

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Kvalitet på henvisninger til DPS Porsgrunn, Sykehuset Telemark

– bruk av statistisk prosesskontroll i kvalitetsforbedring

■ **ASTRID EMHJELLEN** • Fastlege i Skien og praksiskonsulent psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark

Bakgrunn for prosjektet

Praksiskonsulentordningen (PKO) ved Sykehuset Telemark startet høsten 2006. Helt fra starten av var det en målsetting for praksiskonsulentgruppen å tallfeste prosesser for å se om arbeidet førte til endringer. Selv om erfaringene med PKO-ordningen i Danmark og ved pilotstedene Haugesund og Stavanger var positive, var det gjort lite tallfesting av arbeidet. Dette ønsket vi å forsøke.

Hovedfokuset for PKO-arbeidet ved psykiatrisk klinikk ble fra starten av kvalitet på henvisninger og epikriser, fordi dette opplevdes som klare forbedringsområder for både ansatte ved klinikken og fastlegene. I tillegg er begge dokumentene viktige i samhandlingen. Vi ønsket å se både på henvisninger og epikriser for å gi en balanse i PKO-arbeidet. Denne artikkelen omtaler arbeidet som er gjort med henvisningskvalitet ved DPS Porsgrunn i perioden 2006–14.

Metode og materiale

En mal med ønsket innhold i henvisningene ble laget i et samarbeid mellom praksiskonsulent og ansatte ved DPS. Et skårings skjema (1) basert på malen ble utarbeidet, med følgende underpunkter:

- Personalia
- Henvisningsgrunn
- Relevante bakgrunnsopplysninger
- Aktuell problemstilling
- Klinisk status
- Medikamenter



Arbeidet som er gjort med henvisningskvalitet ved DPS Porsgrunn, Telemark, i perioden 2006–14 omtales i denne utgaven av «Allmennmedisinske betraktninger». FOTO: WWW.FESTE.NO

Henvisningene ble vurdert av faste personer i DPS sine inntaksteam. Det ble skåret 0–4 for hvert underpunkt, totalskår 0 til 24. Personell ved DPS vurderte underveis i prosessen en henvisning med skår 22–24 som svært god og en henvisning med skår 18–21 som god. En henvisning med skår 13–17 kunne vurderes for prioritering, men alle henvisninger med skår 12 og lavere ble oppfattet som for mangelfulle til å kunne vurderes.

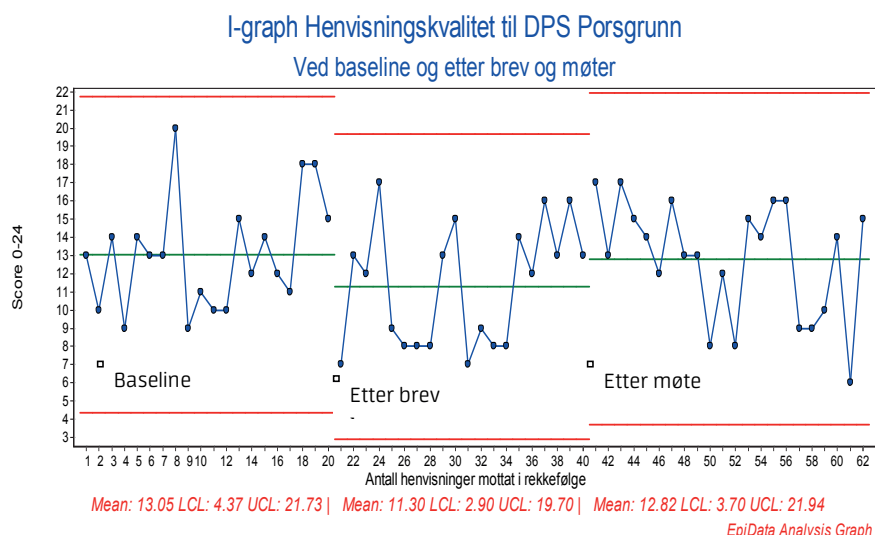
I desember 2006 ble det gjort en baseline-måling ved DPS Porsgrunn. Siden ble 25–30 henvisninger skåret, etter hver intervensjon med seks målinger i 2007 og tre målinger i 2008.

Vi brukte statistisk prosesskontroll (SPC) for å se om intervensjonene førte til forbedring (2). Ved å skåre 25 henvisninger eller

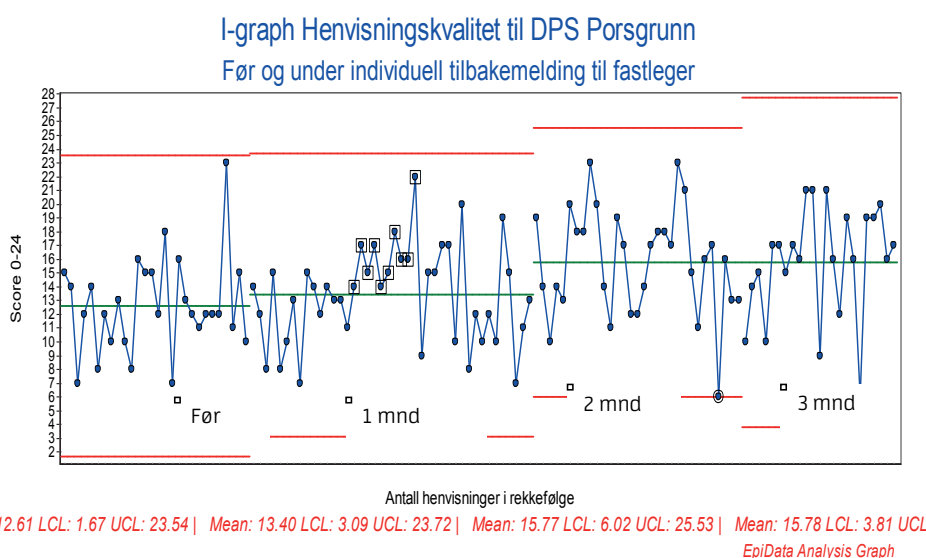
flere i rekkefølge ville vi få uttrykk av nivå og variasjon på henvisningskvaliteten i de ulike periodene. For framstillingen av SPC-diagrammene brukte vi Epidata Analysis (3). Resultatene er presentert i I-diagram med henvisningene i rekkefølge langs x-aksen og totalskår langs y-aksen. Hvert blått punkt tilsvarer skår for én henvisning og hver tidsperiode med skåringer er synliggjort ved et brudd i linjene. Variasjonen av henvisningskvaliteten uttrykkes ved øvre og nedre kontrollgrenser (de røde linjene), tre sigma fra senterlinjen (gjennomsnittet).

Sammen med ledelsen ved DPS Porsgrunn besluttet praksiskonsulentgruppen å gjøre følgende intervensjoner for forbedring:

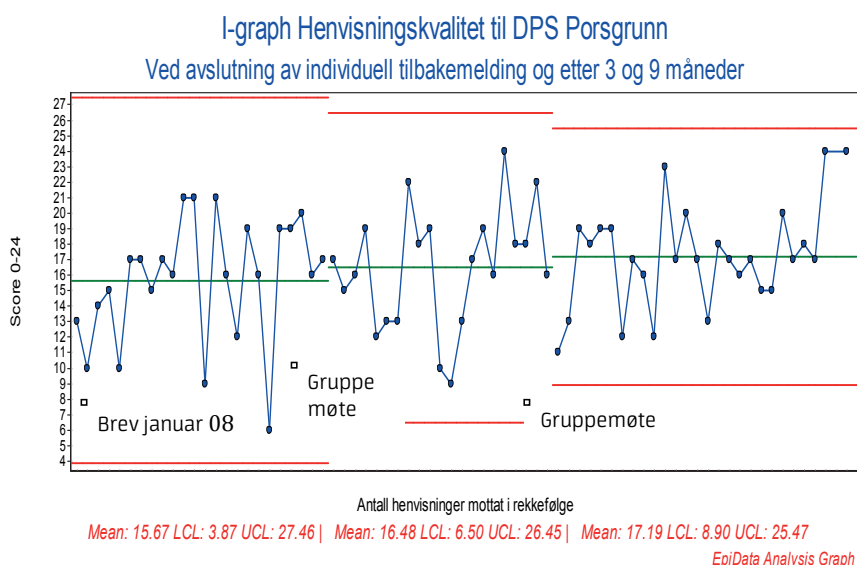
1. Brev til alle fastleger om ønsket innhold i en henvisning (januar 2007)



FIGUR 1. I-diagram over kvalitet på henvisninger sendt til DPS Porsgrunn i tre perioder: baseline (desember 2006), etter at skriftlig informasjon ble sendt ut (april 2007) og etter besøk til 75 prosent av fastlegene (mai-juni 2007).



FIGUR 2. I-diagrammet viser skåringer etter en, to og tre måneder med kontinuerlige individuelle tilbakemeldinger.



2. Allmøte med fastlegene i Porsgrunn med informasjon om henvisningskvalitet (mai 2007)
3. Skåring av alle henvisninger over tre måneder med individuell tilbakemeldinger til hver enkelt henviser (august–desember 2007)
4. Brev og e-post til alle fastleger med informasjon om resultatene (februar 2008)
5. Gruppemøter med ni fastleger i Grenland som hyppig henviste til DPS (mars–mai 2008)

Resultater

Baselinemålingen fra desember 2006 viste en gjennomsnittlig skår på henvisninger til DPS Porsgrunn på 13,1 – med stor spredning (FIGUR 1). Bare tre av 20 henvisninger ble vurdert som gode. Ni av 20 var for mangelfulle til å kunne vurderes.

Første intervensjon vinteren 2007 gikk ut på å sende ut et brev til alle fastlegene i opptaksområdet for DPS Porsgrunn, om viktigheten av gode henvisninger og ønsket innhold i disse. Annen intervensjon våren 2007 var at praksiskonsulenten var med på et allmøte med fastlegene i Porsgrunn.

Diagrammet i figur 1 viser at disse to første intervensjonene ikke ga noen bedring med hensyn på henvisningskvalitet, verken på gjennomsnittlig skår eller variasjon.

Målinger av henvisningskvaliteten under og etter en periode med individuelle tilbakemeldinger til fastleger høsten 2007 viste en sikker bedring i henvisningskvaliteten, vurdert etter SPC-reglene for spesiell variasjon (FIGUR 2). Gjennomsnittlig skår i denne perioden økte fra 12,6 til 13,4 og så til 15,8 i de to siste registreringsperiodene. I siste periode hadde tre av 20 henvisninger for dårlig kvalitet til å vurderes. Syv av 20 hadde god kvalitet. Det var imidlertid fortsatt betydelig variasjon med spredning i skår på fem til 21 i siste periode.

FIGUR 3. I-diagrammet viser at henvisningskvaliteten holdt seg gjennom 2008. To gruppemøter våren 2008 med totalt ni leger ga ytterligere forbedring.

Som en fjerde intervensjon vinteren 2008, ble det sendt ut skriftlig informasjon til alle fastleger om resultatene. Våren 2008 ble det avholdt to gruppemøter (femte intervensjon) med til sammen ni leger som henviste ofte til DPS – for samtale om henvisningskvalitet og viktigheten av dette.

Målinger etter disse to intervensjonene viser at forbedringen i henvisningskvaliteten økte ytterligere til gjennomsnittlig skår på 17,2. Variasjonen på henvisningskvalitet er også mindre, vist ved smalere kontrollgrenser.

Det som oftest manglet i henvisningene var informasjon om underpunktet «klinisk status» med psykiatrisk status, somatisk status og laboratorieprøver. Derneft manglet ofte god medikamentinformasjon om nåværende og eventuell tidligere medisinering. I tillegg til mangelfull beskrivelse av de forskjellige underpunktene som hører med i en god henvisning, manglet flere henvisninger informasjon om funksjonsnivå – som jobb, skolegang, familiesituasjon og eventuell rusmiddelbruk.

Diskusjon

Vår konklusjon er at økt fokus på henvisningskvalitet i form av individuell tilbakemelding bedrer henvisningskvaliteten hos fastlegene som gruppe. Undersøkelsen viser at fokus på henvisningskvalitet ved andre samtidige tiltak som for eksempel gruppemøter forsterker effekten man oppnår ved individuell tilbakemelding. Brev og generell informasjon gir derimot ikke effekt. Undersøkelsen viser at SPC kan være et nyttig hjelpemiddel i kvalitetsforbedrende arbeid, både for å følge trender over tid og som et pedagogisk hjelpemiddel i formidling av resultater.

Tilsvarende arbeid er gjort ved allmennpoliklinikken ved DPS Skien. Også her ble henvisningskvalitet representert ved gjennomsnittlig skår bedret i perioden med individuell tilbakemelding. Imidlertid falt henvisningskvaliteten tilbake til baselinenivå etter intervensjonen. Andre praksiskonsulenter har også jobbet med SPC og henvisningskvalitet. Øystein Line har beskrevet et lignende prosjekt ved Sykehuset Telemark (4), hvor lungeseksjonen i to perioder sendte tilbakemeldinger kun til de fastlegene som skrev mangelfulle henvisninger. Disse fikk konkret veiledning om ønsket innhold samt hva som kunne gjøres i ventetiden for time. Intervensjonen ga svake forbedringer på mer presis generell anamnese og røykeanamnese. Antall henvisninger til lungeseksjonen falt i månedene etter intervensjonene.

Det finnes også andre måter å forbedre henvisningskvalitet på. Elektronisk pasientjournal (EPJ) skal hjelpe oss med «den gode henvisning», men EPJ-systemene har kun en generell mal for alle typer henvisninger og ikke noen diagnosespesifikke krav til hjelp for fastlegen. Rokstad og Holmen har imidlertid vist at EPJ-basert beslutningsstøtte bedrer henvisningskvalitet (5). Da EPJ-systemet Infodoc laget et program for beslutningsstøtte for henvisninger til lungeavdelingen, ble kvaliteten kraftig forbedret – uttrykt ved bedre informasjon, redusert arbeidstid for prioriterende lege og opplevelse av riktigere prioritering. Journalsystemene for allmennpraksis har funksjonalitet for å etablere slike diagnosespesifikke maler. Praksiskonsulentordningen og faggrupper i Legeforeningen bør sammen med leverandører kunne lage maler som automatisk hentes opp ved gitt diagnose.

Det er vist at fokus på henvisningskvalitet i grupper og ved telefonveiledning gir resultater. Evans i Wales gjennomførte ukentlige møter i ett år med fastleger, hvor henvisninger ble diskutert (6). Etter ett år hadde fastlegene en opplevelse av at deres egne henvisninger var bedre. Hovedresultatet av tiltaket var færre henvisninger til sykehuset og økt bruk av kommunale tjenester. En spansk intervensjonsstudie viser vedvarende økt kvalitet på henvisninger fra førstelinjen til en urologisk avdeling etter at man etablerte telefonbasert rådgivning for henvisende leger og ga tilbud om halvårlige faglige oppdateringsmøter (7). Adekvate henvisninger (n=6088) økte fra 58 til 75 prosent. Forfatterne konkluderte med at varig kvalitetsforbedring er mulig, men krever tiltak over tid.

I en artikkel i *Utposten* spør Jan Emil Kristoffersen om det finnes unødvendige innleggelses (8)? Han refererer blant annet til Borda og Rokstads undersøkelser når han skriver:

«Intervensjoner som setter fokus på dialog og beslutningsstøtte rundt henvisninger viser effekt i form av bedre prioritering og redusert henvisningsvolum og peker seg ut som et tydelig satsingsområde.»

Fastlegene har ansvar for å holde god standard på egne henvisninger, enten det er til somatisk eller psykiatrisk klinikk. Henvisningskvalitet er et egnet tema for kurs, veiledningsgrupper og kollegagrupper.

Inntaksteamene erfarer at det ofte er de samme legene som går igjen når spørsmålet gjelder dårlige henvisninger. Man har også inntrykk av at vikarer og nye leger henviser mer – og med dårlig kvalitet. Fastlegene bør gi internveiledning til disse kol-

legene, også med hensyn på henvisningsinnhold. Kanskje har også kommuneoverlegen en rolle her?

En god dialog med fastlegene om mangelfulle henvisninger kan øke fokuset på og bevisstheten rundt henvisningskvalitet. Det burde være en prioritert oppgave for inntaksteam å ringe henvisende lege for å drøfte en mangelfull henvisning. Dette vil bli godt mottatt av legene om det gjøres på en vennlig måte. Slik unngår man også at fastlegene mottar avisninger uten forutgående dialog. Forhåpentligvis kan dialogen styrkes gjennom elektroniske samhandlingsnotat i nær fremtid.

DPS og praksiskonsulent kan alene eller sammen gå i dialog med fastleger som over tid skriver dårlige henvisninger og tilby dem veiledning, felleskonsultasjoner og hospitering – inkludert deltagelse i inntaksmøter hvor henvisninger blir vurdert.

Å skåre henvisninger er arbeidskrevende for DPS. Det kan enklere gis individuell tilbakemelding ved å bruke et mangelskjema ved gjentatte dårlige henvisninger fra enkeltleger.

Hvorfor har individuell tilbakemelding til fastlegene god effekt? Økt oppmerksomhet på manglene i eget arbeid og ønsket om å gjøre en bedre jobb, er antagelig viktig. Vårt arbeid viste at kvaliteten på henvisninger til DPS Porsgrunn holdt seg også etter intervensjonsperioden, i motsetning til det som var tilfelle ved DPS Skien. Hvorfor var det en slik forskjell? Var det fordi flere fastleger henviste til DPS Skien og færre fikk individuelle tilbakemeldinger i intervensjonsperioden, slik at læringseffekten var mindre og mer kortvarig? Eller har det med andre forhold å gjøre, for eksempel forskjeller i geografisk nærhet til og kontakt med DPS – og dermed samarbeidsklimaet?

Det som skjedde i løpet av våre intervensjoner, var at DPS Porsgrunn senket terskelen for å ta imot pasienter til en spesialistvurdering – uten løfte om videre behandling. Man la også vekt på dialog med fastlegene gjennom telefonsamtaler og møter. En av fastlegene i Porsgrunn sier det slik:

«Vi er fornøyd med vårt DPS og den jobben de gjør. Når de anstrenger seg, får man lyst å gi noe tilbake. Gjennom dialog blir man bedre kjent, og det er flaut å sende en dårlig henvisning til en kollega du kjenner og respekterer!»

Konklusjon

Systematisk fokus på henvisningskvalitet og individuell tilbakemelding til fastleger

vil gi bedring i henvisningskvaliteten. Dette må opprettholdes gjennom god dialog mellom legene og DPS og samhandling om pasientrettet arbeid.

REFERANSER

1. Skåringsskjema utarbeidet av DPS og artikkelforfatter: <http://old.pko.no/Idebank/Psyk/STHF/Vurdering%20av%20henvisning.pdf>

2. Kompendium i SPC: www.kunnskapsenteret.no/verktoy/statistisk-prosesskontroll-spc
 3. Epidata Analysis: www.epidata.dk
 4. Øystein Line: Førstemann ut i Telemark. Praksiskonsulent ved lungeavdeling. Utposten nr 5, 2006
 5. Rokstad K, Holmen S. «Den gode henvisning» – et samhandlingsprosjekt utgått fra Haukeland Universitetssykehus. Kirkenes: Nasjonal PKO-konferanse, 3. juni 2010

6. Evans E. The Torfaen referral evaluation project. Qual PrimCare 2009; 17 (6): 423–9
 7. Páez Borda A, Sáenz Medina J, Redondo González E et al. An intervention to improve the adequacy of referrals from primary care to a department of urology. Actas Urol Esp 2009; 33 (10): 1122–8
 8. Jan Emil Kristoffersen: Unødvendige innleggelser – finns dom? Utposten nr 7, 2010

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Inntaksteamene ved de tre distriktpsikiatriske sentrene (DPS) ved Sykehuset Telemark opplevde at mange av henvisningene de mottok fra fastlegene var mangelfulle. Praksiskonsulent og DPS ønsket sammen å se på hva som kunne gjøres for å bedre dette. Arbeidet ble gjort samtidig ved både DPS Skien og DPS Porsgrunn. Denne artikkelen presenterer resultatene for DPS Porsgrunn.

Materiale og metode

- Maler og skåringsskjema lages. Intervensjoner planlegges.
- Baseline-skåring og skåringer etter hver intervensjon med tilbakemelding til henviser.
- Brev til fastlegene med individuelle tilbakemeldinger for egen læring. Det gis mulighet for reservasjon.

Intervensjoner 2007–09

- Utsendelse av generelt brev om ønsket henvisningsinnhold og fellesmøte om det samme.
- Hovedintervensjon: DPS Porsgrunn skåret høsten 2007 alle mottatte henvisninger og ga kontinuerlig tilbakemelding til fastlegene i form av skårskjema sammen med kopi av inntaksbrev.
- Brev til fastleger om resultater og to gruppemøter med totalt 9 leger som henviste mye.

Resultater:

- Hovedfunn: Individuell tilbakemelding til fastlegene på deres henvisninger ga klar gjennomsnittlig bedring, men med fortsatt stor variasjonen. Generell informasjon til fastleger om anbefalt innhold i henvisning eller besøk til fastleger ga ingen bedring i henvisningskvalitet.

- Vedvarende fokus etter hovedintervensjon i form av sporadiske individuelle tilbakemeldinger samt informasjon om resultatene til alle legene ga ytterligere forbedring. Møter med fastleger som henviste mye til DPS bidro til bedringen.
- Statistisk prosesskontroll var et godt hjelpemiddel i arbeidet.

Fortolkning

Fokus på bedre henvisningskvalitet ved individuelle tilbakemelding vil gi bedret henvisningskvalitet og bør kontinuerlig holdes oppe i et samarbeid mellom fastleger, DPS og praksiskonsulent. En bevisst og systematisk dialog med veiledning rundt mangelfulle henvisninger mellom inntaksteam og henvissende fastlege kan medvirke til dette.

■ ASTRID.EMHJELLEN@GMAIL.COM