

Kontroll av pasienter ved en revmatologisk poliklinikk

Bakgrunn. Det relativt store antall pasienter som kommer til kontroll ved revmatologiske poliklinikker, er med på å forlenge ventetiden for nyhenviste pasienter. Vi ønsket å studere nærmere hvorfor de kommer og om virksomheten praktiseres hensiktsmessig.

Materiale og metoder. 400 pasienter som var kommet til kontroll ved revmatologisk poliklinikk ved et sentralsykehus ble fortløpende rekruttert til evaluering i en prospektiv undersøkelse.

Resultater. Betennelsesaktige revmatiske sykdommer stod bak 89 % av kontrollbesøkene. Den hyppigste årsak var rutinekontroll av pasient med kronisk sykdom. Kontrollen ble ansett som lite nødvendig eller helt unødvendig hos til sammen 15 %. Over 95 % av disse rutinekontrollene ble avsluttet.

Fortolkning. Pasienter med degenerative leddlidelser eller bløtdelsrevmatisme følges sjelden opp ved revmatologiske poliklinikker. Kontrollvirksomheten bør regelmessig evalueres, da andelen unødvendige kontrollbesøk er for stor. Dette kan føre til redusert ventetid for nyhenviste pasienter.

Et relativt stort antall av de undersøkelser som årlig gjøres ved revmatologisk poliklinikk, er kontroller (1). Dette skyldes at spesialiteten revmatologi i betydelig grad har ansvaret for pasienter med kroniske sykdommer hvor oppfølging hos spesialist er nødvendig (2, 3). Et konstant tilslag av nyhenviste pasienter og lav dødelighet blant pasientene som kommer til kontroll, fører imidlertid til at ventelistene øker. At en betydelig andel av de nyhenviste pasientene blir tatt tilbake til kontroll (4–6), resulterer i ytterligere press på ventelistene. Vi har tidligere vist at endringer i henvisningspraksis kan bedre ventelistesituasjonen i noen grad, men at dette neppe er tilstrekkelig (4, 5). Det synes derfor unødvendig å studere nærmere hvilke pasienter som kontrolleres ved revmatologisk poliklinikk, og i hvilken grad denne virksomheten praktiseres på en hensiktsmessig måte. Vi gjennomgikk derfor 400 pasienter som kom til kontroll ved en poliklinikk ved et sentralsykehus. De ble fortløpende inkludert.

Materiale og metode

En kontrollpasient ble definert som en pasient som hadde vært undersøkt ved polikli-

Jan Tore Gran*

jan.tore.gran@rikshospitalet.no

Revmatologisk avdeling
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Dag Soldal

Sigrid Jore

Geirmund Myklebust

Revmatologisk avdeling
Aust-Agder sykehus
4800 Arendal

*Nåværende adresse:

Senter for revmatiske sykdommer
Revmatologisk avdeling
Rikshospitalet
0027 Oslo

Gran JT, Soldal D, Jore S, Myklebust G.

Control patients in an outpatient clinic of rheumatology.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1003–4.

Background. A high number of patients attending outpatient clinics of rheumatology are control cases. This study aimed at investigating the causes of such controls and how necessary they are.

Material and methods. 400 consecutive control patients selected from a local hospital were included.

Results. Inflammatory rheumatic diseases constituted 89 % of the controls; rheumatoid arthritis was the diagnosis in 28 % of cases. Routine control of patients with chronic disease was the main cause of control (41 %). 15 % of controls were regarded as partly or completely unnecessary; 95 % of these were not repeated.

Interpretation. The reasons for controlling patients in rheumatology should be better defined. Regular evaluation could result in improved service to outpatients.

nikken tidligere og møtte til ny undersøkelse for samme lidelse. Hver pasient ble registrert på et eget skjema som var laget for denne undersøkelsen. Den legen som undersøkte pasienten, fylte også ut skjemaet. Foruten demografiske data registrerte man diagnose, sykdomsvarighet, tidspunkt for forrige undersøkelse, varighet frem til neste kontrollavtale, andre sykdommer, medikamentforbruk og årsaken til den avtalte kontroll. Det ble også notert hvilke terapeutiske og diagnostiske tiltak som ble iverksatt, og man anførte også i hvilken grad man mente kontrollen var nødvendig. I alt ble 400 pasienter fortløpende inkludert i studien.

Skjemaene ble lagret anonymt på EpiInfo versjon 6 og statistisk bearbeidet. Khikvad-

ratte ble brukt for analyse av forskjell mellom grupper, og en p-verdi på under 0,05 ble ansett som signifikant.

Resultater

Demografi. 400 kontrollpasienter ble registrert. Det var 257 kvinner (64 %) og 143 menn (36 %). Gjennomsnittsalderen var 59,5 år (median 61 år, variasjonsbredde 16–92 år). Sykdomsvarigheten var i gjennomsnitt 8,5 år (median 5 år, variasjonsbredde 1–54 år), med åtte år for kvinner og ni år for menn.

Diagnoser. Diagnoser blant kontrollpasientene er angitt i tabell 1. Betennelsesaktige revmatiske sykdommer utgjorde 89 % (355 pasienter), og den hyppigste enkelt diagnose var revmatoid artritt (28 %). 29 % av kontrollpasientene hadde en systemisk bindevevssykdom.

Årsak til kontroll ved poliklinikken. Årsakene fremgår av tabell 2. Den hyppigste årsak (41 %) var rutinekontroll av pasient med kronisk sykdom. Over en tredel av pasientene kom til kontroll for igangsatt behandling, mens en femdel ble undersøkt for vurdering av behandlingsbehov.

Nytteverdien av kontrollene. Kontrollen ble ansett som helt nødvendig hos 214 pasienter (56 %), delvis nødvendig hos 112 (29 %), lite nødvendig hos 35 (9 %) og helt unødvendig hos 23 (6 %). Når det gjelder de kontroller som ble ansett som helt unødvendige, hadde ni av de 23 pasientene (39 %) betennelsesaktig revmatisk sykdom, mot 209 av 214 (98 %) der kontrollene som ble vurdert som helt nødvendige ($p < 0,05$).

Årsaken til kontroll blant de pasienter hvis undersøkelse ble ansett som helt unødvendig, var observasjon av ukjent diagnose hos 12 av 23 (52 %). Dette var årsaken til kontroll hos bare én av de 214 pasientene (0,5 %) der undersøkelsen ble ansett som helt nødvendig ($p < 0,05$). Rutinekontroll av kronisk syk pasient var også en hyppigere årsak der kontrollen ble ansett som helt unødvendig (26 %) sammenliknet med kontroller som ble vurdert som helt nødvendige (10 %) ($p < 0,05$). Når det gjelder helt unødvendige kontroller, fikk 96 % av pasientene (22 pasienter) ingen ny avtale.

Kontrollintervaller. Det var i gjennomsnitt gått 36 uker (median 28 uker) siden siste kontroll. 45 % av pasientene var blitt kontrollert i løpet av de siste seks måneder, 24 % de siste tre måneder. Ny kontroll ble avtalt gjennomsnittlig 34 uker senere. Hos 21 % avtalte man kontroll innen tre måneder og hos 64 % innen seks måneder. Forskjellen mellom tidligere og nye kontrolltidspunkter var ikke statistisk signifikante.

Behandling og ledsagende sykdommer. 329 av 400 pasienter (82 %) var under medikamentell behandling. Minst én annen sykdom var til stede hos 171 pasienter (43 %), mens 54 pasienter (14 %) hadde minst to andre kroniske sykdommer i tillegg til den aktuelle lidelse.

Diskusjon

Ved å inkludere pasientene fortløpende mener vi at de 400 personene representerer et tverrsnitt av de kontrollpasienter som tilsees ved en revmatologisk poliklinikk. Resultatene kan ikke enkeltvis direkte overføres til andre poliklinikker, selv om undersøkelsen omfattet alle typer revmatisk sykdom bortsett fra pasienter med ikke-inflammatoriske ryggsykdommer. Holdninger og erfaringsbakgrunn vil variere fra avdeling til avdeling og således influere på virksomheten.

Sammensetningen av diagnoser gir et godt bilde på i hvor stor grad de betennelsesaktige revmatiske sykdommer nå dominerer spesialiteten revmatologi i annenlinjetjenesten. Den hyppigste enkelt diagnose blant poliklinikkens kontrollpasienter var revmatoid artritt, men systemiske bindevevssykdommer utgjorde over en firedel av pasientene. Dette samsvarer med den fordelingen man ser også ved utenlandske poliklinikker (3). Den relativt høye andelen av pasienter med systemiske bindevevssykdommer passer med det inntrykk man har i revmatologiske miljøer om at disse sykdommene i økende grad tas hånd om av revmatologer.

Den hyppigste årsak til oppmøte ved revmatologisk poliklinikk gjaldt rutinekontroll av pasient med kronisk sykdom. Hva dette innebærer, kan nok variere fra pasient til pasient, men at dette ble angitt å være hovedårsak, kan bety at kontrollvirksomheten kan gjøres mer konstruktiv og målrettet. Et slikt behov kom også tydelig frem ved at omkring 15 % av pasientundersøkelsene ble bedømt som delvis eller helt unødvendige. Blant disse ble årsaken til gjentatt undersøkelse ved poliklinikken svært ofte angitt å være rutinekontroll av pasient med kronisk sykdom.

Man bør derfor tilstrebe en mer målrettet kontrollvirksomhet, hvilket innebærer bevisstgjøring om hensikten med en kontrollavtale. I den aktuelle undersøkelsen var det imidlertid de kontrollerende legene som selv vurderte hensiktsmessigheten. Det kan være ulike forhold som influerte på de respektive legenes vurderinger som ikke kommer frem i registreringen. Det er derfor behov for nye prospektive studier hvor man utprøver forskjellige typer kriterier for hensiktsmessighet. Slike studier bør kombineres med evaluering av ulike faste kontrollopplegg, og resultatene bør kunne ut i anbefalinger om kontrollrutiner. I undersøkelser av denne type bør man også vurdere opplegget for samarbeid mellom fastlege og spesialist når det gjelder kontroller.

Selv om bedømmelsen av nødvendighet var skjønnsmessig opp til hver enkelt lege,

Tabell 1 Diagnoser blant 400 kontrollpasienter ved revmatologisk poliklinikk

	Antall	(%)
Systemiske bindevevssykdommer	115	(28,8)
Revmatoid artritt	111	(27,8)
Seronegativ spondyloartropati	63	(15,8)
Artritt	28	(7,0)
Sjögrens syndrom og siccasymptomer	23	(5,8)
Andre inflammatoriske sykdommer	15	(3,8)
Observasjon av uklar tilstand	12	(3,0)
Ikke-inflammatorisk sykdom	33	(8,1)

signaliserer det relativt store antall unødvendige kontroller en ikke ubetydelig rasjonaliseringsmulighet. Man bør derfor diskutere om ikke allmennpraktiserende leger i enda større grad kan ta hånd om oppfølging av pasienter med kronisk revmatisk sykdom. I denne studien fikk i alt 60 av 400 pasienter avsluttet sitt kontrollopplegg ved revmatologisk poliklinikk og ble overført til primærhelsetjenesten.

Å følge slike pasienter kan imidlertid i mange tilfeller kreve spesialistkompetanse, og arbeidsbelastningen er neppe mindre i primærhelsetjenesten enn ved sykehuspoliklinikkene. Et hensiktsmessig opplegg ville være at pasientene gikk vekselvis til kontroll hos allmennpraktiker og revmatolog. En slik

Tabell 2 Årsaker til kontroll ved revmatologisk poliklinikk

	Antall ¹	(%) ²
Kontroll av igangsatt behandling	138	(34,5)
Observasjon av uklar diagnose	74	(18,5)
Rutinekontroll av kronisk sykdom	164	(41,0)
Kontroll med tanke på ny terapi	83	(20,8)
Pasienten har ringt for kontroll	23	(5,8)
Kontroll for spesifikk sykdomskomplikasjon	75	(18,8)
Prosjektpasient	5	(1,3)
Ingen åpenbar årsak	4	(1,0)
Pasientønske om faste kontroller	1	(0,3)
Manglende primærlege	1	(0,3)

¹Noen pasienter hadde flere årsaker til kontroll

²Beregnet av de 400 pasientene

omlegging forutsetter imidlertid at revmatologene i større grad enn nå informerer sine kolleger i primærhelsetjenesten om hva som skal kontrolleres og hvilke undersøkelser man anbefaler utført.

Ved sammenlikning av kontrollintervallene før og etter den aktuelle kontroll var det ingen signifikante forskjeller. Man trodde før studiestart at registreringen i seg selv skulle resultere i økende kontrollintervaller. Dette var ikke tilfellet, og kan ha forskjellige årsaker. På grunn av økonomiske forhold prøver man innen medisinsk forsvarlige rammer å la være å kontrollere pasienter med kroniske sykdommer mer enn to ganger årlig. Med dagens takstsystem er dette det mest lønnsomme. At tidsintervallet ikke økte, kan tyde på at sikkerhetsgrensene allerede på forhånd var tett opp til det forsvarlige. For noen pasienter med kompliserte lidelser og avansert behandling er behovet for spesialistoppfølging enda større, og det er uheldig at takstsystemet ikke gjør slike undersøkelser mer lønnsomme. Vår undersøkelse viste at hele 82 % av pasientene var under medikamentell behandling og at 43 % i tillegg hadde minst én annen kronisk sykdom. Disse funn viser nettopp at mange pasienter ved revmatologisk poliklinikk har kompliserte tilstander. Gevinsten ved en mer spesifikk målretting av den polikliniske virksomhet ligger altså sannsynligvis i reduksjon av antallet kontroller, og ikke i forlengelse av kontrollintervallene. Dette kan frigjøre kapasitet som kan komme nyhenvis-te pasienter til gode. Også ordningene med pasientansvarlig lege og individuelle behandlingsplaner kan tenkes å øke effektiviteten ved poliklinikken.

Den polikliniske virksomhet bør underkastes jevnlig kvalitetskontroll. Dette kan effektiviseres og rasjonalisere driften slik at flere pasienter får nytte av spesialistbehandling. Det kan også tenkes at slike tiltak kan bedre samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten når det gjelder omsorgen for pasienter med revmatiske sykdommer. Økonomiske rammer bør legges opp slik at virksomhetens dominerende målsetting ikke blir å øke antall konsultasjoner for å bøte på sykehusets anstrengte økonomi.

Litteratur

1. Kirwan JR. Effect of national health service reform on outpatient rheumatology workload. *Br J Rheumatol* 1994; 33: 1181–3.
2. Grahame R, Woolf AD. Clinical activities: an audit of rheumatology practice in 30 European centres. *Br J Rheumatol* 1993; 32 (suppl 4): 22–7.
3. Kirwan JR, Snow SM. Which patients see a rheumatologist? *Br J Rheumatol* 1991; 30: 285–7.
4. Gran JT, Nordvåg BY. Henvisninger fra primærleger til revmatologisk poliklinikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1529–32.
5. Gran JT. Hvorfor henvises pasienter til revmatologisk poliklinikk? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2294–6.
6. Gran JT, Nordvåg BY. Referrals from general practice to an outpatient rheumatology clinic: disease spectrum and analysis of referral letters. *Clin Rheumatol* 2000; 19: 450–4.