

# Pasienttilfredshet etter spesialistkonsultasjon for hodepine

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Hodepine er en av de vanligste årsakene til at pasienter henvises fra allmennpraksis til nevrologisk spesialisthelsetjeneste. Vi har undersøkt pasienttilfredshet etter henvisning for hodepine til nevrologisk poliklinikk.

**Materiale og metode.** Vi sendte et spørreskjema til alle pasienter som etter henvisning fra primærlege var undersøkt for hodepine ved nevrologisk avdeling eller poliklinikk i Nord-Norge i tidsrommet 1998–2000.

**Resultater.** 942 av 1 403 pasienter (67 %) besvarte alle relevante spørsmål i spørreskjemaet, hvorav 160 var undersøkt i Vefsn, 191 i Bodø og 591 i Tromsø. 510 av 942 pasienter (54 %) var tilfreds med konsultasjonen hos nevrolog. Pasienter som hadde vært undersøkt ved nevrologisk avdeling i Bodø, var i signifikant mer tilfreds (62 %) enn de som hadde vært undersøkt av nevrolog i Tromsø (54 %) og Mosjøen (Helgelandssykehuset) (44 %). Tromsø-pasienter rapporterte signifikant oftere bedring etter behandlingen enn pasienter undersøkt i Vefsn. Det var ingen forskjell i undergruppen med migrene mellom de ulike behandlingsstedene. Pasienter som oppgav at de hadde fått en diagnose eller hadde fått foreskrevet medikamentell behandling av nevrolog var i større grad tilfreds enn andre.

**Fortolkning.** Nesten halvparten av pasientene med hodepine svarte at de ikke var tilfreds med konsultasjon hos nevrolog. Graden av pasienttilfredshet varierte mellom ulike avdelinger. Det er behov for flere undersøkelser som kan avklare hvilke pasienter med hodepine som har nytte av å bli henvist til spesialist.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:** Ingen

### Svein Ivar Bekkelund

*svein.ivar.bekkelund@unn.no*  
Nevrologisk avdeling  
Universitetssykehuset Nord-Norge  
9038 Tromsø

### Rolf Salvesen

Nevrologisk avdeling  
Nordlandssykehuset

De vanligste årsaker til at primærleger henviser pasienter til nevrologisk konsultasjon ved Universitetssykehuset Nord-Norge er hodepine, svimmelhet, nakkesmerter og anfallsproblematikk (1). Hodepine er en vanlig årsak til konsultasjon hos primærlege (2). Migrene er en tilstand som innebærer et betydelig antall sykedager og kostnader for samfunnet (3, 4). For å gi pasienter med hodepine et best mulig tilbud innenfor tilgjengelige økonomiske budsjetterammer, er det viktig å lage retningslinjer for god henvisningspraksis. Vi har derfor gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter i Nord-Norge undersøkt av nevrolog for hodepine. I dette skjemaet var spørsmål om pasienttilfredshet inkludert, for å øke kunnskapen om hvilke typer pasienter som opplever mest nytte av slik henvisning, og hvordan tjenesten oppleves fra et brukersynspunkt.

## Materiale og metode

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge er de eneste nordnorske sykehus som har fullt utbygd nevrologisk service. I tillegg er det nevrologiske poliklinikker ved Helgelandssykehuset (Mosjøen), be- tjent av ambulerende nevrologer fra Trondheim, og Hålogalandssykehuset (Harstad), mens det kun er én praktiserende nevrolog med driftstilskudd i Nord-Norge (Bodø). De to siste tjenester var ikke etablert i det aktuelle tidsrommet for vår spørreundersøkelse.

Vi sendte spørreskjema til alle pasienter undersøkt ved nevrologisk avdeling eller poliklinikk i Mosjøen, Bodø og Tromsø i tidsrommet 1.7. 1998–30.6. 2000. Pasientene ble identifisert ut fra ICD-10 koder i sykehusenes pasientadministrative systemer. Vi klassifiserte pasientens hodepine i henhold til internasjonale diagnostiske kriterier (5). I spørreskjemaet spurte vi om alle symptomer på migrene som inngår i klassifikasjonssystemet (mer enn fem anfall, varighet av symptomer ubehandlet mellom fire timer og tre døgn, ensidig lokalisasjon, pulserende preg, moderat eller sterk hodepine, ledsagende kvalme eller lys- og lydskjyhet samt forver-

ring av symptomer ved vanlig fysisk aktivitet). I skjemaene spurte vi videre om respondenten var fornøyd med konsultasjonen, om legen hadde stilt en diagnose og om hvilke av flere spesifiserte tiltak som eventuelt var iverksatt av spesialisten. Ved manglende svar purret vi én gang.

Dersom respondenten var lite tilfreds, spurte vi om årsaken var at legen viste manglende interesse, virket usikker, gav for lite informasjon, om det var manglende bedring etter behandlingen, eller andre årsaker. Det var her mulig å krysse av for flere av de oppgitte svaralternativene. For å undersøke om gruppen av pasienter som ikke svarte på spørreskjemaet, atskilte seg fra resten av materialet, gjorde vi en frafallsanalyse på et utvalg av 193 av 461 pasienter som ikke svarte, ved å gå inn i pasientjournalene. Vi registrerte alder, kjønn og diagnose for disse pasientene. Av praktiske grunner valgte vi å gjøre dette for pasienter henvist til undersøkelse ved de to største sykehusene (Bodø og Tromsø).

## Statistisk analyse

De innkomne svarene ble analysert ved hjelp av gjennomsnittsmålinger, standardavvik, frekvenstellinger og khikvadratter. Ved sammenlikning av andelen tilfredse pasienter ved tre ulike behandlingssteder ble  $p < 0,02$  definert som signifikant etter korreksjon for multiple analyser (Bonferronis korreksjon). Logistisk regresjon ble anvendt for å studere sammenheng mellom pasienttilfredshet (avhengig variabel) og ulike tiltak som ble iverksatt (sykmelding, medikamentell behandling eller fysikalsk behandling) justert for alder og kjønn.

## Resultater

942 pasienter besvarte spørreskjemaet for alle de aktuelle spørsmålene. Gjennomsnitt-

## Hovedbudskap

- Halvparten av pasienter som henvises til nevrolog for vurdering av hodepine, er ikke tilfreds med konsultasjonen
- Det er potensial for å forbedre helsetjenestens håndtering av pasienter med hodepine
- Det er behov for å avklare hvilke pasienter med hodepine som har nytte av spesialistvurdering

**Tabell 1** Demografiske data og andel pasienter med migrene og annen hodepine henvist til neurologisk undersøkelse i Vefsn, Bodø og Tromsø

Variabel	Vefsn (n = 160)	Bodø (n = 191)	Tromsø (n = 591)	Total (n = 942)
Alder (år)	40,9 (SD 15,6)	40,4 (SD 5,3)	40,9 (SD 13,6)	40,8 (SD 14,3)
Kvinner	106 (66 %)	127 (66 %)	405 (69 %)	638 (68 %)
Menn	54 (34 %)	64 (34 %)	186 (31 %)	304 (32 %)
Alder ved debut av hodepine	26,6 (SD 15,2)	28,1 (SD 14,7)	27,9 (SD 14,2)	27,7 (SD 14,5)
Varighet av hodepine (år)	13,9 (SD 12,3)	12,3 (SD 12,1)	12,8 (SD 11,4)	12,9 (SD 11,7)
Migrene	51 (32 %)	88 (46 %)	219 (37 %)	358 (38 %)
Annen hodepine	109 (68 %)	103 (54 %)	372 (63 %)	584 (62 %)

**Tabell 2** Antall/andel pasienter undersøkt ved neurologiske avdelinger i Nord-Norge som var tilfreds med neurologisk konsultasjon, prosentangivelse i parentes

Variabel	Vefsn (n = 160)	Bodø (n = 191)	Tromsø (n = 591)	Totalt (n = 942)
Migrene	29/51 (57)	50/88 (57)	135/219 (62)	214/358 (60)
Annen hodepine	42/109 (43)	68/103 (66)	186/372 (50)	296/584 (51)
Totalt	71/160 (44)	118/191 (62)	321/591 (54)	510/942 (54)

**Tabell 3** Andel tilfredse hodepinepasienter fordelt på undersøkelsessted.  $P < 0,02$  er definert som statistisk signifikant etter Bonferronis korreksjon

Sammenlikning	Khikvadrattest	P-verdi
Nordlandssykehuset versus Vefsn	13,04	0,0005
Universitetssykehuset Nord-Norge versus Vefsn	3,52	0,07
Nordlandssykehuset versus Universitetssykehuset Nord-Norge	7,06	0,02

**Tabell 4** Antall pasienter som var lite tilfreds med neurologisk konsultasjon fordelt på årsaker og behandlingssted, prosentangivelse i parentes. Pasientene kunne krysse av for flere svaralternativer

	Vefsn	Bodø	Tromsø	Totalt
Legen virket lite interessert	19 (21)	9 (12)	53 (20)	81 (19)
Legen virket usikker	21 (24)	19 (26)	76 (28)	116 (27)
Manglende bedring	40 (45)	31 (42)	97 (36)	168 (39)
Lite informasjon fra legen	29 (33)	22 (30)	99 (37)	150 (35)

lig alder ved henvisningstidspunktet var ca. 40 år ved alle klinikkene, og ca. to tredelers var kvinner (tab 1). Alder ved hodepinedebut var om lag 27 år ved de tre behandlingsstedene. Ved Nordlandssykehuset var det en noe høyere andel pasienter med migrene (46 %) sammenliknet med Vefsn (32 %) og Universitetssykehuset Nord-Norge (37 %) (tab 1).

Ved testing med tre kategorivariabler (Vefsn, Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge), fant vi at det var signifikante forskjeller i pasienttilfredshet mellom de ulike stedene (khikvadrat 13,4,  $p = 0,001$ ). Ved å vurdere gruppene mot hverandre med Bonferronis korreksjon fant vi at pasienter med ikke-migrenøs hodepine behandlet ved Nordlandssykehuset var mer tilfreds enn de som var undersøkt ved Vefsn ( $p < 0,0001$ ), mens det ikke var statistisk signifikant forskjell mellom Bodø og Tromsø (tab 2, tab 3). Dersom man sammenlikner hele gruppen av hodepinepasienter, var pa-

sienter undersøkt i Bodø mer fornøyd enn de fra Tromsø og Mosjøen (tab 3). For pasienter med migrene var det ingen forskjell mellom de ulike undersøkelsesstedene når det gjaldt i hvilken grad pasientene var tilfreds ( $p = 0,95$ ).

Årsaker til at pasientene ikke var tilfreds med neurologisk konsultasjon, fremgår av tabell 4. Om lag en av fem svarte at nevrologen virket lite interessert, mens litt mer enn en av fire svarte at legen virket usikker. Manglende bedring og lite informasjon fra legen var andre viktige årsaker til at pasientene ikke var tilfreds med konsultasjonen (tab 4). Ved sammenliknende statistisk analyse (khikvadrattest med  $p < 0,02$  som grense for statistisk signifikans), fant vi at pasienter behandlet ved Vefsn i større grad rapporterte manglende bedring (45 %) enn pasienter ved Universitetssykehuset Nord-Norge (36 %) ( $p = 0,02$ ).

Pasienter med migrene fikk forskrevet medikamenter i større grad ved Vefsn enn ved Nordlandssykehuset, mens pasienter

med andre hodepineformer i større grad ble behandlet medikamentelt i Bodø, men forskjellene var ikke signifikante (tab 5). Det var ingen sammenheng mellom «tilfredshet med spesialistkonsultasjon» og pasientens kjønn eller alder, men vi fant en sammenheng mellom det å være fornøyd med konsultasjonen og det å få en diagnose ( $p < 0,0001$ ) og medikamentell behandling ( $p = 0,001$ ). Det ble derimot ikke funnet noen sammenheng mellom fornøyde pasienter og andre uavhengige variabler (fysisk behandling og foreskrevet sykmelding).

Pasienter med migrene var gjennomgående mer fornøyd med konsultasjonen enn pasienter med andre hodepineformer (tab 2). Som forventet var det flere pasienter som fikk forskrevet et nytt medikament i gruppen med migrene (56 %) enn blant pasienter med ikke-migrenøs hodepine (23 %). Ved poliklinikken i Vefsn ble det henvist klart færre pasienter til fysioterapi enn ved de to andre behandlingsstedene (tab 5). Andelen sykmeldte pasienter var lav ved alle stedene, og klart lavest i Vefsn.

Blant dem som ikke svarte på spørreskjemaet, gjorde vi en kartlegging ved å gå igjennom pasientjournalene. Vi valgte et tilfeldig utvalg på 193 pasienter (25 %), 49 fra Nordlandssykehuset og 145 fra Universitetssykehuset Nord-Norge. Frafallsanalysen viste at de som ikke svarte på spørreskjemaet, hadde omtrent samme gjennomsnittsalder, kjønnsfordeling og fordeling av diagnoser med migrene som den vanligste årsak til henvisning.

## Diskusjon

Pasienter med hodepine henvist til nevrolog var signifikant mer tilfreds dersom de ble undersøkt ved Nordlandssykehuset enn ved Vefsn og Universitetssykehuset Nord-Norge. Dette kan skyldes flere forhold. Pasienter i Bodø hadde fått klassifisert sin hodepine mer presist enn pasienter i Tromsø, der det var en større andel med «uspesifisert» hodepine. Det er usikkert om dette viser at praksis for diagnosesetting er ulik ved avdelingene eller om man har selektert noe ulikt blant innkomne søknader. Vi har tidligere vist at pasienter henvist til neurologisk avdeling med hodepine i større grad var tilfreds dersom de fikk en diagnose, også i tilfeller der det ikke ble iverksatt behandling (6).

Nevrologene som betjener poliklinikken ved Helgelandssykehuset (Vefsn) arbeider på akkordbasis, mens pasienter behandlet i Bodø og Tromsø blir behandlet av leger med fast lønn. Det kan tenkes at det tidspres som ofte er en følge av stykkprisordninger, for legen kan medføre at pasienter med kompliserte problemstillinger får, eller i alle fall opplever, dårligere service. Likeledes møter pasientene i Vefsn leger som bor i en annen region, mens legene ved de to andre behandlingsstedene bor i samme region som pasienten og som henvisende lege. Det siste kan ha betydning både for forståelsen av sosialme-

**Tabell 5** Behandlingstiltak foreslått av nevrolog for pasienter henvist til nevrologisk konsultasjon pga. hodepine. Tallene er gitt som antall/andel, prosentangivelse i parentes

	Vefsn (n = 160)		Bodø (n = 191)		Tromsø (n = 591)		Totalt (n = 942)	
	Migrene	Annen hodepine	Migrene	Annen hodepine	Migrene	Annen hodepine	Migrene	Annen hodepine
Medikamenter	33/51 (65)	28/109 (26)	36/88 (41)	36/103 (35)	130/219 (59)	85/372 (23)	199/358 (56)	34/584 (23)
Sykmelding	1/52 (2)	3/109 (3)	9/88 (10)	9/103 (9)	16/219 (7)	30/372 (8)	26/358 (7)	42/584 (12)
Fysikalsk behandling	2/51 (2)	7/109 (6)	9/88 (10)	9/103 (9)	21/219 (10)	53/372 (14)	32/358 (9)	72/584 (12)

disinske sammenhenger og for samhandlingen med pasientenes fastlege, men dette er hypotetisk.

Mens pasienter undersøkt i Bodø og Tromsø møtte både spesialister og leger under utdanning, møtte pasienter i Vefsn kun spesialister. Forholdstallet mellom spesialister og utdanningskandidater er klart høyere ved Universitetssykehuset Nord-Norge enn ved Nordlandssykehuset, slik at det er sannsynlig at relativt sett flere pasienter i Bodø ble undersøkt av lege i utdanningsstilling i nevrologi eller vikarlege.

#### Begrensninger ved studien

Vi har ikke kartlagt hvorvidt pasientene ble undersøkt av spesialister eller leger under utdanning. Det er heller ikke gjort forsøk på å korrigere for hvordan bruk av leger i vikariat kan tenkes å påvirke resultatene. Leger i utdanningsstilling konfererer i høy grad med kolleger om pasientene, slik at det da gjerne er flere legers samlede skjønn som kan ligge bak håndteringen av den enkelte pasient.

Undersøkelsen har bare kartlagt forholdene for pasienter som ble mottatt ved de ulike behandlingssteder. Det er velkjent at en del søknader om vurdering for hodepine blir avslått av kapasitetshensyn. Vi har ikke data for dette, men har grunn til å tro at andelen avviste søknader i denne perioden lå høyst for Nordlandssykehuset siden spesialistdekningen der var lav i den aktuelle perioden, og ut fra forfatterens historiske kjennskap til praksis ved de ulike poliklinikkene. Dersom

flere søknader ble avvist i Bodø, kan det bety at seleksjonen av pasienter med antatt nytte av konsultasjon kan forklare noen av de påviste forskjeller.

#### Avslutning

Undersøkelsen viser at det er et potensial for å forbedre helsetjenesten håndtering av pasienter med hodepine. Det faktum at en av fem rapporterte at legen virket lite interessert, og at en av fire mente at legen virket usikker, viser at spesialavdelingene har en jobb å gjøre for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Andre studier har vist at 10–30 % av pasienter med migrene aldri har vært undersøkt av nevrolog, og at 20–30 % av dem som ble undersøkt, sluttet å gå til oppfølging hos spesialist (7). Andre studier tyder på at det er pasienter med migrene og pasienter med kronisk hodepine ikke er optimalt behandlet i primærhelsetjenesten (8).

En relativt stor andel svarte at de ikke ble bedre etter spesialistkonsultasjonen. Dette kan tyde på at vi undersøker flere enn nødvendig. Her kan det ligge muligheter for bedre seleksjon. For noen henvisninger er likevel ikke hovedpoenget at pasienten skal bli bedre, men at man ønsker å utelukke alvorlig til grunnliggende diagnose. Det vil derfor være en noe forenklet konklusjon å hevde at man bør avvise flere søknader. En ny undersøkelse fra Italia viste at pasienter brukte mindre medikamenter før undersøkelse hos spesialist enn etterpå (9). Spesialistene ordinerte både forebyggende behand-

ling og anfallsbehandling i større grad enn legene i allmennpraksis (9). Utfordringen vil være å lage retningslinjer som sørger for at de med alvorlig diagnose og hodepine tilgjengelig for effektiv behandling blir prioritert til undersøkelse hos nevrolog.

*Manuskriptet ble godkjent 20.4. 2006.*

#### Litteratur

1. Bekkelund SI, Albretsen C. Klinisk nevrologisk undersøkelse av pasienter henvist til nevrologisk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 897–9.
2. Cockerell OC, Goodridge DMG, Brodie D et al. Neurological disease in a defined population: the results of a pilot study in two general practices. Neuroepidemiology 1996; 15: 73–82.
3. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU et al. Cost of disorders of the brain in Europe. Eur J Neurol 2005; 12 (suppl 1): 1–27.
4. Berg J, Stovner LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. Eur J Neurol 2005; 12 (suppl 1): 59–62.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (suppl 7): 19–28.
6. Salvesen R, Bekkelund SI. Aspects of referral care for headache associated with improvement. Headache 2003; 43: 779–83.
7. Lipton RB, Scher AI, Steiner TJ et al. Patterns of health care utilization for migraine in England and in the United States. Neurology 2003; 60: 441–8.
8. Dowson AJ. Analysis of the patients attending a specialist UK headache clinic over a 3-year period. Headache 2003; 43: 14–8.
9. Ferrari A, Pasciullo G, Svaino G et al. Headache treatment before and after the consultation of a specialized centre: a pharmacoepidemiology study. Cephalalgia 2004; 24: 356–62.