

Forbedring av henvisning av varicepasienter: Et kvalitetsforbedringsprosjekt

Anne Goffeng, Margrethe Henriksen, Marius Lindal, Tone E. M. Medalen, Lars Ølnes



UNIVERSITETET I OSLO

Mars 2021

Forbedring av henvisning av varicepasienter: Et kvalitetsforbedringsprosjekt

Kvalitetsforbedringsprosjekt - KloK, Universitetet i Oslo

Veileder: Mette Kalager

Copyright Anne Goffeng, Margrethe Henriksen, Marius Lindal, Tone E. M. Medalen, Lars Ølnes

2021

Forbedring av henvisning av varicepasienter: Et kvalitetsforbedringsprosjekt

Anne Goffeng, Margrethe Henriksen, Marius Lindal, Tone E. M. Medalen, Lars Ølnes

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter som ønsker vurdering for kirurgisk behandling av varicer henvises fra primærhelsetjenesten. Mange henvisninger inneholder mangelfull informasjon. Karkirurgisk avdeling OUS bruker unødvendige ressurser på å verifisere fastlegens vurdering: Avdelingen er nødt til å ta inn flere pasienter til undersøkelse for å selv vurdere det faktiske behovet for kirurgisk intervensjon enn hva som ville vært nødvendig dersom henvisningene hadde inneholdt god anamnese og status presens.

Problemstilling: Målsettingen med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt er å sørge for at henvisninger av varicebehandling til Karkirurgiske avdeling OUS skal inneholde anamnesticke og objektive foreslåtte minstekrav i henvisningen.

Kunnskapsgrunnlag: Kvalitetsforbedringsprosjektet vårt bygger på en retningslinje for bruk i klinisk praksis publisert i Journal of Vascular Surgery i 2011. Retningslinjen anbefaler at undersøkelse av pasienter med varicer skal inneholde en fullstendig anamnese og en grundig klinisk undersøkelse. Videre anbefales det at CEAP-klassifikasjonen, et deskriptivt klassifiseringssystem som klassifiserer varicer på underekstremiteten i fire undergrupper, benyttes for alle pasienter med varicer.

Dagens praksis: Vårt mikrosystem er et fastlegekontor i Kongsvinger som består av 4 fastleger. Hver av fastlegene anslår at de skriver omkring 4-5 henvisninger til spesialisthelsetjenesten årlig. De angir å ikke bruke CEAP-klassifiseringen i sine henvisninger. Ved karkirurgisk avdeling OUS er derimot CEAP-klassifiseringen et godt innarbeidet klassifikasjonsverktøy som de også ønsker at fastlegene skal ta i bruk.

Tiltak og indikatorer: Vårt hovedtiltak er å informere fastleger om hvilket innhold Karkirurgisk avdeling OUS ønsker i henvisningene fra primærhelsetjenesten. Helt konkret vil dette bestå av et lunsjmøte hvor vi utdeler en informasjonsplakat. I dette møtet vil vi også komme med informasjon om prosjektet, hvorfor vi anser dette som viktig, konsekvensene av dagens praksis og informasjon om de faglige momentene (henvisningens innhold og CEAP-klassifiseringen). Vi har valgt strukturindikatoren «*Andel henvisninger av varicepasienter til karkirurgisk avdeling som inneholder definerte anamnesticke opplysninger og CEAP-klassifikasjon*». Denne indikatoren ansees som relevant, gyldig og lett å måle.

Prosess, ledelse og organisering: Det opprettes en prosjektgruppe med 2-3 medlemmer for å lede og organisere prosjektet. Det foreslås at medlemmene bør inkludere 1-2 spesialister og 1 fastlege. Varigheten av prosjektet settes til 18 måneder. Det tas utgangspunkt i Kotters 8 steg og PUKK-sirkelen i prosjektimplementeringen.

Diskusjon/konklusjon: Dette kvalitetsforbedringsprosjektet vurderes til å være av verdi da det kan bidra til å optimalisere henvisningene som sendes fra et fastlegekontor i Kongsvinger til vurdering av Karkirurgiske avdeling OUS. Ved å formidle og tilgjengeliggjøre informasjon til fastlegene om hvilke opplysninger som ønskes i henvisningen kan kvalitetsforbedringsprosjektet bidra til å frigjøre ressurser i spesialisthelsetjenesten. Dette vil igjen kunne brukes til å øke antall operasjoner utført, gi mer tid til forskning og redusere pasientventetiden til intervensjon. Vi mener at dette kvalitetsforbedringsprosjektet bør gjennomføres.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	7
1.1	Varicer	7
1.2	Behandlingsalternativer	7
1.3	Fagmiljøet i Norge	7
1.4	Dagens henvisningspraksis	8
1.5	Ønsker fra spesialisthelsetjenesten	8
1.6	Hvorfor er dette et viktig tema?	8
1.7	Målsetting	9
2	Kunnskapsgrunnlaget	10
2.1	Pico-spørsmål og litteratursøk	10
2.2	Hva er kunnskapsgrunnlaget vårt?	11
2.3	Hva forteller retningslinjen oss?	12
2.4	Hva baseres retningslinjen på?	12
2.5	CEAP	13
2.6	Vurdering av kunnskapsgrunnlaget	15
2.7	Hvorfor er CEAP-klassifiseringen og anamnese et godt verktøy i henvisninger?.....	16
3	Dagens praksis, tiltak og indikatorer	17
3.1	Dagens praksis	17
3.2	Tiltak.....	19
3.3	Kvalitetsindikatorer	20
4	Prosess, ledelse og organisering	22
4.1	Hvordan lede og organisere prosjekt.....	22
4.1.1	Prosjektgruppe.....	22
4.1.2	Kotters åtte steg.....	22
4.2	Strukturering av arbeidet	24
4.2.1	PUKK-sirkel.....	24
4.2.2	Varighet og viktige milepæler.....	25
4.2.3	Forslag til prosjektplan.....	27
5	Diskusjon	29
6	Konklusjon	31
7	Litteraturliste	32

1 Bakgrunn

1.1 Varicer

Varicer eller åreknuter defineres av store medisinske leksikon som sykkelig utvidete, ofte slyngede og dermed forlengede vener. De kan forekomme i endetarmen som hemoroider, i spiserøret som øsofagusvaricer. Det vanligste er derimot utvidete, synlige vener på leggen eller låret som snor seg. Tilstanden er meget vanlig, og oftest ikke behandlingstrengende. Symptomene kan imidlertid variere betydelig. Det kan være et misforhold mellom plagene og størrelsen på, og utbredelsen av, åreknutene. De vanligste plagene er tyngdefornemmelse og smerter i bena, leggkramper og hevelse i den nederste delen av benet, ankelen og på fotryggen. Det vedvarende høye trykket i venene reduserer blodstrømmen gjennom de små karene i huden slik at ernæringen av huden blir dårlig. Dette kan føre til at huden blir tynn, brunaktig pigmentert og glattere enn normalt og det kan oppstå eksemforandringer av huden. I tillegg kompliseres noen forløp av hudforandringer med sårdannelse eller årebetennelse som av og til kan åreknuter kompliseres med blødninger (1).

1.2 Behandlingsalternativer

Man kjenner ingen legemidler som kan helbrede åreknuter. I lettere tilfeller kan støttestrømper lindre plagene, men den eneste behandlingen som kan sikre varig lindring er intervensjon (1). Tidligere har det vært kirurgisk fjerning som har vært foretrukket behandling, men gradvis blir dette erstattet av endovaskulære teknikker med bruk av laser, radiofrekvens eller skumbehandling (2).

1.3 Fagmiljøet i Norge

I Norge er det Karkirurgiske avdeling OUS som er kompetansesenter og nasjonal behandlingstjeneste innenfor karkirurgi. Under den nasjonale behandlingstjenesten ligger Nasjonal behandlingstjeneste for rekonstruktiv dyp venekirurgi – norsk venøse insuffisiens (NOVI). NOVI skal tilby høyspesialiserte undersøkelser og behandling av pasienter med kroniske sår, smerter og hevelse på grunn av sykdomstilstander i det dype venøse systemet. NOVI drives i samarbeid med alle karkirurgiske avdelinger i Norge og administreres av karavdelingen ved Oslo Universitetssykehus, Aker (3). Karavdelingen har i tillegg til

nasjonale funksjoner, regionsfunksjon for Helse Sør-Øst og områdefunksjon for Oslo. Karavdelingen ved Aker har ansvaret for utredning og behandling av perifer karsykdom.

1.4 Dagens henvisningspraksis

Pasienter som ønsker vurdering for kirurgisk behandling av varicer henvises fra primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten ønsker gode henvisninger, men opplever at disse i stor grad er mangelfulle. Status presens utelates ofte, og det aktuelle i anamnesen er ofte svært kort beskrevet. Det er ikke uvanlig med henvisninger som «Pasienten har åreknuter, og henvises for kirurgisk behandling» (4). Det mangler også ofte informasjon om fastlegen har anbefalt pasienten å bruke støttestrømper, hvor lenge og ev. hvor effektivt dette har vært. I noen tilfeller har heller ikke fastlegen undersøkt om pasienten ønsker kirurgisk intervensjon. Samlet medfører dette at henvisninger som kommer til spesialisthelsetjenesten ofte anses som mangelfulle (4).

1.5 Ønsker fra spesialisthelsetjenesten

Når spesialisthelsetjenesten skal vurdere og prioritere pasienters rett til helsehjelp benyttes CEAP-klassifiseringen og Helsedirektoratets prioriteringsveileder (4). Førstnevnte er et klinisk klassifikasjonsverktøy av varicegraden, mens sistnevnte indikerer hvilke pasienter som bør prioriteres basert på sin CEAP-klassifisering (se del 3.1). Derfor ønsker spesialisthelsetjenesten en god anamnese og en (forenklet) CEAP-klassifisering fra henviser.

Fra OUS Karkirurgisk avdeling er det ønskelig at henvisningene minimum bør inneholde følgende:

- Bakgrunn, tidligere sykdommer, risikofaktorer, forsøkte tiltak
- Alder og yrke/ funksjon (står pasienten hele dagen, eller ikke?)
- Objektiv beskrivelse av hvordan dette ser ut (CEAP-klassifisering)

1.6 Hvorfor er dette et viktig tema?

Mangelen på god og nøyaktig informasjon i henvisningene medfører utfordringer. Karkirurgisk avdeling OUS bruker unødvendige ressurser på å verifisere fastlegens vurdering: Avdelingen er nødt til å ta inn flere pasienter til undersøkelse for å selv vurdere det faktiske behovet for kirurgisk intervensjon enn hva som ville vært nødvendig dersom

henvisningene hadde inneholdt god anamnese og status presens. I tillegg avvises henvisninger direkte uten vurdering slik at fastlegen må henvide på nytt. Således forlenges også ventetiden for de pasientene som faktisk har indikasjon for kirurgisk intervensjon. Konsekvensen av dette er bruk av ressurser som ellers kunne vært brukt til kirurgiske intervensjoner, forskning og raskere tid-til-intervensjon heller går til å gjøre vurderinger som burde vært gjort i primærhelsetjenesten.

1.7 Målsetting

Vi ønsker å informere fastlegene i mikrosystemet om hvilke opplysninger som bør inngå i en henvisning til vurdering av kirurgisk intervensjon.

Økt nøyaktighet i henvisningen vil kunne forenkle seleksjonskriteriene av hvilke pasienter det er som bør kalles inn til vurdering i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne frigjøre ressurser som dermed heller vil kunne brukes til å øke antall operasjoner utført, gi mer tid til forskning og redusere pasientventetiden til intervensjon.

Målsettingen med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt å sørge for at henvisninger av varicebehandling til Karkirurgiske avdeling OUS skal inneholde anamnestiske og objektive foreslåtte minstekrav i henvisningen.

2 Kunnskapsgrunnlaget

2.1 Pico-spørsmål og litteratursøk

For å danne en oversikt over kunnskapsgrunnlaget ved venøse varicer ble det utført et pyramidesøk i McMaster PLUS. Søkestrategien inneholdt «varicose veins». Dette gir henholdsvis 50 treff i de to kliniske oppslagsverkene BMJ Best Practice og Up to Date. I førstnevnte ekskluderes 48 og i sistnevnte 47 artikler ettersom disse omhandler spesielle pasientgrupper eller spesifikke behandlingsmetoder, og således ikke var relevante for vår oppgave. De fem gjenværende omhandler klinisk manifestasjon, symptomer eller klassifikasjon, men kom ikke med konkrete anbefalinger om bruk av CEAP-klassifikasjon ved vurdering av pasienter med varicer, og ble derfor ekskludert.

Med det samme søket i McMaster PLUS, fant vi ingen kunnskapsbaserte retningslinjer. Vi søkte videre i BMJ Best Practice, og fant seks retningslinjer. Tre tar for seg behandling og en tar for seg samfunnsøkonomiske perspektiver ved varicebehandling og er derfor ikke relevant for oppgaven. De to gjenværende retningslinjene tar for seg diagnostikk og behandling av varicer på underekstremiteter. Kun en av disse inneholder en konkret anbefaling om bruk av CEAP-klassifikasjon hos pasienter med varicer og inkluderes i oppgaven. Dette fordi spesialisthelsetjenesten i sine henvisninger ønsker gode anamneser samt objektiv klassifisering (basert på CEAP) som grunnlag for å vurdere hvordan pasientene skal prioriteres.

For å supplere kunnskapsgrunnlaget ble det utarbeidet et PICO-spørsmål for å planlegge søksstrategien:

P – Pasienter over 18 år med varicer

I – Bruk av CEAP og relevant anamnese i henvisning til spesialisthelsetjenesten

C – Ikke bruke CEAP og relevant anamnese i henvisning til spesialisthelsetjenesten

O – Bedre ressursbruk og kortere ventelister til intervensjon

Vi gjorde et søk i PubMed basert på PICO-spørsmålet med søkeordene «varicose veins» i kombinasjon med «CEAP classification». Søket ble begrenset til artikler publisert mellom

01.01.2001 og 27.04.2021, engelsk språk, meta-analyser, systematiske oversikter, oversikter og randomiserte kontrollerte studier. Dette ble gjort for å sikre den nyeste og best dokumenterte kunnskapen.

Søket resulterte i 40 artikler. 33 av disse ble ekskludert basert på overskrift og abstrakt da de ikke omhandlet CEAP-klassifikasjonen eller henvisninger, men heller andre temaer i relasjon til varicer, i hovedsak forskjellige behandlingsmodaliteter (5-37). Av de syv gjenstående artikler, er tre artikler kunnskapsoppsummeringer, men disse ble ekskludert da de er av eldre dato enn retningslinjen vi allerede har inkludert i kunnskapsgrunnet og de ikke inneholdt ytterligere informasjon om CEAP-klassifisering eller hva henvisninger bør inneholde (38-40). To artikler vurderer CEAP-klassifikasjonens anvendbarhet og begrensninger. Den ene av disse ekskluderes fordi den ikke er tilgjengelig i fulltekst (41). Den andre ekskluderes fordi den er av eldre dato enn siste CEAP-revidering (42). Den sjettede artikkelen ekskluderes vi fordi den i hovedsak omhandler bildediagnostikk og behandling og anses således ikke som relevant for oppgaven (43). Den siste artikkelen publisert i 2020, omhandler CEAP-klassifisering og er en oppdatering av den originale klassifikasjonen fra 1993 (44). Vi har valgt å inkludere denne publikasjonen fordi klassifikasjonen støtter opp under ønskene fra spesialisthelsetjenesten, og fordi den inneholder de siste oppdateringene av CEAP-klassifikasjonen.

Vi fant ingen relevante systematiske oversikter, meta-analyser eller randomiserte kontrollerte studier i vårt søk.

2.2 Hva er kunnskapsgrunnet vårt?

Prosjektets kunnskapsgrunnet er hovedsakelig en retningslinje for bruk i klinisk praksis publisert i Journal of Vascular Surgery av Gloviczki et. al (45) i 2011. Retningslinjen er utarbeidet av komiteén Venous Guideline Committee bestående av medlemmer fra The Society for Vascular Surgery (SVS) og American Venous Forum (AVF). Denne omhandler håndtering og behandling av pasienter med varicer i underekstremiteter og bekken. I tillegg benyttes siste oppdaterte versjon av konsensusdokumentet om CEAP-klassifisering fra 2020 (44).

2.3 Hva forteller retningslinjen oss?

Det blir for omfattende for denne oppgaven å skulle gjennomgå alle anbefalingene i retningslinjen. Vi har valgt å fokusere på den første delen av retningslinjen. Denne delen omhandler henvisninger og CEAP-klassifikasjon, og er derfor relevant for vår oppgave. Det presiseres i retningslinjen at en presis diagnose og en korrekt klassifisering av det underliggende venøse problemet er hjørnesteinen i håndtering av pasienter med kronisk venøs sykdom, og sammen vil dette danne grunnlaget for riktig valg av behandling (45).

Retningslinjen inneholder en rekke anbefalinger. Disse oppsummeres i oversiktlige tabeller som punktvis beskriver anbefalingene og gir en gradering av disse. Det fremmes i *anbefaling 1.1* at undersøkelse av pasienter med varicer skal inneholde en fullstendig anamnese og en grundig klinisk undersøkelse. I anamnesen bør pasientene spørres om symptomer på kronisk venøs sykdom. Dette kan inkludere prikking, verking, brennende følelse, smerter, muskelkramper, hevelse, tyngdefølelse, kløende hud, restless legs, tretthet i beina og fatigue. I tillegg bør man gjøre en kartlegging av tidligere DVT eller tromboflebitt, kjent trombofili, medikamenter, røyking, graviditet og familiær disposisjon for varicer. Videre fremmes det at CEAP-klassifikasjonen benyttes for alle pasienter med venøs sykdom, noe som kommer frem av *anbefaling 6.1* (45).

2.4 Hva baseres retningslinjen på?

Retningslinjen til Gloviczki et. al har gjennomgått relevant litteratur, inkludert tidligere publiserte konsensusdokumenter og retningslinjer, meta-analyser, to rapporter utgitt av American Venous Forum i tillegg til en håndbokanbefaling for venøs sykdom utgitt av sistnevnte (45). GRADE-systemet er benyttet for å gradere anbefalingene etter styrke og anbefalingene graderes med tall 1 eller 2 og bokstaver fra A-C. Tallverdiene sier noe om styrken på anbefalingen hvor 1 er sterkest, mens bokstavene representerer evidensgrunnlaget der A anses som best dokumentert (45).

Både *anbefaling 1.1* (klinisk undersøkelse og anamnese) og *anbefaling 6.1* (CEAP-klassifiseringen) har graderingen 1A som betyr sterk anbefaling bygget på god klinisk evidens. Det er oppgitt flere kilder i teksten som forklarer resonnetet rundt anbefalingene, men disse er ikke direkte knyttet opp mot hver enkelt anbefaling. Blant annet er det referert til en tverrsnittstudie som tar for seg pasientrapporterte symptomer på varicer

fra 2005 (46). Denne viste en signifikant forskjell i symptombyrde sammenlignet med normalpopulasjonen. Symptomer som verking, kramper, slitenhetsfølelse i bena, hevelse og tyngdefornemmelse økte alle signifikant i prevalens ved økende alvorlighet av funksjonell varicesykdom. I tillegg støttes *anbefaling 1.1* av Bradbury og Ruckley (47), men det har dessverre ikke vært mulig å ettergå denne kilden grunnet mangelfull tilgjengelighet. Litteraturen kan støtte opp under ytret ønske fra Karkirurgisk avdeling OUS om å inkludere anamnesticke opplysninger i henvisningen.

2.5 CEAP

CEAP er et deskriptivt klassifiseringssystem som klassifiserer varicer på underekstremiteten i fire undergrupper, hvor C står for klinikk, E for etiologi, A for anatomi og P for patofysiologi. I denne oppgaven er det valgt å fokusere på C-klassifiseringen da det er dette elementet karkirurgene ønsker beskrevet i henvisningene (Tabell 1).

Tabell 1 – CEAP-klassifisering

C0	Ingen varicer
C1	Kun telangiektasier
C2	Varicer
C2r	Residiverende varicer
C3	Varicer med ødem
C4a	Varicer med hudforandringer som eksem og/eller endret pigmentering
C4b	Varicer med hudforandringer som lipodermatosklerose og/eller atrofi
C4c	Varicer med hudforandringer som corona phlebectatica

C5	Tilhelede venøse leggsår
C6	Åpne venøse leggsår
C6r	Residiverende åpne venøse leggsår
C()a	Uten symptomer
C()s	Med symptomer*

* tyngdefølelse, smerter, stramhet og i noen tilfeller leggkramper (44).

Den første CEAP-klassifikasjonen ble utviklet som et konsensusdokument av spesialister i 1994, fordi man ønsket en mer presis klassifisering av venøs sykdom som også inkluderte etiologi, anatomi og patofysiologi. Klassifiseringen ble publisert i flere tidsskrifter og bøker. Dokumentet ble godkjent av et fellestråd for the Society for Vascular Surgery og the North American Chapter of the International Society for Cardiovascular Surgery. I 2004 ble kriteriene for første gang revidert, og dette inkluderte blant annet en mer presis inndeling av klasse C og en innføring av dato for klassifiseringen. Bakgrunnen var at man ønsket klassifiseringer som var bedre definerte. En annen endring var innføringen av «basic-CEAP» som er et enklere alternativ til den omfattende originalversjonen og som gjør CEAP-systemet enklere å benytte for klinikere. Siste oppdatering av retningslinjen kom i 2020. Da ble det lagt til noen små endringer, blant annet «r» for residiverende varicer og ulcerasjoner og en ny subklasse under C4 (44).

Konsensusdokumentet er utarbeidet ved hjelp av Nominal group technique (NGT) (48). Det bygger ikke på effektstudier, men en gruppe spesialister fra fagmiljøet har definert det de anser som en hensiktsmessig klassifisering av varicer. CEAP-klassifiseringen er i dag internasjonalt anerkjent og brukes i de fleste kliniske artikler om varicer (44) samt i klinisk praksis i flere land, inkludert Norge.

2.6 Vurdering av kunnskapsgrunnlaget

Formålet og målgruppen til retningslinjen «The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular surgery and the American Venous Forum» kommer tydelig frem. Alle forfatterne er oppgitt med fullt navn, arbeidssted og tilhørende avdeling. Alle medlemmene i komiteen er leger. Komiteen er oppnevnt av SVS, et viktig nasjonalt akademisk samfunn for vaskulær kirurgi i USA (49), og AVF som er internasjonalt anerkjente eksperter på venøs og lymfatisk sykdom (50).

Dokumentasjonsgrunnlaget for retningslinjen er tydelig vurdert/gradert etter den anerkjente GRADE-metoden. Retningslinjen inneholder to relevante og klare anbefalinger for vårt prosjekt, og begge er gradert til 1A. Den ene anbefaler at den kliniske undersøkelsen av pasienter med varicer skal inneholde en grundig anamnese. Den andre anbefaler at alle pasienter med kronisk venøs sykdom skal klassifiseres ved hjelp av CEAP-systemet.

Om svakheter ved retningslinjen bør det nevnes at eventuelle interessekonflikter ikke blir diskutert. Eksklusjons- og inklusjonskriterier for litteraturen som er brukt blir heller ikke utdypet. Det redegjøres kun i grove trekk for hvilken type litteratur de har benyttet. Likevel er kildereferansene i teksten fra en svært omfattende og utfyllende kildeliste. Det er noe tynt grunnlag for å gradere særlig *anbefaling 6.1* som 1A, men samtidig er CEAP-klassifiseringen bygget på en konsensus og ikke effektstudier så grunnlaget for anbefalingen er noe annerledes enn for de andre anbefalingene i retningslinjen. At CEAP-klassifiseringen i hovedsak er basert på konsensus gjør det også vanskelig å vurdere selve konsensusdokumentet, men det er vår oppfatning at fagmiljøet både internasjonalt og i Norge støtter opp om denne klassifiseringen.

Vår vurdering er at retningslinjen kan være til god hjelp i klinisk praksis og vi har tillit til anbefalingene som gis. Det er lett for brukere av retningslinjen å finne relevante anbefalinger da tabellene er oversiktlige og tydelige.

2.7 Hvorfor er CEAP-klassifiseringen og anamnese et godt verktøy i henvisninger?

Spesialisthelsetjenesten i Norge ønsker seg henvisninger med mer relevant informasjon og har etterlyst en god anamnese og CEAP-klassifisering. Dette kan spare ressurser i form av at pasientseleksjonen blir mer effektiv. Vi har ikke funnet klinisk evidens for at dette kan spare tid, ressurser og korte ned ventetiden til intervensjon, men det karkirurgiske fagmiljøet i Norge ser dette som et godt verktøy for god kommunikasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Som skrevet tidligere i teksten er det studier som viser en sammenheng mellom symptombyrde og økende alvorlighetsgrad av varicesykdom (46), og dette kan være et argument for at det er fornuftig å klassifisere varicer. I dag er CEAP-klassifiseringen etter det vi har funnet det best egnede klassifiseringssystemet for å beskrive varicer, og er i utstrakt bruk både i Norge og internasjonalt. Selv om CEAP-klassifiseringen kun er en deskriptiv klassifisering og ikke ment til å vurdere alvorlighetsgrad, kan dette kombinert med anamnese, som blant annet beskriver pasientens nåværende funksjon og hvilke krav til funksjon pasienten har i dagliglivet, gi spesialisthelsetjenesten et godt verktøy til å prioritere pasienter.

3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer

3.1 Dagens praksis

For å få klarhet i håndteringen av pasienter med varicer i underekstremitetene har vi vært i kontakt med Norsk Karkirurgisk Forening, Karkirurgisk avdeling OUS og et fastlegekontor i Kongsvinger. Vårt mikrosystem er et fastlegekontor med fire fastleger i Kongsvinger kommune. Hver fastlege henviser ca. 4-5 pasienter til varicebehandling hvert år (51).

Legene ved dette kontoret benytter seg av Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) når de vurderer hvilke pasienter som skal henvises til spesialisthelsetjenesten. NEL gir et forslag til en sjekklister for henvisning. Denne inkluderer formålet med henvisningen, sykehistorie (med særlig vekt på debut, utbredelse og konsekvenser), kliniske funn med allmenntilstand og lokalisasjon (hvilken vene, eksem, leggsår). Det er ingen henvisning til, eller bruk av, CEAP-klassifisering i NEL-sjekklister (52).

I Norsk Karkirurgisk Forening er det derimot utarbeidet en enighet om at man skal klassifisere varicer ved hjelp av CEAP-klassifiseringen (4). Denne klassifiseringen brukes også i «Society for Vascular Surgery» (44). CEAP-klassifiseringen brukes ikke av fastlegene ved vårt mikrosystem og denne inkluderes heller ikke ved henvisning av pasienter (51).

Etter å ha gradert varicene må man så ta en beslutning for når man skal gjøre intervensjon i spesialisthelsetjenesten og når man ikke skal gjøre det. I dag fungerer det slik at helsedirektoratet har utformet en prioriteringsveileder som bestemmer at alle pasienter med C3 og oppover har krav på utredning innen 26 uker (53). Samtidig er det en enighet i det karkirurgiske miljøet om at hver enkelt karkirurg ved de ulike karkirurgiske sentrene kan gjøre selvstendige vurderinger og derfor behandle pasienter med C2 varicer så lenge det ikke gir fristbrudd for pasienter med C3 og oppover (4).

Av avsnittet over er det derfor ingen helt klar intervensjonsgrenser for behandling av varicer på underekstremiteten. Det er derfor vanskelig å gi helt klare instruksjoner til fastleger som skal henviser pasienter. Denne usikkerheten rundt intervensjonsgrensen gir dermed en økt

viktighet av at henvisningene er gode slik at karkirurgene får et bedre grunnlag for å vurdere hvem som skal innkalles til vurdering og innen hvilken tidsfrist.

I dag ser man derimot at en del henvisninger fra primærhelsetjenesten er mangelfulle. Karkirurgisk avdeling OUS anslår f. eks. at kun 1 av 100 henvisninger inneholder CEAP-klassifisering. Karkirurgene poengterer at disse henvisningene av og til har så store mangler at man som karkirurg står mellom to valg: Enten tar man pasienten inn til vurdering uten at man egentlig vet hva som er problemet – noe som også gir vanskeligheter med å si noe om hvor mye helsehjelpen haster – eller man avviser pasienten på bakgrunn av for mangelfull henvisning. Begge deler gjøres i dag (4).

Konsekvensene av en slik henvisningspraksis er mange og finnes på ulike nivåer. For det første har det en samfunnsøkonomisk konsekvens ved at karkirurger evt. må ta inn pasienter på usikkert grunnlag og derfor bruker utstyr og tid på pasienter som ikke har behov for dette. Videre har det også konsekvenser for hver enkelt karkirurg og fastlege. Karkirurgene blir nødt til å bruke unødvendig mye tid på å gjennomgå for dårlige henvisninger og på å undersøke pasienter som i utgangspunktet ikke har behov for en spesialistvurdering, noe man hadde fanget opp dersom henvisningen hadde vært bedre. Denne tiden kunne heller vært brukt på forskning og andre viktigere oppgaver. For fastlegen vil en dårlig henvisning gi merarbeid og være misbruk av fastlegens tid som man vet er en dyrebar ressurs. Til slutt har det også konsekvenser for pasienten ettersom en god henvisning vil gjøre at karkirurgen kan vurdere pasienten godt og dermed gjøre et bedre anslag for når pasienten bør få et tilsyn. Pasienter som har alvorlig sykdom eller stor funksjonsnedsettelse vil derfor kunne få vurdering innenfor et respektabelt tidsaspekt.

Etter samtale med karkirurger ved OUS og vurdering av litteratur fremmes det som et minimumskrav at en god henvisning bør inneholde følgende momenter (Tabell 2):

Tabell 2 – Foreslåtte minimumskrav ved henvisninger (4)

Anamnesticke minstekrav	Objektive minstekrav
<ul style="list-style-type: none">• Pasientens tidligere sykdommer• Yrkesstatus	<ul style="list-style-type: none">• CEAP-klassifiseringen: Objektiv vurdering av det man ser

<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkning av pasientens funksjon/symptombyrde • Har pasienten prøvd støttestrømper tidligere og med hvilken effekt? • Ønsker pasienten kirurgisk inngrep? 	
--	--

Dette er momenter som er valgt ut av karkirurger, men som også støttes i litteraturen. Sammenlignet med sjekklisten i NEL trekker karkirurgene frem flere momenter som mangler. Verken tidligere sykdommer, yrkesstatus, bruk av støttestrømper og andre tidligere tiltak (med hvilken effekt) og pasientens egne ønsker er ikke inkludert i NEL. Også CEAP-klassifiseringen mangler, selv om eksem og leggsår spesifikt er nevnt. Allikevel dekker disse to alene ikke opp under behovet om å kunne prioritere korrekt ut ifra Helsedirektoratets prioriteringsveileder.

Trukket fram av karkirurgene som noe av det viktigste er bruken av CEAP-klassifiseringen, siden denne skaper en enhetlig måte å omtale varicer på (45). Videre er det også viktig å inkludere pasientens sykdomsstatus, yrke og hvordan varicene påvirker pasientens funksjon. Dette gir verdifull informasjon når man skal vurdere behovet for, og valg av, intervensjon. Når det gjelder bruk av støttestrømper er ikke dette interessant kun fordi det er et alternativ til kirurgisk intervensjon, men også fordi det gir en indikasjon på effekten av en kirurgisk intervensjon. Avslutningsvis ser vi det også som viktig å vite hva pasienten ønsker seg av en spesialistvurdering. Vil pasienten i det hele tatt ha en kirurgisk intervensjon?

3.2 Tiltak

Tiltakene våre består i hovedsak av to momenter. Vi vil utarbeide en plakat og avtale et lunsjmøte. Plakaten skal i hovedsak inneholde to ting. Det første er henvisningsmomentene listet opp i Tabell 2. Det andre er CEAP-klassifiseringen. Begge vil bli supplert med en kort forklarende tekst om formålet. Ved intervensjonsstart vil vi holde et lunsjmøte for fastlegene hvor vi deler ut denne plakaten. Samtidig vil vi også informere om prosjektet, hvorfor vi anser dette som viktig, konsekvensene av dagens praksis og informasjon om de faglige momentene (henvisningens innhold og CEAP-klassifiseringen). Avslutningsvis vil vi åpne for spørsmål. Dette vil følges opp med at vi utsender informasjonen elektronisk en uke senere hvor vi igjen vil besvare spørsmål som eventuelt har dukket opp.

3.3 Kvalitetsindikatorer

I vårt prosjekt er målet at vi skal få til en målbar kvalitetsforskjell i helsevesenet. Det er vanskelig å måle kvalitet direkte, og det er derfor vanlig å bruke kvalitetsindikatorer i stedet for. Kvalitetsindikatorer er målbare, observerbare og gir et indirekte mål av kvaliteten på helsetjenestene (54).

Det finnes mange slike indikatorer og man kan grovt dele indikatorene i struktur-, prosess- og - resultatindikatorer. Strukturindikatorer er hvilke ressurser man kan benytte seg av i helsevesenet. På den ene siden har du sykehusets materielle tilbud. Herunder ligger helsevesenets utstyr og tilgjengeligheten av dette utstyret. Videre inkluderer det også kunnskapen som de ansatte ved helsetjenestene besitter. Prosessindikatorene sier noe om hva helsehjelpen innebærer. Her inkluderer man pasientens monitorering, hvilke utredninger de får og hvilke behandlinger som blir gitt. Resultatindikatorene er de mest pasientnære indikatorene. Her vil man undersøke pasientens symptomer og plager, og man inkluderer også dødelighet og morbiditet ved sykehusinnleggelser (54).

I vårt prosjekt tar vi primært for oss følgende strukturindikator:

Andel henvisninger av varicepasienter til karkirurgisk avdeling som inneholder definerte anamnesticke opplysninger og CEAP-klassifisering (se Tabell 2).

Målingen vil skje ved at vi samler inn henvisninger fra vårt mikrosystem i forkant av intervensjonen, samt 6 måneder, 12 måneder og 18 måneder etter intervensjonen er iverksatt. Henvisningene vil samles inn av prosjektgruppen fra Karkirurgisk avdeling OUS. Når vi gjennomgår henvisningene vil vi se på om de inneholder de momentene vi har beskrevet i Tabell 2. Målet vårt er at 70% av henvisningene inneholder alle momentene beskrevet i Tabell 2 etter 18 mnd. For å unngå rom for feiltolkning har vi formulert opplysningene vi ønsker i henvisningen så konkret som mulig. Det vil derfor være klart om henvisningen har ønskelig innhold eller ikke. Vi vil også kunne undersøke hvilke innhold som oftest er inkludert eller som oftest mangler. Samtidig vil også datamaterialet være lett tilgjengelig.

Videre må vi undersøke om kvalitetsindikatoren er relevant. Målet med prosjektet vårt er at henvisningene fra vårt mikrosystem skal inneholde anamnesticke og objektive foreslåtte minstekrav i henvisningen. Et relevant mål på dette vil derfor være om henvisningene inneholder informasjon som ansees som viktig i en god henvisning. Når vi sitter og undersøker hvor mange henvisninger som inneholder momentene i Tabell 2 undersøker vi også hvor mange henvisninger vi anser som gode. Når det gjelder gyldighet er det en vurdering av om det er sammenheng mellom indikatoren og kvalitet. Vi vurderer det dithen at bruk av CEAP-klassifiseringen samt inkludering av viktig anamnesticke informasjon (Tabell 2) i henvisninger har en sammenheng med bedre kvalitet i helsetjenesten. Dette fordi henvisningens innhold kommer fra anbefaling av spesialister i fagfeltet (4) og fordi det er konsensus i fagmiljøet internasjonalt (45).

Helt avsluttende må man gjøre en vurdering av om disse indikatorene kan brukes til å se en endring av kvalitet. Vi mener at om 70% av henvisningene inneholder CEAP-klassifiseringen og alle anamnesticke momenter etter 18 mnd. har vi fått til en kvalitetsendring i helsevesenet.

4 Prosess, ledelse og organisering

4.1 Hvordan lede og organisere prosjekt

4.1.1 Prosjektgruppe

Prosjektet bør ledes og organiseres på en slik måte at det danner et godt grunnlag for endring av henvisningsgrunnlaget til vårt mikrosystem, men samtidig slik at det tillater eventuell utvidelse til resten av primærhelsetjenesten i Karkirurgisk avdeling OUS opptaksområde. Det kan derfor tenkes å være nyttig å inkludere spesialister og fastleger. Eksempelvis kan gruppen bestå av 2-3 medlemmer: 1-2 spesialister og 1 fastlege. Det er viktig at sammensetningen av gruppen består av deltakere som er motiverte for endring av dagens praksis. Fastleger bør inkluderes fordi det er disse som i størst grad påvirkes av intervensjonen. Spesialistene bør inkluderes fordi disse påvirkes av intervensjonens resultater, samtidig som de står for den faglige tyngden, troverdigheten og samstemmingen med primærhelsetjenesten. Prosjektgruppen bør således styres etter en prosjektplan.

4.1.2 Kotters åtte steg

Kotter publiserte i 1995 en artikkel om det å lede organisatoriske endringer og hvorfor de ofte feiler (55). I følge Kotter viste at de suksessfulle kasesene å gå gjennom en serie av faser over tid. Disse er oppsummert i Tabell 3:

Tabell 3 – Kotters 8 steg (55)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Skape kriseforståelse for at endring er nødvendig• Etablere allianse av aktører med makt til å gjennomføre endringen• Formulere klar visjon• Kommunisere visjonen og strategi• Fjern hindringer for å oppnå visjonen• Synliggjør positive gevinster tidlig• Konsolider forbedringer og fokuser på det som gjenstår• Forankre endringen i organisasjonskulturen |
|---|

Skape kriseforståelse: Kolleger eller grupper i organisasjonen ser utfordringer i måten driften utføres i dag. Som tidligere omtalt fører mangelfulle henvisninger i dag til blant annet unødig ressursbruk både for Karkirurgisk avdeling OUS og fastleger.

Etablere allianse: Observerte utfordringer må forankres i hele organisasjonen. Det handler om å løfte utfordringene opp slik at de kan håndteres som en enkelt enhet. Det er derfor viktig at spesialister med faglig tyngde blir delaktige i prosjektet.

Formulere klar visjon: Fremtidsvisjonen må være relativ enkel å kommunisere, forstå og appellere til alle delaktige. Visjonen i prosjektet kan eksempelvis oppsummeres som bedre henvisning av varicepasienter for bedre helsetjenester. Et samlet fagmiljø med enighet om én klar visjon forsterker viktigheten av problemet. Utover signaleffekten dette gir vil det også kunne gi en positiv effekt på motivasjonen.

Kommunikasjon av visjon og strategi: Inkluderer viktigheten av å få ut utfordringene, konsekvensene, visjonen, strategien og hensikten til massene. Alle mulige kommunikasjonskanaler bør benyttes, og fremstillingen bør fremme entusiasme og ønske om endring. Prosjektet, fastlegene og spesialistene må derfor ikke bare samlet, men også hver for seg, benytte seg av sine kommunikasjonskanaler for å støtte opp under dette. Dette kan være gjennom word-of-mouth, fagtidsskifter og oppfordringer.

Fjerning av hindringer: Til tross for god kommunikasjon, klare visjoner og entusiasme til endring kan det ofte foreligge strukturelle hindringer i organisasjonen som står i veien for at den enkelte kan bidra. Det er viktig å forstå «hvor skoen trykker» hos fastlegene: Er det informasjonsmangel, tidsklemme eller annet som fører til mangelfulle henvisninger? Dersom de nye henvisningsmomentene ikke løser fastlegenes utgangspunkt vil de heller ikke ha et ønske om å endre sine nåværende rutiner. Gjennom samtaler med fastlegene i vårt mikrosystem er det det fremste problemet mangel på henvisningsveiledere (51). Først når dette er sikret kan fastlegene oppfordres til å ta i bruk de nye henvisningsmomentene. Samtidig er det viktig at momentene passer inn i Karkirurgisk avdeling OUS' egne vurderingskriterier slik at fastlegene kan se en positiv effekt av gode henvisninger.

Synliggjøring av positive gevinster: Organisatoriske endringer tar tid, og fornyelser mister raskt sitt moment dersom det ikke kan vises til positive effekter underveis fordi folk går lei.

Det er derfor viktig at positive effekter synliggjøres gjennom å aktivt bruke delmål og milepæler, som f. eks. det å etter 6 måneder vise positive resultater.

Konsolidering og fokus: Når de fleste delmål og milepæler er møtt kan det være enkelt å erklære vellykket gjennomføring. Faren står da i at endringene ikke er godt nok forankret og at man fjerner fokuset fra målet for tidlig. Innmeldte utfordringer og problemer bør derfor samles og løses sammen gjennom tydeliggjøring av nye delmål.

Forankring av endringen: Endringer har en lei tendens til å forvitne når trykket lettes. Det blir da viktig å vise hvordan endringene har forandret henvisningsgrunnlaget sammenlignet med tidligere. For fastlegene må dette vise seg som besparelse av tid siden bedre henvisninger gjør at de kun trenger å skrives en gang. På samme måte bør dette ha både medisinsk og økonomisk positiv effekt for Karkirurgisk avdeling OUS gjennom forbedret ressursbruk. Samlet bør dette føre til nedsatt tid-til-behandling for pasientene.

4.2 Strukturering av arbeidet

4.2.1 PUKK-sirkel

Prosjektimplementeringen bør skje etter PUKK-sirkel (56). Dette er en modell for forbedring, og består av to deler: 1) Grunnleggende spørsmål og 2) Forbedringssirkel.

Modellen starter med å stille grunnleggende spørsmål:

- a) Hva ønsker vi å oppnå? *Henvisninger av varicebehandling til Karkirurgiske avdeling OUS skal inneholde foreslåtte anamnesticke og objektive vurderinger (Tabell 2).*
- b) Når er en endring forbedring? *Når 70% av henvisningene inneholder både CEAP-klassifiseringen og alle de anamnesticke opplysninger i Tabell 2.*
- c) Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring? *Informere fastlegene i mikrosystemet om hvilke opplysninger som bør inngå i en henvisning til vurdering av kirurgisk intervensjon. Dette inkluderer internundervisning og informasjonsplattform med e-post og plakater. Se ellers 3.2 Tiltak.*

Deretter går man videre til planlegging, utførelse, kontrollering og korrigerende (PUKK):

Planlegging: Vurdering av dagens praksis (del 3.1), fastlegging av mål (del 1.7) og implementering av tiltak (del 3.2). Det er også viktig at det sikres nok personell, ressurser og god nok tid til gjennomføringen – både i prosjektet, hos fastlegene og Karkirurgisk avdeling OUS.

Utførelse: Iverksettelse av planlagte tiltak.

Kontrollering: Før utførelse av intervensjon bør det hentes inn data på hvor mange henvisninger som inneholder minimumskravene til henvisningene. Under- og etter intervensjonen bør det så innhentes data på ny, hvorpå disse sammenstilles. En positiv intervensjon vil vise seg som at 70% av henvisninger har korrekt innhold etter fullendt prosjekt ved 18 måneder.

Korrigerings: Prosessen oppsummeres basert på tidligere trinn, og det vurderes om løsningen man har implementert er god eller ikke. Dersom intervensjonen viser til positivt resultat sikres det tiltak som fører til at prosessen kan standardiseres i hele opptaksområdet til Karkirurgisk avdeling OUS. Det kan deretter enkelt utvides til å også inkludere fastleger i hele helse-regionen og ev. nasjonalt.

4.2.2 Varighet og viktige milepæler

Varigheten av prosjektet tenker vi kan ligge på rundt 18 måneder. Lengden er valgt for å øke den statistiske styrken på undersøkelsen fordi det kan være lang tid mellom hver gang fastlegene får inn en pasient som kvalifiserer for henvisning grunnet en relativt liten populasjon (se del 3.1). Den lille populasjonen kan føre til at en for kort prosjekttid vil kunne gi for få data og dermed vansker med å finne eventuelle signifikante resultater. En eventuell utvidelse forventes å kunne implementeres raskere grunnet erfaringer lært.

Viktige milepæler bør inkludere faktorer som sikrer en god kommunikasjon, fremgang og strategi fra start til slutt. Eksempelvis kan det tenkes at det kan inkludere følgende milepæler (Tabell 4):

Tabell 4 – Eksempler på milepæler

Etableringsfase	Intervensjonsfase	Utvidelsesfase	Evalueringsfase og momenter lært
<p>1. Forankring i fagmiljøet og ledelsen</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Specialisthelsetjenesten</p> <p>2. Kartlegge tidsfaktorer, rekkefølge og ansvarsfordeling</p> <p>3. Definere mål</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Hovedmål</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Del-mål</p> <p>4. Klargjøring av nye informasjonsplattform (plakater, e-poster)</p> <p>5. Ferdigstilling av prosjektplan</p> <p>6. Ekstraksjon av data før intervensjonen</p>	<p>1. Kommunikasjon av prosjektets opprettelse gjennom møte</p> <p>2. Internundervisning (plakat, nye henvisningsmomenter per e-post i ettertid)</p> <p>3. Håndtering av motstand</p> <p>4. Innhenting av midlertidige data</p> <p>5. Analysering av midlertidige data</p> <p>6. Presentasjon av midlertidige data og resultatindikatorer</p> <p>7. Ny runde internundervisning</p> <p>8. Håndtering av motstand</p> <p>9. Innhenting av data</p> <p>10. Analysering av data</p> <p>11. Resultater og vurdering</p>	<p>1. Vurdering av videre utvidelse</p> <p>2. Eventuelt «Etableringsfase» og «Intervensjonsfase» i utvidet område</p>	<p>1. Evaluere intervensjonsfasene samlet</p> <p>2. Momenter lært</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Hva har fungert?</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Hva fungerte ikke?</p> <p style="padding-left: 20px;">c) Forslag til utbedring</p>

4.2.3 Forslag til prosjektplan

Prosjektplanen utarbeides i etableringsfasen og beskriver hvordan prosjektet skal gjennomføres. Dette inkluderer prosjektets rammer, mål og delmål, milepæler, viktige aktiviteter og ressursbehov (57). Det foreslås å dele prosjektplanen inn i tre hovedfaser og en avsluttende fase med totalevaluering og momenter lært helt til slutt.

Fase 1 – Etableringsfase

Det bør holdes et oppstartsmøte slik at prosjektets mål og milepæler kan forankres. Det er videre viktig med god kommunikasjon og godt samarbeid innad i gruppen (58). Det bør også så snart det lar seg gjøre velges en prosjektleder og fordeling av eierskap til teammedlemmene. Det foreslås at en spesialist på Karkirurgisk avdeling OUS blir leder fordi denne vet hvilke utfordringer det ligger i henvisningene. Prosjektplanen bør ferdigstilles. Data, i form av henvisninger fra vårt mikrosystem, hentes ut fra Karkirurgisk avdeling OUS før oppstart av intervensjonsfasen.

Fase 2 – Intervensjonsfase

Kommunikasjon av prosjektets eksistens, innhold og målsetting til fastlegene: Prosjektleder setter opp kort møte med fastlegekontoret i lunsjen. Internundervisning i problemstilling og målsetting, overlevering av plakat med henvisningsinformasjon. Oppfølging via e-post 7 dager senere med oppsummerende informasjon og elektronisk plakat. Det åpnes for tilbakemeldinger fra fastleger og karkirurger til prosjektleder via e-post, telefon eller brev i hele prosjektets levetid. Innhenting av midlertidige data, i form av henvisninger fra vårt mikrosystem til Karkirurgisk avdeling OUS, etter 6 måneder. Midlertidig analyse utføres, endringer vurderes basert på tilbakemeldinger. Ny runde internundervisning: Kort lunsjmøte med oppsummering og fremhevelse av positive effekt så langt. Innhenting av data, i form av henvisninger fra mikrosystemet til Karkirurgisk avdeling OUS, etter nye 6 måneder. Åpent møte der alle som ønsker kan delta og gi tilbakemelding til prosjektet. Ikke-meldte problemer kan også tas opp her. Analyse, resultater og evaluering: Det vurderes om intervensjonen har medført at 70% av henvisninger har korrekt innhold, og om prosjektet således har hatt en positiv effekt. Tilbakemelding til fastlegene av gjennomført intervensjon, resultater og konklusjoner.

Fase 3 – Utvidelsesfase

Vurdering av prosjektets effekt og om det bør utvides til Karkirurgisk avdeling OUS' opptaksområde. Samme fremgangsmåte, men kortere tidsfrister grunnet større pasientvolum. Første innhenting av midlertidige data etter 3 måneder, avsluttende innhenting etter 6 måneder.

Fase 4 – Evaluering og momenter lært

Prosjektet ventes ferdigstilt etter 18 måneder. Prosjektgruppen bør da basert på data og informasjon samlet inn under prosjektets levetid evaluere disse og presentere momenter lært. Momenter lært bør inkludere positive elementer så vel som negative. Dette vil i senere tid kunne være verdifullt for eventuelt etterfølgende prosjekter som kan ta lærdom av fungerende tiltak og fallgruver slik at de enklere kan håndteres.

5 Diskusjon

I dette kvalitetsforbedringsprosjektet har vi ønsket å optimalisere henvisningene som sendes fra et fastlegekontor i Kongsvinger til vurdering av Karkirurgiske avdeling OUS. Ved å formidle og tilgjengeliggjøre informasjon til fastlegene om hvilke opplysninger som ønskes i henvisningen kan kvalitetsforbedringsprosjektet bidra til å frigjøre ressurser i spesialisthelsetjenesten. Dette vil igjen kunne brukes til å øke antall operasjoner utført, gi mer tid til forskning og redusere pasientventetiden til intervensjon.

Kunnskapsgrunnlaget for prosjektet er en retningslinje publisert i Journal of Vascular Surgery fra 2011. Denne anbefaler at CEAP-klassifikasjonen benyttes for alle pasienter med venøs sykdom, og C – klinikken – er fokus for vårt kvalitetsforbedringsprosjekt, da dette er det som ønskes beskrevet i henvisningene fra primærhelsetjenesten.

Det er flere svakheter ved kunnskapsgrunnlaget. Det blir ikke diskutert eventuelle interessekonflikter. Eksklusjons- og inklusjonskriterier for litteraturen som er brukt blir heller ikke utdypet. Kildereferansene i teksten er fra en svært omfattende og utfyllende kildeliste, men kildene er vanskelige å ettergå siden flere av disse ikke er tilgjengelige i fulltekst. I tillegg er de ikke knyttet opp til hver enkelt anbefaling. Styrkene ved kunnskapsgrunnlaget er blant annet at dokumentasjonsgrunnlaget for retningslinjen tydelig er vurdert og gradert med GRADE-metoden. Retningslinjen inneholder to klare anbefalinger som er relevante for vårt prosjekt, og begge er gradert til 1A. Vår vurdering er at retningslinjen støtter godt opp under de ytrede ønskene fra karkirurgene ved Karkirurgisk avdeling OUS. Til tross for manglende evidens av effekten på ressursbruk, tidsbesparelse og kortere ventelister virker CEAP-klassifisering supplert av en relevant anamnese som det beste tilgjengelige verktøyet for kommunikasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

Initialt i prosjektet har vi ønsket å etablere en prosjektgruppe for å danne et godt grunnlag for endring av innholdet i henvisningene sendt fra vårt mikrosystem. Vi brukte PUKK-sirkelen for å sikre en viss systematikk i gjennomføringen av kvalitetsforbedringsprosjektet. Samtidig som vi har hatt fokus på prosjektets mål har det vært ønskelig fra vår side at prosjektet tillater en eventuell utvidelse til resten av primærhelsetjenesten i Karkirurgisk avdeling OUS' opptaksområde. Det vil være hensiktsmessig å vurdere å utvide kvalitetsforbedringsprosjektet

dersom et overordnet mål om å frigjøre tid i spesialisthelsetjenesten skal nås. I vårt mikrosystem er det kun 4 leger som skriver 4-5 henvisninger per år. Volumet er ikke tilstrekkelig til å utgjøre en forskjell som vil være merkbar i spesialisthelsetjenesten i det store og hele. Å gjennomføre prosjektet vil kunne bidra til å forbedre henvisningene som skrives fra vårt mikrosystem, men dersom spesialisthelsetjenesten skal merke en signifikant forskjell burde flere fastlegekontorer involveres. Dette er dog ikke hovedmålet til kvalitetsforbedringsprosjektet i denne omgang.

Vi benyttet oss av Kotters åtte steg som hjelpemiddel for å komme i mål med å endre fastlegenes etablerte henvisningspraksis. Selv om endring er nødvendig, er det svært ofte vanskelig å gjennomføre fordi det oftest møter motstand innad. For fastlegene kan disse mangelfulle henvisningene ikke nødvendigvis oppleves som et like stort problem som for legene i Karkirurgisk avdeling OUS. Likevel er det fastlegene som må gjennomføre en endring. Det kan tenkes at fastlegene ikke ønsker å forholde seg til nye henvisningsmomenter siden dette endrer flere år med rutiner. Det kan føles krevende å kontinuerlig forholde seg til ny informasjon og øke stressnivået i et allerede presset miljø. Det kan også muligens være vanskelig å ta til seg at man ikke handlet ut ifra det som har vært det beste for pasienten. Samtidig kan det på kort sikt oppfattes som negativt for fastlegene at henvisningene skal være mer detaljerte siden dette krever grundigere anamnese og undersøkelser.

Løsningen og håndteringen dersom slik motstand skulle dukke opp vil være å klare å fange det opp når det oppstår. Dette kan eksempelvis angripes gjennom internundervisning og muligheter for tilbakemeldinger slik at henvisningsgrunnlaget kan tilpasses. Det bør også informeres om at økt koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre pasienthandling, og muligens vil kunne være tidsbesparende for fastlegen i lengden fordi man unngår re-kontakter grunnet mangelfulle henvisninger.

6 Konklusjon

Målsettingen med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vært å sørge for at henvisninger av varicebehandling til Karkirurgiske avdeling OUS skal inneholde anamnesticke og objektive foreslåtte minstekrav i henvisningen. Problemet har vært at mange henvisninger fra primærhelsetjenesten inneholder mangelfull informasjon og videre at Karkirurgisk avdeling OUS bruker unødvendige ressurser på å verifisere fastlegens vurdering. Vi ønsket å innføre CEAP-klassifiseringen i henvisningene fra vårt mikrosystem.

På tross av at det finnes svakheter ved kunnskapsgrunnet mener vi at prosjektet vårt bør gjennomføres da få ressurser kreves utover dialog og samarbeid med mikrosystemet vårt. I tillegg vil en innføring av CEAP-klassifiseringen supplert av en relevant anamnese i tråd med karkirurgenes ønsker i henvisningene kunne bidra til å frigjøre tid i spesialisthelsetjenesten. Dette er et ønske fra fagmiljøet og endringen baserer seg på en allerede eksisterende retningslinje. Vårt prosjekt vil gjøre denne retningslinjen tilgjengelig for vårt mikrosystem – og igjen bidra til å øke antall operasjoner utført, gi mer tid til forskning og redusere pasientventetiden til intervensjon.

7 Litteraturliste

- (1) Arnesen, H. Åreknuter: Store Norske Leksikon. Oslo: Store norske leksikon. [Internett]. [oppdatert 20. jul. 2020; hentet 14. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/%C3%A5reknuter>.
- (2) Arvesen, A. Nye behandlingsmetoder ved kronisk venøs insuffisiens. Kirurgen. 2010;1:12-16.
- (3) Oslo universitetssykehus. Nasjonal behandlingstjeneste for rekonstruktiv dyp venekirurgi [Internett]. [oppdatert 02. okt. 2016; hentet 14. mars. 2020]. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalt-behandlingstjeneste-for-rekonstruktiv-dyp-venekirurgi>.
- (4) Øystein Rognerud, leder i norsk karkirurgisk forening, telefonsamtale 27.02.2021 og 19.03.2021
- (5) Yao P, Mukhdomi T. Varicose Vein Endovenous Laser Therapy. 2021 Jan 30. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–.
- (6) Pannier F, Rabe E. The relevance of the natural history of varicose veins and refunded care. Phlebology. 2012 Mar;27 Suppl 1:23-6
- (7) Biemans AA, Kockaert M, Akkersdijk GP, van den Bos RR, de Maeseneer MG, Cuypers P, Stijnen T, Neumann MH, Nijsten T. Comparing endovenous laser ablation, foam sclerotherapy, and conventional surgery for great saphenous varicose veins. J Vasc Surg. 2013 Sep;58(3):727-34.e1.
- (8) Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. Angiology. 2003 Jul-Aug;54 Suppl 1:S19-31.
- (9) Pittaluga P, Chastanet S. Persistent incompetent truncal veins should not be treated immediately. Phlebology. 2015 Mar;30(1 Suppl):98-106.

- (10) Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 9;(12):CD008819.
- (11) Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD008819
- (12) Maessen-Visch MB, de Roos KP. Dutch Venous Ulcer guideline update. *Phlebology*. 2014 May;29(1 suppl):153-156.
- (13) Pascarella L, Shortell CK. Medical management of venous ulcers. *Semin Vasc Surg*. 2015 Mar;28(1):21-8.
- (14) Sincos IR, Baptista APW, Coelho Neto F, Labropoulos N, Alledi LB, Marins EM, Puggina J, Belczak SQ, Cardoso MG, Aun R. Prospective randomized trial comparing radiofrequency ablation and complete saphenous vein stripping in patients with mild to moderate chronic venous disease with a 3-year follow-up. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 May 2;17(2):eAO4526.
- (15) Onwudike M, Abbas K, Thompson P, McElvenny DM. Editor's Choice - Role of Compression After Radiofrequency Ablation of Varicose Veins: A Randomised Controlled Trial[☆]. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2020 Jul;60(1):108-117.
- (16) van Neer PA, Veraart JC, Neumann HA. Venae perforantes: a clinical review. *Dermatol Surg*. 2003 Sep;29(9):931-42; discussion 942.
- (17) Ye K, Wang R, Qin J, Yang X, Yin M, Liu X, Jiang M, Lu X. Post-operative Benefit of Compression Therapy after Endovenous Laser Ablation for Uncomplicated Varicose Veins: A Randomised Clinical Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2016 Dec;52(6):847-853.
- (18) Vasquez MA, Munschauer CE. Venous Clinical Severity Score and quality-of-life assessment tools: application to vein practice. *Phlebology*. 2008;23(6):259-75.

(19) Catarinella FS, Nieman FH, Wittens CH. An overview of the most commonly used venous quality of life and clinical outcome measurements. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2015 Jul;3(3):333-40.

(20) Bergan JJ, Pascarella L. Severe chronic venous insufficiency: primary treatment with sclerofoam. *Semin Vasc Surg.* 2005 Mar;18(1):49-56.

(21) Saha S, Tiwari A, Hunns C, Refson J, Abidia A. Efficacy of topical local anaesthesia to reduce perioperative pain for endovenous laser ablation of varicose veins: a double-blind randomized controlled trial. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2016 Aug;10(4):251-5.

(22) Boisseau MR. Leukocyte involvement in the signs and symptoms of chronic venous disease. Perspectives for therapy. *Clin Hemorheol Microcirc.* 2007;37(3):277-90.

(23) Goel RR, Abidia A, Hardy SC. Surgery for deep venous incompetence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 23;2015(2):CD001097.

(24) Lam YL, Lawson JA, Toonder IM, Shadid NH, Sommer A, Veenstra M, van der Kleij AMJ, Ceulen RP, de Haan E, Ibrahim F, van Dooren T, Nieman FH, Wittens CHA. Eight-year follow-up of a randomized clinical trial comparing ultrasound-guided foam sclerotherapy with surgical stripping of the great saphenous vein. *Br J Surg.* 2018 May;105(6):692-698.

(25) Mendes-Pinto D, Bastianetto P, Cavalcanti Braga Lyra L, Kikuchi R, Kabnick L. Endovenous laser ablation of the great saphenous vein comparing 1920-nm and 1470-nm diode laser. *Int Angiol.* 2016 Dec;35(6):599-604

(26) Tenbrook JA Jr, Iafrati MD, O'donnell TF Jr, Wolf MP, Hoffman SN, Pauker SG, Lau J, Wong JB. Systematic review of outcomes after surgical management of venous disease incorporating subfascial endoscopic perforator surgery. *J Vasc Surg.* 2004 Mar;39(3):583-9

- (27) Howard DP, Howard A, Kothari A, Wales L, Guest M, Davies AH. The role of superficial venous surgery in the management of venous ulcers: a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2008 Oct;36(4):458-65
- (28) de Zeeuw R, Wittens C, Loots M, Neumann M.
Transilluminated powered phlebectomy accomplished by local tumescent anaesthesia in the treatment of tributary varicose veins: preliminary clinical results.
Phlebology. 2007;22(2):90-4.
- (29) Figueiredo M, Araújo S, Barros N Jr, Miranda F Jr.
Results of surgical treatment compared with ultrasound-guided foam sclerotherapy in patients with varicose veins: a prospective randomised study.
Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009 Dec;38(6):758-63.
- (30) Sufian S, Arnez A, Labropoulos N, Nguyen K, Satwah V, Marquez J, Chowla A, Lakhanpal S.
Radiofrequency ablation of the great saphenous vein, comparing one versus two treatment cycles for the proximal vein segment.
Phlebology. 2015 Dec;30(10):724-8.
- (31) Mariani F, Marone EM, Gasbarro V, Bucalossi M, Spelta S, Amsler F, Agnati M, Chiesa R.
Multicenter randomized trial comparing compression with elastic stocking versus bandage after surgery for varicose veins.
J Vasc Surg. 2011 Jan;53(1):115-22.
- (32) Mozafar M, Atqiaee K, Haghigathkhan H, Taheri MS, Tabatabaey A, Lotfollahzadeh S.
Endovenous laser ablation of the great saphenous vein versus high ligation: long-term results.
Lasers Med Sci. 2014 Mar;29(2):765-71.
- (33) Bertanha M, Sobreira ML, Pinheiro Lúcio Filho CE, de Oliveira Mariúba JV, Farres Pimenta RE, Jaldin RG, Moroz A, Moura R, Rollo HA, Yoshida WB.
Polidocanol versus hypertonic glucose for sclerotherapy treatment of reticular veins of the lower limbs: study protocol for a randomized controlled trial.

Trials. 2014 Dec 19;15:497.

(34) Tawes RL, Barron ML, Coello AA, Joyce DH, Kolvenbach R.

Optimal therapy for advanced chronic venous insufficiency.

J Vasc Surg. 2003 Mar;37(3):545-51.

(35) Lurie F, Creton D, Eklof B, Kabnick LS, Kistner RL, Pichot O, Sessa C, Schuller-Petrovic S.

Prospective randomised study of endovenous radiofrequency obliteration (closure) versus ligation and vein stripping (EVOLVEs): two-year follow-up.

Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005 Jan;29(1):67-73.

(36) Blecken SR, Villavicencio JL, Kao TC.

Comparison of elastic versus nonelastic compression in bilateral venous ulcers: a randomized trial.

J Vasc Surg. 2005 Dec;42(6):1150-5.

(37) Aschwanden M, Jeanneret C, Koller MT, Thalhammer C, Bucher HC, Jaeger KA.

Effect of prolonged treatment with compression stockings to prevent post-thrombotic sequelae: a randomized controlled trial.

J Vasc Surg. 2008 May;47(5):1015-21.

(38) Partsch H. Varicose veins and chronic venous insufficiency. Vasa. 2009 Nov;38(4):293-301.

(39) Marston WA. Evaluation of varicose veins: what do the clinical signs and symptoms

reveal about the underlying disease and need for intervention? Semin Vasc Surg. 2010

Jun;23(2):78-84.

(40) Meissner MH, Gloviczki P, Bergan J, Kistner RL, Morrison N, Pannier F, Pappas PJ,

Rabe E, Raju S, Villavicencio JL. Primary chronic venous disorders. J Vasc Surg. 2007

Dec;46 Suppl S:54S-67S.

- (41) Cornu-Thénard A, Uhl JF, Carpentier PH. Do we need a better classification than CEAP? *Acta Chir Belg.* 2004 Jun;104(3):276-82.
- (42) Rabe E, Pannier F. Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standard and limits. *Phlebology.* 2012 Mar;27 Suppl 1:114-8.
- (43) Carman TL, Al-Omari A. Evaluation and Management of Chronic Venous Disease Using the Foundation of CEAP. *Curr Cardiol Rep.* 2019 Aug 30;21(10):114
- (44) Lurie F, Passman M, Meisner M, Dalsing M, Masuda E. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020 May;8(3):342-352
- (45) Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, Lohr JM, McLafferty RB, Meissner MH, Murad MH, Padberg FT, Pappas PJ, Passman MA, Raffetto JD, Vasquez MA, Wakefield TW. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular. *J Vasc Surg.* 2011;53(5 Suppl):2S-48S.
- (46) Langer RD, Ho E, Denenberg JO, Fronck A, Allison M, Criqui MH. Relationships between symptoms and venous disease: the San Diego population study. *Arch Intern Med.* 2005;165(12):1420-1424.
- (47) Bradbury A, Ruckley CV. Clinical presentation and assessment of patients with venous disease. I: Gloviczki P, red. *Handbook of venous disorders: guidelines of the American Venous Forum.* 3rd ed. London: Hodder Arnold; 2009, 331-341.
- (48) Brudvik, M. Konsensusprosesser [Internett]. [oppdatert 11.nov. 2009; hentet 22. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/konsensusprosesser>.
- (49) Society for vascular Surgery. About SVS. [Internett]. [hentet 23. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://vascular.org/about>

(50) American Venous Forum. About Us. [Internett]. [hentet 22. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.veinform.org/about-us/>.

(51) Maria Solheim, fastlege ved Doktorgården fastlegekontor Kongsvinger, telefonsamtale 05.03.2021.

(52) Norsk elektronisk legehåndbok. Varicer i underekstremitetene. [Internett]. [oppdatert 30. juni 2020; hentet 23. april 2021]. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/tilstander-og-sykdommer/karsykdommer/varicer-i-underekstremitetene/#terapi>

(53) Helsedirektoratet. 1.5. Venøs insuffisiens. Helsedirektoratet. [Internett]. [oppdatert 05.okt 2015; hentet 27. feb. 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/karkirurgi/tilstander-for-karkirurgi/venos-insuffisiens#venos-insuffisiens>.

(54) Mainz, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care. 2003;15(6). 523–530.

(55) Kotter JP. Leading change: why transformation efforts fail. Harvard Business Review. 2007;85(1):96-103.

(56) Helsebiblioteket. Modell for forbedring [Internett]. [oppdatert 10. feb. 2011; hentet 7. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/221961.cms>.

(57) Universitetet i Oslo. Prosjektplanen [Internett]. [oppdatert 26. jun. 2019; hentet 8. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/for-ansatte/enhetssider/los/ea/eas-prosjekthandbok/etablering/prosjektplanen/>.

(58) Universitetet i Oslo. Organisering [Internett]. [oppdatert 21. jun. 2018; hentet 8. mars 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/for-ansatte/enhetssider/los/ea/eas-prosjekthandbok/etablering/organisering/>.