

# Skriver du en god henvisning

## – evaluering av henvisninger til et distrikts

■ KATHE HELLAND HOLMÅS fastlege, Sandviksboder Legepraksis, Bergen

■ LIVE HOVLAND psykiater, tidl. leder Hospitalet Betanien DPS, Bergen

Praksiskonsulentenes hovedoppgave er å bedre samhandling mellom fastleger og sykehus. PKO-en ved Hospitalet Betanien DPS i Bergen har scoret henvisninger og gitt tilbakemelding til 22 av 45 fastleger i Betaniens opptaksområde. Det ble funnet stor variasjon i kvaliteten på henvisningene. Tilbakemeldingsmøtene ble opplevd som positive, både av fastlegene og praksiskonsulentene. De fleste fastlegene mente at de kom til å skrive bedre henvisninger som en følge av prosjektet. De stilte seg også positive til en oppfølger om et par år.

En praksiskonsulent (PKO) er en allmennlege som skal være bindeledd mellom fastlegene og sykehusene. PKO skal bidra til økt samhandling og koordinering. PKO skal formidle til sykehusene hvordan fastlegene jobber, og stille allmennmedisinsk kompetanse til rådighet for sykehusene.

Hospitalet Betanien Distriktspsykiatriske senter (DPS) tar imot pasienter fra bydelene Laksevåg og Fyllingsdalen i Bergen, som har ca 52 000 innbyggere > 18 år. DPS-et består av vok-

FIGUR 1. Scoringsarkmal henvisning til Betanien DPS

<b>1. Personopplysninger</b>	0-1-2-3-4
Navn	_____
Fødselsdato	_____
Adresse	_____
Telefon	_____
<b>2. Henvisningsgrunn</b>	0-1-2-3-4
Diagnose	_____
Tilbud det søkes om	_____
Bestilling mtp behandling og vurdering	_____
Pasientens motivasjon	_____
<b>3. Relevante bakgrunnsopplysninger</b>	0-1-2-3-4
Familie/barn	_____
Arbeid	_____
Sykmelding	_____
Tidligere sykehistorie	_____
<b>4. Aktuelt</b>	0-1-2-3-4
Symptomer/alvorlighetsgrad	_____
Funksjonsnivå	_____
Rus	_____
Søvn	_____
<b>5. Status presens:</b>	0-1-2-3-4
Psykiatrisk status	_____
Evt. Scoringsskjema (MADRS el.1.)	_____
Somatisk status	_____
Relevant lab.	_____
<b>6. Medikamenter</b>	0-1-2-3-4
Aktuell medikasjon	_____
Tidligere psykofarmaka	_____
Bivirkninger	_____
Evn. Seponeringsgrunn	_____
<b>SUM:</b>	_____

FIGUR 2. Henvisningsmal Betanien DPS.

<b>Personalia</b>	Navn, fødselsnummer, adresse, telefon
<b>Henvisning (angi tilbud det søkes)</b>	Voksenpsykiatrisk poliklinikk Gruppepoliklinikk / Dagavdeling Sengepost allmennpsykiatri (4a) Sengepost psykose/rehabiliteringspost (4b)
<b>Bakgrunnsinfo.</b>	Sivilstatus, barn, jobb, sykmelding
<b>Diagnose</b>	Evt. tentativ
<b>Årsak til henvisning</b>	Bakgrunn og aktuelt med oppdatert symptombeskrivelse
<b>Andre instanser involvert</b>	Førstelinje/psykiatritjeneste Annen spesialisthelsetjeneste Instanser som har vært involvert tidligere
<b>Hva ønskes: (spesifiser)</b>	Utredning / diagnostisering Medikamentell vurdering Samtalebehandling Veiledning /Konsultasjon Gruppebehandling Dagavdelingstilbud Innleggelse (begrunne behov spesielt)
<b>Rusmidler</b>	Pågående og tidligere rusmisbruk (tobakk, alkohol, cannabis, opiater, sentralstimulerende, annet)
<b>Somatisk</b>	Generelt om helsetilstand Relevante utredninger med prøvesvar
<b>Faste medisiner</b>	Medikamenthistorie, nåværende medikasjon med vurdering av effekt, eventuellmedisin

# g for pasienten din?

## psykiatrisk senter



I tjeneste  
for mennesker



Betanien DPS ligger i Bergen og er en del av sykehuset Hospitalet Betanien som eies av Stiftelsen Betanien. FOTO: STIFTELSEN BETANIEN

senpsykiatrisk poliklinikk, gruppepoliklinikk, akutt-team og to sengeposter. Betanien DPS har hatt praksiskonsulent fra september 2009.

Alle DPS er pålagt å vurdere alle henvisninger fra fastlegene etter Prioriteringsforskriften. Dreier dette seg om en pasient som:

1. Sannsynligvis har en psykisk sykdom?
2. Er dette en sykdom som det går an å utrede og behandle?
3. Vil det kunne forsvares å bruke tid, penger og personell for å sette i gang behandlingstiltak (kost/nytte-spørsmålet?)

Er svaret ja på disse spørsmålene har pasienten rett til nødvendig helsehjelp i andrelinjetjenesten. Retten skal innfris innen en dato som skal fastsettes individuelt og etter faglig vurdering. Pasienten får skriftlig svar med beskjed om hvilken frist som er satt. Kopi av brevet går til henviser. DPS-et er pålagt å overholde fristen.

Er svaret nei, skal henvisningen avslås. Pasient og henviser får da et svar om at dette enten må håndteres videre i førstelinjetjenesten, eller en kan foreslå andre tiltak som f.eks familierådgivning.

### Problemstilling

Høsten 2009 deltok PKO-en på inntaksmøtene på DPS-et og registrerte at det ikke alltid

var enkelt å vurdere rett til nødvendig helsehjelp ut fra opplysningene som ble gitt i henvisningene. En del henvisninger var uventet og unødvendig dårlige. De inneholdt ikke nødvendig informasjon om pasienten og tilstanden. Det førte til «prosjekt tilbakemelding til henviser».

### Metode

PKO-en undersøkte på *PKO.no* og i *Tidsskrift for Den norske legeforening* hva som var gjort av lignende studier tidligere. Scoringsmal ble laget ut fra disse studiene, og tilpasset henvisningsmalen som alle fastlegene tidligere hadde mottatt fra DPS-et (SE FIGUR 1 OG 2).

PKO-en og DPS-leder hadde våren 2010 samarbeidsmøter med de fleste fastlegene i opptaksområdet. Det ble informert om prosjektet, om planlagt vurdering og skåring av henvisninger, og tilbud om tilbakemelding til den enkelte lege i etterkant. På møtene opplyste de fleste fastlegene at de ikke brukte henvisningsmalen, og at de ikke visste hvor de hadde den. De legene som aktivt brukte malen syntes den var nyttig.

PKO-en valgte å kun vurdere henvisningene til Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Her var volumet størst. Mange fastleger søker sjel-

den eller aldri en pasient innlagt på psykiatrisk sengepost.

Høsten 2010 fikk alle fastlegene i de to bydelene brev med skriftlig informasjon om undersøkelsen og spørsmål om de ønsket å delta, vedlagt frankert svarkonvolutt. 22 av de 45 fastlegene i opptaksrådet svarte positivt, en svarte negativt og 22 leger svarte ikke.

Fra 1. desember 2010 begynte PKO-en å skåre henvisningene til de legene som ønsket å delta. Målet var å skåre fem henvisninger fra hver lege for å få et best mulig bilde av henvisningspraksis. Etter avsluttet skåring i november 2011 ble det tatt kontakt med den enkelte fastlege for å avtale tidspunkt for tilbakemelding på fastlegens kontor. To fastleger hadde permisjon, to var sykmeldt og én hadde sluttet. Det ble gitt tilbakemelding til totalt 17 fastleger.

### Materiale

Det kommer ca. 75 nye henvisninger hver måned til Voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Hospitalet Betanien DPS. Nesten alle blir behandlet på inntaksmøte innen én uke. Det ble satt sluttstrek 30. november 2011 etter skåring av 91 henvisninger fra de 22 legene som ville delta. Gjennomsnittet var 4,1 henvisninger pr.

lege pr. år, med en variasjon på 0–10 pr. lege. For de legene som henviste mer enn fem pasienter, ble kun de fem første skåret.

## Resultat

Henvisingmalen utarbeidet ved Betanien DPS (se figur 2) er et godt utgangspunkt for en henvisning. Den er laget fra psykiatriens ståsted, men virker også hensiktsmessig sett fra et allmenmedisinsk synspunkt. Scoringsskjemaet i prosjektet (se figur 1) avviker ikke vesentlig fra henvisningsmalen til Betanien, men er delt i seks hovedpunkter, alle med fire underpunkter. Skjemaet fanger opp det meste som bør tas med i en henvisning.

Resultatene (se figur 3) varierte, mest fra lege til lege, betydelig mindre mellom henvisninger fra en og samme lege. En lege hadde for eksempel minste score 7 og høyeste 16, en annen minste score 8 og høyeste 18. Beste totalscore var 21,2 poeng, dårligste var 11. Man kunne maksimalt oppnå 24 poeng. Gjennomsnittscore var 16,5 poeng.

Det var gjennomgående ganske gode henvisninger, som ga et godt vurderingsgrunnlag. De fleste (80–90%) beskrev symptomer,

FIGUR 3. Utfylt scoringsark henvisning til Betanien DPS.

<b>1. Personopplysninger</b>	0-1-2-3-4
Navn	1
Fødselsdato	1
Adresse	0,99
Telefon	0,87
<b>2. Henvisningsgrunn</b>	0-1-2-3-4
Diagnose	0,95
Tilbud det søkes om	0,94
Bestilling mtp behandling og vurdering	0,81
Pasientens motivasjon	0,61
<b>3. Relevante bakgrunnsopplysninger</b>	0-1-2-3-4
Familie/barn	0,80
Arbeid	0,79
Sykmelding	0,62
Tidligere sykehistorie	0,81
<b>4. Aktuelt</b>	0-1-2-3-4
Symptomer/alvorlighetsgrad	0,89
Funksjonsnivå	0,49
Rus	0,25
Søvn	0,50
<b>5. Status presens:</b>	0-1-2-3-4
Psykiatrisk status	0,82
Evt. Scoringsskjema (MADRS el.1.)	0,25
Somatisk status	0,43
Relevant lab.	0,30
<b>6. Medikamenter</b>	0-1-2-3-4
Aktuell medikasjon	0,69
Tidligere psykofarmaka	0,54
Bivirkninger	0,46
Evn. Sponeringsgrunn	0,49
<b>SUM:</b>	<b>16,5</b>

funksjonsnivå og psykiatrisk status på en tilfredsstillende måte. I åtte av 10 tilfeller inneholdt henvisningene opplysninger om familie, barn og arbeid. Kun få henvisninger hadde med relevante laboratorieprøver. Scoringsskjema som f.eks. MADRS ble brukt i liten grad, til tross for at mange av henvisningene gjaldt depresjon. Søvn ble kun nevnt i halvparten av henvisningene, medisiner i ca. 60 prosent, rus i 25 prosent. Kun én av fem henvisninger hadde med relevante lab.-resultater, mens bare 43 prosent beskrev somatisk status.

## Drøfting

13 menn og ni kvinner sa ja til scoring. 17 av 22 var spesialist i allmenmedisin. 17 var over 45 år. Dette gjenspeiler vel noenlunde det norske allmenlegekorpset i dag. Ingen av de fem legene som jobber i solo praksis ønsket å delta.

Knappt halvparten av fastlegene sa ja til deltagelse. Det er ikke tradisjon med «evaluering» av leger. Fastlegene får sjelden eller aldri tilbakemelding på arbeidet sitt.

Det er vanskelig å si om de 22 av totalt 45 legene som deltok i undersøkelsen var representative for alle legene i opptaksområdet. Det var ca. 850 henvisninger til VOP i det aktuelle tidsrommet, og vi evaluerte 91. Det kan se ut som en del av de som ikke ønsket å delta sender mange henvisninger. Hvorfor ønsket bare halvparten av legene å delta i undersøkelsen?

Mulig føltes en evaluering skremmende for noen. Leger er vant til å være best i klassen og våger kanskje ikke å bli vurdert av en kollega. Kan hende burde det vært mer av dette?

Scoringsskjemaet opplevdes nyttig, både ved gjennomlesning av henvisningene og under tilbakemeldingene. Noen henvisninger virket umiddelbart gode og innholdsrike, men viste ved skåring at de sa lite om det inntaksmøtet trengte av informasjon for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Fylkeslegen sa ved tilsyn på DPS-et at det ikke er akseptabelt at mangelfulle henvisninger sendes i retur til henviser. Det skal ikke gå ut over pasienten at fastlegen gjør mangelfullt eller dårlig arbeid. Det medfører til tider mye merarbeid for inntaksteamet. De må da kontakte henviser eller pasient for å få tak i nødvendig informasjon slik at de kan få vurdert om pasienten har rett til helsehjelp. Så lenge behandlingen er et knapphetsgode, er det viktig at den pasienten som trenger det mest og fyller vilkårene for å få rett, blir prioritert og mottar hjelpen.

Ca. 25 prosent av alle henvisningene avvises fordi de ikke fyller vilkårene iht. prioriteringsforskriften. Det er likevel relativt lite klager fra fastlegene på dette. Kan det tenkes

at noen velger å skrive en tynn henvisning for å signalisere at de også mener det er en tynn indikasjon for henvisningen? Pasienten bestiller en henvisning, og fastlegen effektuerer?

Tilbakemeldingene til den enkelte lege ble opplevd som positivt - for både PKO og fastlegen. Alle legene virket oppriktig interesserte og møtene ble konstruktive. Noen hadde gruet seg, var redde for «dommen», for ikke å være gode nok. Alle ønsket å vite sin score, hvordan de lå an i forhold til andre fastleger. Også leger med lav score var svært positive til prosjektet. Flere leger bemerket at det var første gang de ble evaluert på noe som helst etter at de begynte å jobbe som fastleger, og at noe lignende burde gjøres også med henvisninger til andre instanser. Et par leger sa at de forsto hvorfor de scoret lavt, men at de var «late» og hadde det travelt og derfor ikke ville legge ned særlig tid og arbeid i henvisningene. Mange av fastlegene ga uttrykk for at de etter tilbakemeldingene bedre forsto hvorfor DPS-et er så opptatt av god informasjon i henvisningene. De fleste noterte seg på hvilke punkter de kunne forbedre seg. Noen foreslo en ny skåring om et til to år og mente at de da kom til å oppnå en mye høyere skår.

I allmenpraksis har vi mange samarbeidspartnere og altfor mange skjemaer. Det er ikke sikkert vi husker på det enkelte skjema og/eller klarer å finne det når vi kunne trenge det i forbindelse med en henvisning. Praksiskonsulentene jobber med å bli kvitt flest mulig skjema. I Helse Bergen arbeides det nå med å lage «pop-ups» til henvisninger til psykiatrien. Går man inn på en henvisning i journalen og skriver f.eks. »depresjon» vil det sprette opp små bobler på skjermen med tips til hva som bør med av opplysninger. Dette vil sannsynligvis både lette fastlegens henvisningsarbeid og gjøre det enklere for mottaker å gi en riktig vurdering av henvisningen.

Praksiskonsulenten opplevde prosjektet som meningsfullt. Det falt absolutt inn under PKO-ene sine oppgaver. Kvalitetssikring av henvisninger bedrer samhandlingen, til beste for både den henviste, henviser og mottaker.

Trolig var det lettere å få fastlegen med på prosjektet når de skulle vurderes av en fastlegekollega enn om de skulle blitt vurdert av en psykiater.

Henvisningen er en viktig samarbeidsarena. En annen er epikrisene. PKO-en ved Betanien DSPS skal nå gå videre og se på epikrisene som sendes fra DPS-et til fastlegene.