

Henvisningen – monolog eller dialog?

Elektronisk beslutningsstøtte ved henvisning fra allmennlege til spesialisthelsetjeneste må være tilpasset fastlegenes praksis og bør omfatte innsynsrett for pasientene. Dialog gjennom elektroniske meldingssystemer bør utprøves som et virkemiddel for å bedre kvaliteten på henvisningene.

Publisert først på nett 28.3. 2012

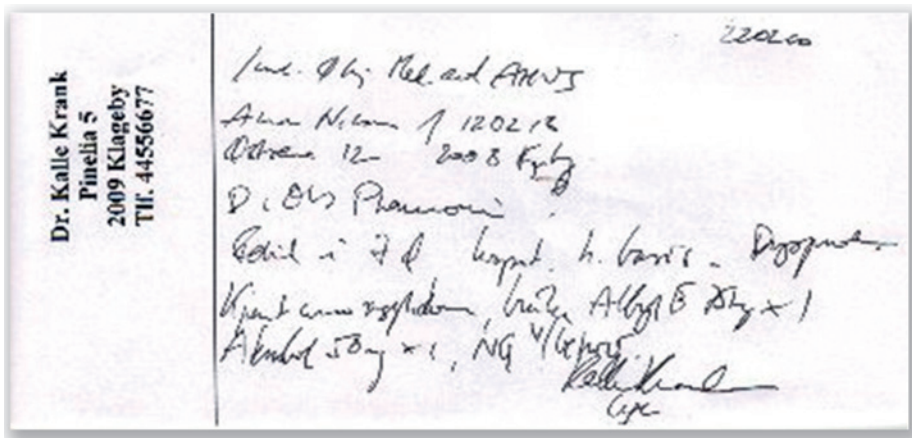
Det finnes ingen landsomfattende systemer for tilsyn eller tilbakemelding på kvaliteten av henvisninger fra allmennleger til spesialisthelsetjenesten. Leger finner trolig tidlig i karrieren sin egen formidlingsform når de henviser pasienter, kanskje basert på tilfeldige rollemodeller. De har få incentiver og liten faglig støtte i å endre praksis. Enhver henvisning er i prinsippet et «godkjent format», selv et ark med korte opplysninger skrevet med uleselig håndskrift (fig 1). Fra 2003 har det eksistert et veiledende standardformat for elektroniske henvisninger (1), men det gir ingen støtte når det gjelder henvisningenes faglige innhold.

Akershus universitetssykehus (Ahus) har de siste årene drevet flere kvalitetsforbedringsprosjekter for elektronisk samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et av tiltakene er *Prosjekt Interaktive Henvisninger* (2), der man undersøkte om forbedret elektronisk kommunikasjon kunne effektivisere ressursbruken og øke kvaliteten på helsetjenesten.

Elektronisk beslutningsstøtte

Dersom man kan standardisere og kvalitetsheve kliniske henvisninger ut fra diagnose- eller problemspesifikke kriterier, kan spesialisten bli bedre i stand til å planlegge og bestille supplerende utredning før sitt første møte med pasienten. Dermed kan man lettere designe pasientforløp med utredning, konklusjon, behandlingsalgoritmer og start av behandling med kanskje bare ett oppmøte for pasientene. For eksempel kan CT- og MR-undersøkelser bestilles på grunnlag av henvisende leges opplysninger og samordnes med pasientens oppmøtetidspunkt for klinisk vurdering.

Prosjektet gikk ut på at spesialister ved sykehuset, leverandøren av elektronisk pasientjournal (EPJ) og allmennleger utarbeidet en kortfattet beslutningsstøtte for sentrale kliniske problemstillinger innen fagområdene urologi og gastrokirurgi. Funksjonaliteten var slik at når fastlegen importerte en gitt ICPC-2-diagnosekode til henvisningsmodulen i sitt elektroniske pasientjournalssystem, medførte det at diagnosespesifikk informasjon med relevante sjekkpunkter ble synliggjort i et eget vindu. Denne informasjonen skulle sikre en adekvat og hensiktsmessig utredning i regi av fastlegene før vedkommende henviste pasienten videre.

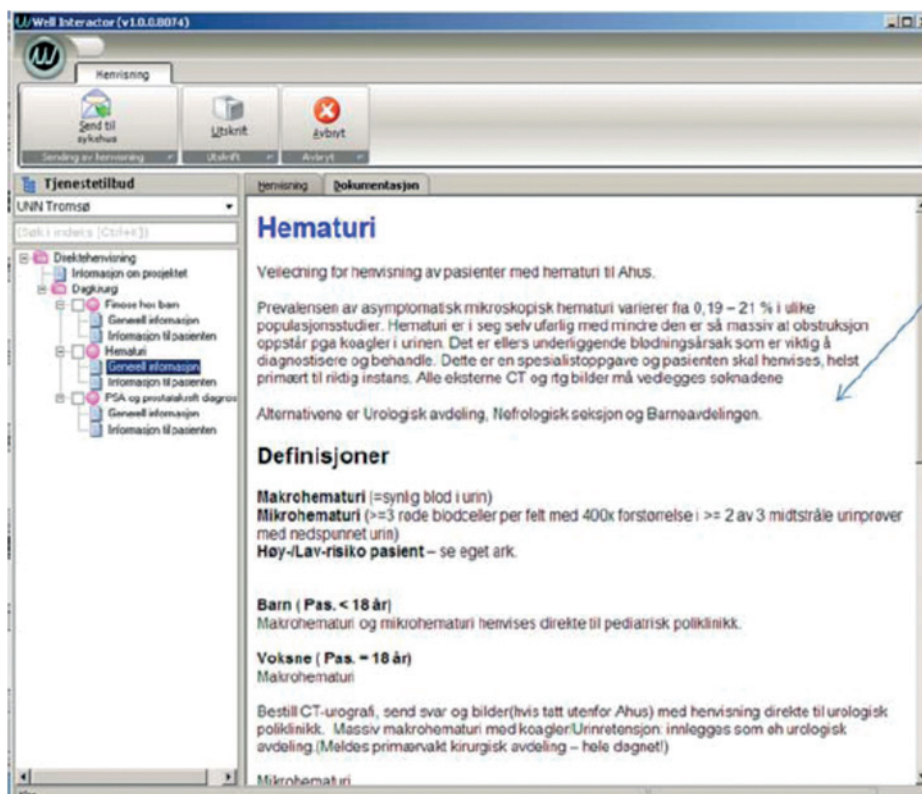


Figur 1 Enhver henvisning er i prinsippet et «godkjent format» for henvisninger

Ingen kvalitetsgevinst

Fastlegene som deltok i prosjektet, fungerte som sine egne historiske kontrollpersoner på henvisningskvalitet. Til sammen 59 henvisninger med og uten beslutningsstøtte

ble anonymisert av hensyn til henviser- og pasientidentitet. Seks legekontorer deltok. Henvisningene ble evaluert og tildelt en poengskår av en gruppe spesialister etter en konsensusdefinert mal. Det viste seg at



Figur 2 Eksempel på beslutningsstøtte for henvisning til spesialisthelsetjenesten i fastlegens elektroniske pasientjournalssystem

beslutningsstøtten ikke førte til signifikant hevet henvisningskvalitet. Fastlegene var imidlertid overveiende positive til den elektroniske løsningen og ønsket den utvidet til flere fagområder (3). Mange ga uttrykk for at beslutningsstøtten kom for sent, dvs. på et tidspunkt hvor legene allerede hadde tatt stilling til om pasienten skulle henvises.

Å skrive henvisninger innebærer ofte kveldsarbeid for fastlegen. Beslutningen om å henvise er normalt allerede formidlet til pasienten (4). Terskelen for å innkalle pasienten for å oppta en ny anamnese eller gjøre tilleggsundersøkelser er naturlig nok høy. En henvisning fullføres som regel ut fra foreliggende og tilgjengelig informasjon – selv om et beslutningsstøttesystem skulle tilrå supplerende tiltak fra henvisers side. Merarbeidet dette innebærer, kan derfor være en av grunnene til at elektronisk beslutningsstøtte i henvisning alene ikke gir særlig gevinst.

I en nylig publisert undersøkelse fra Sogn og Fjordane har Førde og medarbeidere påvist store forskjeller i forbruket av spesialisthelsetjenester i fylket (4). Kommunen med høyest forbruk av spesialisthelsetjenester og elektive døgnopphold hadde også langt høyere henvisningsrater blant sine primærleger enn sammenliknbare kommuner i fylket. Forfatterne argumenterte for at et høyt forbruk av spesialisthelsetjenester kan ha sammenheng med et høyt antall henvisninger fra enkeltleger. Dersom dette er riktig, er det rimelig å forvente at bruk av beslutningsstøttesystemer i allmennpraksis kan bidra til å redusere variasjonen i henvisningskvalitet. Imidlertid er det påvist at den faktiske forbedringseffekten man finner ved å innføre elektronisk beslutningsstøtte, er svært beskjeden (5).

Forutsetninger for å lykkes

Interaktive systemer som gir henvisende lege beslutningsstøtte tidligere i beslutningsforløpet, vil antakelig være mer nyttig for både fastleger og spesialister (fig 2). Dette krever imidlertid en robust landsomfattende forvaltningsorganisasjon som samarbeider med kunnskapsleverandørene for å utvikle og vedlikeholde det faglige innholdet.

Elektronisk beslutningsstøtte i kliniske henvisninger bør ikke innføres uten at nytteverdien er demonstrert i studier og uten at andre strategier for å løfte henvisningskvaliteten er vurdert.

I en systematisk gjennomgang av 17 randomiserte kontrollerte studier ble det påvist tre prediktorer for nytte av beslutningsstøtte (6):

- Automatisk beslutningsstøtte må være tilpasset klinisk arbeidsflyt
- Tydelige faglige anbefalinger med innsyn for pasienter
- Periodisk tilbakemelding til kliniker hva angår kvalitet, herunder krav om å redegjøre for avvik fra faglige anbefalinger

Kan pasientinnsyn gi bedre henvisningskvalitet?

Innsyn i henvisningsprosessen for pasienten kan oppleves som kontroversielt av noen leger. Vi mener innsyn vil være nyttig, blant annet fordi leger ikke vil ønske å eksponere lav henvisningskvalitet for sine pasienter.

«Fastlegene var imidlertid overveiende positive til den elektroniske løsningen og ønsket den utvidet til flere fagområder»

Et forskriftskrav om at pasienten alltid skal ha kopi av en henvisning fra sin fastlege kunne for eksempel fullfinansieres over normaltariffen til en beskjeden kostnad. En slik rutine vil trolig føre til et umiddelbart kvalitetsløft.

Tilbakemelding til klinikere bør etter vårt skjønn integreres direkte i henvisers og sykehusets arbeidsflyt ved at det åpnes for elektronisk dialog mellom henviser og spesialist. Da vil spesialisten kunne stille spørsmål tilbake til henviser, slik at disse kommer frem i innboksen. Henvisende lege kan derved raskt supplere med informasjon som måtte mangle i primærhenvisningen, og en mer riktig prioritering av henvisningen kan gjøres uten vesentlig tidsspill. Der ved etableres en pedagogisk sirkel hvor henviser og spesialist hele tiden kan lære av hverandre i en elektronisk dialog.

Forventninger til kvalitet blir avstemt, og over tid vil kvaliteten i henvisningene kunne løftes. Den samme metodikken kan brukes når pasientens fastlege har behov for å etterspørre tilleggsinformasjon til epikriser.

I det såkalte Elin-K-prosjektet (7) er det utviklet dialogmeldinger som kan gjenbrukes med små tilpasninger i en elektronisk informasjonsutveksling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Gevinstene for effektivitet og kvalitet er potensielt store.

Jan Emil Kristoffersen

jan.emil.kristoffersen@ahus.no

Bente Heggedal Gerner

Avdeling for samhandling
Akershus universitetssykehus

Tom Sundar

Skårer legesenter
Lørenskog

Vi takker professor Pål Gulbrandsen for bistand med statistisk bearbeiding av data i prosjektet «Interaktiv henvisning».

Jan Emil Kristoffersen (f. 1953) har tidligere arbeidet som helsebyråkrat og allmennlege, og ledet Allmennlegeforeningen fra 2005 til 2009. Han er nå overlege ved Avdeling for samhandling, Akershus universitetssykehus, Lørenskog. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bente Heggedal Gerner (f. 1966) er utdannet sykepleier og jobber som rådgiver i Avdeling for samhandling ved Akershus universitetssykehus. Hun er prosjektleder for prosjektet *Interaktive henvisninger*. Til daglig jobber hun med ulike tiltak for å bedre samarbeid og rutiner i overføringen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tom Sundar (f. 1964) er spesialist i allmennmedisin og fastlege i Lørenskog. For tiden har han permisjon fra Skårer legesenter og arbeider som kommunелеge 1 i Rendalen, Hedmark. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forfatteren har mottatt møtegodtgjørelse for deltakelse i prosjektet *Interaktive henvisninger*.

Litteratur

1. Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – «Den gode henvisning». KITH Rapport R22/03. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, 2003.
2. Sluttrapport Prosjekt Interaktive henvisninger. Lørenskog: Akershus universitetssykehus, 2011. www.ahus.no/fagfolk/samhandling/elektronisk-samhandling/Documents/Prosjekter/Sluttrapport%20Prosjekt%20Interaktive%20henvisninger%2001.04.11.pdf [19.3.2012].
3. Heimly V. Erfaringsrapport fra innføring av Interaktiv Henvisning ved AHUS. Lørenskog: Akershus universitetssykehus, 2011. www.ahus.no/fagfolk/samhandling/elektronisk-samhandling/Documents/Prosjekter/Erfaringsrapport%20fra%20prosjektet%20Interaktiv%20henvisning%20ved%20Ahus.pdf [19.3.2012].
4. Førde OH, Breidablik H-J, Øgar P, Truar skilnadene i tilvisningsratar målet om likeverdige helsetenester? Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 1878-81.
5. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A et al. Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: a systematic review. CMAJ 2010; 182: E216-25.
6. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA et al. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. BMJ 2005; 330: 765.
7. ELIN-k. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. www.kith.no/templates/kith_WebPage____3666.aspx [19.3.2012].

Mottatt 30.1. 2012, første revisjon innsendt 24.2. 2012, godkjent 8.3. 2012. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.