

Førstemann ut i Telemark

Praksiskonsulent ved lungeavdeling

AV ØYSTEIN LINE

Allmennlege og praksiskonsulent Øystein Line, i samarbeide med lungelege Anne Marie Gabrielsen, og med støtte av allmennlege Kristin Prestegaard i hele prosessen, forteller her om erfaringene han gjorde i 2002–2003.

Prosedyregruppa i Telemark legeforening har siden 1988 arbeidet for å bedre samarbeidet mellom allmennlegene og sykehusavdelingene i fylket. Gruppa utarbeider og reviderer kontinuerlig prosedyrer for samhandling (Prosedyrepermen i Telemark) (1) med vekt på kvaliteten av allmennlegenes henvisninger. Den arrangerer Prosedyrekurs – dagskurs hvor fokus er dialog mellom sykehuslegene og allmennlegene om aktuelle samhandlingsprosedyrer; det siste for å bedre implementeringen av de nye prosedyrene.

Gruppa har fulgt utviklingen av Praksiskonsulentordningen både i Norge og i Danmark (2,3,4), og fikk i 2001 fylkeskommunale midler til å gjennomføre et prosjekt med praksiskonsulent. Dette ble gjennomført på lungeseksjonen ved daværende Telemark Sentralsykehus.

Øystein Line forteller:

Prosjektet gikk ut på å prøve og bedre kvaliteten på henvisninger fra allmennlegene til lungeseksjonen ved å foreta en intervensjon. Jeg foretok en evaluering av kvaliteten av henvisninger våren 2002, gjorde intervensjon høsten 2002 og evaluerte på nytt henvisningskvaliteten våren 2003.

Jeg skal fortelle litt om metodene og diskutere resultatene, men kan allerede nå si at det kom endringer i kvalitetsparametre etter intervensjonen. I tillegg ble prosjektet en verdifull erfaring for både undertegnede og sykehuspersonalet som var med i prosjektet. Jeg skal nå gjøre greie for hvordan prosjektet ble lagt opp.

FØRSTE FASE: Vurdering av henvisninger.

Våren 2002 leste jeg 100 fortløpende eksterne henvisninger til lungepoliklinikken. Disse ble skåret etter et skårssystem. (4) 52 av de 100 henvisningene gjaldt astma og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Disse henvisningene ble i tillegg skåret på kvaliteten av de medisinske opplysningene hvor standarden var tilgjengelige prosedyrer fra Prosedyregruppa i Telemark. Disse prosedyrene var nylig oppdatert i henhold til GOLD guidelines (5).



KRISTIN
PRESTEGAARD



ØYSTEIN LINE



ANNE MARIE
GABRIELSEN

SKÅRSKJEMA 1

Skjema for evaluering av henvisninger generelt

A. Henviste avdeling og henvisende lege.

(Adresser, tlf og andre administrative data)

- 0 POENG: Helt mangelfulle data
- 1 POENG: Manglende legeidentifikasjon eller avdelingsidentifikasjon eller stempel
- 2 POENG: Tydelig markert

B. Pasientidentifikasjon

- 0 POENG: Uleselige og helt mangelfulle data
- 1 POENG: Delvis mangelfulle vesentlige data (p.nr, navn)
- 2 POENG: Enkelte mangler, for eksempel fullstendig adresse
- 3 POENG: Perfekte data, inklusive maskinskrevne

C. Diagnose

- 0 POENG: Helt mangelfull og verdiløs
- 1 POENG: Leselig, delvis relevant
- 2 POENG: Perfekte og maskinskrevne data

D. Opplysninger/Anamnese

- 0 POENG: Håndskrevne, uleselige og helt mangelfulle opplysninger
- 1 POENG: Leselige, maskinskrevne men med ves. mangler
- 2 POENG: Leselige, maskinskrevne med delvis manglende opplysninger som forutsetning for en korrekt konsultasjon.
- 3–5 POENG: Helt perfekt henvisning (små skjønnhetsfeil tillatt)
- MAKSIMALE POENG: 12.

SKÅRSKJEMA 2

A. Medisinering

- 0 POENG: Mangler opplysninger
- 1 POENG: Angir medisinnavn uten dosering
- 2 POENG: Dosering angitt

B. Røykanamnese

- 0 POENG: Ikke angitt
- 1 POENG: Angitt

C. Målinger

- 0 POENG: Ingen målinger
- 1 POENG: PEF
- 2 POENG: Spirometriske målinger

D. Anamnese/undersøk

- 0 POENG: Lite opplysninger
- 1 POENG: Mangelfull anamnese
- 3–5 POENG: Inneholder yrkesanamnese, allergianamnese, familieanamnese, rtg thorax og evt. relevant allergiutredning
- Er svært utfyllende og relevant.
- MAKSIMALE POENG: 10

ANDRE FASE: Intervensjonen.

Denne ble foretatt høsten 2002. Den besto av tre elementer.

1. Alle allmennlegene i Telemark fikk et brev hvor bakgrunnen for prosjektet ble beskrevet. Legene ble utfordret til å forbedre innholdet i anamnesen med konkrete opplysninger om medisiner, røykevaner og aktuell problemstilling, samt oppgi verdiene av spirometrimålinger. Prosedyrene om kronisk obstruktiv lungesykdom og astma fra Prosedyrepermen var vedlagt.
2. Tilbakemelding ble gitt på henvisninger som hadde konkrete mangler, og der lungelegen ønsket supplerende opplysninger for å kunne ta stilling til prioriteringsgrad. Henvisende lege fikk konkrete forslag til supplement til innholdet i henvisningen. Dessuten ble det ofte foreslått tiltak som kunne gjøres i ventetid på time i henhold til Prosedyrepermen for Telemark legeforening. Det ble sendt 23 tilbakemeldinger på de 100 henvisningene. Henvisende leger fikk da et brev som forklarte årsaken til at de fikk tilbakemelding, og med forsikring om at pasienten uansett ble satt på ventelisten
3. Kun én lege sendte supplerende opplysninger tilbake, men forslagene fra lungelegen til tiltak i ventetiden ble ofte tatt til følge. Det kom kun én negativ kommentar til de 23 tilbakemeldingene.

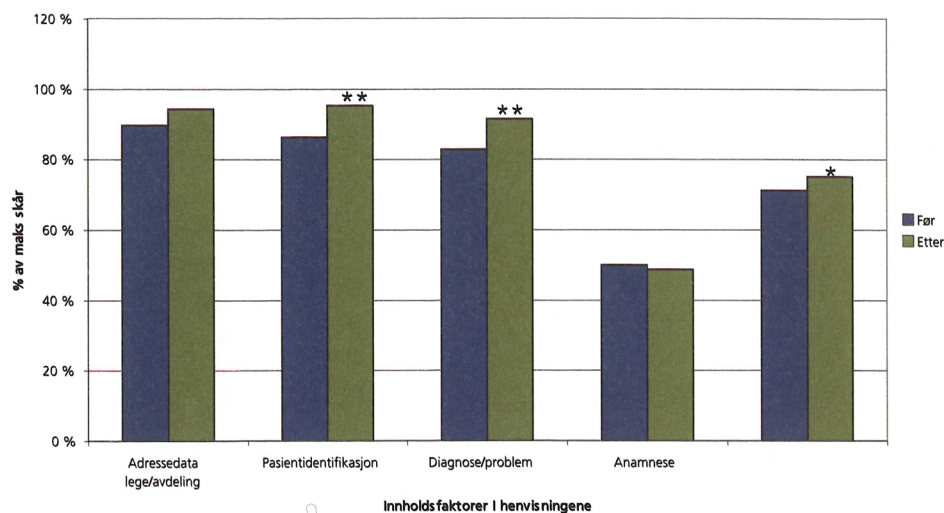
Våren 2003 ble skåringen gjentatt med samme antall (100 og 52) nye henvisninger.

TREDJE FASE: Resultater

Alle henvisningene.

Evalueringen av alle de 100 henvisningene viste at det jevnt over var meget god kvalitet på basale opplysninger som av-

Kvalitet på alle henvisningenes innhold før og etter intervensjon



sender, pasientdata og diagnose. (Over 80 prosent av mulig maksimal skår) Imidlertid var skåringen noe lavere på klinisk viktige opplysninger som anamnese, generelle opplysninger og problemstilling. (50–80 prosent av maksimal skår). Som en ser av figur 1, kom det en bedring på de områdene som fra før skåret høyt (adressedata lege/henvisende avdeling, pasient ID og diagnose.) Det var statistisk signifikant forskjell på pasient ID og diagnose. Anamnesen forble uforandret i kvalitet, og oppnådde en skår på ca. 50 prosent av det oppnåelige. Det var signifikant bedring av totalskår på henvisningskvalitet. (Figur 1) (Tabell 1).

Henvisninger vedrørende astma og KOLS

Kvaliteten på de 52 henvisningene som gjaldt astma og kronisk obstruktiv lungesykdom ble også vurdert. Jeg fant før intervensjonen lave skår på røykeopplysninger, utførte spirometrimålinger og anamnese. Opplysninger om pasientens medisiner skåret knappe 70 prosent av maks skår før og etter intervensjonen, mens alle de andre gruppene viste bedring. Det var signifikant bedring på røykeanamnese, anamnese og på totalskår. (Figur 2) (Tabell 2).

Oppsummering

Resultatet viser ikke store endringer, og det samstemmer med andre som har gjort noe lignende (6). Når det gjelder anamnestiske opplysninger, kom det ingen eller liten en-

TABELL 1. Endringer i henvisningenes kvalitet før og etter intervensjon uttrykt ved P-verdi

Undersøkte variabler	P-verdi
Adressedata lege/avdeling	0.068
Pasientidentifikasjon	<0.001**
Diagnose/problem	0.006**
Anamnese	0.975
Totalt	0.037*

TABELL 2. Endringer i astma- og KOLS-henvisningenes kvalitet før og etter intervensjon uttrykt ved P-verdi

	P-verdi
Medisiner	0.801
Røyking	0.019*
Målinger	0.239
Anamnese	0.028*
Totalt	0.024*

Astma KOLS: Kvalitet på henvisninger før og etter intervensjon

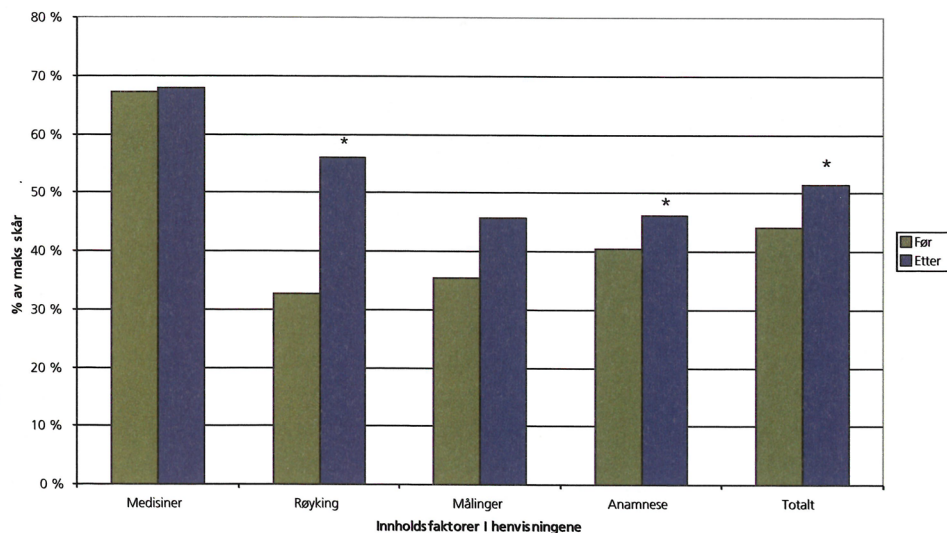


FIG. 2

Undersøkelsen indikerer at det er potensiale for forbedring av henvisningskvalitet mellom 1.- og 2.-linjetjenesten og at metoden som er brukt, kan være en verdifull infalls-vinkel for praksiskonsulenter.

Hva har vi lært?

Som praksiskonsulent har jeg lært at det er spennende og interessant å komme inn i en sykehusavdeling. Det er ikke

dring etter intervensjon, mens det kom en reell bedring av faktaopplysningene i henvisningene. Dette kan tyde på at intervensjonen gjorde legene mer oppmerksomme på hvilke faktaopplysninger som burde være med. Den manglende effekten på anamneseopplysningene kan skyldes at leger i utgangspunktet er vant til å skrive kortfattede notater på pasienter de har kjent i lang tid. Disse notatene brukes i henvisningene da det er tidsbesparende å klippe og lime i datajournalen. Allmennlegene sitter nok på en god del opplysninger som kunne ha vært interessante for lungespesialistene, men som ikke kommer fram i henvisningene.

Det var gledelig å se forbedringen på de anamnesticke opplysningene i de 52 henvisningene som ble vurdert i forhold til astma og kronisk obstruktiv lungesykdom. I tillegg var det klar bedring av informasjon om røykevaner og verdier på spirometriske målinger.

Antall henvisninger til lungepoliklinikken ble halvvært i månedene etter at man iverksatte intervensjonen. Kan dette bety at legene i større grad anskaffet spirometer, som igjen gjorde dem bedre i stand til å monitorere behandlingen selv? Kan det tenkes at legene ble mer oppmerksomme på Prosedyrepermen i Telemark på grunn av informasjonen som man fikk tilsendt? Kan et slikt prosjekt bidra til at allmennlegene selv behandler pasientene mer etter gjeldende retningslinjer? Ble allmennlegene mer bevisstgjort på hvilke pasienter de selv kunne behandle og hvilke som burde videresendes?

Dette vil i så fall kunne føre til at de «riktige» pasientene henvises poliklinisk, og at ventetiden dermed reduseres. Vi ser for oss gevinster både for den enkelte pasient og rent helseøkonomisk.

lett å få til statistisk signifikante endringer, i den grad det er målet. Det er viktig å ha en plan for hva man skal gjøre mens man er ansatt ved sykehusavdelingen. Et «forskningsprosjekt» av light-typen, eller et tyngre prosjekt, er gode alternativer. Til et tyngre prosjekt trengs forskningsveiledning.

«Første mann ut i Telemark» er fornøyd med at det er satt igang en viktig prosess med PKO i Telemark. Jeg fortsetter fra høsten 2006 på en annen avdeling.

Lungeavdelingen erfarte at de kunne bruke Prosedyrepermens lungeprosedyrer i sitt svar tilbake til allmennlegen når kvaliteten på henvisningen var for dårlig. På den måten ble det nyttig å be om supplerende opplysninger. En slik dialog er verdifull for flyten av pasientinformasjon begge veier. Når helsenettet blir mer tilgjengelig for toveis kommunikasjon, ligger det store muligheter her.

Begge parter lærte at samhandling i seg selv er av verdi og vi tror at utvidelse av denne type ordninger vil være verdifullt i framtida.

Referanser:

1. Prosedyrepermen i Telemark 2002 utgaven. www.gruk.no
2. Dagfinn Carlsen. Praksiskonsulentordning ved sjukehus i Rogaland. Utposten nr 3, 2001
3. Unni Ringberg. Praksiskonsulenten – en konsulent på sykehus fra allmennpraksis. Utposten nr 6, 2004
4. Praksiskonsulenter. Evalueringsrapport 1991–92 Odense og Nyborg Sygehuse. Fyns Amt, Danmark
5. Gold guidelines 2001 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.com)
6. Campbell et al. Views of doctors on clinical correspondence: questionnaire survey and audit of content of letters. BMJ 2004;328:1060–1061.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: oystein.line@heistad-legekonor.no