

En kvalitetsundersøgelse af henvisninger for hypertrofia mammae

Reservelæge Dorte Lyhne, overlæge Jørgen Lock-Andersen & ledende overlæge Steen Matzen

Roskilde Sygehus, Plastikkirurgisk Afdeling

Resume

Introduktion: Kvalitetsundersøgelse til evaluering af kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren i forbindelse med henvisning for hypertrofia mammae.

Materiale og metoder: Der blev i anden halvdel af 2004 foretaget en prospektiv opgørelse af 98 konsekutive henvisninger for hypertrofia mammae til Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus. Endvidere er resultatet af patienternes forundersøgelser opgjort (n = 55). Kvaliteten af henvisningerne blev vurderet ud fra en pointskala fra nul til syv point, hvor syv point var det maksimalt opnåelige, et minimumkrav om at henvisningen skulle indeholde mindst en objektiv og en anamnestisk oplysning, og i hvilket omfang det var nødvendigt at indhente supplerende oplysninger fra henvisende læge.

Resultater: Kun en henvisning indeholdt hverken objektive eller anamnestiske oplysninger. Informationsniveauet var kritisabelt lavt i 13% af henvisningerne. Den gennemsnitlige pointscore var 3,2. Afdelingen måtte indhente supplerende oplysninger fra henvisende læge i 22% af tilfældene, hvilket medførte en forlænget visitationstid fra en dag til op til 21 dage. Der kunne ikke påvises effekt af det kvalitetsforbedrende tiltag via Praksiskonsulentordningen.

Diskussion: Mange henvisninger for hypertrofia mammae havde et utilstrækkeligt informationsindhold. At indhente supplerende oplysninger medførte øget arbejdspress på Plastikkirurgisk Afdeling og for den henvisende læge og resulterede i forsinkelse af forundersøgelse og behandling.

Kommunikationen mellem sundhedsvæsenets primær- og sekundærsektor er et område, der ofte diskuteres og i stigende grad forsøges evalueret og forbedret [1-3]. Henvisninger, som ikke indeholder de relevante oplysninger, kan give anledning til en forlænget visitationsproces, øget ventetid på forundersøgelse og i værste fald fejlvisitation, hvor patienten må afvises ved forundersøgelse på hospitalet.

På Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus, har denne problemstilling været aktuel særligt i forbindelse med henvisning for hypertrofia mammae (HM) til vurdering af mulighed for reduktionsplastik. HM er en tilstand, der giver velkendte gener af både fysiske og psykiske karakterer: smerter i nakke-, ryg- og skulderområdet, skulderstropfure, hudproblemer i inframammæområdet, mamasmerter, hovedpine, smerter/følelsesløshed i hænder, beklædningsproble-

mer, fysisk hæmning i hverdagen ved arbejde og sport samt hæmning socialt og seksuelt [4-6]. Symptomerne kan reduceres væsentligt eller elimineres ved reduktionsplastik [4-7]. Hypertrofia mammae kan være relateret til patientens kropsvægt. Overvægt medfører øget bryststørrelse og -vægt [8, 9], og overvægt ses ofte som medvirkende eller eneste årsag til HM. Derfor er det af betydning at skelne mellem fedmebettinget brystforstørrelse og egentlig HM. Endvidere er det af betydning at skelne mellem symptomgivende HM og HM som et rent kosmetisk problem.

For nærmere at belyse problemstillingen og kunne iværksætte forbedrende tiltag har vi gennemgået de indkomne HM-henvisninger til Plastikkirurgisk Afdeling i Roskilde sammen med resultatet af patienternes forundersøgelse.

Materiale og metoder

Visitation af henvisning for hypertrofia mammae og forundersøgelse

I undersøgelsen indgik alle henvisninger med diagnosen HM indsendt til Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus Roskilde, i perioden fra den 1. juli til den 31. december 2004. På afdelingen varetog man den plastikkirurgiske behandling i et treamtssamarbejde mellem Roskilde, Vestsjællands og Storstrøms Amter, som havde et samlet befolkningsgrundlag på ca. 800.000 personer. Tillige behandledes fritvalgspatienter fra andre amter. I undersøgelsesperioden blev fritvalgs HM-patienter afvist pga. manglende behandlingskapacitet.

I perioden er der visiteret ud fra et kriterium om, at patienterne som hovedregel ikke må være overvægtige (overvægt defineret som *body mass index* (BMI) > 25), og at kosmetisk betinget reduktionsplastik ikke udføres i offentlig regi. Således er henvisninger med oplysninger om BMI > 25 blevet afvist, medmindre særlige gener eller problemer var anført. Hvis højde/vægt eller BMI ikke var oplyst på henvisningen, indhentede man supplerende oplysninger fra den henvisende læge. I de tilfælde, hvor visitator vurderede, at det drejede sig om HM, blev patienten indkaldt til en forundersøgelse på Plastikkirurgisk Ambulatorium. Her foregik der en konkret bedømmelse af, om der var indikation for operation, og af om reduktionsplastik kunne forventes at reducere patientens symptomer.

Kvalitetsbedømmelse af henvisning

Undersøgelsen bygger på en prospektiv gennemgang af alle konsekutivt indkomne henvisninger i andet halvår af 2004 (n = 104) og af journalnotater fra de efterfølgende forundersøgelser (n = 55). Henvisningerne blev evalueret ud fra et af forfatterne særligt udarbejdet evalueringsskema (kan fås

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

ved henvendelse til forfatterne). Det indeholdt oplysninger om henvisnings-, visitations- og forundersøgelsesdato, henvisende amt og speciale samt visitators vurdering: afvist, indkaldt og indhentning af supplerende oplysninger. Desuden indeholdt skemaet et specifikt pointsystem konstrueret ud fra de hyppigste symptomer og objektive fund ved HM (Tabel 1). Der kunne ved kvalitetsevalueringen maksimalt opnås syv point: tre point for anamnesticke oplysninger, tre point for objektiv undersøgelse og et point for foto eller supplerende erklæring. Et lignende pointsystem er tidligere anvendt til kvalitetsvurdering af henvisning for malignt melanom [2]. Vi fastsatte et minimumkrav til henvisningen, således at den skulle indeholde mindst en objektiv oplysning og en anamnestic oplysning.

Fra forundersøgelsesnotaterne blev følgende oplysninger noteret: BMI, højde og vægt, brystmål og -vurdering, fund af asymmetri samt diagnose på basis af forundersøgelsen, og om der blev fundet indikation for reduktionsplastik.

Intervention

For at bedre henvisninger for HM har man på Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus Roskilde, i samarbejde med Praksiskonsulentordningen, via Dialog Nyt, oplyst primærsektoren i Roskilde Amt om retningslinjer for henvisning til reduktionsplastik i offentligt regi: »Ved henvisning for HM skal højde og vægt anføres. For at behandling kan komme på tale, må BMI ikke overstige 25 af hensyn til komplikationsrisici og operativt resultat. Dette skal være opfyldt på såvel henvisningstidspunktet som ved forundersøgelsen på afdelingen samt naturligvis på operationstidspunktet. Ved ekstrem HM med betydelig funktionsindskrænkning kan nogen overvægt dog accepteres«. Denne information har siden 1998 været tilgængelig i papirformat og siden juni 2003 tillige tilgængelig på Roskilde Amts hjemmeside [10]. Der er ikke gennemført lignende tiltag i Vestsjællands- og Storstrøms Amter.

Vurdering af intervention

Den kvalitetsforbedrende effekt på henvisningerne for HM i Roskilde Amt via Praksiskonsulentordningens information blev vurderet ud fra: 1) andelen af henvisninger, hvor det var nødvendigt at indhente supplerende oplysninger, 2) den samlede pointscore og 3) minimumkriteriet ved sammenligning mellem Roskilde Amt og Vestsjællands/Storstrøms Amter, hvor intervention ikke var udført.

Statistik

Ved statistiske beregninger blev der anvendt χ^2 -test (Fishers eksakte test), parret t-test ved BMI og Mann-Whitneys test ved pointevaluering.

Resultater

Henvisninger og patienter

I andet halvår af 2004 indkom der i alt 104 henvisninger til

Tabel 1. Henvisningsoplysninger angivet vedr. symptomer og objektive fund, som var anført på de 98 konsekutive henvisninger for hypertrofia mammae til Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus Roskilde, i andet halvår 2004.

	Andel, %
<i>Symptom</i>	
Smerter i skulder/nakke/ryg/bryst/hoved	73
Fysisk hæmning (sport, job m.m.)	34
Psykisk hæmning (socialt, seksuelt m.m.)	18
Analgetikaforbrug	2
<i>Objektivt</i>	
Body mass index eller højde + vægt	77
BH-størrelse/brystvolumen	73
Skulderstropfure	24
Hudproblemer (eksem, intertrigo m.m.)	17
<i>Andet</i>	
Erklæring fra en speciallæge	7
Klinisk foto	1

afdelingen med diagnosen HM: Niogtyve (28%) af henvisningerne kom fra Roskilde Amt, femogtredive (33%) fra Vestsjællands Amt, fireogtredive (33%) fra Storstrøms Amt og seks (6%) var fritvalgspatienter fra andre amter. Da fritvalgspatienter blev afvist i undersøgelsesperioden, indgik der derfor 98 henvisninger i opgørelsen: 95% var henvist fra en praktiserende læge, og 5% var henvist fra en anden hospitalsafdeling. Medianalderen på de henviste var 33 år (15-62 år) og medianangivet BMI var på 25 (spændvidde 18-50).

Henvisningernes indhold og indsamling af supplerende oplysninger

Henvisningernes indhold vedr. symptomer og objektive fund er vist i Tabel 1. Enogtyve (22%) af henvisninger havde et så utilstrækkeligt informationsindhold, at visitation først var mulig efter indhentning af supplerende oplysninger fra de henvisende læger. I tilfælde, hvor der måtte indhentes supplerende oplysninger, blev visitationstiden forlænget med op til 21 dage mod normalt en enkelt arbejdsdag. Otteogtredive (39%) af de modtagne henvisninger blev afvist pga. for højt BMI.

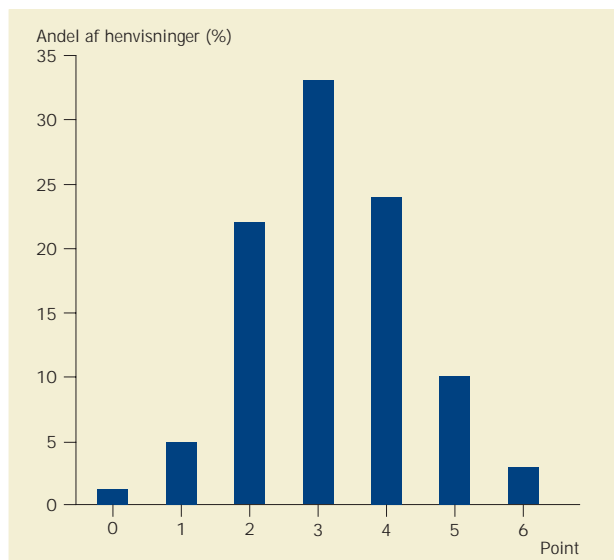
Kvalitetsvurdering af henvisningerne

I gennemsnit fik henvisningerne 3,2 point (Figur 1). Tretten (13%) af henvisningerne opfyldte ikke vores fastsatte minimumkrav om, at de skulle indeholde mindst en anamnestic oplysning og en objektiv oplysning.

Vurdering af kvalitetsforbedrende intervention

I Roskilde Amt, hvor kvalitetsforbedrende tiltag vedrørende henvisning for HM var gennemført, måtte der indhentes supplerende oplysninger for ti (34%) af henvisningerne, før visitationen kunne gennemføres mod henholdsvis fem (15%) og ni (26%) af henvisningerne fra de to andre amter ($p = 0,44$). Henvisninger fra interventionsamtet fik i gennemsnit 3,4 point (medianværdi), mens henvisningerne fra de to ikkeinterventionsamter fik henholdsvis 3,3 og 3,0 point ($p = 0,42$). I Ros-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL



Figur 1. Pointscore i de 98 konsekutive henvisninger for hypertrofia mammae til Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Amts Sygehus Roskilde, i andet halvår af 2004. Ingen henvisning opnåede syv point, og en enkelt henvisning fik nul point.

kilde Amt opfyldte en (3%) henvisning ikke minimumkriteriet mod henholdsvis fem (15%) og syv (20%) henvisninger i Vest-sjællands og Storstrøms Amter ($p = 0,10$).

Forundersøgelse

Tres (61%) af de henviste 98 patienter blev indkaldt til forundersøgelse på Plastikkirurgisk Ambulatorium. Femoghalvtreds (92%) patienter tog imod tilbuddet om forundersøgelse, mens tre (5%) patienter meldte afbud, og to (3%) patienter udeblev. Der var god overensstemmelse mellem det på henvisningen opgivne BMI og det ved forundersøgelsen målte BMI med gennemsnitlig 24,0 opgivet og 24,4 målt ($p = 0,23$). Det blev ved forundersøgelsen vurderet, at fireogfyrre (73%) af de 60 undersøgte patienter havde diagnosen HM, heraf patienter (68%) i et omfang, der gav indikation for operation i offentligt regi. For otte patienters vedkommende (15%) dog først efter relevante tiltag som vægtreduktion, medicinsk optimering eller myndig alder. Ud af de i alt 98 henviste patienter blev 41 (42%) indstillet til reduktionsplastik.

Diskussion

I de tilfælde, hvor henvisningerne ikke indeholder de relevante oplysninger, medfører det en forlænget visitationstid og dermed forøget ventetid på undersøgelse og behandling. Endvidere reducerer en mangelfuld henvisning visitors mulighed for kun at indkalde de egentlige HM-patienter til forundersøgelse, så en unødvendig stor gruppe af fedmebetinget HM-patienter og rent kosmetiske problemstillinger optager kapacitet på afdelingens ambulatorium. Vi fandt i denne undersøgelse, at der var indikation for reduktionsplastik hos 42% af de patienter, der var blevet henvist med diagnosen HM. Og næsten en tredjedel af forundersøgelserne resulter-

ede i afvisning af de henviste patienter. Dette viser, at den nuværende praksis, der indebærer visitation og forundersøgelse, inden patienten indstilles til reduktionsplastik, er velbegrundet. Afvisning ved forundersøgelsen medfører ofte betydelig frustration hos såvel patient som personale og kan udløse en klagesag over den henvisende læge og den afvisende afdeling.

I denne opgørelse havde 13% af henvisningerne et kritisk lavt informationsniveau, og hos 22% var det nødvendigt at indhente supplerende oplysninger. I det nationale kvalitetssikringsprojekt Den Gode Medicinske Afdeling fandt man, at 35,4% af henvisningernes informationsindhold var utilfredsstillende eller meget utilfredsstillende [10]. Der findes nu formaliserede retningslinjer for, hvad en henvisning skal indeholde [11]. Vi fandt i vores undersøgelse, at der var en tendens til højere kvalitet af henvisningerne i interventionsamtet, idet minimumkravet var opfyldt for 97% i interventionsamtet mod for henholdsvis 85% og 80% i de to amter uden intervention, men resultatet er dog ikke statistisk signifikant. Ved pointscoring af henvisningerne og behov for indhentning af supplerende oplysninger kan der ikke påvises bedre forhold i interventionsamtet. Det må derfor konkluderes, at der er beskeden effekt af det udsendte materiale til de henvisende læger via Praksiskonsulentordningen. Der må retfærdigvis gøres opmærksom på, at en praktiserende læge i gennemsnit kun henviser en HM-patient hver 3.-5. år og derfor næppe har stort fokus på problemstillingen. Interventionens manglende gennemslagskraft giver anledning til overvejelser om interventionens art og form. Retningslinjerne i papir- og internetformat kræver opslag i en mappe eller på internettet og er derfor tidskrævende og besværlige at anvende. Mangfoldigheden af kilder (Praksiskonsulentordningen, Sundhed.dk, Dansk selskab for almen medicins hjemmeside, specialeselskabets egne hjemmeside m.fl.), hvorfra praktiserende læger kan indhente information, og hvortil hospitalsafdelingerne skal opdatere retningslinjer, er næppe gavnlige for kommunikationen. Eller for motivationen for kommunikation: Hvor skal praktiserende læger søge information? Hvor er det mest hensigtsmæssigt at lægge opdaterede retningslinjer ud? Et fælles internetbaseret organ med opdateret information fra hospitalsafdelingerne, hvor den praktiserende læge altid vil kunne finde de ønskede retningslinjer ved en søgning et sted, vil være langt mere hensigtsmæssigt. Hvis man i fremtiden kan hente retningslinjer online med opkobling til praktiserende lægers computersystem og foretage automatisk søgning via diagnose/emnekode, vil kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren sandsynligvis kunne lettes yderligere. Der stilles i dag store krav fra patienter og politisk hold til ikke blot de enkelte aktører i sundhedsvæsenet, men også i høj grad til samarbejdet mellem aktørerne. Der er derfor behov for øget kommunikation og samarbejde mellem henvisende læger og hospitalssektoren. Den gennemførte kvalitetsundersøgelser resultater stiller spørgsmålstejn

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

ved gennemslagskraften af den nuværende kommunikationsform og viser, at der er muligheder for forbedring i kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren ved henvisning for HM.

Korrespondance: *Dorte Lyhne*, Bomhoffs Have 14, 1. th., DK-1872 Frederiksberg C. E-mail: dortelyhne@hotmail.com

Antaget: 15. april 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. DGMA –Et nationalt kvalitetssikringsprojekt. www.dgma.dk/dec. 2006.
2. Hald M, Christensen B, Lock-Andersen J. Henvisninger for malignt melanom. *Ugeskr Læger* 2004;166:163-5.
3. Christensen KA, Mainz J, Kristensen E. Kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet. *Ugeskr Læger* 1997;159:7141-5.
4. Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE et al. A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:76-82.
5. Davis GM, Ringler SL, Short K et al. Reduction mammoplasty: long-term efficacy, morbidity, and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:1106-10.
6. Gonzalez F, Walton RL, Shafer B et al. Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:1270-6.
7. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ et al. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc* 2001;76:503-10.
8. Cruz-Korchin N, Korchin L, Gonzalez-Keelan C et al. Macromastia: how much is fat? *Plast Reconstr Surg* 2002;109:64-8.
9. Katch VL, Campaigne B, Freedson P et al. Contribution of breast volume and weight to body fat distribution in females. *Am J Phys Anthropol* 1980;53:93-100.
10. www.ra.dk/april 2007.
11. Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L et al. Den gode henvisning og den gode epikrise – en indikationsbaseret auditundersøgelse. DGMA, DAK, Praksiskoordinatorerne, 2005:11/ www.dgm.dk/april 2007.
12. www.dsam.dk/flx/kvalitetsudvikling/praksiskonulentordningen/haandbog_for_pko/#10/dec. 2006.

Behandling af suicidalpatienter: Collaborative Assessment and Management of Suicidality

Cand.psych. Kirsten Arkov, overlæge Bent Rosenbaum,
stud.psych. Lene Christiansen, socialrådgiver Heidi Jønsson &
psykoterapeut Michael Münchow

Psykiatrisk Center Glostrup, Enheden for Psykoterapeutisk
Uddannelse og Forskning

Resume

Introduktion: Der mangler fortsat viden om effektive metoder til vurdering og behandling af den suicidal patient. Metoden Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) afprøves og vurderes på et materiale af ambulante patienter.

Materiale og metoder: Syvogtve suicidaltruede patienter, der var konsekutivt henvist fra psykiatrisk og somatisk skadestue, gennemgik et CAMS-forløb i en deskriptiv undersøgelse med kvalitative og kvantitative før- og eftermål. Formålet var at undersøge brugbarhed og effekt af CAMS-metoden på et dansk materiale. Fem væsentlige suicidalmarkører blev fortløbende vurderet (psykisk smerte, stress, indre uro, håbløshed og selvhad). Endvidere blev patienternes oplevelse af betydningen af de terapeutiske samtaler for eliminering af suicidaliteten og samarbejdet med terapeuten undersøgt.

Resultater: Der forekom et signifikant fald i de fem suicidalmarkører efter gennemgået CAMS-forløb. 80% af patienterne vurderede, at det var de terapeutiske samtaler, der eliminerede suicidaladfærden, og 92% vurderede, at der var et klart samarbejde mellem patient og terapeut. Komplians ved behandlingen var 92%.

Konklusion: Den danske oversættelse af CAMS fungerede tilfreds-

stillende, da den førte til et effektivt samarbejde og fjernelse af suicidal tanker.

Den suicidalologiske forskning har efterhånden leveret meget epidemiologisk viden om risikofaktorer [1-3], men i mødet med den suicidal patient er denne viden ikke tilstrækkelig til en mere sikker vurdering af selvmordsrisikoen på kortere eller længere sigt. Sundhedsstyrelsen har udgivet retningslinjer for den interviewende læge [4], hvorved det sikres, at denne har spurgt ind til nogle væsentlige faktorer, der vanligvis gør sig gældende for den selvmordstruede person. Spørgsmålene er opstillet ud fra en almen klinisk erfaring og den eksisterende epidemiologiske viden om risikofaktorer, men effektiviteten af spørgsmålene og vejledningen mht. prognose er ikke efterprøvet.

Der er fortsat kun yderst sparsom evidensbaseret viden om effektive psykoterapeutiske metoder til rådighed for klinikeren [5-10], og der findes kun få randomiserede og kontrollerede undersøgelser [11, 12].

I de seneste fire årtier er der udviklet en betragtelig mængde skalaer og måleinstrumenter til vurdering af suicidalitet; flere af dem er reliabilitetstestet og valideret [7], men disse hjælpemidler er ikke meget brugt i klinikken [13]. Imidlertid har *Jobs* udarbejdet en både kvalitativ og kvantitativ metode til at vurdere suicidalitet i klinikken med: The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) [13, 14].