

Hvorfor henvises pasienter til revmatologisk poliklinikk?

Antall henvisninger til spesialistundersøkelse har økt i de senere år. Muligens kan en bedre utvelgelse av pasienter som henvises redusere de lange ventelistene. Dette vil kreve god diagnostikk og utredning av pasienten hos allmennpraktiserende lege. Vi ønsket derfor å analysere hvilke diagnostiske problemer som volder legene i førstelinjetjenesten mest hodebry innen revmatologi.

Alle henvisninger av nye pasienter fra allmennpraktiserende leger til revmatologisk poliklinikk i ett år ble analysert. Pasienter som ble henvist fra privatpraktiserende spesialister og sykehusleger, ble ikke tatt med.

Den årlige insidens av nyhenvisninger var 272 per 100 000. Omkring 80 % skyldes spørsmål om diagnose. Det laveste samsvar i diagnose mellom revmatolog og primærlege ble funnet for revmatoid artritt, polymyalgia rheumatica og primært Sjögrens syndrom.

Det er ønskelig at diagnostikken av revmatoid artritt, polymyalgia rheumatica og primært Sjögrens syndrom bedres.

Antall pasienter som undersøkes og behandles poliklinisk har økt betydelig de siste år. Dette er i tråd med ønsket om å redusere kostbare innleggelser og behovet for å øke sykehusenes inntekter. Den medisinsk-faglige kvaliteten på den polikliniske virksomheten er imidlertid ikke blitt viet like stor oppmerksomhet som kravet om økt aktivitet.

Et mål på kvaliteten av polikliniske tjenester er i hvilken grad det er de rette pasientene som henvises annenlinjetjenesten. Med rette pasienter forstås i denne sammenheng de pasienter som oppnår bedre helsetjenester gjennom undersøkelse og behandling i annenlinjetjenesten. Å sikre en god utvelgelse av pasienter som henvises, vil i stor grad avhenge av kvaliteten på allmennpraktiserende legers undersøkelse og diagnostikk.

Vi har tidligere (1) vist at hovedårsaken til henvisninger fra primærleger til revmatologisk poliklinikk er nettopp usikkerhet omkring diagnosen. I den samme undersøkelsen (1) fant vi relativt dårlig samsvar mellom henvisningsdiagnose og diagnose stilt av

Jan Tore Gran

jtgran@c2i.net

Revmatologisk avdeling
Aust-Agder sentralsjukehus
4800 Arendal

og

Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø

Gran JT.

Why are patients referred from general practitioners to out-patient clinics of rheumatology?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2294–6.

Background. Increasing numbers of patients are referred from general practitioners to out-patient clinics of rheumatology. Better selection of patients referred may shorten the long waiting lists. The study aimed at analysing causes of referrals with particular emphasis on determining which diagnostic problems that most often occur among such referrals.

Materials and methods. All referrals from general practitioners to an out-patient clinic of rheumatology during one year were analysed.

Results. Diagnosis was the main cause of referral in 78 % of the cases. The diagnosis of the specialist was identical to that of the general practitioner in 44 % of the cases. The lowest degree of correlation was found for patients referred with rheumatoid arthritis and primary Sjögren's syndrome.

Interpretation. The diagnoses of rheumatoid arthritis and Sjögren's syndrome appear to be difficult in general practice.

lege på poliklinikken. Hvilke sykdomsdiagnoser som hadde lavest samsvar, ble imidlertid ikke studert nærmere. En slik analyse kan gi opplysninger om hvordan henvisningspraksis kan bedres ytterligere, og på denne måten bidra til å bedre kvaliteten på den polikliniske virksomheten.

Den tidligere undersøkelsen fra Nord-Norge (1) ble utført i en region som i lange perioder har ustabil dekning av allmennpraktiserende leger, et forhold som sannsynligvis påvirker henvisningspraksisen.

Vi fant det derfor interessant å undersøke hvilke pasienter som henvises til revmatologisk poliklinikk i et område hvor dekningen i allmennpraksis er relativt god og meget stabil. I tillegg ønsket vi å analysere nærmere hvilke revmatologiske sykdommer som hyppigst volder diagnostiske problemer i førstelinjetjenesten.

Materiale og metode

Undersøkelsen omfattet alle nye pasienter som ble henvist fra allmennpraktiserende lege til Revmatologisk poliklinikk ved Aust-Agder sentralsjukehus i perioden 1.1.–31.12.1999. Pasienter henvist fra sykehusleger og privatpraktiserende revmatologer ble utelukkert. Med nye pasienter menes de som tidligere ikke var blitt undersøkt på poliklinikken, eller som var undersøkt tidligere uten at det ble funnet behov for videre oppfølging.

Opplysningene på henvisningsskrivet ble registrert på et eget skjema, hvor siste del ble utfyllt når pasientene var til poliklinisk undersøkelse. Pasientopplysningene ble anonymisert. Henvisende leges navn ble ikke registrert. Aust-Agder fylke hadde i 1999 102 000 innbyggere.

Khikvadrattest ble anvendt til statistisk analyse, og en p-verdi under 0,05 ble vurdert som signifikant. Alle dataene ble lagret anonymt på Epi Info versjon 6.

Resultater

Insidens av henvisninger, kjønn, alder, og sykdomsvarighet

I løpet av året ble 277 pasienter henvist fra primærlege til revmatologisk poliklinikk. Dette gir en insidens på 272 per 100 000 personår. Det var 172 kvinner (68 %) og 82 menn (32 %). Gjennomsnittsalderen var 50 år (median 50 år, variasjonsbredde 15–86 år). Aldersgruppen over 60 år utgjorde 27 %. Sykdomsvarighet på tidspunktet for henvisningen var i gjennomsnitt 36 måneder (median 12 måneder, variasjonsbredde 1–300 måneder). 45 % hadde hatt symptomer i ett år eller lenger.

Årsaker til henvisning

Av 277 henviste pasienter ble 254 (92 %) senere undersøkt på poliklinikken, og disse pasientene utgjør grunnlaget for videre analyse. Tre pasienter (1 %) møtte ikke til undersøkelse, 13 avbestilte konsultasjonen (5 %), mens sju pasienter (3 %) ble i løpet av ventetiden innlagt i sengeavdelingen.

Spørsmål om diagnose var årsak til henvisning hos i alt 78 % (tab 1).

Henvisningsdiagnoser

11 henvisninger inneholdt ikke opplysninger om diagnose. Av de resterende 243 henvisninger var det hos 131 (54 %) foreslått en spesifikk sykdomsdiagnose. En symptomdiagnose ble brukt hos 100 (41 %), mens 12

Tabell 1 Årsaker til henvisning fra primærlege til revmatologisk poliklinikk i Aust-Agder

Årsak	Antall	(%)
Diagnose	203	(80)
Terapi	69	(27)
Annenhåndsvurdering	6	(2)
Sykdomsinformasjon	3	(1)
Press fra familie eller pasient	2	(1)
Trykkesak/sykmelding	1	(0)
Ikke opplyst	5	(2)

(5%) henvisningsskriv hadde bare angitt diagnosegruppe.

Henvisningsdiagnoser fordelt på sykdomsgrupper er angitt i tabell 2. Tabell 3 gir et inntrykk av de hyppigste enkelt diagnoser foreslått av henvisende lege.

Samsvar mellom henvisningsdiagnose og diagnose på poliklinikken

Samsvar mellom henvisningsdiagnose og diagnose på poliklinikken ble registrert hos 44%. Tabell 3 viser samsvar mellom foreslått diagnose av primærlege og diagnose ved poliklinikken for enkelt diagnoser. Dårligst samsvar ble observert for diagnosene revmatoid artritt, primært Sjögrens syndrom

og polymyalgia rheumatica. Av pasienter henvist under disse diagnosene fikk henholdsvis 25%, 12% og 44% samme diagnose på poliklinikken (tab 3). Best samsvar ble funnet for pasienter henvist under diagnosene psoriasisartritt og Bekhterevs sykdom. Av ti pasienter som fikk diagnosen fibromyalgi, var bare to henvist under denne diagnosen.

Samsvar i diagnosegruppe var 40% for inflammatorisk revmatisk sykdom, 30% for systemisk bindevevssykdom, 75% for degenerativ leddlidelse og 61% for bløtdelsrevmatisk sykdom.

Hyppighet av tidligere konsultasjon på poliklinikken og konsekvens av henvisningen

Av 247 pasienter hvor det forelå sikre opplysninger, var 21% tidligere blitt vurdert av revmatolog for samme problemstilling. Slike konsultasjoner hadde skjedd i gjennomsnitt 52 måneder tilbake (variasjonsbredde 2–192 måneder). Samme diagnose ved begge konsultasjoner ble stilt hos 77%. I tillegg var 17% av disse pasientene blitt vurdert av annen spesialist for samme kliniske problem.

I alt 47% av pasientene ble senere kontrollert ved poliklinikken. Hyppigheten av ny kontrollavtale var 43% for pasienter vurdert av lege med spesialistkompetanse og 49% for pasienter vurdert av underordnet

Tabell 2 Henvisningsdiagnosegrupper

Diagnosegruppe	Antall	(%)
Inflammatorisk revmatisk sykdom	98	(39)
Systemisk bindevevssykdom	53	(21)
Degenerativ leddlidelse	8	(3)
Bløtdelsrevmatisme	59	(23)
Andre	34	(14)

lege uten slik kompetanse ($p > 0,05$). 80% av de pasientene som fikk avtale om ny kontroll, hadde fått diagnostisert inflammatorisk revmatisk sykdom.

Diskusjon

I denne og i den tidligere norske undersøkelsen (1), samt i flere tidligere utenlandske studier (2, 3), var behovet for avklaring av diagnosen hovedårsak til henvisningen. Diagnostikk er i og for seg en hovedoppgave for en revmatologisk poliklinikk, men det relativt dårlige samsvar i diagnose mellom allmennpraktiserende lege og spesialist i begge undersøkelser tyder på å utvelgelsen av pasienter til spesialistundersøkelse kan bedres.

Tabell 3 Samsvarigheten mellom enkelte henvisningsdiagnoser og diagnose ved Revmatologisk poliklinikk, Aust-Agder sentralsjukehus

Henvisningsdiagnose	Diagnose på poliklinikken												
	Revmatoid artritt	Sjögrens syndrom	Sicca-symptom	Poly-myalgia rheumatica	Bindevevssykdom	Artritt	Polyartritt	Psoriasisartritt	Bekhterevs sykdom	Dorsalgi	Fibromyalgi	Artralgi	Andre
Revmatoid artritt	8	–	–	2	2	3	3	1	–	–	3	5	5
Sjögrens syndrom	–	2	12	–	–	–	–	–	–	–	1	–	2
Sicca-symptom	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polymyalgia rheumatica	–	1	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	8
Bindevevssykdom	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	–	–	9
Artritt	–	–	–	1	–	10	5	1	1	–	2	3	8
Polyartritt	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	2	–
Psoriasisartritt	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–	1	4	–
Bekhterevs sykdom	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–	2
Dorsalgi	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	–	–	–
Fibromyalgi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	2	1
Artralgi	2	–	–	–	–	4	–	2	1	–	1	16	4

Dårlig overensstemmelse i diagnose mellom primærlege og revmatolog er også funnet i utenlandske undersøkelser (4–7). Da korrekt prioritering og effektiv utredning ved poliklinikken i stor grad vil avhenge av det diagnostiske arbeid som er utført av pasientens allmennpraktiserende lege, er en nærmere analyse av hvilke diagnostiske problemer som hyppigst henvises derfor ønskelig.

I likhet med andre studier (7) skyldes hovedtyngden av henvisningene spørsmål om betennelsesaktig revmatisk sykdom. Det er også blant disse pasientene det laveste samsvaret i diagnose mellom primærlege og spesialist ble observert. Undersøkelsen viste at den største usikkerheten var hos pasienter henvist under diagnosene revmatoid artritt, polymyalgia rheumatica og primært Sjögrens syndrom. Overføring av kunnskap om når det er grunn til å mistenke slike lidelser bør derfor bedres fra revmatologenes side, og vektlegges i undervisningen. Som påpekt tidligere (1) kan også telefonkonsultasjoner mellom allmennpraktiserende lege og spesialist ved slike problemstillinger være et egnet virkemiddel.

Diagnostikk av de betennelsesaktige revmatiske sykdommene kan imidlertid være vanskelig. I tillegg vil mange av disse sykdommene ha felles symptomer og sykdomstegn, og spesifikk diagnose vil ofte kunne stilles først etter noen tids observasjon. I mange tilfeller vil derfor en henvisning til spesialist måtte basere seg på opptreden av sykdomsmanifestasjoner som sannsynliggjør utvikling av betennelsesaktig revmatisk sykdom. Eksempler på slike manifestasjoner er leddhevelse, multiorgansykdom og hudutslett sammen med organutfall. Undersøkelsen tyder på at fremtidig undervisning i økende grad bør legge vekt på gjenkjennelse av slike sykdomstegn. Videre vil det være av stor interesse å undersøke nærmere de pasienter som ikke henvises til spesialist.

Press fra pasient og familie angis svært sjelden som årsak til spesialisthenvisning. Det er mulig at slike forhold ikke kommer

tydelig frem av henvisningsskrivene, men særlig hyppig synes dette ikke å være. Undersøkelser fra andre land tyder også på at primærlegene sjelden henviser etter påtrykk fra pasient eller familie (2).

Frekvensen av kontrollavtaler var, som i den tidligere norske undersøkelsen (1), u hensiktsmessig høy, med tanke på de økende ventelister for nyhenviste pasienter. Selv om spesialiteten revmatologi omfatter mange pasienter med kroniske og alvorlige tilstander med behov for kontinuerlig spesialistoppfølging (5), er det grunn til å tro at en større andel av kontrollvirksomheten kan overtas av allmennpraktiserende leger. En slik endring krever imidlertid at kommunikasjonen mellom første- og annenlinjetjenesten bedres ytterligere.

Forskjellen mellom spesialister og underordnede leger uten spesialistkompetanse var liten når det gjaldt i hvilken grad nyhenviste pasienter fikk avtale om kontroll ved poliklinikken. Dette kan imidlertid skyldes at utvelgelsen av pasienter til spesialist og til underordnet lege var noe forskjellig. Flere kompliserte og alvorlige pasienter ble satt opp til undersøkelse hos spesialist, med den følge at spesialistenes pasientgruppe sannsynligvis hadde større behov for videre oppfølging. Imidlertid er det grunn til å endre rutineene noe, da nesten halvparten av de pasienter de underordnede leger undersøkte, fikk avtale om kontroll. Et tettere samarbeid på poliklinikken mellom erfarne og uerfarne leger kan tenkes å bedre dette.

Det er også betenkelig at nesten en femdel av pasientene tidligere var vurdert for samme problemstilling. Dette skyldes nok at mange av pasientene hadde kroniske og dårlig definerte tilstander, men ordningen synes lite rasjonell. At nesten 20 % også er vurdert av andre spesialister for samme problem, styrker inntrykket av en lite hensiktsmessig utnyttelse av spesialisthelsetjenesten. Det er lite som tyder på noen stor helsegevinst ved denne type multispesialistkonsultasjoner. En bedre førstegangsavklaring med hensyn

til diagnose og prognose fra revmatologens side er ønskelig. I tillegg bør det gis bedre informasjon om hva som skal observeres og hvilke manifestasjoner som bør føre til ny konsultasjon.

Det sammenfattende inntrykk av undersøkelsen er at allmennpraktiserende leger i stor grad kan plassere pasientene i diagnosegrupper, men at diagnostikken innen enkelte revmatologiske diagnoser kan bedres. En bedre utvelgelse av pasienter som henvises samt reduksjon av kontrollhyppigheten ved revmatologisk poliklinikk kan medvirke til at ventelistene blir kortere. Det er også ønskelig at pasienter hvor det er klare funn på inflammatorisk revmatisk sykdom, tidligst mulig henvises til revmatolog. Slike tiltak vil kunne sikre pasienter med behov for spesialisttjeneste raskere diagnostikk og behandling.

Litteratur

1. Gran JT, Nordvåg BY. Henvisninger fra primærleger til revmatologisk poliklinikk. Tidsskrift Nor Lægeforen 2000; 120: 1529–32.
2. Sullivan FM, Hoare TM. New referrals to rheumatology clinic – why do they keep coming back? Br J Rheumatol 1990; 29: 53–7.
3. Felson DT, Meenan RF, Dayno SJ, Gertman P. Referral of musculoskeletal disease patients by family and general practitioners. Arthritis Rheum 1985; 28: 1156–62.
4. Ruiz MT, Minano A, Bolumar F, Pascual E. An analysis of concordance between diagnosis given to rheumatic diseases by non-rheumatologists and those of trained rheumatologists. Br J Rheumatol 1987; 26 (suppl 2): 50.
5. Gamez-Nava JI, Gonzales-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor E. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. Br J Rheumatol 1998; 37: 1215–9.
6. Sverdrup B, Allebeck P, Allander E. Tentative diagnoses among referrals versus diagnoses established at the department of rheumatology. Scand J Rheumatol 1983; 12: 377–8.
7. Bolumar F, Ruiz MT, Hernandez I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. J Rheumatol 1994; 21: 2344–8.

○

AnnONSE