

KVALITET I SKRIFTLEG
KOMMUNIKASJON
MELLOM KOMMUNANE
OG
SPESIALISTHELSETENESTA

HENVISNINGER !

TO INNGANGER TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

- SOM ØYEBLIKKELIG HJELP
 - PASIENTER SOM ER KOMMET INN SOM Ø-HJELP HAR PRIORITET DIREKTE ETTER PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN § 2-1B FØRSTE LEDD OG SKAL DERFOR IKKE RETTIGHETSVURDERES
 - Ø-HJELPSPASIENTER BEHOLDER SIN PRIORITET TIL DE HAR FÅTT ADEKVAT HELSEHJELP FOR SIN INNKOMSTILSTAND
- MED HENVISNING TIL PLANLAGT HELSEHJELP
 - PASIENTER SOM HENVISES, SKAL FÅ AVKLART OM DE HAR BEHOV FOR HELSEHJELP I SPESIALISTHELSETJENESTEN OG FÅR VURDERT HVILKEN FRIST DE I SÅ FALL SKAL HA

TO VILKÅR FOR Å FÅ RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

- **VILKÅR 1**

PASIENTEN KAN HA FORVENTET NYTTE AV HELSEHJELPEN

- MED FORVENTET NYTTE AV HELSEHJELPEN MENES

- AT KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS TILSIER AT AKTIV MEDISINSK ELLER TVERRFAGLIG SPESIALISERT HELSEHJELP KAN BEDRE PASIENTENS LIVSLENGDE ELLER LIVSKVALITET MED EN VISS VARIGHET
- AT TILSTANDEN KAN FORVERRES UTEN HELSEHJELP, ELLER
- AT BEHANDLINGSMULIGHETER FORSPILLES VED UTSETTELSE AV HELSEHJELP

- **VILKÅR 2**

DE FORVENTEDE KOSTNADENE SKAL STÅ I ET RIMELIG FORHOLD TIL TILTAKETS EFFEKT

FASTSETTING AV FRIST FOR START HELSEHJELP

FRISTEN SKAL FASTSETTES I SAMSVAR MED DET FAGLIG FORSVARLIGHET KREVER

UTDYPET I NY § 2A I PRIORITERINGSFORSKRIFTEN :

«SPESIALISTHELSETJENESTEN SKAL PRIORITERE PASIENTER MED RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN UT I FRA **ALVORLIGHETS- OG HASTEGRAD**. I PRIORITERINGEN AV PASIENTER SKAL DET LEGGES VEKT PÅ PROGNOSETAP MED HENSYN TIL LIVSLENGDE OG LIVSKVALITET DERSOM HELSEHJELPEN UTSETTES.»

PRIORITERINGSVEILEDERE OG NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER

- PRIORITERINGSVEILEDERNE ER MENT SOM BESLUTNINGSSTØTTE VED VURDERINGER AV PASIENTENS RETTIGHETER I FORHOLD TIL PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN
- PRIORITERINGSVEILEDERNE ER IKKE MEDISINSKFAGLIGE VEILEDERE FOR HVA SOM GIR GOD HELSEHJELP FOR PASIENTEN
- NASJONALE FAGLIGE RETNINGSLINJER VISER HVA SLAGS HELSEHJELP DET ER FORVENTET AT NORSK HELSETJENESTE SKAL TILBY EN PASIENTGRUPPE
- PRIORITERINGSVEILEDERNE ER LIKEVEL ET BINDELEDD MELLOM HELSEFAGET OG REGELVERKET OM PRIORITERING

PRIORITERINGSVEILEDERE OG PAKKEFORLØP FOR KREFT

- **FRISTER FOR RETTIGHETSPASIENTER ER JURIDISK BINDENDE**

- ALLE PASIENTER SOM FÅR TILBUD OM HELSEHJELP I SPESIALISTHELSETJENESTEN SKAL FÅ EN JURIDISK BINDENDE FRIST FOR NÅR HELSEHJELPEN SENEST SKAL STARTE
- FRISTENE I PRIORITERINGSVEILEDERNE ER BASERT PÅ LOV OG FORSKRIFT FOR PRIORITERING
- FRISTENE I PRIORITERINGSVEILEDERNE GIR ANBEFALINGER PÅ GRUPPENIVÅ, DET SKAL ALLTID GJØRES EN INDIVIDUELL VURDERING AV PASIENTEN FØR DET SETTES FRIST FOR START HELSEHJELP
- FRISTENE SKAL VÆRE MEDISINSK FORSVARLIGE

- **PAKKEFORLØP FOR KREFT**

- NASJONALE STANDARDISERTE PASIENTFORLØP SOM ER FAGLIG BASERTE OG HELSEPOLITISK FØRENDE
- PAKKEFORLØPENES TIDSANGIVELSER ER IKKE JURIDISK BINDENDE

- **HVILKE FRISTER SKAL SPESIALISTHELSETJENESTEN BRUKE ?**

- SPESIALISTHELSETJENESTEN SKAL PRIMÆRT FØLGE ANBEFALINGENE I PAKKEFORLØPENE.
- DEN JURIDISKE FRISTEN ER EN EKSTRA SIKKERHET FOR MEDISINSK FORSVARLIG FORLØP FRAM TIL START UTREDNING ELLER BEHANDLING

2/11/2019

Henvisning
mottas

Vurdere

Vurderingsperiode

Konkludere

Når henvisninger vurderes

VURDERINGSTID

- INFORMASJON OM RESULTAT AV VURDERING MÅ SENDES PASIENTEN OG HENVISENDE INSTANS MAKSIMALT 10 VIRKEDAGER ETTER MOTTAKSDATO
- DERSOM HENVISNINGEN VIDERESENDES FØR DEN ER VURDERT, ER DET ANSIENNITETSDATO, OG IKKE MOTTAKSDATOEN I DEN NYE ENHETEN, SOM ER UTGANGSPUNKT FOR VURDERINGSGARANTIE

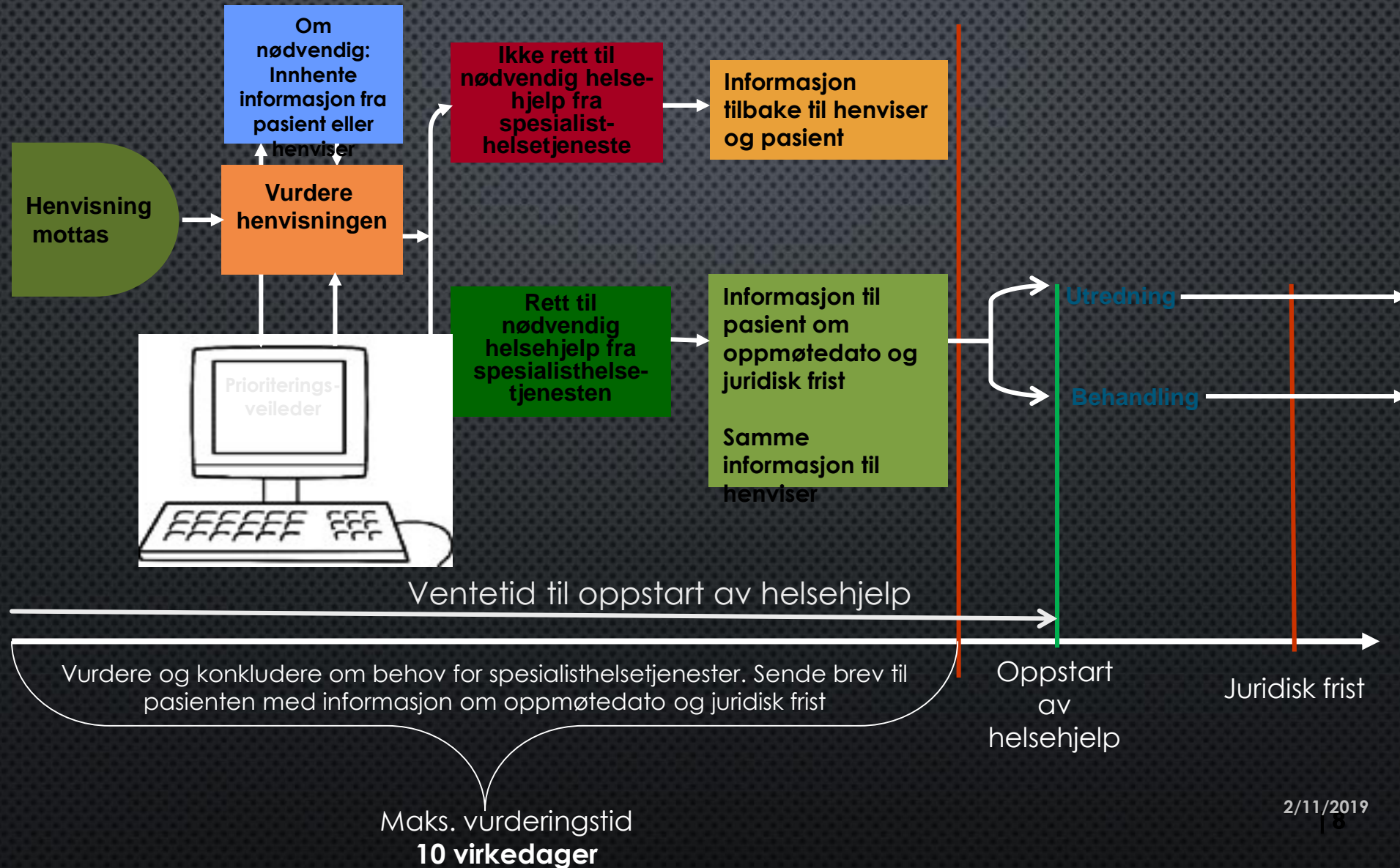
VURDERINGSTID MÅ ALLTID VÆRE FORSVARLIG

- VED MISTANKE OM ALVORLIG ELLER LIVSTRUENDE SYKDOM MÅ VURDERING SKJE TIDLIGERE ENN 10 DAGER
- DETTE INNEBÆRER AT HENVISNINGER SOM KOMMER INN, RASKT MÅ GJENNOMGÅS

MANGELFULLE HENVISNINGER

- HENVISNINGER KAN IKKE AVVISES SELV OM DE ER MANGELFULLE
- SELV OM DET IKKE ER PLIKT Å INNHENTE UTFYLLENDE OPPLYSNINGER, KAN DET BEDRE PASIENTENS VIDERE BEHANDLINGSFORLØP OM DET GJØRES

HENVISNINGSFORLØP – OPPSUMMERT



HVA DANNER BASIS FOR VURDERINGEN ?

INNHODET I HENVISNINGEN !

DA MÅ DET UT FRA HENVISNINGEN VÆRE KLART OM VEDKOMMENDE HAR;

FORVENTET NYTTE, DVS HAR EN TILSTAND MED POTENSIELT PROGNOSETAP

OG AT TILTAKET ER KOSTNADSEFFEKTIVT

FORUTSETNING FOR KORREKT PRIORITERING

- ADEKVATE OPPLYSNINGER I HENVISNING
 - "HAN KLAGER OVER MAGESMERTER, BER OM VURDERING"
 - HVA SKAL VI GJØRE ?
 - HUN HAR ENDRET AVFØRINGSMØNSTER, BER OM COLONOSKOPI
 - NÅR SKAL HUN INN ?
 - HAN HAR MØRK AVFØRING
 - BLØR HAN ?

ALVORLIGHET

- RISIKOFAKTORER FOR TILSTANDER (ØKER PRETEST SANNSYNLIGHET)
 - ALDER ER EN VIKTIG RISIKOFAKTOR FOR MANGE SYKDOMMER
 - ARVELIG BELASTNING
 - F.EKS FAMILIEHISTORIE PÅ GI-CANCER, IBD ELLER CØLIAKI
 - ALARMSYMTOMER, F.EKS VED KREFTSYKDOM
 - BLOD I AVFØRINGEN
 - DEBUT AV SYMPTOMER ETTER 50 ÅR
 - NATTLIGE SYMPTOMER
 - PROGRESSIV DYSFAGI
 - TILBAKEVENDENDE OPPKAST
 - ALVORLIG OBSTIPASJON/VEDVARENDE DIARE
 - KORT SYKEHISTORIE
 - VEKTTAP/NEDSATT MATLYST/ALMENNTILSTAND
 - RELEVANTE KLINISKE FUNN

NYTTE VS KOSTNAD

- HØYERE ALDER REDUSERER NYTTE (>75 ÅR?)
 - BIOLOGISK ALDER ER VIKTIGST
- HØY BIOLOGISK ALDER REDUSERER NYTTE
 - FLERORGANSYKDOM OG INVASIV UTREDNING
 - HVA ER RESTFUNKSJON I ORGANENE
- KOMORBIDITET GIR ØKT KOMPLIKASJONSRISIKO
 - SENDELIGGENDE DEMENTE TIL COLONOSKOPI ?
- TIDLIG DIAGNOSE PÅ GIR BEDRE PROGNOSE
 - GIR ØKT NYTTE
- HØYEST KOSTNADSEFFEKTIVITET 60 – 70 (75) ÅR UTEN KOMORBIDITET (F.EKS VED KREFT)

HVA ER BASIS FOR MEDISINSK DIAGNOSTIKK

- BAYES THEOREM (POST TEST SANNSYNLIGHET AVGJØRES AV PRE TEST SANNSYNLIGHET)
 - ANAMNESE; 60 – 80 %
 - KLINISK US; 10 – 15 %
 - PARAKLINISK US; «RESTEN»
- DETTE BØR FREMKOMME I HENVISNINGEN SOM EN RASJONELL TANKERЕКKE
- ENDER I EN SPESIFISERT PROBLEMSTILLINGEN OG FORVENTNING
- TILLEGG AV SENTRALE FAKTORER
 - FUNKSJONSSTATUS
 - KOMORBIDITET
 - MEDIKAMENTER, ALLERGIER ETC

MEN.....

- DET ER IKKE ALLTID AT TING ER SÅ KLART

UERFAREN.....SØK HJELP !

Sjekkliste for henvisning

✓ Brystsmerter

- **Formålet med henvisningen**
 - Bekreftende diagnostikk? Terapi? Annet?
- **Sykehistorie**
 - Varighet og debut? Progresjon?
 - Smerten - hvor, utstråling, karakter, lindrende tiltak? Varighet av anfall? Utløsende faktorer - relasjon til anstrengelser, måltid, bevegelser? Andre symptomer - kvalme, hoste, oppspytt, tungpusthet?
 - Andre sykdommer av relevans? Familiær disposisjon? Røyking?
 - Ev. gjennomførte behandlingstiltak og effekter?
 - Faste eller aktuelle medikamenter?
 - Konsekvenser - yrke, sosialt, fysisk aktivitet, annet?
- **Kliniske funn**
 - Allmenntilstand?
 - BT, puls, hjerte - ictus, bilyder, rytme, frekvens, svikt? Lunger - fremmedlyder, infeksjon eller svikt, obstruktive tegn?
- **Tilleggsundersøkelser**
 - Hb, lipidstatus, ev. CRP
 - EKG

NEL | Norsk Elektronisk Legehåndbok

Brystsmerter
Hjertebank og alvorlig hjerte

✓ Diagnostisk tankegang

- Epidemiologien av brystsmerter er svært forskjellig mellom ordinær allmennpraksis og akuttmedisinske situasjoner⁵

Generelt

- De fleste pasienter frykter alvorlig sykdom, hyppigst hjertesykdom, bare 15% viser seg å ha det i allmennpraksis
- Psykogene smerter og smerter relatert til muskel- skjelettsystemet er hyppigste årsak til brystsmerter i allmennpraksis
- Med økende alder blir det mindre sannsynlig at pasientens symptom kommer fra muskel- og skjelettsystemet, og mer sannsynlig at symptomet er uttrykk for sykdom i respirasjons- eller hjerte- og karsystemet
- I akuttmedisinske situasjoner utgjør hjerteinfarkt, angina, lungeemboli og hjertesvikt mer enn 50% av tilfellene⁸

Spesielt

- Familieanamnese, tidligere sykdommer og helsevaner er viktige indikatorer på sannsynligheten for organisk sykdom
- Grundig sykehistorie og fysisk undersøkelse er det beste utgangspunktet for riktig diagnose, men supplerende tester er nødvendig i diagnostikken av akutt hjerteinfarkt eller akutt koronar syndrom (Ia)⁹
- Beregne eventuelt totalrisiko for hjerte- og karsykdom

PROBLEMSTILLINGEN ER UVANT....

- GJØR DET ENKELT !

NEL | Norsk
Elektronisk
Legehåndbok

Hva søker du etter?

Sjekkliste for henvisning

▼ Hirsutisme

- **Formålet med henvisningen**
 - Bekreftende diagnostikk? Kirurgi? Annet?
- **Sykehistorie**
 - Debut og varighet? Progresjon?
 - Hvilke symptomer? Menstruasjonsforstyrrelser, akne, hårvekst, overvekt, barnløshet, psykiske forandringer?
 - Andre tilfeller i familien?
 - Andre sykdommer av relevans? Alkoholmisbruk?
 - Faste medikamenter?
- **Kliniske funn**
 - Viriliseringstegn? Cushingstegn? KMI, blodtrykk
 - Palpable ovarialsvulster ved gynekologisk undersøkelse?
- **Tilleggsundersøkelser**
 - Testosteron, DHEA-S, SHBG, LH, FSH, kortisol i spytt, fastende glukose
 - Ev. ultralyd, CT? Ev. størrelse av tumor?

Hirsutisme

Sist revidert: 09.07.2018

Sist godkjent av: Terje Johannessen, professor i allmenntilleggsundersøkelser

> Spørreskjema, sykehistorie, hirsutisme

2/11/2019

DER HVOR NYTTEN ER LITEN OG ALVORLIGHETEN
AVKLART, LEGEN ER UTSLITT OG VET IKKE MAN
SKAL GJØRE !

- VÆR DIREKTE OG ÆRLIG, EVNT RING OM DET SOM IKKE KAN SKRIVES