

INTRODUKTION

I forbindelse med at en patient fra almen praksis henvises til sygehuset, har det i mange år været standard, at der sendes en skriftlig henvisning fra almen praksis til sygehuset, både når det gælder akutte indlæggelser og elektive vurderinger.

Henvisningen er generalistens og specialistens kommunikationsredskab til at udveksle oplysninger om en given patient, og indholdet i henvisningen har betydning for den udredning og behandling patienten modtager. En god henvisning er bl.a. med til at sikre optimal behandling og undgå unødige undersøgelser. (1)

Derfor har der igennem mange år været fokus på at forbedre kvaliteten af henvisninger fra almen praksis via forskellige metoder, blandt andet elektroniske henvisninger, henvisningsskabeloner og ”peer feedback” af henvisninger. Alle disse metoder har vist sig effektive til at forbedre henvisningskvaliteten, og benyttes i større eller mindre omfang i forskellige lande. (2,3)

Flere af de større danske journalsystemer til brug i almen praksis, som eksempelvis XMO og Clinea, har en overordnet skabelon indarbejdet i henvisningsmodulet til hjælp for de praktiserende læger. Også SST har i forsøget på at bedre kvaliteten af henvisninger, lagt skabeloner ud til brug for den praktiserende læge og særligt for henvisninger i forbindelse med mulig alvorlig sygdom såsom kræftpakker. (4)

Fælles for mange af tiltagene er, at de ofte er møntet på henvisninger til de ambulante funktioner, hvorimod henvisninger i forbindelse med de akutte indlæggelser ikke har nogen decideret skabelon. De er dog lige så relevante, da der ved de akutte indlæggelser ofte er behov for hurtig udredning og/eller behandling, og det er derfor vigtigt at der i henvisningen foreligger en klar sygehistorie og evt. objektive fund/paraklinik.

Der er over de senere år indført flere digitale løsninger på sygehusene, bl.a. i form af overblikstavler på akutmodtagelserne og meldings-tekster kopieret direkte ind i patientjournalerne. Alt sammen for at lette arbejdsgangen og øge flowet. Indtrykket er imidlertid at der i stigende grad indhentes oplysninger fra disse, frem for de skriftlige henvisninger fra almen praksis.

FORMÅL

Vores formål med projektet er at kvantificere hvor meget tid en praktiserende læge bruger på at henvise akutte patienter. Ligeledes belyses om de akutte henvisninger bliver brugt af modtagende personale. Desuden vil vi belyse hvad der for afsender og modtager er vigtigst når der arbejdes med akutte patienter henvist fra almen praksis.

METODE

Litteratursøgning: Vi ønskede først at undersøge om der allerede fandtes litteratur på området, der så på hvorvidt henvisninger fra almen praksis blev læst på de akutte modtagelsesafdelinger.

Vi søgte derfor i Pubmed databasen.

Vi søgte først på “*referral letter*” AND “*general practice*” AND “*read*”, hvilket resulterede i 18 artikler. Vi frasorterede herefter resultater ældre end 10 år. (fig. 1A)

Der næst søgte vi på kombinationen af “*general practice*” OR “*family medicine*” OR “*family physician*” AND “*referral letter*” AND “*read*”. Dette resulterede i 21 artikler (hvoraf en del var dubletter fra den tidligere søgning). Vi frasorterede igen resultater ældre end 10 år. (fig. 1B)

Ved gennemlæsning af abstracts fandt vi, at ingen af artiklerne omhandlede hvorvidt henvisningerne fra almen praksis til sygehusene rent faktisk blev læst. Derimod undersøgte flere af studierne om

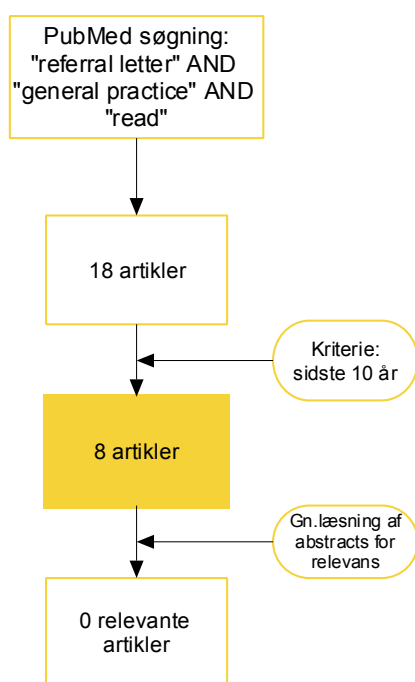


Fig. 1A

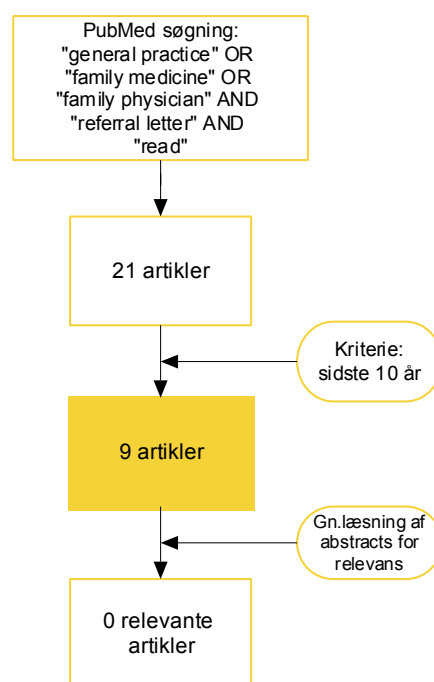


Fig. 1B

opbygningen af en henvisning havde betydning for hvor brugbar henvisningen var for modtagende afdeling. Da ingen af resultaterne undersøgte vores aktuelle emne, har vi ikke medtaget nogle af artiklerne til analyse i vores projekt.

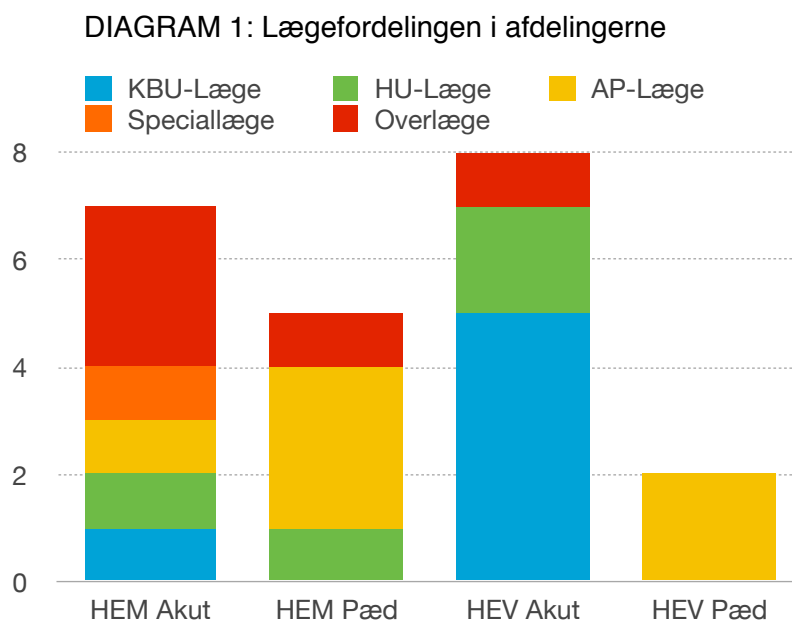
Interviews: Vi valgte dernæst selv at undersøge om de akutte henvisninger blev benyttet efter hensigten på modtageafdelingerne. Vi har indhentet oplysninger dels fra praksislæger og dels fra læger på hhv. akutafdelingerne og børneafdelingerne i Viborg og Herning. Oplysningerne er indhentet via personlige strukturerede interviews, foretaget af de to forfattere. Spørgsmålene er formuleret ud fra formålet beskrevet tidligere i denne opgave.

Forfatterne udvalgte 2 dage til indsamling af data hvor man uanmeldt kom på besøg. Alle som var på dagsarbejde de pågældende dage blev tilbudt mini-interview. Alle deltagerne modtog samme information omkring projektets formål og metode samt blev garanteret anonymitet.

Herefter udførtes interviewet, hvor deltagerne besvarede de i bilag 1 viste spørgsmål, og interviewereren noterede svarene med det samme. Resultaterne er dernæst samlet og analyseret.

EPJ blev brugt som opslagsværktøj under interviewene for at kontrollere om patientens henvisning kunne genkendes af lægen.

Af de adspurgte læger på henholdsvis Hospitalsenhed Vest og Midt valgte 100%(n=22) at deltage i mini interview. På akutafdelingerne rapporterede de 15 læger, at have set 73 patienter som var blevet akut henvist i tidsrummet 08-16. I børnemodtagelsen havde 7 læger set 30 patienter under samme vilkår. Fælles for disse patienter var, at de ikke var henvist med nogen skade, ikke havde nogen stamafdeling med åben indlæggelse og at egen læge ønskede at få dem vurderet i forhold til indlæggelse og udredning. Fordelingen af læger på de enkelte afsnit kan ses ud fra Diagram 1. Af de adspurgte praktiserende læger i Herning og Viborg kommune valgte 100% (n=11) at deltage i mini interview. Vi valgte én dag at møde uanmeldt op i de respektive praksis for at interviewe.



RESULTATER**Tidsforbrug i praksis:**

De praktiserende lægers angivede tidsforbrug til at skrive henvisningerne og det angivede tidsforbrug til telefonvisitationen ses i henholdsvis Tabel 1 og 2. Der er lavet en stratificering i tabellerne så man kan se hvor lang tid respondenten har fungeret som speciallæge i almen medicin. Her tegner der sig en sammenhæng mellem højere alder på henvisende læge og tiden brugt på den skriftlige henvisning. Tid brugt på telefonvisitation viser samme tendens, men grupperne er for skævt fordelt til at man kan tolke på det.

De praktiserende læger fik mulighed for at beskrive hvad de syntes var vigtigst for dem at nedfælde i en skriftlig henvisning. Resultaterne fremgår af Tabel 3. Her var der en klar tendens til at de praktiserende læger havde fokus på deres akutte problemstilling, men også objektive fund, lab svar og værdier var vigtige parametre for de adspurgte.

TABEL 1: Tidsforbrug på akuthenvisninger

Tid på skriftlig henvisning	Antal læger	År som speciallæge	Antal henviste patienter på 5 arbejdsdage
1-3 minutter	6	5,2	4,2
4-7 minutter	5	13,6	3,2
8-12 minutter	0	-	-

TABEL 2: Tidsforbrug på akutte telefonisk

Tid brugt i telefon inkl. omstilling	Antal læger	År som speciallæge	Antal henviste patienter på 5 dage
0-2 minutter	3	4,33	5
2-5 minutter	8	10,75	3,25
6-10 minutter	0	-	-

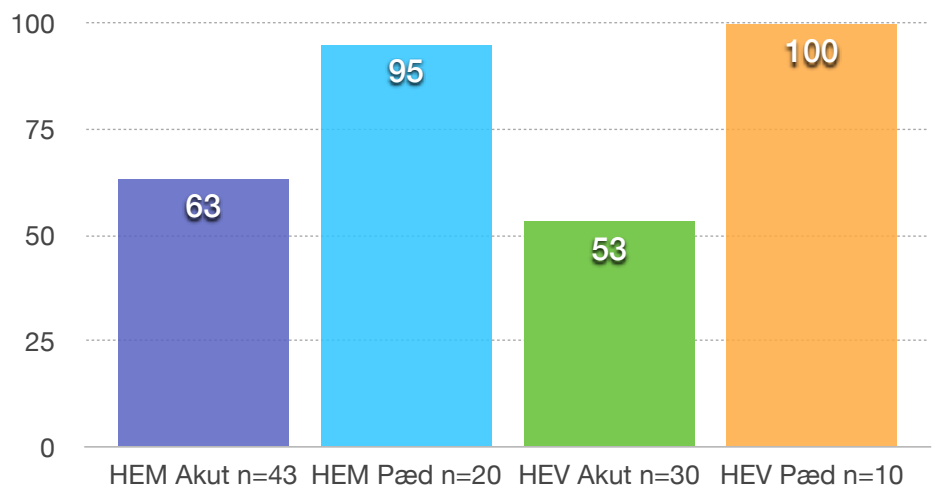
TABEL 3: Praktiserende lægers fokus

Almen praksis i Herning og Viborg	
1	Aktuelle Problemstilling. n=8
2	Objektiv undersøgelse, laboratoriefund samt værdier. n=5
3	Komorbiditet. n=3
4	Beskrivelse af hvad jeg forventer at der undersøges for på sygehuset n=2
5	FMK opdateres n=1

Brug af henvisninger på**sygehus:**

Resultaterne fra sygehusene viser at 4 patienter IKKE havde en elektronisk henvisning (3 i HEV og 1 i HEM). Dette svarer til i alt 3,9% af de henviste. I Diagram 2 kan man se hvorledes andelen af læste

DIAGRAM 2 Læste henvisninger i %



henvisninger fordeler sig ud fra de enkelte afdelinger.

Akutfdelingerne læser 53% og 63% i hhv. HEV og HEM.

Børnemodtagelserne læser

97,5% af henvisningerne for begge afdelinger til sammen.

Tabel 4 viser de tre hyppigste

årsager til at henvisningen ikke

var blevet læst, lægerne måtte gerne angive flere grunde. Vi observerede her en klar tendens til at man istedet for den skrevne henvisning valgte at læse visitationssygeplejerskens notat. Hos de læger som ikke læste alle akutte henvisninger angav ca. halvdelen dette som årsag. Samtidig spiller

forglemmelser også en

betydelig rolle på

akutfdelingerne. På

børnemodtagelsen havde

én læge havde glemt at

læse en henvisning. AP-

lægerne i

hoveduddannelse læste

deres kollegaers

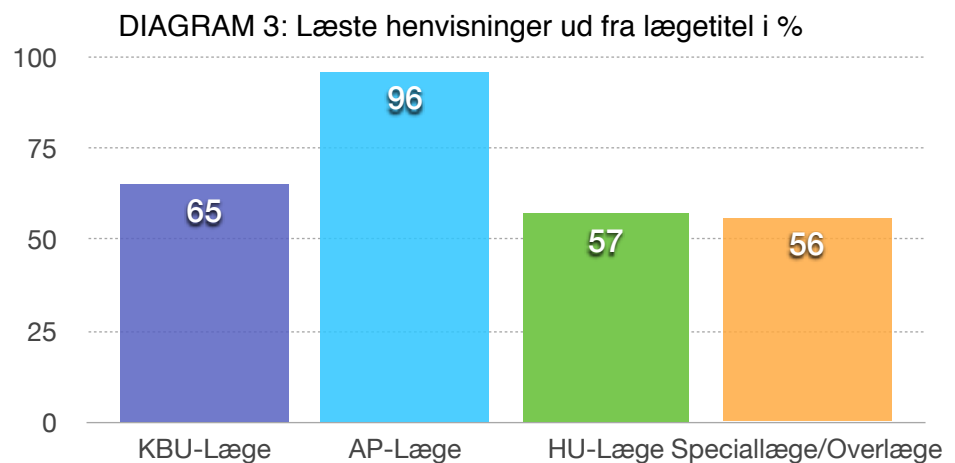
henvisninger oftere end andre lægegrupper (se diagram 3). Speciallægerne og HU-lægerne har den laveste andel af læste henvisninger for alle lægegrupper.

I interviewet bad vi respondenten tage stilling til hvilke informationer de finder mest relevante når de skal vurderere akutte patienter fra almen praksis. Også her måtte man rapportere flere svar. Resultaterne fremgår af Tabel 5. Her er der en klar tendens til at man i akutmodtagelserne ønsker et udsagn fra den praktiserende læge der beskriver forventningen med henvisningen.

Børnemodtagelserne ønsker i høj grad at den praktiserende læge skriver en tentativ diagnose i deres henvisning. Tre ansatte på pædiatrisk beskrev frustration, hvor de havde oplevet opkørte situationer med forældre som var blevet lovet indlæggelse fra almen praksis. På begge modtageenheder blev der nævnt, især fra speciallægerne, at man i høj grad ønsker at der bliver beskrevet i henvisningen hvad der allerede er forsøgt fra almen praksis op til henvisningen.

TABEL 4: Tre hyppigste grunde til at henvisning ikke blev læst

	Hospitalsenheden Vest	Hospitalsenheden Midt
1	Brugte visitations sygeplejerskens notat n=4	Brugte visitations sygeplejerskens notat n=3
2	Glemte. n=2	Glemte n=2
3	Læser oftest kun henvisninger på pt som ikke selv kan svare for sig. I så fald er information fra EL vigtig. n=2	Læser aldrig henvisninger. Da jeg ikke finder det relevant i en akut afdeling. n=1



TABEL 5 De fem mest ønskede emner i en henvisning

	Akutfdelingerne	Pædiatrisk modtagelse
1	Hvad forventer praksis at få udredt/undersøgt ved denne patient. n=5	Forslag til tentative diagnoser. n=4
2	Værdier, laboratoriefund samt objektive fund fra almen praksis. n=3	Værdier, laboratoriefund samt objektive fund fra almen praksis. n=3
3	Hvad er der forsøgt i almen praksis op til denne indlæggelse. n=3	Hvad er sagt/lovet forældrene fra EL n=3
4	Forslag til tentative diagnoser. n=2	Hvad er der forsøgt i almen praksis op til denne indlæggelse n=2
5	Funktionsniveau for patient n=2	Hvad forventer praksis at få udredt/undersøgt ved denne patient. n=2

DISKUSSION

Vores undersøgelser viser at praktiserende læger bruger mellem 18,5-37 min/uge på at lave henvisninger på patienter til akut indlæggelse.

Af alle de akutte henvisninger sendt til akutfdelingerne bliver mellem 53-63% læst. Årsagen til at henvisningerne ikke blev læst var i 54% af tilfældene at visitationsnotatet fra visiterende sygeplejerske blev brugt i stedet. Af de akutte henvisninger til pædiatriske afdelinger bliver mellem 95-100% læst.

Akutfdelingerne lægger mest vægt på hvad de praktiserende læger ønsker udredt aktuelt, samt objektive/parakliniske fund, imens de pædiatriske afdelinger ikke angiver ønske om at vide hvad egen læge ønsker udredt, men derimod ønsker en tentativ diagnose samt objektive/parakliniske fund. De praktiserende læger lægger mest vægt på at beskrive den aktuelle problemstilling og objektive/parakliniske fund.

Tidsforbruget i almen praksis varierede lidt imellem de adspurgte læger, men fælles for alle sammen er dog at der bruges en betydelig mængde tid på at henvise akutte patienter, tid som muligvis er spildt.

På baggrund af resultaterne er det oplagt at diskutere hvorvidt der, som nu, skal laves både elektronisk og telefonisk henvisning til sygehusene eller ej. Når akutmodtagelserne kun læser godt halvdelen af skrevne henvisninger skal der så kun laves telefon visitation? På den måde kunne ”dobbelt arbejde” for de praktiserende læger måske undgås, omvendt kan der gå vigtig information tabt ved ren telefonisk henvisning, da visitationsnotatet er et resultat af hvad den praktiserende læge husker at fortælle og hvad visitator vælger at skrive i EPJ.

Der er næppe tvivl om at kvaliteten af information til sygehusene daler hvis man kun laver telefonvisitation, men skal de praktiserende læger arbejde med ting som i lidt under halvdelen af tilfældene ikke læses? En mere drastisk tanke ville være at ændre vores sygehuse til at være uvisiterede modtagelser, men dette er næppe et ønskescenarie for hverken læge eller patient. Det giver derfor god mening at finde en fælles løsning til gavn for alle parter.

At praksislægerne havde glemt at lave henvisningerne på 3,9% af de akutte patienter, tyder på at praktiserende læger lægger vægt på henvisningen til akutte indlæggelser. Kvalitetsmålet på 95% af alle henviste er allerede opfyldt.

Det er interessant at AP-læger i hoveduddannelse i næsten alle tilfælde læser en akut henvisning. En oplagt forklaring er at man som AP-læge er generalist og gerne vil have en bredere tilgang til patienterne. Akutafdelingerne er meget fokuseret på den akutte problemstilling og flow. Det er tidskrævende at sætte sig ind i mange aspekter på mange forskellige patienter. Som speciallæge og bagvagt i en akutafdeling er det nærliggende at forestille sig, at man forholder sig til det akutte og intet andet. At KBU lægerne også forsømmer at læse henvisninger er derimod bekymrende. Det kan være udtryk for manglende overblik eller at et stort arbejdspress berøver dem tid til at sætte sig ind i opgaven. En mere bekymrende tanke kunne være, at KBU-erne ikke oplæres i vigtigheden af at læse henvisningen, da seniorlægerne på akutafdelingerne ikke selv vurderer det relevant og derfor sender deres dårlige vaner videre til de unge. Vi har under interviewene set eksempler på speciallæger på akutafdelingerne som notorisk ikke vil læse henvisninger fra almen praksis. Man kan kun forestille sig at sådanne holdninger fra seniorlægerne vil smitte af på de yngre kollegaer på sådan en afdeling.

Pædiatrisk afdeling læser nærmest alle akutte henvisninger fra almen praksis. Der er en klar overrepræsentation af AP-læger i hoveduddannelse som er interviewet fra børneafdelingen. Disse er flittigere end andre lægegrupper til at læse henvisninger og kan være forklaringen på resultaterne fra børnemodtagelserne. Det skal dog noteres at en HU-læge og overlæge også har høje læseprocenter i pædiatrien, så om resultatet havde været anderledes hvis der havde været ligelig fordeling imellem AP-læger og læger med speciale i pædiatri er usikkert. Man kan overveje om det lavere flow i børnemodtagelsen sammenlignet med akutmodtagelserne fordrer at man har bedre tid til fordybelse. Det er også nærliggende at overveje afdelingskulturen som en faktor.

Styrker og svagheder:

- 1) Det er en styrke at studiet er tidsnært. Der har igennem de sidste år været en kontinuerlig søgen efter måder at effektivisere sundhedsvæsenet på, og det er derfor relevant at se på om vores tid bruges effektivt.
- 2) I og med at der kun var to interviewere er der bias i forbindelse med spørgeteknik. Det ville have været bedst med et struktureret skriftligt spørgeskema, men det ville medføre en lavere svarprocent når folk selv skulle søge på sete patienter bagud i tiden uden at vi sad sammen med dem og faciliterede den del.
- 3) Der er en styrke i at lave studiet delvist kvalitativt, da det giver muligheder for at vurdere evt. områder som der kan arbejdes videre med, for at målrette henvisninger fra almen praksis til de akutte modtageafdelinger, f.eks. i form af standardiserede henvisningsskabeloner.
- 4) Data fra interview ville være mere præcise hvis man havde tidstro registrering istedet for retrospektiv registrering. Denne løsning var dog umulig at udføre med de ressourcer og den mængde tid vi havde til denne opgave.
- 5) Dette studie repræsenterer en stikprøve men er på ingen måde fuldt ud repræsentativt. Især fordi studiets størrelse ikke giver statistisk signifikans. Men ligesåvel fordi data har tendens til at blive meget personafhængigt. F.eks så en overlæge på akutafdelingen i Viborg 15 patienter på en vagt og læste henvisninger på alle sammen. Dette er i stor kontrast til hvad der ellers er set i vore interviews og har givetvis påvirket data. Studiet belyser dog nogle tendenser i vores samarbejde med hospitalerne som er relevante at diskutere på trods af den lille mængde data.

KONKLUSION

Praktiserende læger bruger hver uge mellem 18,5-37 minutter på at sende akutte henvisninger. Af de akutte henvisninger bliver imidlertid kun godt halvdelen læst. Holdningen til hvad en henvisning bør indeholde afhænger af speciale, og der er ikke enighed blandt specialerne om hvad der er vigtigst.

Man kunne derfor med fordel genoverveje hvad der skal stå i en akuthenvisning. Det er i hvertfald tydeligt at der er diskrepans imellem ønsker fra modtager og afsender. I vores optik skal afdelingerne være bedre til at afkræve den relevante information af hinanden. Ud fra vores studie tyder det på at der er behov for mere forskning på området, for at vurdere hvordan vi opnår den bedste kvalitet i vores samarbejde. Man kunne overveje om DSAM skulle sætte sig sammen med

hhv. DASEM og DPS og finde en retningslinje for hvilken henvisningsmåde (elektronisk og/eller telefonisk) der fungerer bedst, og evt. udarbejde en skabelon for den optimale akutte henvisning. Forhåbentligt kunne det øge lysten til at bruge henvisninger fra almen praksis, og styrke kvaliteten i arbejdet med de akutte patienter.

Udarbejdet af

Winnie Lykke Christensen & Brian Nørgaard Albertsen

LITTERATURLISTE:

- 1) Ramanayake RP. Structured printed referral letter (form letter); saves time and improves communication. *J Family Med Prim Care*. 2013;2(2):145–148.
- 2) Wåhlberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:353. Published 2015 Aug 29.
- 3) Corwin P, Bolter T. The effects of audit and feedback and electronic referrals on the quality of primary care referral letters. *J Prim Health Care*. 2014 Dec. 1;6(4):324-7.
- 4) <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/kraeftpakker/>

Bilag 1:

Læger på sygehus:

- Hvilken titel har du?
- Hvor mange ptt. fra praksis har du indlagt på din sidste dagvagt?
- Hvor mange af disse ptt. har du læst henvisning på?
- Hvis du ikke har læst den, hvorfor?
(ikke tid, dårlig kvalitet, ikke relevant, bruge Cetrea, andet)
- Hvilke informationer i en henvisning er vigtigst for dig?

Læger i praksis:

- Hvor mange år har du været speciallæge?
- Hvor mange akutte henv. har du lavet indenfor de sidste 5 dage?
- Hvor lang tid brugte du i gn.snit. pr. skriftlig henvisning (udover normalt notat hvis pt. ikke var henvist):
1-3, 4-7, 8-12, 13-20, +20 min.
- Hvor lang tid brugte du på tlf.kon-takt til visitator (inkl. omstilling):
0-2, 3-5, 6-10, +10 min.