



Kunsten å henwise

DEBATT

OLAV THORSEN

othorsen@lyse.net

Olav Thorsen er fastlege, spesialist i allmennmedisin og seniorforsker ved Stavanger universitetssykehus. Ph.d. med en avhandling om henvisninger fra allmennleger til sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forfatter har mottatt støtte fra AMFF (Allmennmedisinsk forskningsfond) og Helse Vests forskningsfond for samhandling (gjelder ph.d. og artikler det refereres til).

MIRIAM HARTVEIT

Miriam Hartveit er forsker i Helse Fonna HF og ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Hun leder et forskningsprosjekt om samhandling mellom fastleger og spesialisert psykisk helsevern. Ph.d. med en avhandling om henvisninger til psykiatrien. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Forfatter har mottatt støtte fra Samarbeidsorganet Vest.

JAN EMIL KRISTOFFERSEN

Jan Emil Kristoffersen er spesialist i allmennmedisin, master i helseadministrasjon og er fagsjef i Den norske legeforening.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

UNNI RINGBERG

Unni Ringberg er fastlege, spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis. Hun er leder for PROFKOM (Profesjonell kompetanse), Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Ph.d. med en avhandling om fastlegers henvisningspraksis.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En god henvisning skal beskrive pasienten og det aktuelle problemet, men bør også inneholde en klar bestilling til spesialisthelsetjenesten.

Når allmennleger henviser til spesialisthelsetjenesten, kan innhold, form og hensikt være forskjellig for samme type problem eller pasient. Leger vurderer og vektlegger problemer og symptomer forskjellig, avhengig av den enkeltes erfaring, faglige trygghet og evne til å tåle usikkerhet (1). Henvisningsratene varierer, og årsakene er mange (2, 3). Press fra pasienter for å bli henvist kan være én årsak, i tillegg til usikkerhet hos yngre, uerfarne leger og angsten for at pasienter blir skuffet eller føler seg avvist (4).

Henvisninger kan være én av forskjellige typer bestilling: behandling eller spesialundersøkelse som allmennlegen ikke selv kan utføre, spesialistuttalelse om en vanskelig klinisk problemstilling eller et ønske om delt ansvar for en medisinsk komplisert situasjon (4). I mange tilfeller ønsker fastlegene kun et råd eller forslag til undersøkelser eller behandling som kan utføres i primærhelsetjenesten (5). Alle henvisninger utløser en formell prioriteringsprosess i spesialisthelsetjenesten i tråd med gjeldende regelverk og veiledere, som prioriteringsforskriften (6) og pasientrettighetsloven (7).

Hva er en god henvisning?

Det at sykehusspesialistene ikke alltid forstår hva som er den egentlige bestillingen fra henvisende lege, kan lett føre til oppgittethet eller en oppfatning av at henvisningen er unødvendig eller mangelfull (8). En god henvisning er en bestilling der mottaker raskt oppfatter senders beskrivelse av den aktuelle medisinske problemstillingen.

Helsedirektoratet har de siste årene jobbet med å forbedre henvisningsprosessen, og en ny henvisningsmal er ventet i løpet av 2018. Imidlertid har vi gjennom de siste 15 år sett at en mal alene ikke hjelper stort for å bedre kommunikasjonen (9). Mulighet for bruk av algoritmebaserte løsninger med elektronisk beslutningsstøtte har vært et ønske fra allmennlegenes side (10). Digital dialog mellom fastleger og sykehus er innført flere steder i landet. Dette har gjort kommunikasjonen bedre ettersom sykehusspesialistene ikke alltid er tilgjengelige på telefon når fastlegene trenger et råd eller har behov for å etterspørre tilleggsinformasjon til epikriser. Den nye typen henvisning for mistanke om kreft og annen alvorlig sykdom (pakkeforløp kreft) er et skritt i riktig retning. Dette har gitt fastlegene et større ansvar for at pasienter som trenger hjelp, raskt får denne hjelpen innen den sykdomsspesifikke fristen på to uker, og at pasientene ikke blir skadelidende på grunn av manglende kvalitet på henvisningen eller sykehuslegens oppfatning av tilstandens alvorlighetsgrad ut fra beskrivelsen.

Hva er henvisningskompetanse?

Den som henviser, må ha medisinsk kompetanse, tekniske ferdigheter, observasjonsevne, kunne kommunisere godt med pasienten og kunne formidle funn og behov i en henvisning. Dette forutsetter god språkforståelse og gode dokumentasjonsferdigheter. Elektroniske programmer kan ved hjelp av obligatoriske felt, algoritmer og hjelpemenyer sikre at basale opplysninger kommer med. Like viktig er henvisende leges vurdering av alvorlighet og hastegrad. Dette krever erfaring og faglig trygghet. I tillegg spiller legens evne til innlevelse og empati en stor rolle for pasientens oppfatning av situasjonen og prosessen. Henvisningskompetanse kan bygges opp gjennom erfaringsutveksling og konstruktive tilbakemeldinger mellom avsender og mottaker av henvisninger, så vel som av epikriser.

Kunsten å henvise består i å formidle til mottakeren det vi som henvisende leger ser og oppfatter når vi sitter med pasienten. Det er ikke alltid enkelt, men bedre verktøy vil bidra til bedre legekunst. Opplæring og øvelse i god kommunikasjon med andre deler av helsetjenesten må derfor være en naturlig del av legers grunn- og spesialistutdanning. Bedre digitale verktøy og ferdigheter kan gi store gevinster for både pasientene og helsetjenesten.

LITTERATUR

1. Thorsen O, Hartveit M, Johannessen JO et al. Typologies in GPs' referral practice. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 76. [PubMed][CrossRef]
2. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS et al. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 147. [PubMed][CrossRef]

3. Førde OH, Breidablik HJ, Øgar P. Truar skilnadene i tilvisingsratar målet om likeverdige helsetenester? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1878 - 81. [PubMed][CrossRef]
 4. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? Scand J Prim Health Care 2012; 30: 241 - 6. [PubMed][CrossRef]
 5. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. BMC Fam Pract 2013; 14: 153. [PubMed][CrossRef]
 6. FOR-2000-12-01-1208. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208> (14.6.18)
 7. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasient- og brukerrettigheter. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (18.6.18)
 8. Martinussen PE. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: the role of physician and primary care factors. Scand J Public Health 2013; 41: 874 - 82. [PubMed][CrossRef]
 9. Kristoffersen JE, Gerner BH, Sundar T. Henvisningen – monolog eller dialog? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 802 - 3. [PubMed][CrossRef]
 10. Rokstad IS, Rokstad KS, Holmen S et al. Electronic optional guidelines as a tool to improve the process of referring patients to specialized care: an intervention study. Scand J Prim Health Care 2013; 31: 166 - 71. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 17. august 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0413

Mottatt 9.5.2018, første revisjon innsendt 12.6.2018, godkjent 18.6.2018.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 1. oktober 2022.