

# PRAKSISNYTT - FIH

## Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon  
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 11/2001 3. årgang 05.12.01

[Hva kjennetegner en god henvisning  
Praksiskonsulentene](#)

[Eksempel på kort henvisning til neurologisk avd.  
Redaksjon](#)

### Hva kjennetegner en god henvisning?

Dette kan diskuteres i det vide og brede. Man kan i alle fall være enig i at det ikke finnes noen standard beskrivelse på en god henvisning. Henvisningen må nødvendigvis ha forskjellig innhold avhengig av hvilken avdeling/poliklinikk den sendes til, og må også ha forskjellig innhold avhengig av om det dreier seg om ø.hj. eller vanlig bestilling, om det er fra en legevaktslege som ikke kjenner pasienten fra før, eller om det er fra pasientens faste lege. Det må også aksepteres at ø.hj.-henvisninger er enkle og problemorientert, i forhold til vanlige timebestillinger/innleggelse som gjerne må være mer omfattende og detaljert.

Det KGL. SOSIAL- OG HELSEDEPARTEMENT forsøkte seg for noen få år siden med et standardisert henvisningsskjema. Dette skulle innføres 01.01.98. Bakgrunnen for dette skjemaet var at Stortinget innførte ny ventetidsgaranti bestående av

- Vurderingsgaranti på 30 dager (innført 01.01.98)
- 3 mndrs behandlingsgaranti (innført 01.07.97)

**Innføring av 30 dagers vurderingsgaranti og standard henvisningsskjema hadde som formål å sikre en rask og god prioritering av pasienter til sykehus.**

**I ettertid må man konstatere at dette var en fiasko. Kun et fåtall av legene benyttet dette skjemaet av forskjellige årsaker. Primærlegene kviet seg for å ta i bruk skjemaet, da dette medførte økt arbeidsbelastning. Samtidig ville kun et fåtall av de henviste pasientene komme inn under ventetidsgarantien, og nytten av henvisningsskjemaet var således tvilsom i forhold til merarbeidet.**

Sykehuslegene virket heller ikke motivert for at allmennlegene skulle benytte skjemaet. Skjemaet var mer omfattende og arbeidskrevende enn vanlige henvisninger.

Sykehuslegene hadde også erfaring for at primærlegenes antydning om hastegrad ville være urealistiske.

Sykehuslegene ga klart uttrykk for at de foretrakk den gammeldagse henvisningen i fritekst.

En del punkter må vi imidlertid kunne bli enige om når det gjelder innholdet i en henvisning.

1. Avsenders navn, adresse og telefonnummer, gjerne også akutt- eller "hemmelig" nummer.
2. Pasientens personalia med navn, fødselsnr., adresse og telefonnr.
3. Tentativ diagnose/problemstilling.
4. Spesielle behov ved transport, funksjonshemninger som det må tas hensyn til, eventuelt behov for tolk.
5. Formålet med henvisningen.
6. Sosiale forhold, familie, boforhold, arbeid. Er pasienten sykmeldt?
7. Tidligere sykdommer har ofte betydning, og bør tas med i den utstrekning dette er relevant. Uredigert EDB-basert journalmateriale med mye irrelevant innhold er lite ønskelig. Diab. mellitus, allergi og lignende tilstander som har betydning for pasienten under opphold på sykehus i forbindelse med kost og terapi må alltid tas med.
8. Pasientens faste medisiner
9. Aktuelt problem
10. Resultatet av klinisk undersøkelse.
11. Supplerende blodprøver.
12. Supplerende spesialundersøkelser: EKG, Rtg, endoskopi og lignende.
13. Tentativ diagnose, event. diff. diagnoser kan tas med til slutt, og kan flettes inn som en problemstilling og målsetning, se neste pkt.
14. Behandling hittil.
15. Etablerte og bestilte hjelpemidler til pasienten.
16. Etablert kontakt med hjemmesykepleie/ ergoterapi. Ved elektiv innleggelse må man gå ut fra at primærlegen har god og løpende kontakt med hjemmesykepleien, og at de skriver en rapport til sykehuset på eget initiativ. Ved ø.hj.-innleggelse kan sykepleier ved sykehuset evt ta kontakt etter innleggelse dersom det ikke er vedlagt et skriv fra hjemmetjenesten.

17. Viktig med presisering av hensikten med henvisningen, og hva henvisende lege ønsker å oppnå med en spesialistvurdering. Det kan også ofte være på sin plass å anslå hastegrad. Hvis pasienten henvises for en progressiv lidelse, er det viktig å få med hvor raskt progresjonen synes å foregå.

Hvorvidt alle punktene skal tas med, i hvilken rekkefølge, og hvor mye som skal tas med innen hvert punkt vil variere, avhengig av hva henvisende lege anser som relevant for problemstillingen, og til hvilken spesialitet pasienten henvises.

Ved alle hjerte-karlidelser vil det være aktuelt med opplysninger om bruk av tobakk, kolesterol, diabetes og andre disponerende faktorer, resultat av tidligere EKG, ekko-cardiografi (spesielt ved henvisning til hjertesviktpoliklinikken).

Ved henvisning pga. asthma/KOLS/emfysem er det ønskelig at resultat av tidligere spirometri vedlegges.

Ved henvisning til neurologisk vurdering er det viktig å få med eventuelle endringer i pasientens mentale tilstand, progresjon, og resultatet av orienterende neurologisk undersøkelse.

Ved ø.hj. innleggelse av pasienter som har hjemmesykepleie vil hjemmesykepleieren bli svært glad hvis han/hun får beskjed om at pas. er innlagt, hvis hjemmesykepleien ikke har vært involvert i innleggelsen. Slik beskjed kan event. gis via AMK for viderefremidling til hjemmesykepleien.

Ineke Hogen Esch, avd.overlege nevrolog. avd. T.M.Aune, praksiskonsulent med/nevrolog. Avd

#### **Eksempel på kort og god henvisning til neurologisk poliklinikk:**

**Fylkessykehuset i Haugesund**

**Nevrologisk poliklinikk**

**5513 HAUGESUND**

### **HENVISNING**

**AD xxx xxxx født: xx xx xx adr. Xxx xxx**

**Diagnose:** 27/04/2000 N19 Afasi

Fam/Sos: Gift, 3 barn. Arbeider som husmor

Tidl. Sykd.: Stort sett frisk tidligere

Stimulantia: Røker ikke

Aktuelt: Søndag 23.04.00 fikk hun plutselig innsettende talevansker. Hun skulle inn på kjøkkenet og hente en flaskeåpner. Da hun kom ut i kjøkkenet hadde hun glemt hva hun skulle hente. Hun ville så rope på mannen sin, men fikk ikke til å snakke. Hun visste hva hun ville si, altså trolig motorisk afasi. Hun ble også klønete, hadde vansker med å gjøre ting på rett måte. Disse symptomene varte muligens i 15 min, kanskje også noe lenger. Forut for det inntrufne hadde hun flimmet for øynene, hun følte hun så bølger på havet for å illustrere flimmet. Hun hadde også vondt i hodet, som et pannebånd rundt hodet. Hodepinen er blitt noe bedre. Ved min orienterende us her er der ingen sikker patologi. Romberg neg, finger-nese neg, ingen nystagmus. Muligens noe ustø når hun går etter strek. Hun har ingen kjent migrene. Ønskelig med us hos nevrolog, jeg bestiller CT-caput med kopi til nevrolog.

Medisiner: 03/04/2000 LS KESTINE Tab 10MG

Vennlig hilsen

Lege xxxx xxx

#### **Dette er praksiskoordinator / praksiskonsulentene ved FIH: Ansvar for:**

**Dr Eric W Mills** mobiltel 90 89 39 80 (Etne) Barne avdeling

**Dr Tor M Aune** telefon direkte 52 85 75 36 (Kopparen) Medisinsk og neurologisk avdeling

**Dr Tore Haaland** telefon 53 76 80 10 (Ølen) Gynekologisk avdeling

**Dr Ingvald Vika** ØNH og Øyeavdeling

**Dr Lars Johan Lysen** Kirurgisk avdeling

Praksiskonsulentordningen Fylkessykehuset i Haugesund 5513 HAUGESUND	Redaktør Eric W. Mills praksiskoordinator-vikar Spesialist i allmenmedisin	Telefon sentralbord: 53 75 81 00 Telefon direkte: 908 93 980 Telefax: 53 75 81 06
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------