

Henvisningskvalitet fra allmennpraksis til ortopedisk vurdering ved knetilstander

Reidar Agdestein



UiO : **Det medisinske fakultet**

Prosjektoppgaven i medisinstudiet

Veileder
Ove Talsnes
Overlege, Sykehuset Innlandet HF
Universitetslektor, UiO

Abstract

The quality of referral letters is crucial for the priority of the patient at outpatient consultation. We have studied the quality of referral letters based on defined criteria in a quantified model.

This consecutive cohort is based on all knee-related referral letters to the orthopaedic clinic at Innlandet Hospital Trust, Elverum, over a two-month period in 2005. We have analyzed the referral letters, if they are clearly based on a GP consultation or via nurses or by a phone. The referral letters have been scored based on three categories: History, examination and additional information, each category with subgroups. The scores have been weighted, resulting in a total score for all categories representing the overall quality of each referral.

The study shows that 73% of the referral letters are clearly based on a proper consultation. History taking is fully described in 49%, examination in 43% and crucial additional information in 41% of the referral letters. The total score is 0,452 out of 1 after history and examination is weighted 40% and additional information 20%.

Our results indicate that there should be more focus on the quality of referral letters to orthopaedic assessment. The quantification method used in this study can be a base for further research on the topic. Referral letters with sufficient, relevant information can save resources in the outpatient clinic and will help the patient faster through the system. Improved quality of the referral letter will additionally supply sufficient information in order to allocate the right doctor to the right patient.

Innledning

Generell bakgrunn

Hvert år sendes omkring 2 millioner henvisninger fra første- til andrelinjetjenesten i Norge, enten det er til sykehus eller avtalespesialist. For å produsere disse henvisningene går det med omtrent 150 årsverk (1). Henvisningen brukes så som et verktøy for å gi pasientene en riktigst mulig vurdering og behandling, med korrekt prioritering i helsekøen. Dette innebærer at det er meget viktig å påse at denne jobben gjøres på en god måte slik at arbeidet som er lagt ned kan brukes i den videre utredning eller behandling, og slik at pasienten blir satt opp til riktig nivå i spesialisthelsetjenesten med tilstrekkelig kompetanse for den aktuelle problemstillingen.

Jeg ønsket å undersøke hvor kvalitativt gode henvisningene sendt til en ortopedisk klinikk på et sentralsykehus var i henhold til visse kriterier. Dette gjelder pasienter med knetilstander som henvises til undersøkelse eller behandling.

Henvisninger er viktig å undersøke på grunn av de mulige konsekvensene henvisningen kan ha for pasientene. Kvaliteten kan være avgjørende for den faglige vurderingen som gjøres angående pasientens situasjon. Dette gjelder for eksempel hvem som behandler forskjellige tilstander. Det kan være om det er en LIS eller overlege som skal undersøke eller behandle. Det kan også påvirke hvor rask pasienten kommer inn til konsultasjon. Opplysningene i henvisningen er avgjørende for prioriteringen som gjøres på avdelingen.

Henvisningen vurderes i første omgang av overlege. Denne vurderingen avgjør når henvisningen skal effektueres, altså hva som skjer med pasienten videre. Pasienten har krav på å vurderes innen 30 dager (2). På denne avdelingen er det ventetid på ca. 6-12 uker avhengig av tilstand. Opplysningene i henvisningen bestemmer så når, og av hvilken kompetanse problemstillingen skal vurderes. Dette er meget viktig for at pasienten får tilfredsstillende utredning og eventuell behandling.

Deretter settes alle i kategori garanti/ikke garanti. Dette er en vurdering om man har lovfestet rett til helsehjelp. En mangelfull henvisning vil kunne frata pasienten muligheten til å komme på en prioritert liste. Dermed øker risikoen for at pasienten kan bli uprioritert på feilaktig grunnlag. En annen mulighet er at pasienten egentlig har en alvorlig tilstand som bør vurderes raskt, men at henvisningen er ufullstendig og at pasienten dermed får rett til å stå på venteliste med en uforutsigbar og lang ventetid. Kvaliteten i henvisningen er altså avgjørende for om pasienten får god nok og riktig undersøkelse eller behandling til riktig tid.

En annen viktig grunn til å undersøke henvisningskvaliteten er en mulig samfunnsøkonomisk gevinst. Ved tilstrekkelig opplysninger i henvisningen kan en pasient hoppe over konsultasjon ved poliklinikken og settes direkte til en dagkirurgisk operasjonsliste. Dette gjelder selvfølgelig hvis det er en tilstand med klar operasjonsindikasjon etter en god anamnese og undersøkelse fra fastlegen, og at henvisningen inneholder nok tilleggsopplysninger til at pasienten kan undergå anestesi. Kvalitative minimumskrav for tilleggsopplysninger i henvisningen er medisinsliste, allergier, høyde og vekt samt hjerte-lungetilstand.

Hvorvidt pasienten skal kunne gå forbi poliklinikken avhenger også til en viss grad av fastlegens omdømme på sykehuset. Hvis en fastlege har en forhistorie med å skrive ufullstendige eller mangelfulle henvisninger vil overlegen som vurderer henvisningen i mindre grad slippe pasienten forbi en vurdering på poliklinikken.

Konsekvens for den henvisende legen er liten. Man kan i visse tilfeller få henvisningen i retur, dette forsinker behandlingen og gir ekstraarbeid for fastlegen. Samtidig er det i en viss grad konkurranse blant fastleger om pasienter i områder hvor listene ikke er fulle. Kvalitativt dårlige henvisninger kan bidra til at fastlegens omdømme svekkes både blant pasienter og kolleger.

Kunnskap

Flere sykehus og helseforetak har retningslinjer for hva en henvisning optimalt skal inneholde. Kompetansesenteret for IT i helsevesenet (KITH) laget en rapport om det medisinskfaglige innholdet i henvisninger: "Den gode henvisning" (3). I Ugeskrift for Læger i Danmark skrevet en artikkel om kvalitetsforbedring av henvisninger (4). Når det gjelder ortopedi spesielt finnes det henvisningsveiledere fra flere helseforetak, bl.a UNN, Sykehuset Telemark, Helgelandssykehuset og Helse Fonna. (5-8)

Elektroniske henvisninger er i ferd med å bli vanligere blant fastleger, her brukes en prefabrikkert modul hvor henviser fyller ut et standard skjema. På denne måten kan en

oppnå en standardisert henvisning hvor sannsynligheten for at mangel på viktige opplysninger reduseres.

Ved UNN er det laget en elektronisk henvisningsmodul som er tilgjengelig for fastlegene i deres lokalområde. Ved hjelp av den kan man henvide direkte til operasjon uten å gå via poliklinikk ved tilstander som kne- og hoftelddsarthrose. Det kreves et visst minimum av opplysninger noe som er strukturert i henvisningsmodulen. (5)

I Steinar Hunskaars bok "Allmenmedisin" er det ogsa laget en oversikt over hvilke prinsipielle elementer et henvisningsbrev fra allmennpraktiker bor inneholde. (9, s. 56)

I de senere ar har det ogsa blitt henvisningsrett for fysioterapeuter. I Henvisningsprosjektet 2001-2003 for manuellterapeuter er det laget klare retningslinjer for henvisning til spesialist, blant annet til spesialist i ortopedi (10).

Ut ifra dette har vi gjort en vurdering av hva vi mener bor vare med i en henvisning til undersokelse eller behandling for pasienter med knetilstander fra allmennpraksis.

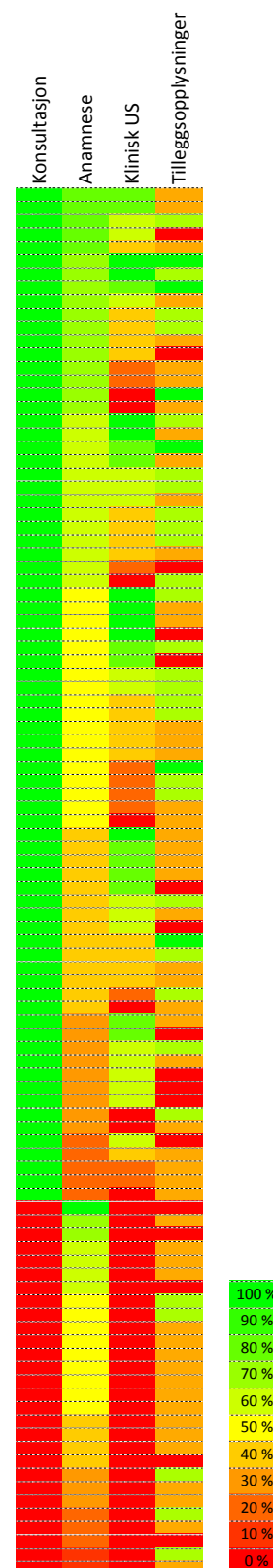
Materiale og metode

Studien er en prospektiv kohort av henviste pasienter fra allmennlege til ortopedisk klinikk ved ortopedisk avdeling pa sykehuset Innlandet HF, Elverum. Pasientene er henvist til vurdering eller behandling for en knetilstand. Studien inneholder alle knehenvisninger til ortopedisk klinikk de to forste maanedene av 2005 (n=117). Av disse ble 13 henvisninger ekskludert da de ble henvist fra andre yrkesgrupper enn fastleger. Materialet omfatter alle aldersgrupper, begge kjonn og alle typer kne-problemstillinger, akutte og kroniske.

Vi har valgt a kvalitetsvurdere henvisningene fra allmennlege pa basis av fire kategorier. Den forste hovedkategorien baseres pa om det gar tydelig fram i henvisningen at den er skrevet pa basis av en personlig konsultasjon. Det betyr at legen som skriver henvisningen selv har hatt pasienten inne pa kontoret, tatt opp en anamnese og gjort en egnet undersokelse, altsa ikke via telefon eller en sykepleier/helsesekretar. De tre andre hovedkategoriene er: Anamnese, klinisk undersokelse og tilleggsopplysninger. Skoringen pa anamnesekategorien er delt opp i ti undergrupper, den kliniske undersokelsen er basert pa fem undergrupper og tilleggsopplysninger pa tre undergrupper. Med utgangspunkt i de definerte krav til henvisning har vi gatt gjennom alle henvisninger i en to-maaneders periode, konsekutivt fra 01.01.05-28.02.05.

Resultater

			Vekting av kategori	Vektet snittskår
Konsultasjon	76	(73 %)		
Anamnese		(49 %)	40 %	19,7 %
Symptomer	95	(91 %)		
Traume	44	(42 %)		
Varighet	86	(83 %)		
Utvikling	62	(60 %)		
Lindrer/forverrer	46	(44 %)		
Krav	19	(18 %)		
Konsekvens	21	(20 %)		
Behandling	39	(38 %)		
Tidligere knehx	55	(53 %)		
Annen rel. sykd	44	(42 %)		
Klinisk US		(38 %)	40 %	17,3 %
Bevegelighet	29	(28 %)		
Stabilitet	31	(30 %)		
Hevelse/ødem	48	(46 %)		
Spes. tester	30	(29 %)		
Palpasjon	58	(56 %)		
Tilleggsopplysninger		(41 %)	20 %	8,2 %
Radiologi	77	(74 %)		
Medisiner	38	(37 %)		
Allergier	13	(13 %)		
Total	104	(100 %)		45,2 %



Antall registrerte henvisninger var 104. Av dem var 76 henvisninger tydelig basert på pasientkonsultasjoner (73.1%).

Det er forskjellig antall undergrupper i hver delkategori. Totalskåren for hver delkategori er et gjennomsnitt av skåren i undergruppene.

I anamnese-kategorien ser man fra tabellen at 95 av 104 (91.4%) beskriver symptombildet til pasienten, noe som utgjør den beste skåren. Deretter kommer beskrivelse av varigheten, 86 av 104 (82.7%). De undergruppene som i færrest tilfeller er beskrevet er pasientens krav og konsekvensen plagen har for pasienten, henholdsvis 19 av 104 (18.3%) og 21 av 104 (20.2%). Den totale skåren for anamnese-kategorien er 49.1% fullstendig beskrevet for de 104 henvisningene. Dette gir en delskår på 0.1965 av den totale skåren for alle kategorier da anamnese vektet som 40%.

I kategori for klinisk undersøkelse viser tabellen at 58 av 104 (55.8%) beskriver om kneet har funn ved palpasjon, noe som er den høyeste skåren i kategorien. Bevegelighet beskrives i 29 av 104 (27.9%) henvisninger, dette er den laveste skåren i kategorien klinisk undersøkelse. Tabellen viser at skåren for

Oversikt over alle inkluderte henvisninger sortert på kvalitet etter konsultasjon, anamnese, undersøkelse og tilleggsopplysninger.

stabilitet og spesifikke tester kun er marginalt bedre. Den totale skåren for kategorien klinisk undersøkelse er 43.4% fullstendig beskrevet for de 104 henvisningene. Delskår for klinisk undersøkelse av den totale skåren er 0.1734 da kategorien vektes 40%.

I kategorien for tilleggsopplysninger ser man av tabellen at 77 av 104 (74.0%) enten har vedlagt svar fra radiologisk undersøkelse eller har rekvirert radiologisk undersøkelse samtidig/forut for henvisningen. Kun 13 av 104 (12.5%) beskriver om pasienten har hatt noen allergiske legemiddelreaksjoner. Den totale skåren for kategorien tilleggsopplysninger er 41.0% beskrevet for de 104 henvisningene. Delskår for kategorien tilleggsopplysninger av den totale skåren er 0.0821 da kategorien vektes 20%.

Den totale skåren for alle tre kategorier når anamnese og klinisk undersøkelse er vektet 40% hver, og tilleggsopplysninger er vektet 20% er 0.4520. Dette betyr at med den vektingen vi har satt er gjennomsnittshenvisningen 45.2% optimalt beskrevet.

Diskusjon

Metoden som her er brukt er så vidt meg bekjent ikke tidligere brukt eller beskrevet, og har begrensninger. Fastlegen kan ha gjennomført undersøkelser som ikke er beskrevet i henvisningsskrivet, men siden henvisningen er den kommunikasjonen som går til sykehuset vil ikke disse opplysningene være av verdi for sykehuset. Noen fastleger unnlater å beskrive negative funn som kan være relevante for vurderingen på sykehuset. Den vektingen vi har satt opp er basert på skjønn. Her er det forskjellig måter å prioritere hva som er den viktigste informasjonen i en henvisning. Dette kan selvsagt vurderes forskjellig av fastlege og spesialist, men henvisning til ortopedi er ment å håndteres kirurgisk. I den anledning er det avgjørende om pasienten i det hele tatt er operabel, og om pasienten faktisk ønsker kirurgi. Finnes det absolutte kontraindikasjoner må disse være med.

Henvisning tydelig basert på en konsultasjon

Her vurderes det hvorvidt det går klart fram at pasienten har vært inne hos henvisende lege forut for at henvisningen er skrevet. Enten ved at det står anført at det er en konsultasjon eller ved at det går tydelige fram av henvisningen at pasienten har snakket med, og vært undersøkt av legen.

Det er ingen henvisninger som åpenbart kommer fra annenhåndsopplysninger. Tidligere utdrag fra journal har ikke gitt poeng.

Anamnese

Anamnesen gir oss et bilde på om fastlegen kjenner pasienten, eventuelt hatt en verbal kommunikasjon. Det viser at fastlegen har vært kontakt med pasienten, vet årsaken til at pasienten er der og har satt seg inn i problemstillingen. Det er et krav at anamnesticke opplysninger skal være med henvisningen. Ved flere av henvisningene fremgår det ikke sikkert at det foreligger slik kontakt. Det kan ha vært via en sekretær eller bare på

bakgrunn av en telefonsamtale med pasienten – henvisning med bakgrunn i annenhånds opplysninger.

Hvilke symptomer pasienten har beskrives oftest i henvisningen. Det er viktig med tanke på hvor fort pasienten skal vurderes. Har pasienten for eksempel låsninger prioriteres dette foran bare smerte. Noe som ofte står beskrevet er at pasienten har "kneplager". Dette er lite nyttig fordi det gir ingen konkrete opplysninger, derfor ingen poeng på symptomer i de tilfellene. "Smerter ved undersøkelse" har ikke gitt poeng på symptomer.

I hvilken grad det foreligger et traume beskrives i underkant av halvparten av henvisningene. Det er gitt poeng hvis det beskrives et traume som har sammenheng med knetilstanden uavhengig av tiden fra traumet. I én henvisning er det for eksempel 20 år mellom traume og konsultasjon, men det er gitt poeng på grunn av sammenhengen. Det er viktig å få med om det har vært et traume eller ikke med tanke på hvor hurtig pasienten skal vurderes.

Varigheten av symptomene er beskrevet i 83% av henvisningene. Varigheten er viktig for å kjenne siden dette kan si oss noe om nytteverdien av konservative tiltak. Det kan være egentrening, behandling hos fysioterapeut eller at det rett og slett kan gå over av seg selv. "Langvarig smerte" er regnet som for upresist og har ikke gitt poeng på varighet.

Utviklingen av knesyntomene er beskrevet i 60% av tilfellene. Hvis det er en raskt utviklende forverring av symptomer er dette grunn til snarlig vurdering hos spesialist med tanke på å forhindre større kneproblemer.

Hvorvidt noe lindrer eller forverrer plagene er beskrevet i 44% av henvisningene. Dette kan være trappe- eller bakkegang, eller at det hjelper å sitte med benet i ro. Informasjon om dette kan være behjelpelig med tanke på alvorlighetsgraden av plagene. "Klarer nå knapt å gå på benet" har gitt poeng på forverring.

Pasientens krav og konsekvens henger sammen til en viss grad. Ca. 20% av henvisningene inneholder opplysninger om pasientens krav til kneet og konsekvensen av plagene. Krav kan for eksempel være at pasienten er håndverker og står mye på kne i arbeidet. "Arbeider som fengselsbetjent" har gitt poeng på krav fordi det må forventes at pasienten har bruk for et friskt kne i arbeidet. Konsekvens har vært noe vanskeligere å poengsette. At pasienten er sykemeldt på grunn av kneet er en opplagt konsekvens. Konsekvens som: "må gå med stokk", "kan ikke gå på tur med hund", "ligger våken om natta", "hemmes i knestående arbeid" og "kan ikke spille fotball på fritiden" har alle gitt poeng. Det er altså ikke bare jobbmessige konsekvenser som har gitt poeng.

Pasientens krav og konsekvens er de undergruppene som er beskrevet i færrest henvisninger. Dette er viktig å få med tanke på hvor fort pasienten skal vurderes og eventuelt behandles kirurgisk. Hvis pasienten ikke kan arbeide på grunn av kneproblemer er det indikasjon for å ta inn pasienten raskere enn hvis han/hun kan jobbe som vanlig. Om kneplagene også har konsekvenser for hverdagslivet er dette også relevant siden det går utover livskvaliteten til pasienten, noe som kan føre til ytterligere helseproblemer av forskjellig art. Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å behandle de

pasientene som ikke kan arbeide på grunn av kneplagene så raskt som mulig. Det er også pasientrettigheter knyttet til dette i form av ordningen "Raskere tilbake". Hvis pasienten er sykemeldt hever han/hun sykepenger fra NAV og bidrar samtidig ikke i arbeidslivet. Dette er dårlig samfunnsøkonomi og kan dermed være et prioriteringskriterium for sykehusene.

Om, og i hvilken grad det tidligere har vært forsøkt noen form for behandling er beskrevet i 37.5% av tilfellene. Dette kan være medikamentell behandling, fysioterapi, egentrening osv. Dette er en viktig opplysning siden enkelte kne-tilstander ikke trenger ortopedisk vurdering før slike tiltak er forsøkt gjennom en viss tidsperiode. Om det ikke er forøkt noen behandling bør også dette være med i henvisningen slik at spesialisten vet dette og kan vurdere på bakgrunn av det. Det er gitt poeng i de tilfellene hvor det står beskrevet at ingen behandling er forsøkt.

Tidligere knehistorie er beskrevet 53% av henvisningene. Dette er enten tidligere kneplager fra samme kne eller relevante kneplager fra det andre kneet. Hvis pasienten har hatt tidligere kneplager er det av interesse å vite om det har sammenheng med nåværende kneplager og om hvilken behandling som er gjort. Det er gitt poeng hvis det er utelukket tidligere kneplager i henvisningen.

Annen sykdom er relevant for å vite om pasienten i det hele tatt er operabel eller ikke. For å kunne settes rett opp på liste til dagkirurgisk operasjon, og dermed gå forbi poliklinikken, må dette være med i henvisningen. Dette er beskrevet i 42% av henvisningene. Hos 58% av henvisningene må derfor sykehuset eventuelt innhente mer informasjon fra fastlegen, før de kan vurderes for operasjon. Dette blir merarbeid for vurderende lege på sykehuset og kan ofte føre til at pasienten settes opp til poliklinisk vurdering selv om henvisning direkte til operasjon hadde vært mulig med fullstendige opplysninger. Det er gitt poeng for å utelukke annen relevant sykdom.

Klinisk undersøkelse

Den kliniske undersøkelsen gir oss en indikasjon om at det har vært en fysisk kontakt mellom henvisende lege og pasienten. Den silingsfunksjonen som den kliniske undersøkelsen representerer, er vesentlig for at sykehusene ikke skal overleses av økende kravmentalitet og at pasienter behandles på et høyere spesialiseringsnivå enn nødvendig.

Den kliniske undersøkelsen er dessuten en standardisert måte å vurdere på, dette bidrar til at vi kommuniserer på en måte som er definert. Det vil si at legen som undersøker pasienten snakker samme språk som spesialisten som leser henvisningen.

Resultatet av undersøkelsen er en logisk slutning i forhold til anamnesen som viser en sammenheng mellom symptomer og funn som er rimelig. Der kommer også tilleggsundersøkelser som radiologi inn. Anamnesen og den kliniske undersøkelsen er avhengige av hverandre. Begge deler er viktig – subjektivt vs. objektivt. Man danner seg et inntrykk av pasientens plager og man objektiviserer symptomene via funn. For at man skal kunne stille diagnose og kunne behandle operativt må det være samsvar mellom anamnesen, subjektive symptomer og de objektive kliniske funnene. Det er også

et ufravikelig krav å gjennomføre en radiologisk undersøkelse før man gjennomfører et operativt inngrep i kneet.

I en henvisning der full undersøkelse er gjort et halvt år før henvisningen er sendt er det ikke gitt poeng for undersøkelsen. "Normal knestatus", "normal undersøkelse" og "ingen objektive funn" er ikke gitt poeng siden man ikke vet hva som faktisk har blitt gjort. Giving away-symptomer i en henvisning har gitt poeng på instabilitet. Funn på en undergruppe deretter beskrevet "kne forøvrig uten anmerkning" eller "ingen andre objektive funn" har bare gitt poeng på den nevnte undergruppen.

Det er gitt poeng for alle undergrupper i kategorien der negative funn er beskrevet.

Kneets bevegelighet er beskrevet i 28% av henvisningene. Dette er den laveste skåren i kategorien klinisk undersøkelse. Dette innebærer om aktiv og passiv bevegelighet er nevnt under funn og eventuelt i hvor stor vinkel man kan flektare og ekstendere kneleddet.

Stabiliteten i kneet er beskrevet i 30% av henvisningene. Denne er viktig å beskrive da det kan være avgjørende i forhold til hvor rakst en vurdering burde effektueres. Instabiliteten kan også representere en risiko i forhold til en forverring av skaden og vil dermed kunne være avgjørende for prioriteringen.

Hevelse eller ødem i kneet er beskrevet i 46% av tilfellene. Dette kan være ved inspeksjon av kneet eller om man palperer fram væske i leddet eller hevelse i synovia.

Undergruppen spesifikke tester innebærer i hovedsak menisktester som McMurray og Appley's. Disse er beskrevet i 29% av tilfellene. "Mulig meniskskade" har gitt poeng på grunn av at det beskrives under funn og det dermed å tolkes at det er gjort en spesifikk meniskundersøkelse.

Palpasjonsfunn ved den kliniske undersøkelsen er beskrevet i 56% av henvisningene. Denne undergruppen har dermed den høyeste skåren i kategorien. Det er likevel en relativt lav andel som har med dette. Det er noe oppsiktsvekkende at man ikke har undersøkt, eventuelt at man ikke har med hvilke undersøkelser man har gjort med positive og negative funn, i flere av henvisningene. Her er det et stort forbedringspotensial for fastlegene omfattet av denne undersøkelsen.

I noen av henvisningene har fastlegen beskrevet positive og negative funn med tanke på infeksjonstegn i leddet. Dette kunne vi vurdert å ha med som en egen undergruppe i kategorien klinisk undersøkelse.

Tilleggsopplysninger

Tilleggsopplysninger omfatter i hvilken grad radiologiske undersøkelser er gjennomført eller rekvirert, og om det er et radiologisk svar vedlagt henvisningen. Pasientens medikamentliste samt eventuelle allergier er også en del av kategorien tilleggsopplysninger.

Hvis pasienten skal gå direkte til operasjon er det et ufravikelig krav at tilleggsopplysningene følger henvisningen. Hvis det er et åpenbart kirurgisk kasus er det viktig for pasienten at behandlingen skjer så raskt som mulig. Unyttig ventetid er hensiktsløst for pasienten, det forlenger plagene eller funksjonssvikten og kan ekskludere pasienten fra arbeidslivet lengre enn nødvendig. Dette betyr også at det ligger en samfunnsøkonomisk gevinst i at henvisningene inneholder tilleggsopplysninger. Gevinsten i forhold til dette finner man også i sekundærhelsetjenesten, hvor ventetiden inn til poliklinikken ofte kan være en stor begrensning.

Man kan diskutere om kategorien tilleggsopplysninger burde ha blitt vektet høyere. Både helseøkonomisk sett og for pasientens beste, med tanke på ventetid og mulig skadeforverring, er denne kategorien essensiell. For å kunne vurderes med tanke på direkte kirurgi må alle tre undergrupper i kategorien være beskrevet.

I utgangspunktet var det med flere undergrupper i kategorien tilleggsopplysninger. Laboratorieresultat, resultat fra nevrologisk, nevrofysiologisk undersøkelse eller eventuell blokade var undergrupper primært. Det viste seg derimot at de fleste av disse undergruppene var irrelevant i forhold til vurderingen av kneproblemstillinger. Disse undergruppene påvirket totalskåren i så stor grad negativt og på en irrelevant måte at vi bestemte oss for å ta de ut av undersøkelsen.

Totalskår

Dette er den totale skåren for de tre kategoriene anamnese, klinisk undersøkelse og tilleggsopplysninger. Kategoriene er vektet på følgende måte: Anamnese og klinisk undersøkelse 40% hver, tilleggsopplysninger 20%. Dette gir en totalskår på 0.4520. Det vil si at med den vektingen vi har satt er gjennomsnittshenvisningen 45.2% optimalt beskrevet.

Dette er selvfølgelig et tall som er vanskelig å vurdere, og i hvilken grad tallet er representativt med tanke på kvaliteten av henvisningen har vi ikke grunnlag for å uttale oss om siden metoden er ny og ikke tidligere brukt. Totalskåren er et resultat av de kategorier og undergrupper vi har valgt å vektlegge i undersøkelsen, og gir en indikasjon på om henvisningene har åpenbare mangler. Man kan bruke totalskåren for å vurdere endringer av kvaliteten på henvisninger over tid, eller vurdere henvisningskvaliteten innenfor og mellom forskjellige fagfelt.

Svakheter og styrker ved undersøkelsen

En styrke med undersøkelsen er at alle henvisninger fra allmennleger er med fra en dato til en annen. Altså er dette en konsekutiv kohort. Kun henvisninger fra andre yrkesgrupper er ekskludert fra studien. En annen styrke er at undersøkelsen kun omhandler en problemstilling i et lokalisert anatomisk område. Kneet har standardiserte kliniske tester som forventes kjent hos fastlegene, og en knevurdering omfatter både anamnese, klinikk og tilleggsundersøkelser. Knehenvisninger kan derfor være illustrerende for hvordan fastlegene generelt kommuniserer med sekundærhelsetjenesten.

Denne undersøkelsen omfatter 117 henvisninger, og man kan diskutere om dette antallet er tilstrekkelig til å trekke konklusjoner om henvisningskvaliteten. Kohorten er liten og antall hoved- og undergrupper gjør statistiske analyser uhensiktsmessig. En annen svakhet er at det foreligger en usikkerhet med hensyn til vektleggingen av de forskjellige kategoriene, og også hvilke undergrupper man har valgt å ta med. Man kan også argumentere for at det burde vært gjort uavhengige kontroller for å kvalitetssikre vurderingen av de enkelte henvisningene.

Vurderingen av hvilke undersøkelser som skal være med i evalueringen av henvisningskvaliteten er gjort av en medisinstudent og en ortopedspesialist. Denne vurdering kunne med fordel vært supplert av en fastlege. Hvilke undersøkelser som er vektlagt i undergruppene er subjektivt vurdert og kunne vært gjenstand for en bredere evaluering. Det er også viktig å merke seg at evalueringen av de forskjellige undergruppene baserer seg på et gjennomsnitt av flere undersøkelser. Relevansen av disse undergruppene varierer uten at dette gjenspeiles i tallene.

Avslutning

Objektive kriterier i forhold til hva man forlanger av en henvisning fra fastlege til spesialisthelsetjenesten foreligger. Noen av disse kriteriene vil variere både i forhold til fagfelt og hvem som henviser. Kvaliteten på henvisningen er avgjørende for pasienten i forhold til ventetid og nivå for vurderingen på sykehuset. Sykehuset trenger kvalitativt gode henvisninger for at kapasiteten på poliklinikken skal utnyttes best mulig, og samfunnsøkonomisk er det gunstig at pasienten håndteres raskest mulig og på den måten raskest mulig kommer tilbake til arbeidslivet. Det foreligger få systemer for å vurdere kvaliteten på henvisninger fra fastlegene.

Denne undersøkelsen viser en metode hvor man kvantifiserer kvaliteten på en henvisning i forhold til definerte retningslinjer for hva en henvisning bør og skal inneholde. Det foreligger ingen tilsvarende undersøkelser til sammenligning, og det er ikke satt en "cut off" i forhold hva man mener burde være et minimum i forhold til henvisningskvalitet. Denne kvantitative vurderingen er ment som en pilot i forhold til å utvikle metodikken videre mot et verktøy som kan være nyttig innenfor helsetjenesteforskning. Klart definerte retningslinjer i forhold til minimumskriterier bør trolig vektlegges sterkere for alle kategorier.

Etter vår mening bør det fremgå av enhver henvisning at det har vært en verbal og fysisk kontakt mellom pasienten og henvisende lege. Det bør også foreligge en tentativ diagnose: En manifestering av at det har vært en intellektuell vurdering basert på anamnese, klinisk undersøkelse og tilleggsfunn som radiologi. Det må også opplyses om medikamentbruk og eventuelle allergier. Det må altså framgå av henvisningen at den er skrevet av en lege. Det bør også være en logisk oppbygging av henvisningen med personalia, anamnese, funn, resultat av tilleggsundersøkelser og en tentativ diagnose. Det behøver ikke å være en bestilling til spesialisten, men en relevant klinisk problemstilling som kan behandles av ortoped. I noen tilfeller må det gjøres en vurdering av om ortopedi er den riktige spesialiteten å henvise til. Kanskje er en henvisning til nevrologi eller fysikalsk medisin i noen tilfeller riktigere. Dette kan vurderes av spesialisten som mottar henvisningen.

Fokus på kvalitativt gode henvisninger er god pasientbehandling, det bidrar til bedre effektivitet i helsetjenesten og er god samfunnsøkonomi. For å få mer kunnskap om nytteverdien av kvalitativt god kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten kan det være nyttig å utvikle kvantitative metoder for denne kommunikasjonen, og dette prosjektet er et initiativ i forhold til det. Som forvaltere av offentlige penger har vi et forvalteransvar som forplikter oss til å behandle flest mulig, best mulig på lavest mulig nivå i helsevesenet. Dette forplikter oss til å utvikle metoder som bedrer kvaliteten på helsetjenestene. Denne metoden omfatter et svært viktig område hvor informasjon om pasienter flyttes internt i helsevesenet. Overlevering av informasjon skjer mellom avdelinger, sykehus, mellom nivåer i helsevesenet og over geografiske avstander. Det er i denne overleveringen vital informasjon kan gå tapt og det er nettopp i disse overgangene vi trenger kvalitetssystemer og kriterier som sikrer pasienten en sømløs vei gjennom helsetjenesten. Vi tror denne metoden kan bidra til å vurdere kvaliteten av henvisninger og på den måten gi oss et verktøy til å evaluere om endringer i henvisningspraksis gir ønsket effekt. Elektroniske henvisninger er på vei inn og vi får derfor mulighet til å sammenligne resultatene på tradisjonelle henvisninger med standardisere elektroniske henvisninger.

Litteratur

1. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvisninger fra fastleger til medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129:1868-9
2. Helsenorge.no. Oslo: Helsedirektoratet (2011-05-10)
<https://helsenorge.no/Rettigheter/Sider/Vurdering%20hos%20spesialist.aspx>
3. Ree AO. Medisinsk-faglig innhold in henvisninger: "den gode henvisning". KITH-rapport nr. 22/03. Trondheim: Kompetansesenteret på IT i helsevesenet, 2003.
http://www.kith.no/upload/1121/R22-03HenvisningMedisinskFagligInnhold-v1_1.pdf
4. Grupe P, Grindsted P, Møldrup M et al. Kvalitetsforbedringer af henvisninger fra praksissektoren. Ugeskr Læger 2006; 168:1434-8
5. Floer R. Ortopedi: Direktehenvisning ved hoft- eller kneleddsarthrose. Fastlegenytt fra UNN. Tromsø: UNN; (2012-01-19)
<http://www.unn.no/fastlegenytt/ortopedi-direktehenvisning-ved-hofte-eller-kneleddsarthrose-article91013-24459.html>
6. Tingby O. Retningslinjer for henvisning til ortoped ved Notodden sykehus. Notodden: Sykehuset Telemark HF. <http://www.sykehuset-telemark.no/SiteCollectionDocuments/Notodden%20-%20Rjukan/Behandlinger/Ortopediske%20retningslinjer%20Notodden%20sykehus%20docx.pdf>
7. Aspevik R, Johansen D, Fosse A. Henvisning av ortopediske pasienter til Helgelandssykehuset. Mo i Rana: Helgelandssykehuset HF; (2012-09)
<http://www.helgelandssykehuset.no/fastlegenytt/henvisning-av-ortopediske-pasienter-til-helgelandssykehuset-article96794-26752.html>
8. Henvisning til ortopedisk poliklinikk. Haugesund: Helse Fonna HF http://helse-fonna.no/omoss/avdelinger/kirurgisk-poliklinikk-og-dagkirurgi/Tilvisingsrutinar/Henvisning%20til%20ortopedisk%20poliklinikk_korsband_menisk.pdf
9. Hunskaar S, red. Allmennterapi. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006. 832 s.
10. Faggruppen for manuellterapi. Retningslinjer for henvisning til spesialist: Henvisningsprosjektet 2001-2003. Norsk fysioterapeutforbund: (2003)