god, men med rom for forbedringer. Et problem når det gjelder tilgjengeligheten er når lege utenfra ønsker kontakt med lege på Smerteklinikken. Det vanligste er at fastlegen ringer via sentralbordet, men siden anestesilegen kun er på Smerteklinikken i deltidstilling, kan det være vanskelig å få svar. Det vil også være vanskelig å besvare henvendelser under pasientkonsultasjoner. Kanskje kunne det være et alternativ å innføre trefftid på telefon? Et annet alternativ for å besvare spørsmål kan være e-post som jo kan besvares når man har tid, men siden det mangler sikret e-post mellom sykehuset og instanser utenfor sykehuset er dette problematisk i forhold til pasientsensitive opplysninger. Det er likevel mulig å besvare generelle henvendesler, for eksempel medikamentelle spørsmål, på e-post.

Delproblemstilling 2 – Effekteres Smerteklinikkens forslag til behandlingstiltak utenfor sykehus, og dersom ikke- hvorfor?

Tiltakene som foreslås i epikrisen for pasienter som ble mottatt og tiltakene som foreslås i svaret der pasienter blir avvist, er i stor grad like. Medikamentelle endringer er det klart hyppigst foreslåtte tiltaket. Grunner til dette kan være at opplysninger om medikamentbruk oftest er oppgitt i henvisningen (medikamentlisten fra det elektroniske journalsystemet WinMed som man ofte bruker i allmennpraksis legges automatisk ved, oppdatert eller ikke) og det vil være lett å gripe tak i medikamentlisten når man skal skrive epikrisen/ svaret. Forslagene til medikamentelle endringer gjennomføres dessuten i stor grad, muligens fordi de er ”enkle” å gjennomføre i forhold til andre typer tiltak med tanke på tidsbruk, motivasjon og kostnader. I en statlig svensk rapport⁷ har en sett på hvilken behandling som gir effekt ved behandling av kroniske smerter, og man konkluderer med en tredeling mellom medikamentelle tiltak, fysioterapi/ aktivitetsendring og samtaleterapi/ oppfølging hos psykolog. Medikamentelle tiltak står altså for kun 1/3 av effektiv behandling, og dette gjenspeiles ikke i hvor hyppig de ulike tiltaksgruppene er foreslått.

Fysioterapi/ aktivitetsendring og samtaleterapi/ oppfølging hos psykolog foreslås sjeldnere i svaret der pasienten avvises enn i epikrisen. Dette er kanskje fordi det i hovedsak

er kun legen som vurderer henvisningene som avvises, mens man i epikrisen har fått innspill fra de andre faggruppene i den tverrfaglige konsultasjonen. Det kan også tenkes at henvisningene inneholder mindre detaljert informasjon om utprøving og effekt av tiltak innen disse feltene, slik at det er vanskeligere å komme med konkrete tiltak her. Smerteklinikken har i dag endret praksis slik at alle henvisningene vurderes i tverrfaglig møte.

I spørreundersøkelsen ble det spurt om grunner til at foreslåtte tiltak ikke ble gjennomført, og svarene på dette spørsmålet var like hos avviste og mottatte. ”Andre årsaker” var den hyppigst angitte årsak, etterfulgt av ”ikke motivert pasient”. Mange tiltak innen smertebehandling krever tålmodighet siden det tar tid før full effekt oppnås, og særlig gjelder dette de ikke-medikamentelle tiltakene. Dette kan være utfordrende både for terapeut og pasient, og motivasjon er en essensiell faktor for suksess. Noen pasienter som har vært plaget av smerter i årevis har urealistiske forventninger om at en konsultasjon ved Smerteklinikk vil gi snarlig løsning på deres smerteproblem, og når de da i stedet får anbefalt tiltak som krever stor grad av egeninnsats og tar tid, da er det lett å se for seg at det kan gå ut over motivasjonen.

Tilsynelatende er gjennomføringsgraden for foreslåtte tiltak i epikrisen høy. Dette henger sannsynligvis sammen med at tiltakene er tilpasset pasienten gjennom en grundig og tverrfaglig konsultasjon. Det er kanskje mer overraskende at foreslåtte tiltak ser ut til å gjennomføres i så stor grad også for avviste pasienter, der man tross alt har gitt forslag til tiltak på et mye tynnere grunnlag, kun ved hjelp av henvisningen og elektronisk pasientjournal.

Under runden med telefonpurring viste det seg at ca 20 % (15 av 87) av henviserene ikke lenger var til stede på grunn av utskifting eller langvarig fravær. Dette kan også tenkes å påvirke gjennomføring av foreslåtte tiltak, særlig for de avviste pasientene som jo ikke kontrolleres på Smerteklinikken. For denne pasientgruppen med sammensatte sykehistorier og tidvis avhengighetsproblematikk, er manglende kontinuitet i legedekningen særlig problematisk, som eksempelet ”Korrespondanse 2, mann i 40-årene” illustrerer. I det samme korrespondanseeksempelet ble løsningen at også henvisende lege deltok på konsultasjonen ved Smerteklinikken. En slik løsning gir bedre forutsetninger for videre oppfølging siden man får en felles gjennomgang, og erfaringer fra Smerteklinikken sier at dette hever nivået i pasientbehandlingen. Sjansen for at pasienten møter til avtalt konsultasjon øker også, og derfor er dette noe man av og til prøver dersom det er et problem at pasienten ikke møter. Å reise til Tromsø for å delta på konsultasjonen er ressurskrevende både for fastlegen, pasienten og helsevesenets transportbudsjett, og Smerteklinikken undersøker for tiden muligheten for å

kunne ha enkelte dager med poliklinikk i Alta. Dette ville gjøre det enklere å gjennomføre flere konsultasjoner med henvisende lege for pasienter fra Finnmark. Et annet alternativ til felles konsultasjon er at henvisende lege deltar ved å bruke telekommunikasjon, men det er foreløpig de færreste legekantorene som har slikt utstyr.

Delproblemstilling 3 – I hvilken grad er henvisende lege fornøyd med praksisen ved Tverrfaglig Smerteklinikk?

Blant henvisere som fikk pasienten avvist er andelen fornøyde 71 %, mens fornøydheten blant henvisere som fikk pasienten mottatt, er 88 %. Forskjellen er statistisk signifikant. Vi kan slå fast at henvisere som fikk pasienten avvist er mindre fornøyde enn de som fikk pasienten tatt inn. Disse resultatene er ikke uventet. Det er ikke vanskelig å se for seg at henvisende lege blir mer fornøyd med forslag til tiltak som er utarbeidet etter en tverrfaglig konsultasjon, enn når hans/hennes beslutning om at den henviste pasienten bør få helsehjelp ved Smerteklinikk ”overprøves”. Når vi spør henviserene om de er enige i avvisningen, svarer de fleste (40 %) at de er delvis uenige. Likevel er det 36 % som svarer at de er delvis eller helt enige, og det er ganske overraskende. Var disse henviserene allerede på henvisningstidspunktet enige i at pasienten ikke hadde rett på helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten, eller er de enige retrospektivt, etter å ha mottatt begrunnelsen fra Smerteklinikken?

Jeg deltok høsten 2010 på et seminar i Bodø i regi av Kursplattform Salten. Temaet for seminaret var henvisningspraksis fra første- til andrelinjetjenesten, og leger fra begge nivå var til stede. Det var mye snakk om fastlegenes portvaktfunksjon for ”porten inn til sykehuset”, og fastleger fortalte om tidvise vansker med å holde pasienter på LEON. Ivaretakelsen av portvaktfunksjonen er utfordrende⁸, og grunnene som ble oppgitt til dette på seminaret, lignet på resultatene fra en artikkel publisert i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening;⁹ Pasientens rett til å bestemme over egen behandling, at det er tidkrevende å motsi pasienten, at kan være ubehagelig å motsi pasienten, og at å gi pasienten medhold reduserer faren for klagesaker. Halvparten av de spurte allmennlegene i artikkelen oppga ofte eller iblant å tillegge pasientens ønske større vekt enn sitt egen medisinske skjønn. I Bodø innrømte noen av fastlegene at de hadde sendt henvisninger som de ikke stod inne for medisinsk sett, og noen fortalte at de med vilje hadde skrevet en dårlig henvisning i håp om å få den i retur. I dialog med sykehuslegene på seminaret ble man enige om at en bedre måte å skrive en slik henvisning på, ville være å anføre at man henviser på svake medisinske indikasjoner og for eksempel etter pasientens sterke ønske.

Det er lite fokus på portvaktene på andre siden av sykehusporten, de som vurderer og prioriterer henvisningene. Disse legene er spesialister innen feltet det er henvist til, og kan bidra med råd om for eksempel behandlingstiltak som kan prøves i førstelinjetjenesten forut henvisning. Jeg mener at sykehusportvaktene kunne hatt større betydning for etterlevelse av LEON, eksempelvis slik praksis er på Smerteklinikken. I denne oppgaven har det vist seg at 36 % av legene som fikk henvisningen sin avvist, var delvis eller helt enige i avvisningen, og selv om 64 % er delvis eller helt uenige i det samme, så er 71 % fornøyde alt i alt. Jeg tror at den høye fornøydheten blant avviste skyldes arbeidet som legges ned i det skriftlige svaret med begrunnelse og forslag til tiltak. Tallene som har kommet frem, sammen med det politiske og økonomiske ønsket om samhandling og LEON- prinsippet, taler for at dette arbeidet burde hatt mer fokus. Grovt sagt lønner det seg for Smerteklinikken, på grunn av sykehusenes innsatsstyrte finansiering, å ta inn alle henviste pasienter, siden arbeidet med avvisninger ikke gir betalt. Når det heller ikke er noe insentiv for å holde pasienten tilbake i førstelinje er dette uheldig. Samhandlingsreformen foreslår en minking av andelen innsatsstyrt finansiering i sykehusene samtidig som man innfører kommunal medfinansiering av tjenestene som ytes i spesialisthelsetjenesten. Tiden vil vise om dette gjør at flere pasienter holdes på LEON.

Spørreundersøkelsen ga en del interessante fritekstsvaer, for eksempel skriver en lege: ”Skriftlig tilbakemelding med forslag til tiltak er kjempebra! Det oppleves imidlertid ofte fra min side at henvisninger avvises, og da dessverre på de som etter min mening er mest trengende. Jeg har opplevd at henvisninger er blitt avvist både fordi 1: ikke nok tiltak var prøvd, men verst 2: fordi "alt" er prøvd. Dette henger etter min mening ikke på greip da jeg har forstått det slik at tilbudet er for de pasientene som har så store behov eller så sammensatte behov at primærhelsetjenesten ikke kan håndtere det. Det er for disse pasientene at tilbudet er viktig, da det aller, aller meste av smertebehandling tross alt kan håndteres i primærhelsetjenesten. For de pasienter som "kommer gjennom nåløyet" er tilbudet kjempebra.”

Det er forståelig at henviser her opplever Smerteklinikkens praksis som inkonsekvent. I følge den nasjonale prioriteringsveilederen er det pasienter med subakutte smerter med risiko for kronifisering som skal prioriteres høyest, mens pasienter med langvarige smertetilstander som vesentlig er avklart, skal ha lavest prioritet. Likevel velger man av og til å ta inn pasienter som tilhører den siste gruppen, for eksempel dersom primærhelsetjenesten ikke klarer å håndtere problemet. Det er ikke sikkert at konsultasjonen på Smerteklinikken tilfører behandlingen så mye nytt, men en slik tverrfaglig konsultasjon som strekker seg over to dager gir en tydelig

metakommunikasjon om blant annet ivaretagelse, og det er mye terapi i ”å bli sett” på denne måten. Man opplever ved Smerteklinikken at dette i seg selv gir god, om ikke langvarig, smertelindrende effekt. Det er mulig at henviseren bak fritekstsvaret over har opplevd at pasienter i sistnevnte kategori har kommet gjennom nåløyet og vært strålende fornøyde, men disse pasientene skal altså i utgangspunktet ikke prioriteres. Når de likevel tas inn til konsultasjon, forstår man at det oppleves inkonsekvent og uforståelig. Når det gjelder at både ”alt er prøvd” og ”for lite er prøvd” oppgis som grunn til avslag, så er det ikke nødvendigvis inkonsekventhet som er grunnen. At for lite er prøvd i førstelinje er en legitim grunn til avslag, det samme gjelder dersom ”alt” faktisk er prøvd, og Smerteklinikken ikke har mer å tilby enn det som allerede er forsøkt.

Hovedkonklusjonen fra arbeidet er at henviserene i stor grad er fornøyde med praksis og tilgjengelighet ved Smerteklinikken, men de som fikk pasienten tatt inn, var mer fornøyde enn de som fikk pasienten avvist. De fleste legene som fikk pasienten avvist, var uenige i avvisningen, men fornøyde alt i alt. Foreslåtte behandlingstiltak gjennomføres i stor grad utenfor sykehus, og der de ikke gjennomføres ligger det sammensatte grunner bak.

Svakheter ved arbeidet

Arbeidets største svakhet er at tallmaterialet er lite, slik at resultatene har begrenset kraft. En annen svakhet er at det geografiske utvalget er begrenset til Tromsøs nabokommuner og byene Harstad, Alta og Hammerfest. Man har altså ikke inkludert de mest desentraliserte kommunene i UNNs opptaksområde, og dette kan tenkes å påvirke data. For eksempel kan man se for seg at ”manglende tilbud lokalt” vil være en hyppigere forekommende grunn til ikke gjennomført tiltak i Måsøy kommune enn i Harstad.

Utsending av spørreskjema ble gjort i to omganger, og da til ulikt utvalg i forhold til når henvisningene var sendt. Dette kunne også tenkes å påvirke data dersom praksis på Smerteklinikken var forskjellig i de to periodene, men det ble ikke gjort større endringer i de aktuelle periodene.

Referanser

¹ ”Jevn økning i helseutgiftene”, Helseregnskap 1997-2008 Statistisk Sentralbyrå

² Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen 2008-2009

³ “Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment.” Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Eur J Pain; e-publisert 08.08.2005

⁴ “Long-term chronic non-cancer pain. Epidemiology, health-care utilization, socioeconomy and aspects of treatment.” Eriksen J. Doktoravhandling. København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 2004

⁵ ”Om allmennlegetjenesten” <http://www.legeforeningen.no/id/5404>

⁶ ”Smertetilstander” fra Helsedirektoratet ISBN 978-82-8081-179-0

⁷ ”Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt.” Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1. ISBN 91-85413-06-2.

⁸ ”Portvaktfunksjonen – hvem tar ansvar for den?” Bjørn Inge Larssen intervjuet av Per Brelin, Utposten nr7/2007

⁹ ”Hvordan har legen det som portvakt?” P Gulbrandsen, R Førde, O G Aasland Tidsskr Nor Lægeforen Nr 19, 2002 2002; 122:1874-9

Vedlegg 1 - Utsendt spørreskjema

A. Dersom pasienten ble tatt inn

Din pasient ble tatt inn til todagens konsultasjon/behandling på Smerteklinikken.
I etterkant fikk du tilsendt epikrise som inneholdt Smerteklinikkens vurdering inkludert forslag til videre behandling.



I Smerteklinikkens tilgjengelighet

1. Hvordan fikk du informasjon om tilbudet ved Smerteklinikken?

Sett kryss foran de som passer

- Nettbasert informasjon
- Tilsendt skriftlig informasjon
- Fra kollega
- Fra pasient
- Ved kursvirksomhet

2. Har du tatt direkte kontakt med Smerteklinikken via e-post eller telefon?

Dersom ja; hvordan synes du tilgjengeligheten er på en skala fra 1 – 5 der

Sett kryss

Kontakt med:	1	2	3	4	5	
Kontortjeneste						1 = svært dårlig,
Psykolog						2 = dårlig,
Sykepleier						3 = tilfredsstillende,
Lege						4 = god og
Fysioterapeut						5 = meget god

II Tiltak/Behandling

1. Hvilke av følgende tiltak ble foreslått iverksatt i epikrisen?

Sett kryss

Forslag	ja	nei
Medikamentelle endringer		
Samtaleterapi / oppfølging hos psykolog		
Fysioterapi / aktivitetsendring		
Annet:.....		

2. Hvilke av tiltakene ble utført?

Sett kryss

Utført tiltak	ja	nei
Medikamentelle endringer		
Samtaleterapi / oppfølging hos psykolog		
Fysioterapi / aktivitetsendring		
Annet:.....		

3. Dersom noen av de foreslåtte tiltakene ikke ble utført, hva mener du er den mest nærliggende årsak?

Sett kryss

Ikke utført tiltak	1	2	3	4	5
Medikamentelle endringer					
Samtaleterapi / oppfølging hos psykolog					
Fysioterapi / aktivitetsendring					
Annet:.....					

1 = ikke motivert pasient
2 = manglende tilbud lokalt
3 = medikamentelle bivirkninger
4 = personlig økonomiske hindringer
5 = andre

4. Samlet sett, på en skala fra 1 – 5; hvor fornøyd er du med vurdering / forslag til behandling som denne pasienten har fått ved Smerteklinikken?

Sett kryss foran det som passer

- 1 Svært dårlig fornøyd
- 2 Dårlig fornøyd
- 3 Fornøyd
- 4 Godt fornøyd
- 5 Meget godt fornøyd.

5. Dersom du har andre tilbakemeldinger til Smerteklinikken, vennligst skriv her:

Tusen takk for hjelpen!

B. Dersom pasienten ble avvist

Henvisningen fra deg ble avvist fordi lege ved Smerteklinikken etter samlet smerteklinisk vurdering mente pasienten ikke hadde rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten. I stedet fikk du skriftlig tilbakemelding om forslag til tiltak som kunne iverksettes utenfor sykehus.



I Smerteklinikkens tilgjengelighet

1. Hvordan fikk du informasjon om tilbudet ved Smerteklinikken?

Sett kryss foran de som passer

- Nettbasert informasjon
- Tilsendt skriftlig informasjon
- Fra kollega
- Fra pasient
- Ved kursvirksomhet

2. Har du tatt direkte kontakt med Smerteklinikken via e-post eller telefon?

Dersom ja; hvordan synes du tilgjengeligheten er på en skala fra 1 – 5 der

Sett kryss

Kontakt med:	1	2	3	4	5	
Kontortjeneste						1 = svært dårlig,
Psykolog						2 = dårlig,
Sykepleier						3 = tilfredsstillende,
Lege						4 = god og
Fysioterapeut						5 = meget god

II Tiltak/Behandling

Her svarer du kun på del A dersom pasienten din ble tatt inn til konsultasjon. Dersom henvisningen ble avvist – gå direkte til del B

1. Hvilke av følgende tiltak ble foreslått iverksatt i svaret fra Smerteklinikken?

Sett kryss

Forslag	ja	nei
Medikamentelle endringer		
Samtaleterapi / oppfølging hos psykolog		
Fysioterapi / aktivitetsendring		
Annet:.....		

2. Hvilke av tiltakene ble utført?

Sett kryss

Utført tiltak	ja	nei
Medikamentelle endringer		
Samtaleterapi / oppfølging hos psykolog		
Fysioterapi / aktivitetsendring		
Annet:		

3. Dersom foreslåtte tiltak ikke ble utført, hva mener du er den mest nærliggende årsak?

Sett kryss

Ikke utført tiltak	1	2	3	4	5	
Medikamentelle endringer						1 = ikke motivert pasient
Samtaleterapi / oppfølging hos psykolog						2 = manglende tilbud lokalt
Fysioterapi / aktivitetsendring						3 = medikamentelle bivirkninger
Annet:.....						4 = personlig økonomiske hindringer
						5 = andre

4. Lege ved Smerteklinikken behandlet henvisningen og pasienten ble vurdert til ikke å ha rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten for sin langvarige smertetilstand. Hvor enig var du i denne vurderingen?

Sett kryss foran det som passer

- Helt uenig
- Delvis uenig
- Delvis enig
- Helt enig

5. Dersom du har andre tilbakemeldinger til Smerteklinikken, vennligst skriv her:

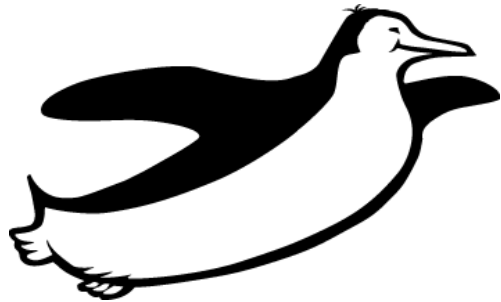
Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 2 - Utsendt skjema for samtykkeerklæring

6 minutter for deg – kjempeviktig for oss!

Kjære henviser

Du har henvist følgende pasient til Tverrfaglig smerteklinikk UNN



Vi ved Smerteklinikken gjennomfører et kvalitetssikringsarbeid for å finne ut om legene som henviser til oss er fornøyd med vår praksis. Vi ber deg derfor om å fylle ut ett av de vedlagte spørreskjemaene – det tar ca 6 små minutter. Dette er svært viktig for å kunne evaluere og optimalisere vårt arbeid.

Du skal kun fylle ut det ene skjemaet. Del A dersom pasienten din ble tatt inn til konsultasjon – og del B dersom henvisningen din ble avvist. Det aktuelle skjemaet returneres sammen med undertegnet samtykke, i vedlagte svarkonvolutt.

Hva innebærer studien?

Studien inkluderer henvisninger både av pasienter som ble tatt inn til konsultasjon ved smerteklinikken, og pasienter som ble avvist. Vi ser i første omgang på henvisninger til TSK fra kommunene Tromsø, Balsfjord, Karlsøy, Lenvik, Hammerfest, Harstad og Alta i tidsrommet 01.06.2008-30.06.2009. Det sendes ut spørreskjema til legene som har henvist pasienter i dette tidsrommet, fra det angitte geografiske området. Spørreskjemaet er knyttet til én pasient. Dersom du har henvist flere pasienter, vil du motta ett skjema pr. pasient.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All personidentifiserbar informasjon som samles inn vil bli slettet når studien er ferdig. Ved eventuell publisering vil data bli beskrevet slik at det ikke vil være mulig å identifisere deltakere. Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen under. Hvis du samtykker til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Prosjektet gjennomføres av medisinstudent Henriette Skaug, som en del av utdanningen. Ved spørsmål, kontakt:

- Henriette Skaug – Medisinstudent tlf 991 63 054
- Just Thoner- Overlege og medisinsk ansvarlig for Smerteklinikken tlf 77 66 94 65

Samtykke til deltakelse i kvalitetssikringsarbeidet

Dato og sted, signatur henviser

Vedlegg 3 - Brosjyre fra Smerteklinikken (scannet)

Forord

Denne brosjyren er ment som informasjon til behandlere og pasienter om behandlingstilbudet som UNN har for pasienter med langvarige smertetilstander.

Det å leve med smerter innvirker gjerne på hele livssituasjonen til et menneske. Kompleksiteten i tilstanden vil variere, men spor av langvarig belastning gjenfinnes oftest både i tanker, følelser, muskulatur og atferd. Vi jobber derfor etter en bio-psyko-sosial modell, hvor vi i utredning og behandling vurderer fysiske, psykiske og sosiale faktorer som kan ha betydning for smerteopplevelsen.

Mange som kommer til oss har håp om å bli kvitt smertene. Erfaringene tilsier at vi sjelden kan tilby slik hjelp, men at vi ofte klarer å bidra til smertereduksjon, økt livskvalitet og bedre funksjonsnivå hos våre pasienter.

Tverrfaglig Smerteklinikk

Tverrfaglig Smerteklinikk er en poliklinisk enhet tilknyttet Anestesiavdelingen ved UNN. Behandlingsteamet består av lege, psykolog eller psykiatrisk sykepleier og psykomotorisk fysioterapeut. Arbeidet er rettet mot å utrede og kartlegge den enkelte pasients smetteproblem, å stille smertediagnose og komme med forslag til behandlingstiltak. Noen pasienter går i videre behandling på poliklinikken, mens de fleste henvises til lokale behandlingsinstanser.

Slik jobber vi

Utredningen foregår over 2 dager, og innebærer undersøkelse og samtale hos lege, fysioterapeut og psykolog eller psykiatrisk sykepleier. Det er satt av 1 ½ time hos hver. Utredningen avsluttes med en tverrfaglig oppsummering, hvor vi sammen med pasienten deler funn og vurderinger. Vi kommer til en felles forståelse av tiltak som kan tenkes å skape positiv endring. Målsettinger med behandling og tiltak diskuteres.

Tverrfaglig rapport/epikrise sendes pasienten, fastlege og evt. annen henvisende instans. Alle pasienter følges opp med telefonsamtale etter 3 mnd., poliklinisk kontroll etter 6 mnd. og ett år. Dette for justering av behandling og for å evaluere arbeidet.

Behandlingstilbud og oppfølging:

Pasientens fastlege vil ha hovedansvar for oppfølging og koordinering av tiltak. Herunder også medikamentforskriving.

Behandlingstilbud ved Smerteklinikken kan omfatte psykomotorisk fysioterapi, utprøving av TENS (elektroterapi), samtaleterapi hos psykolog eller psykiatrisk sykepleier, oppfølging av medikamentbruk, en sjelden gang smerteblokader eller annen invasiv behandling.

Det finnes et gruppetilbud til pasienter med langvarige smertetilstander. Gruppen møtes en dag pr. uke i 15 uker, og innebærer både bevegelse og samtale.

Samarbeid med primærhelsetjenesten:

Vi ønsker å videreutvikle samarbeidet med primærhelsetjenesten, og kan tilby samtaler / veiledning for leger og andre faggrupper. Nettverksmøter med behandlere, aetat, trygdekontor, familie og pasienten er også mulig.

Henvisning

Henvisende instans kan være både primærlege og spesialisthelsetjeneste

- Smertetilstand med varighet mer enn 6 måneder
- Pasienten skal være ferdig medisinsk utredet
- Eventuelle erstatningssaker og trygdesaker skal være avsluttet
- Ikke medikamentmisbruk eller rusproblematikk
- Non-maligne (ikke-kreft relaterte) smertetilstander

Henvisningen bør inneholde opplysninger om:

- Sykkelhistorie
- Tidligere ulykker / traumer
- Tidligere undersøkelser / utredninger
- Tidligere eller pågående behandlinger
- Medikamentbruk
- Arbeidsforhold / sykemelding
- Daglig fungering fysisk, psykisk og sosialt
- Pasientens målsetting med å komme hit

Praktiske opplysninger

Vurderingene ved Smerteklinikken går over to dager, noe som for mange innebærer overnatting i Tromsø. Vi bestiller hotell i Tromsø sentrum. Egenandel for overnatting er kr. 90, inkludert frokost. Overnatting på sykehusets pasienthotell (sjelden) koster kr. 525 pr. døgn. Kr. 435 (kr. 275 i overnatting og kr. 160 i kost, inkludert alle måltider) refunderes av Trygdekontoret. Ved avbestilling av rommet må pasienten selv gjøre dette (tel. 77 75 51 00) for å unngå gebyr på kr. 525.

Henvisning sendes: Universitetssykehuset Nord-Norge
Tverrfaglig Smerteklinikk
Postboks 89
9038 TROMSØ