

## **Henvisninger, regional retningslinje**

### **Resumé**

Henvisning til hospital/psykiatri indeholdende oplysninger om patientens sygdomssituation og foreliggende undersøgelses- og behandlingstiltag mhp. videre udredning og behandling i hospitalsregi/psykiatri.

### **Formål**

Formålet med retningslinjen er at sikre, at:

- patienten visiteres til relevant behandling
- henvisninger understøtter undersøgelse, behandling og pleje
- henvisninger medvirker til veltilrettelagte patientforløb

### **Patientgruppe/patientforløb/anden målgruppe**

Målgruppen for retningslinjen er kliniske ledere og medarbejdere, der udfærdiger, modtager og visiterer henvisninger.

Patientgruppen er patienter, der indlægges på hospitaler, herunder psykiatrien, i såvel akutte som elektive situationer.

### **Definition af begreber**

#### **Fremgangsmåde**

Henvisning af elektive patienter sker til den pågældende afdeling. Forud for henvisning orienteres om ventetidsgaranti og frit sygehusvalg.

Ved tvangsindlæggelse skal *Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien* anvendes.

Ved henvisning af patienter i såvel akutte som elektive situationer skal nedenstående oplysninger fremgå af henvisningen, *såfremt det er relevant*.

#### *Modtager*

Navn og adresse på afdelingen, der henvises til.

#### *Henvisende instans*

Navn, adresse, telefon og EDIFACT

#### *Patientoplysninger*

Patientens stamdata (CPR-nr., navn, adresse og telefonnummer / mobil telefonnummer) og eventuel pårørende/værge.

#### *Særlige forhold*

Her angives særlige forhold - fx omkring befordring (siddende, liggende).

#### *Henvisningsdiagnose*

Hoveddiagnose (ideelt som ICPC-diagnosekode med tilhørende kodetekst, ellers som fri tekst) og relevante bidiagnoser / komorbiditet.

#### *Ønsket undersøgelse/behandling/problemstilling*

Eventuelle ønsker til udredning i fri tekst (supplerende til henvisningsdiagnose).

## *Problemformulering/ kliniske oplysninger*

Relevante strukturerede oplysninger vedr.:

- a. Cave, herunder allergi
- b. Anamnese; Socialt; Objektive fund, Sagt til patienten
  - a. Kort anamnese, inklusive:
    - i. subjektiv anamnese (patientens beskrivelse af problemet i få ord).
    - ii. eventuelle ønsker om prioritering på venteliste
    - iii. eventuel tidligere behandling
    - iv. tidligere relevant indlæggelse: Oplysninger, der er relevante for den aktuelle henvisning, som afdelingen ikke selv kan fremskaffe (indlæggelser fra andre hospitaler og undersøgelser hos speciallæger).
    - v. den henvisendes samlede vurdering (ikke blot diagnoseforslag, men også gerne lægensmeninger og overvejelser omkring mulig årsag til symptomerne og dermed en beskrivelse af den problematik, der ligger til grund for henvisningen).
    - vi. eventuelt forslag angående det videre forløb efter indlæggelsen/undersøgelsen med henblik på ambulant kontrol på sygehus/fælles patientforløb eller tilbagevisitering til egen læge
  - b. Relevante og væsentlige sociale forhold (erhvervs-mæssige, økonomiske, familiemæssige), herunder sprog, eventuelt behov for tolkebistand og handicaps
  - c. Objektive fund
  - d. Information givet til patienten og nærmeste pårørende/værge.
  - e. Såfremt det drejer sig om psykiatriske patienter, oplyses det, om patienten er indforstået med henvisningen eller indlægges under tvang.
- c. Relevante undersøgelsesresultater, evt. tidligere laboratorietal og røntgen / evt. andre billeddiagnostiske undersøgelser.
- d. Medicin: Patientens medicin; hvis dette ikke kan oplyses, skal det også fremgå af henvisningen

### **Forfattere**

Steen P. Ardest, Lotte Denning, Lise Forsom, Jens Gram-Hansen, Arly Heide, Svend Kier, Henrik Nordentoft og Jens M. Rubak (Praksiskoordinatorer Region Midtjylland)