

**”Samsvarer pasientens egendiagnose
og primærlegens innleggelsesdiagnose
med epikrisen?”**

**5. årsoppgave Stadium IV
- medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø.**

Av

**Andreas Rye kull -98,
Tromsø september -03.**

Veileder:

Tor Anvik,

**Universitetslektor ved Institutt for samfunnsmedisin,
Universitetet i Tromsø.**

Innholdsfortegnelse

<u>Resymé</u>	side: 3
<u>Introduksjon/målsetting</u>	4
<u>Materiale</u>	4
<u>Metode</u>	5
<u>Resultater</u>	7
Innleggelsesdiagnosene	7
Pasientenes egendiagnoser	9
Forskjell mellom inkomstdiagnosene og pasientenes egendiagnoser?	9
<u>Diskusjon</u>	10
Materiale	10
Sykdomsgruppene ved sykehuset	11
Innleggelsesdiagnosene	11
Pasientenes egendiagnoser	13
Epikrisediagnosene	14
<u>Konklusjon</u>	15
<u>Appendix</u>	17
Tabell 1	17
Tabell 5	20
Tabell 6	20
Tabell 7	20
Krysstabel 1	20
Tabell 8	20
Figur 2	21
Figur 3	21
<u>Referanser</u>	22

Resymé

Med oppgaven ønsket jeg å undersøke i hvor stor grad primærlegens innleggelsesdiagnose og pasientens egendiagnose samsvarte med epikrisen etter endt sykehusopphold. Epikrisediagnosene ble dermed satt som "gullstandard" som de andre diagnosene ble målt opp mot. Undersøkelsen ble utført ved å lese henvisninger fra primærleger til Helgelandssykehuset avdeling Sandnessjøen, gjennomgå journaler og epikriser, samt ved å intervju pasienter.

I alt bestod studien av 73 pasienter. Det viste seg at av de pasientene som hadde tenkt på en spesifikk egendiagnose, var denne relatert til riktig organ eller sykdomsgruppe for drøyt 4 av 5 pasienter (84,3 %). Innleggelsesdiagnosene fra primærlegene var i samsvar med riktig organ/sykdomsgruppe i over 9 av 10 tilfeller (93,4 %).

Undersøkelsen viste også at pasientene hadde fra 1-6 diagnoser på sin epikrise, med et gjennomsnitt på 2,4. Hele 50 % av diagnosene som ble satt på epikrisen var imidlertid diagnoser pasientene også hadde fått ved tidligere opphold ved samme sykehus. I materialet kom det frem at problemstillingene det i stor grad jobbes med ved sykehuset er "folkesykdommer" knyttet til hjerte-/karsystem, lunge-/luftveissykdommer og mage-/tarmproblematikk.

Introduksjon/målsetting

Denne undersøkelsen er utført som en 5. årsoppgave ved medisinstudiet i Tromsø 2002/-03.

Målene med denne oppgaven er å undersøke om primærlegenes diagnoser ved innleggelse av pasienter på et lokalsykehus samsvarer med diagnosene på epikrisene. I tillegg ønsker jeg å måle i hvor stor grad pasientenes egen diagnose på sin sykdom stemmer med epikrisene.

Materiale

Undersøkelsesmaterialet er hentet fra pasienter innlagt ved Helgelandssykehuset avdeling Sandnessjøen høsten-02. Pasientopplysningene er innhentet i forbindelse med praksisperiode på 5. studieår ved embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø.

Jeg valgte på forhånd ut uker hvor jeg ønsket å gjennomføre undersøkelsen. Alle pasienter som da kom til innleggelse ved den aktuelle avdelingen ble forsøkt inkludert i undersøkelsen. Materialet er derfor et tilfeldig utvalg i en gitt periode av innleggelsene ved sykehuset høsten -02. For å bli inkludert i undersøkelsen måtte pasientene komme til innleggelse etter henvisning fra primærhelsetjenesten, dvs enten fra egen lege eller legevakt. Barn under 16 år og pasienter hvor det var svært problematisk å få frem relevante opplysninger under samtale ble ekskludert. Dette fordi samtalen som jeg gjennomførte med pasientene var en viktig del av studien. Det er ikke skilt mellom ulike hastegrader på henvisningen.

Til sammen ble 78 pasienter spurt om å delta i undersøkelsen, hvorav to pasienter ikke ønsket å dette. Tre av pasientene ble under bearbeidingen av materialet forkastet fra undersøkelsen pga manglende opplysninger, slik at totalt materiale ble

73 pasienter. 57 av disse ble innlagt ved medisinsk avdeling, de resterende 16 ved kirurgisk avdeling.

Metode

I løpet av pasientenes første døgn ved sykehuset tok jeg kontakt for å gjennomføre en samtale/intervju. Jeg anså det som viktig å få kontakt med pasientene så tidlig som mulig etter innleggelsen for å minske sjansene for at deres egendiagnoser ble påvirket av helsepersonell ved sykehuset. Jeg prøvde spesielt å få frem om pasientene hadde tenkt på spesifikke diagnoser eller organsystemer som de mente plagene kom fra. Hadde pasientene vært i kontakt med 1.-linjetjenesten flere ganger for samme problemstilling før henvisingen, prøvde jeg i samtalen å fokusere på hva deres tanker var før eller under første konsultasjon.

Samtalene ved innleggelse ble lagt opp slik at jeg først presenterte meg selv og hensikten med oppgaven. Alle pasientene ble informert om at det var frivillig å delta og at alle data var anonyme og bare ville bli brukt i denne oppgaven. Pasientene fikk deretter anledning til å fortelle fritt om hvordan de oppfattet egen sykdom, sykdomsforløp og tanker om innleggelsen ved sykehuset. Deretter stilte jeg spørsmål for å komme nærmere tentative diagnoser hos pasientene selv. Det kunne være spørsmål av typen; "hva tenkte du var galt første gangen du fikk vondt i magen?".

For alle pasientene i materialet gikk jeg gjennom henvisningsskrivet fra 1.-linjetjenesten. Primærlegens innleggelsesdiagnose ble notert ned. Det ble ikke gjort noen vurdering av henvisningen som helhet. Navn på innleggende lege eller kommune ble ikke registrert. Etter at pasientene var utskrevet gjennomgikk jeg epikrisen. Jeg registrerte da alle epikrisediagnosene etter det aktuelle sykehusoppholdet. Jeg forsøkte i størst mulig grad å finne ut hvilke diagnoser som var nye og hvilke som var kjent fra tidligere innleggelser. Dette gjorde jeg ved å lese i gamle journaler og epikriser tilgjengelig ved sykehuset. Var diagnosen/problemstillingen ikke å finne her, registrerte jeg den som ny.

Sykehusoppholdets varighet i antall dager ble notert, det samme ble pasientens kjønn og alder.

For å undersøke i hvor stor grad det var samsvar mellom innleggelsesdiagnose, pasientens egendiagnose og epikrisediagnosene, valgte jeg å bruke epikrisediagnosen som "gullstandard/fasit". Jeg graderte egendiagnose fra pasientene og innleggelsesdiagnose fra primærlegene ut fra en poengskala fra 1-4 etter hvor godt de samsvarte med epikrisediagnosen. Graderingen i poeng var som følger:

Samsvarer i stor grad = 1

Innenfor samme organsystem/sykdomsgruppe = 2

Samsvarer i liten grad/annet organsystem = 3

Ingen teori/vet ikke = 4

For å få poengskår 1 hvis epikrisediagnose feks var; "I 21.4 akutt subendokardielt hjerteinfarkt", måtte innleggelse- og egendiagnose minimum være spesifisert som "hjerteinfarkt". Hvis feks "brystsmerter" eller "angina" ble oppgitt som diagnose/årsak ga dette en skår lik 2. Alle diagnoser fra andre organsystem ville i dette eksemplet gitt en skår lik 3.

10 pasienter fikk rene symptombeskrivende diagnoser i epikrisen. I tabell 1, som er en oversikt over materialet, gjelder dette for eksempel pasient nr 75. Pasienten ble henvist pga smerter i epigastriet og fikk diagnosen "R 10.4, uspesifisert smerte i buk og bekken" som ny diagnose i epikrisen etter oppholdet. Selv mente pasienten at smertene måtte skyldes et magesår og angav derfor dette som egendiagnose. Fordi epikrisen ikke sier noe om årsaken til abdominalsmerter, finnes det dermed ingen fasit for denne pasienten å sammenlikne innleggelsesdiagnose og egendiagnose med. Det kan ikke utelukkes at pasienten har magesår og dermed selv har helt riktig tentativ diagnose. Disse 10 pasientene ble derfor ekskludert fra materialet ved sammenlikninger av diagnoser opp mot epikrisen.

For 24 pasienter var innleggelsesdiagnosen ikke klinisk, men symptombeskrivene. Disse innleggelsesdiagnosene har fått skår fra 2 til 3 ut fra om de var relatert til riktig

organ/sykdomsgruppe eller ikke. Det samme er gjort for symptombeskrivende egendiagnoser, men også her måtte den være satt i sammenheng med et bestemt organ/sykdomsgruppe for å få skår 2.

Dataene ble anonymisert ved at hver pasient ble gitt et nummer fra 1-76. Under bearbeidingen av materialet har jeg brukt gjennomsnittsverdier, standardavvik, prediktive verdier og korrelasjonstest (kappa) som statistiske verktøy. Bearbeidingen av materialet er gjort med Microsoft Excel og ved manuell utregning.

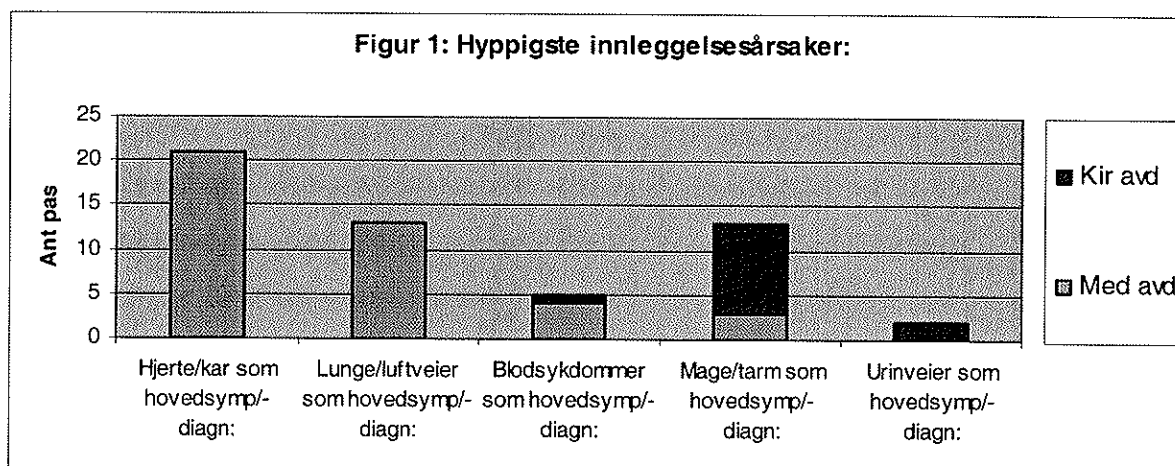
Resultater

Gjennomsnittlig lå hver pasient 6,4 døgn (fra 1 til 26 dager) på sykehuset. Her var det liten forskjell på de to avdelingene. Gjennomsnittsalder pr 31.12.02 for pasientene ved kirurgisk avdeling var 63,1 år (stdav=19,0), ved medisinsk avdeling var tilsvarende tall 71,6 år (stdav=16,2 år). Pasientene hadde alt fra 1 til 6 diagnoser på sin epikrise. I gjennomsnitt var det 2,4 diagnoser pr pasient etter det aktuelle sykehusoppholdet. Ved gjennomgang av tidligere journaler viste det seg at i snitt var 1,2 (fra 0 til 4) diagnoser nye sammenliknet med tidligere sykehusopphold. Disse resultatene er satt opp i tabell 5, 6 og 7.

Resultatene fra alle registreringer som ble gjort er summert opp i tabell 1. Tabell 2 og 3 gir fordelingen av de enkelte skåringene for henholdsvis primærlegens innleggelsesdiagnose og pasientenes egendiagnoser sett i forhold til epikrisen.

Innleggelsesdiagnosene:

Fra primærhelsetjenesten ble pasientene lagt inn både med spørsmål om nærmere utredning etter en gitt problemstilling og til behandling av en spesifikk lidelse. Fordi undersøkelsen ble gjort ved et lite lokalsykehus med få innleggelser per døgn, valgte jeg ikke å gjøre noe skille på dette. De hyppigste årsakene til innleggelse ved medisinsk avdeling var utredning i forhold til brystmerter, samt astma- og KOLS-problematikk. Ved kirurgisk avdeling var det problemer knyttet til mage-/tarmssystem som var den hyppigste innleggelsesårsaken (se figur 1).



Tabell 2 viser at to pasienter (nr 2 og 73 i tabell 1) er anført som "missing". For pasient 2 gjaldt dette egendiagnosen og pasienten ble følgelig tatt ut av materialet ved beregninger som omhandlet denne. Pasient 73 kom til innleggelse etter overflytting fra annet sykehus og det var svært lang tid siden han hadde vært hos egen lege. Jeg valgte derfor å se bort fra denne pasienten i alle beregninger hvor diagnoser ble sammenliknet og pasienten er av den grunn betegnet som "missing". Det går også frem at 10 pasienter hadde en symptomdiagnose som konklusjon i epikrisen. Tabellen viser at totalt for 61 skårede innleggesdiagnoser var det 34 (55,7 %) som samsvarte svært godt med epikrisen og dermed fikk poengskår lik 1. For 23 av pasientene (37,7 %) gav innleggesdiagnosen en skår lik 2, mens 4 (6,6 %) fikk skår 3. Ingen innleggesdiagnoser fikk skår 4, da det for alle pasientene forelå en problemstilling fra primærlegen.

Tabell 2: Samsvarer primærlegens innleggesdiagnose med epikrisediagnosene?

	Ant pas kir avd	Ant pas med avd	Ant pas tot
1) I stor grad	5	29	34
2) Innenfor samme organssystem/sykdomsgruppe	5	18	23
3) I liten grad/annet organssystem	2	2	4
4) Ingen teori/vet ikke	0	0	0
Ut pga symptomatisk diagnose epikrise	3	7	10
Missing	1	1	2
Ant pas tot	16	57	73

Pasientenes egendiagnoser:

I følge tabell 3 var det 10 av 71 (14,1 %) spurte pasienter som var uten noen formening om hva som var galt eller ikke ønsket å fortelle dette. Disse er skåret lik 4. Av de 51 pasientene som hadde egendiagnose og klinisk epikrisediagnose, var det 27 (52,9 %) som hadde så god innsikt i egen sykdom at det gav 1-skår. 16 pasienter (31,4 %) fikk skår lik 2, mens 8 (15,7 %) relaterte sykdom til andre organsystem, eller sykdommen de angav samsvarte i liten grad med det som ble konklusjonen på epikrisen.

Tabell 3: Samsvarer pasientenes egendiagnoser med epikrisediagnosene?

	Ant pas kir avd	Ant pas med avd	Ant pas tot
1) I stor grad	4	23	27
2) Innenfor samme organsystem/sykdomsgruppe	4	12	16
3) I liten grad/annet organsystem	3	5	8
4) Ingen teori/vet ikke	1	9	10
Ut pga symptomatisk diagnose epikrise	3	7	10
Missing	1	1	2
Ant pas tot	16	57	73

Forskjell mellom innleggelsesdiagnose og pasientens egendiagnose?

I tabell 4 er de pasientene som hadde en teori om egen diagnose og dermed skår fra 1-3 satt opp. Det samme er innkomstdiagnosene med skår fra 1-3. 43 av 51 pasientene oppgav en diagnose som enten samsvarte i stor grad med epikrisen (1-skår) eller var innenfor samme organsystem/sykdomsgruppe (2-skår). Dette gir en prediktiv verdi på ~0,84 for at egendiagnosen til de pasientene som svarte var relevant i forhold til epikrisen, dvs sannsynligheten for at pasienten greier å relatere sykdommen til rett organ evt riktig sykdomsgruppe. Tilsvarende tall for innleggelsesdiagnosene fra primærlegene blir ~0,93

Tabell 4: Totalt antall egendiagnoser og innleggelsesdiagnoser med skår 1-3. Skår 1 og 2 slått sammen i én gruppe:

	Antall egendiagn.	Antall innleggelsesdiagn.
Skår 1+2:	43	57
Skår 3:	8	4
Antall totalt m/skår 1-3:	51	61

Prediktiv verdi for skår 1 el 2 egendiagnose:

$$43/51 = 0,84313725$$

Prediktiv verdi for skår 1 el 2 innleggelsesdiagnose:

$$57/61 = 0,93442623$$

For å påvise om det er sammenheng mellom primærleges og pasientens skår i de enkelte tilfellene, har jeg undersøkt korrelasjonen (se krysstabell 1 og tabell 8) som gir en kappa-verdi $\sim 0,47$. Denne verdien indikerer en moderat (0,41-0,60) sammenheng mellom når både primærlege og pasient skårer en diagnose for eksempel lik 2. Pga forholdsvis lite materiale, er det problematisk å teste for signifikant forskjell mellom primærlege- og pasientskår.

Diskusjon

Materiale:

Materialet inkluderer 57 pasienter innlagt ved medisinsk avdeling mot 16 ved kirurgisk avdeling. I utgangspunktet var det ønskelig å ha omtrent samme antall pasienter fra begge avdelingene, slik at direkte sammenlikninger ville bli mer relevante. Det viste seg imidlertid at undersøkelsen ikke var like egnet ved kirurgisk avdeling. Avdelingen var liten, og jeg opplevde at innleggelsene her i stor grad var ferdigdiagnostiserte kasus og at de ofte hadde vært det en tid. Pasientene ble innlagt for kirurgisk intervensjon, og var ved innleggelsestidspunktet godt orientert om egen sykdom. Mange av pasientene var også tidligere utredet ved sykehuset, slik at det var lenge siden de hadde vært hos egen lege. Dette førte til at det ble vanskelig å få et tilfeldig utvalg ved kirurgisk avdeling. Jeg valgte med bakgrunn i dette å inkludere et større antall pasienter fra medisinsk avdeling.

En feilkilde i materialet er for de pasientene hvor det forelå symptombeskrivende innleggelses- eller egendiagnoser. Disse er vanskelige å gi en korrekt skår. Jeg har for disse diagnosene forsøkt å holde meg til om de var relatert til riktig organ/sykdomsgruppe eller ikke (2- eller 3-skår).

Sykdomsgruppene ved sykehuset:

Hyppigheten av de enkelte innleggelsesårsakene ved begge avdelinger er omtrent som man skulle forvente. Ved medisinsk avdeling topper problemstillinger knyttet til hjerte-/karsykdommer, fulgt av lunge-/luftveissykdommer. I henvisningene til kirurgisk

avdeling dominerte diagnoser fra abdomen, hvor flest kom inn pga uspesifikke abdominale smerter. Figur 2 viser hvordan diagnosene på epikrisene fordeler seg innen de ulike sykdomsgruppene. Denne figuren er ikke direkte sammenliknbar med innleggelsesårsakene, fordi epikrisediagnosene følger ICD-10 klassifiseringen. Det at antall epikrisediagnoser er høyere enn antall pasienter inkludert i undersøkelsen, kommer av at pasientene hadde alt fra 1-6 diagnoser på epikrisen. Vi kan likevel se at det er de samme organsystemene som går igjen. Problemstillingene som det arbeides med på sykehuset i Sandnessjøen er i stor grad "folkesykdommene" og sykdommer som topper statistikkene (se figur 3) over dødsårsaker i befolkningen. Den innkomstdiagnosen/epikrisediagnosen som kanskje skiller seg ut i forhold til hyppigste dødsårsaker i befolkningen, er pasienter med sykdommer i mage-/tarmsystem ved kirurgisk avdeling. Det tyder på at det er en sykdomsgruppe som ofte krever behandling, men som likevel har relativt lav dødelighet. Antallet svulster er også lavere i mitt materiale sammenliknet med det man muligens kunne vente. Kanskje finnes det pasienter med svulster inkludert i min kategori for mage-/tarmsykdom? Det var stor forskjell i gjennomsnittsalder ved de to avdelingene (tabell 5 og 6), 71,6 år ved medisinsk avdeling mot 63,1 år ved kirurgisk avdeling. Aldersforskjellen kan kanskje forklares med hvilke sykdommer som hyppigst går igjen på de to avdelingene. Hjerter-/karsykdom rammer oftest noe eldre pasienter, mens mage-/tarmproblemer nok ikke er like avhengig av alder.

Innleggelsesdiagnosene:

Bruken av eksakte diagnoser ved innleggelse varierte. Mange pasienter kom inn med spørsmål om nærmere utredning etter en gitt problemstilling, mens andre hadde en uspesifikk diagnose som for eksempel "brystsmerter" som innleggelsesgrunn. Hele 24 av innkomstdiagnosene var ikke kliniske, men symptombeskrivende. Tradisjonelt har det vært problemer med legedekningen i distriktet som sogner til sykehuset i Sandnessjøen, og det har derfor vært brukt en del legevikarer. Kanskje kan det gi utslag i måten en pasient praktisk henvises på ut fra hvor legen er utdannet og tidligere jobberfaringer? Ustabil legedekning kan også generelt føre til større problemer med å innføre en enhetlig praksis. I tidligere studier (1-2) som gjaldt henvisninger fra primærleger til revmatologisk poliklinikk, fant man at henholdsvis 75 % og 80 % av henvisningene skyldtes usikkerhet om diagnose. At det angis uspesifikke diagnoser ved henvisning til sykehus i min undersøkelse, kan derfor også

være et uttrykk for at det fra 1.-linjetjenesten ofte er ønskelig med nærmere utredning og dermed er vanskelig og angi eksakt diagnose. Det kan også diskuteres om det er noe mål for allmennpraktikeren å sette en eksakt diagnose hvis han føler seg usikker. Målet for allmennpraktikeren bør være å avgjøre om en tilstand kan takles utenfor sykehus, eller bør henvises for spesialistbehandling.

For primærlegenes innleggelsesdiagnoser var den prediktive verdien ~0,93 for at diagnosen var relevant (1- eller 2-skår) i forhold til epikrisen. Litt overraskende var det kanskje at andelen diagnoser med 2-skår (40,4 %) blant disse var så høy som den var. Dette har årsak i utstrakt bruk av symptombeskrivende diagnoser. I en studie fra Bodø presentert under Nordisk kongress i allmenmedisin 2000 (3), ble også pasienter- og allmennlegers tentative diagnoser testet. Studien baserte seg på konsultasjoner i allmennpraksis, hvor teoriene ble sammenliknet med endelig diagnose 3 år senere. Legens tentative diagnose var da i samsvar med rett organ i 78 av 81 tilfeller, noe som gir en prediktiv verdi på 0,96. Dette er på linje med resultatet i min studie.

En henvisning består av mye mer enn bare tentativ diagnose. Legens tanker rundt pasientens problemstilling fremgår som oftest også av henvisningsteksten og de undersøkelser som er foretatt. En kan derfor si at det er noe urettferdig ovenfor legene å kun se på innleggelsesdiagnosen og ikke måle kvaliteten på henvisningsskrivet som helhet. Det var derimot ikke noe mål for denne oppgaven. Det må sees på som et bra resultat at bare 4 av 61 (6,6 %) innleggelsesdiagnoser samsvarte i liten grad med epikrisen. I 2 av disse 4 tilfellene kunne pasienten selv angi en mer korrekt diagnose. Det var også positivt at det for alle pasientene i henvisningen forelå et forslag på hva som kunne være galt (ingen innleggelsesdiagnose med 4-skår).

Andelen 1-skår på innleggelsesdiagnosene ville trolig blitt høyere hvis primærlegene hadde blitt bedt om å angi den mest sannsynlige diagnosen i henvisningen. Hampton m/fl (4) gjorde i 1975 en studie hvor han ba sykehuslegene om å angi den mest sannsynlige diagnosen til pasienten, henholdsvis etter anamneseopptak, klinisk undersøkelse og til slutt etter laboratorieprøver. Dette ble sammenliknet med allmennpraktikerens tentative diagnoser. For 37 av 80 pasienter forble

allmennpraktikerens diagnose uendret, dvs i 46,3 % av tilfellene. For 34 pasienter ble diagnosen endret etter anamneseopptak på sykehuset av spesialist, for 6 gav klinisk undersøkelse endring, og for 7 pasienter endring etter laboratorieprøver. I min undersøkelse ble allmennlegens diagnose i svært liten grad (1-skår) endret for 34 av 61 pasienter, noe som tilsvarer 55,7 %. Dette skulle tilsi at kvaliteten på innleggelsesdiagnosene i min studie var god. Hampton gjorde sin studie for 28 år siden, kanskje har bedre utstyr til diagnostikk i allmennpraksis i løpet av disse årene gjort kvaliteten bedre? Hampton fant at i 82 % av tilfellene gav anamnesen alene diagnosen. Dette er bekreftet i senere studier publisert både i 1992 (5) og 2000 (6). Man fant da at i henholdsvis 76 % og 79 % av tilfellene gav anamnesen diagnosen. En god henvisning vil derfor i mange tilfeller være et viktig hjelpemiddel for å hurtig diagnostisere pasienter som kommer til innleggelse på sykehus. Spesielt gjelder kanskje dette i distrikter av landet som i Sandnessjøen, hvor det er små forhold og primærlegene ofte har grundig kjennskap til de enkelte pasientene.

Pasientenes egendiagnoser:

Av de pasientene som oppgav en egendiagnose var den prediktive verdien for at diagnosen var relevant og relatert til riktig organ/sykdomsgruppe $\sim 0,84$. Studien fra Bodø (3) fant at pasientene relaterte sykdommen til rett organ i 74 av 81 tilfeller, noe som gir en prediktiv verdi på 0,91. Dette er noe høyere enn i min studie, kanskje kan det ha årsak i pasientmaterialet? I Bodø ble pasientene behandlet fortrinnsvis i allmennpraksis. Pasientene i min undersøkelse ble alle henvist til sykehusinnleggelse. En innleggelse tyder på en mer sammensatt problemstilling pasientene kanskje har vanskeligere for å diagnostisere selv. Prediktiv verdi for egendiagnosen i min studie hadde nok blitt enda lavere hvis undersøkelsen hadde blitt basert på pasientintervju gjennomført før pasienten oppsøkte primærlegen første gang. Selv om pasientsamtalene ble utført i løpet av pasientens første døgn på sykehuset, er ikke dette tilstrekkelig for å eliminere påvirkning fra helsepersonell som feilkilde.

I en undersøkelse gjennomført i sørøst England (7) fant man at av 35 pasienter som var til konsultasjon hos allmennlege, var det bare 4 som la frem hele sin agenda under konsultasjonen. Det pasientene oftest spurte legen om var angående symptomene, foreskrivning av resepter og spørsmål om diagnose. Den hyppigste

problemstillingen pasientene ikke tok opp under konsultasjonen, var tanker og teorier om sin egen diagnose og hva fremtiden ville bringe. Dette kom frem ved at pasientene ble intervjuet utenfor konsultasjonssituasjonen. Man observerte da at pasientene var langt mer tilstedeværende og kom med egne ideer om sin medisinske tilstand. Under konsultasjonen klarte de å gjøre forespørsler, men ikke foreslå løsninger. I min undersøkelse var pasientene ikke i en ordinær konsultasjonssituasjon. Likevel kan det være at pasientene hadde flere teorier enn de ville fortelle til meg jfr studien i sørøst England. Dette fordi jeg presenterte meg som legestudent, var kledd i hvitt og intervjuene ble gjort på et sykehus. Det er mulig "vet ikke-gruppen" hadde blitt mindre og at hver enkelt pasient hadde hatt et høyere antall egendiagnoser, dersom samtalen hadde blitt gjort utenfor denne sykehussituasjonen.

Epikrisediagnosene:

I snitt hadde pasientene 2,4 diagnoser på sin epikrise, mens bare 1,2 av disse var nye. Halvparten av epikrisediagnosene var altså "gamle", kjent fra tidligere innleggelse. Dette kan være pga mange kronikere i materialet som kommer inn med samme problemstilling som tidligere. Noen pasienter kan også legges inn for en ny problemstilling, hvor det også er nødvendig å korrigere evt andre og tidligere sykdommer. Ofte kan det være snakk om lidelser som har direkte sammenheng med hverandre. En annen mulighet er at pasientene drar med seg gamle diagnoser fra tidligere opphold, selv om disse ikke er aktuelle nå. Det kan feks være en diabetiker som kommer til utredning med mistanke om cancer. Selv om hans diabetes ikke behandles aktivt under sykehusoppholdet, kan det kanskje være at diabetes mellitus også føres på epikrisen. Min studie ble gjort like etter at DRG-systemet trådte i kraft og det var naturlig nok stor fokus på dette. Jeg fikk enkelte ganger inntrykk av at det var viktig å få med flest mulig diagnoser på epikrisen pga økonomiske hensyn. Min undersøkelse består av et for lite materiale til at man kan trekke en konklusjon angående dette. I tillegg sier den ingen ting om det har skjedd en utvikling i forhold til før DRG-systemet ble innført.

Epikrisediagnosen trenger ikke nødvendigvis å være riktigere enn verken primærlegens eller pasientens teori i alle tilfellene. Ofte er det å skrive epikrisen en oppgave som deligeres til leger med kortere klinisk erfaring, for eksempel

turnusleger. Selv om de aller fleste pasientene blir diskutert med overlege til stede i løpet av sykehusoppholdet, kan det være en vanskelig oppgave for en yngre lege å finne en dekkende konkluderende diagnose ved utskrivelse. Jeg tror også det er lett å bli for fokusert på henvisningsdiagnose under et sykehusopphold. Faren med dette er at en kan overse andre årsaker til lidelsen. 10 pasienter i min undersøkelse fikk ikke noen klinisk diagnose ved utskrivelse, men en symptombeskrivende diagnose. I likhet med uspesifikke innleggelses-/egendiagnoser, er kanskje dette uttrykk for usikkerhet om diagnosen fra sykehuset side? Kanskje er det pasienter som foreløpig er under utredning og som på et senere tidspunkt får en klinisk diagnose? Pasientene kan også ha blitt bedre under oppholdet slik at videre diagnostisk utredning ikke er like aktuelt. Et høyt antall epikrisediagnoser kan også indikere at det kan være usikkerhet om diagnosen ved avslutningen av et sykehusopphold.

Konklusjon

Det som er nytt i denne undersøkelsen er at jeg har forsøkt å måle i hvor stor grad primærlegene og pasientene selv kan predikere "riktig" diagnose når sykdommen fører til en sykehusinnleggelse. Resultatene i undersøkelsen indikerer at vel 4 av 5 pasienter som har en teori om egen sykdom, relaterer den til riktig organ eller sykdomsgruppe. Primærlegene gjør dette i drøye 9 av 10 tilfeller. Ved å undersøke korrelasjonen mellom innleggelses- og egendiagnose har jeg funnet moderat sammenheng. Rundt 14 % av pasientene hadde ikke gjort seg opp noen tanker om egen diagnose, eller de ønsket ikke å fortelle om dem. Dette var imidlertid ikke tilfelle for primærlegenes innleggelsesdiagnoser. Her forelå det for alle pasientene et forslag/problemstilling for hva som var galt. Det er ikke undersøkt om det er forskjeller mellom ulike pasientgrupper pga lite materiale.

Undersøkelsen antyder også at det kanskje settes flere diagnoser pr pasient enn det som aktivt behandles under et sykehusopphold. Dette er imidlertid ikke dokumentert. Materialet har overvekt av vanlige "folkesykdommer", noe man også vil forvente ved å inkludere pasienter ved et lokalsykehus.

Studien kan bidra til å bevisstgjøre helsepersonell på at pasientens oppfattelse av egen sykdom i de aller fleste tilfeller er relevant. Ved å lytte til det pasienten har å fortelle om sine egne diagnoseteorier, vil legen ha en enklere vei til den korrekte diagnosen. God diagnostikk vil derfor være avhengig av et samarbeid mellom lege og pasient.

Appendix

Tabell 1: Registreringsskjema:

Ant dg	Kjønn/nr/født	Inn diag (skår)	Egen diag (skår)	Epi diag
4	k/1/-37	Brystsm (-)	Skade ballansenerven el hjernetumor pga svimmelhet (-)	R07.2 uspes brystsm*, k20 øsofagitt, k29.7 uspes gastritt
2	k/2/-13	Anemi (1)	missing	D64.9 anemi uspes
6	k/3/-60	Erysipelas (1)	Erysipelas (har hatt tidl episoder) (1)	A46 erysipelas
4	k/6/-09	brystmerter (2)	Infarkt (1)	I21.4 akutt subendokar hjerterinfarkt*, I20.9 angina pect, I10 hypertensjon
20	k/7/-44	Rytmeforstyrrelse m/lav puls. pacemakerinnl (2)	Hatt prob med hj rytme, søkte lege pga hovne bein første gang (2)	I49.5 syk sinusknute, I50.9 hjertesvikt*
2	k/8/-50	brystmerter (-)	Gallestein, fryktet døden (-)	R07.4 brystmerter INA*, I79.1 fettlever uspes*
7	m/9/-24	DVT? tung pust (1)	Usikker/vet ikke (4)	I82.8 DVT lår og lille bekken ve side
7	k/10/-68	Infeksjonsutredning (2)	Kraftig influensa (2)	N10 akutt polynefritt*, B96.2 e-coli som årsak til polynefritt*, A41.5 gram neg sepsis*, Z94.0 status som transp nyre, M31.0 Goodpastures syndrom
9	m/11/-12	Brystmerter (2)	Lungebetennelse, hjertet (komparent opplysning) (3)	I50.9 hjertesvikt uspes*, N40 prostatisme
10	k/12/-18	Erysipelas (1)	Vet ikke, men har hatt liknende før (4)	A46 Erysipelas, S22.3 Costafractur*
14	m/13/-32	Forverring av KOLS (1)	Tung pust, mulig infeksj. Har lungesykd. (2)	J44.9 forverring av KOLS*
2	k/14/-52	Astma, KOLS (1)	Anfall tung pust, KOLS (1)	J44.9 KOLS m akutt forverring*
2	k/15/-69	Isjias (2)	Prolaps→ryggsmerte. Cyste eggled→magesmerte. (2)	M54.5 Lumbago, M51.1 Radikulopati lumbalt
7	m/16/-27	Tung pust (2)	Vann på lunge, men uskikker (2)	I48 Atrieflimmer*, I50.9 hjertesvikt*, I34.0 Mitralinsuff*
3	k/17/-23	Emfysem, innlagt for utprøv O ₂ (2)	Lungefunksj dårlig, emfysem (2)	J44.9 KOLS, G47.3 Søvnapnoe*, M40.2 kyfose
10	m/18/-14	Hjertesvikt/dyspnoe (1)	Lungene, tungt å puste (2)	D64.9 uspes anemi, I50.9 hjertesvikt uspes INA
missing	m/19/-80	Uforkl feber 3 uker (-)	Infeksjon (-)	Z03.9 observasjon*
7	k/20/-38	Angstanfall m/store skjelvinger (1)	Medisinbivirk, har store skjelvinger (3)	F41.1 angst nevrose, R25.1 Tumor uspes
5	k/21/-18	Akutt forvirring (2)	Visste ikke. Hypoglyc ved innlegg. gluc=1 (4)	E16.2 hypoglyc uspes*, E11.9 diabetes mellitus type 2
3	k/22/-22	Atrieflimmer (1)	Flimmer, hatt i mange år (1)	I48 Atrieflimmer, I49.5 Tachy-brady- syndrom, I20.9 Angina Pect, I35.1 Aortainsuff, I50.1 Ve ventrikkelsvikt, E11.9 ikke insulinavh diab mell
26	k/23/-12	Syncope og nedsatt allmenntilstand (3)	Vet ikke. slapp kanskje pga sukkersyke (3)	K25 magesår*, K22.1 sår i spiserør*, O24.0 Diab mell insulinavh, I10 hypertoni
13	k/24/-39	Brystmerter, halssmerter, angst (2)	Astma (3)	I21.0 Transmuralt fremveggssinf 1 gang*, I20.1 Angina pect*, J45.8 astma, N39.0 UVI*
1	k/25/-13	Atrieflimmer (1)	Flimmer (1)	Atrieflimmer
7	k/27/-19	Ekspressiv afasi. TIA? (1)	Slag (2)	D64.9 anemi*, R47.0 afasi uspes INA*
2	m/28/-43	Pneumothorax (1)	Væske på lungene, evt pneumothorax (1)	J93.8 postopr pneumothorax*, J44.9 KOLS
1	k/29/-13	anemi (1)	Smerter (4)	D50.0 anemi kronisk, K59.0 forstoppelse*, I50.9 hjertesvikt, R52.1 smerter kronisk interaktabel*, F32.9 depresjon*
8	m/30/-51	Insulinregime (1)	Vet ikke (4)	E10.9 insulinavh diabetes mell, K20 øsofagitt, K44.9 mellomgulvsbrokk

1	m/31/-29	Hjerterytmeforstyrrelse (2)	Kjente uregl puls, ingen teori (2)	I49.4 ekstrasyst VES*, M79.1 myalgi*
2	k/32/-35	Høyt BT (1)	Stress/press fra magen (3)	I10 hypertensjon
2	k/33/-17	Svimmelhet, spørsmål om hjernemetastaser (1)	Hjernesvulst (1)	R42 svimmelhet, Z03.1 obs ved mistanke om ondartet svulst*(tidl ca)
8	k/34/-26	Svimmelhet (-)	Ballansenerven probl, evt hjerteinfarkt (-)	R42 vertigo uspes*, R73.0 glucose behandlingsprøve unormal
10	k/35/-20	Brady/tachycardi, vurd innl av pacemaker (1)	Hjerterytmen pga tidl episoder (1)	I49.5 tachykardi/bradycardisyndrom*, I48 atrieflimmer. Lagt inn pacemaker
3	k/36/-18	Demens. hypoparathyreoidisme (1)	Usikker, demens utvikl (1)	F03 demens*, E21 prim hyperparathyreoidisme, I10 kjent hypertensjon, I20 angina pect, G45.9 tidli TIA-anfall 2 ggr
8	k/37/-19	Brystmerter (3)	Lungebetennelse, men usikker (1)	J15.9 bact pneumonia*, Z95.1 status som aortacoronar by-passtransplantat
7	k/38/-25	Brystmerter (-)	Ikke tenkt på årsak, vant til å syncopere (-)	R55 syncope*, I48 atrieflimmer, I35.0 aortastenose, I35.1 aortainsuff
13	k/39/-68	Gastroenteritt (-)	Matforgiftning (-)	K52.9 diare uspes*, E86 dehydrert*, T78.3 hereditært angioødem
5	k/40/-20	K99 hjerte/kar syk IKA INA (2)	Hjerterytmen (1)	I48 atrieflimmer, I25.0 aortastenose
4	k/41/-32	Utredning nyrefunksj (2)	Uvitende om årsak (pas er noe mentalt ret) (4)	N19 nyresvikt uspes INA
6	k/42/-42	Astma (1)	Astmaanfall (1)	J45.9 uspes astma
10	k/43/-28	Hodepine/hodesmerter IKA (-)	Hjerneblødning (-)	R42 svimmelhet*
4	k/44/-23	Pneumoni (1)	Malignitet, lungebetennelse (1)	J15.9 pneumoni*, G20 parkinsonisme*, C78.7 levermet m ukjent primærtumor (sannsynligvis i colon), E86 dehydrering*
6	m/45/-11	Anemiutredning (2)	Usikker, pas er noe uklar (4)	D64.9 anemi uspes*, K26.0 ulcus duodeni*, N39.0 UVI*, E86 væsketap*
2	m/46/-47	Forverring av astma (1)	Astma (1)	J46 akutt alvorlig astma
4	k/47/-28	Opstipatio (1)	Paralgin forte som årsak til obstipasjon (1)	I69.3 sequele etter hjerteinfarkt, G81.1 spastisk hemiplegi, K59.9 forstoppelse*
7	k/48/-25	brystmerter (2)	Hjertet (2)	I20.0 ustab angina pect*, I10 uspes hypertensjon*
10	m/49/-34	KOLS-forverring (1)	Lungebetennelse (forverring KOLS) (1)	J96.1 kronisk resp svikt*, J44.1 KOLS m/akutt forverring*
4	k/50/-26	melena (2)	Magesår (2)	K57.9 divertikulosis coli*, D50.0 blødningsanemi*, M06.9 uspes reumatoid artritt, E03.9 uspes hypothyreose
12	m/51/-25	Pneumoni, lymfom (1)	lungebetennelse (1)	C85.9 non hodgins lymfom, J45.9 astma, J18.9 penumoni*
6	k/52/-45	KOLS-forverring (2)	infeksjon (2)	J18.9 pneumoni uspes*, J96.1 kronisk resp svikt, M80.0 osteoporose
6	k/53/-31	DVT? (1)	Blodpropp (1)	I80.2 DVT*
5	m/54/-17	svimmelhet (2)	Uregelmessig hj rytme, vært svimmel, kjent pulsasjon i hode (1)	I48 Atrieflimmer, I50.9 hjertesvikt*
11	m/55/-31	Pneumoni? (1)	Lungebetennelse, trodde også det kunne være noe med hjertet (1)	J15.9 Pneumoni*, I48 Atrieflimmer, I50.9 Hj svikt*
8	m/56/-13	Ustabil angina og atrieflimmer (2)	Hjertet, enten angina el infarkt (1)	I21.4 Hj infarkt ikke transmuralt*, I48 Atrieflimmer
3	m/57/-22	anemi (1)	Vet ikke (4)	C18.9 Ondartet svulst tykktarm*, D62.0 Anemi*
4	k/58/-25	Pneumoni? Hjertesvikt? (1)	lungebetennelse (1)	J18.9 Pneumoni*
2	k/59/-25	økende angina siste 14dg (1)	skulle hente resept hos legen, ble innlagt pga tidl brystmerter (4)	I20.8 Stabil angina pectoris*
1	m/60/-34	atrieflimmer (1)	flimmer (1)	I48 anfallsvis atrieflimmer
2	k/61/-76	Abdominalsmerte (-)	Tror smertene kommer fra underlivet (-)	Uspes abd smerter*, opstipasjon*

4	m/62/-31	Sm mage/rygg (-)	Vet ikke, kjenner bare smerter (-)	K86.1 kronisk pancreatitt, J43.9 emfysem, Z03.8 observasjon med mistanke om annen sykdom*
4	k/63/-30	Cystocele (1)	Klar over utposning, årsak; para 4, jobbet tungt (1)	Operert for cystocele (ingen epikrise). Diagn personlig bekreftet.
2	k/64/-85	Sm hø hofte etter fall (2)	Vridning i hofte/forstrekning (1)	S70.0 kontusjon av hø hofte*, Q65.8 hofteledds dysplasi, V7n2r fall under avstigning av buss*
6	k/65/-31	Jernmangelanemi, pos hemofec (3)	Frykter kreft (2)	C18.0 cancer coli coeli*, K63.5 biliær cyste*, I10 hypertensjon, E11.9 diabetes mellitus
3	m/66/-16	Dysfagi, ascites (2)	Mulig kreft, men ikke tenkt så mye. Usikker (2)	C16.9 neoplasma malignum ventriculi*
12	m/67/-34	Ulcerøs colitt/diare (1)	Diaré. Har UC, klar over egen diag (1)	K51.9 ulcerøs colitt
1	k/68/-23	Problemer med suprapub. kateter (2)	Tett kateter (2)	C61 cancer prostata, D47.1 myelofibrose, E11.9 diabetes mellitus, I50.9 hjsvikt, I48 atrieflimmer, N17.9 nyresvikt
6	m/69/-27	Rectal blødning (1)	Redd for hull på aorta. trodde det var døden (3)	K57.3 divertikkelsykdom i tykktarm m/blødning*, E10.9 diabetes mellitus
29	k/70/-23	Abdominalsmerte/krampe generelt (2)	Matforgiftning mulig. hadde spist spes fisk (3)	K56.7 ileus*, M80.9 osteoporose m komp fract, I10 hypertensjon, T81.4 infeksj etter inngrep*
17	m/71/-54	Gallesteinsanfall (1)	Usikker, var sikker på at det ikke var hjertet (4)	K80.2 gallesten uspes*
7	m/72/-35	magesmerter (3)	Luft smerter, tenkte også på galle/nyre (3)	I26.9 lungeemboli*
4	m/73/-53	Har ca recti, nylig strålebeh, nå er pas dehydrert (missing)	Før cancer diag: Matforgiftning initialt, hanglet i lang tid og trodde det var ettervirkninger (missing)	Fortalt fra pas: Matforgiftning, senere diag ca recti. Epi diag nå: K59.9 diarrhoe*, E86 dehydrering*, C20 ca recti
1	k/74/-35	Ureterstein? (1)	Nyrestein, appendicitt, kreft (1)	N20.1 Ureterstein*, E21.0 Primær hyperparathyroidisme, E78.0 Hyperkolestrolemi*, H81.0 Mènières sykdom, H40.9 Glaukom
3	m/75/-39	Abdominalsmerte epigastriet D02 (-)	Magesår (-)	R10.4 uspes smerte i buk og bekken*, J44.9 KOLS
5	m/76/-30	Magesmerter (2)	Trodde det var luft smerter. Tenkt på gallestein etter at lege har nevnt det (2)	K80.0 Cholecystitt m/gallestein*

Forklaring til tabell 1:

Symbol	Forklaring
Ant dg	Sykehusoppholdets varighet i antall dager
Kjønn/nr/født	Pasientens kjønn/referansenummer/fødselsår
Inn diag	Primærlegens innleggelsesdiagnose
Egen diag	Pasientens egendiagnose
Epi diag	Epikrisediagnose
*	Ny diagnose/finnes ikke i tidligere journaler/epikriser
(tall)	Diagnoseskår
(-)	Diagnosen ikke skåret pga symptomatisk diagnose epikrise
missing	Manglende opplysning
Pasient 1-60	Pasient innlagt medisinsk avdeling
Pasient 61-76	Pasient innlagt kirurgisk avdeling
Pasient 4, 5 og 26 er i sin helhet tatt ut av materialet pga manglende opplysninger. Pasient 73 er betegnet "missing" og uegnet i undersøkelsen ved sammenlikninger mellom diagnoser fordi innleggelsen var som følge av overflytting fra annet sykehus.	

Tabell 5: Resultater pasientopplysninger ved medisinsk avdeling (pas 1-60):

	Alder:	Ant liggedøgn:	Ant diagn epikrise:	Ant nye diagn epikrise:
Gj snitt	71,6491228	6,35714286	2,33333333	1,21052632
Standardavvik	16,197984	4,73834866	1,24403338	0,95873507

Tabell 6: Resultater pasientopplysninger kirurgisk avdeling (pas 61-76):

	Alder:	Ant liggedøgn:	Ant diagn epikrise:	Ant nye diagn epikrise:
Gj snitt	63,125	6,625	2,6	1,33333333
Standardavvik	19,0398704	7,27438428	1,59463386	0,72374686

Tabell 7: Resultater pasientopplysninger medisinsk-/kirurgisk avdeling i ett (pas 1-76):

	Alder:	Ant liggedøgn:	Ant diagn epikrise:	Ant nye diagn epikrise:
Gj snitt	69,7808219	6,41666667	2,38888889	1,23611111
Standardavvik	17,0938964	5,34644808	1,31679889	0,91147699

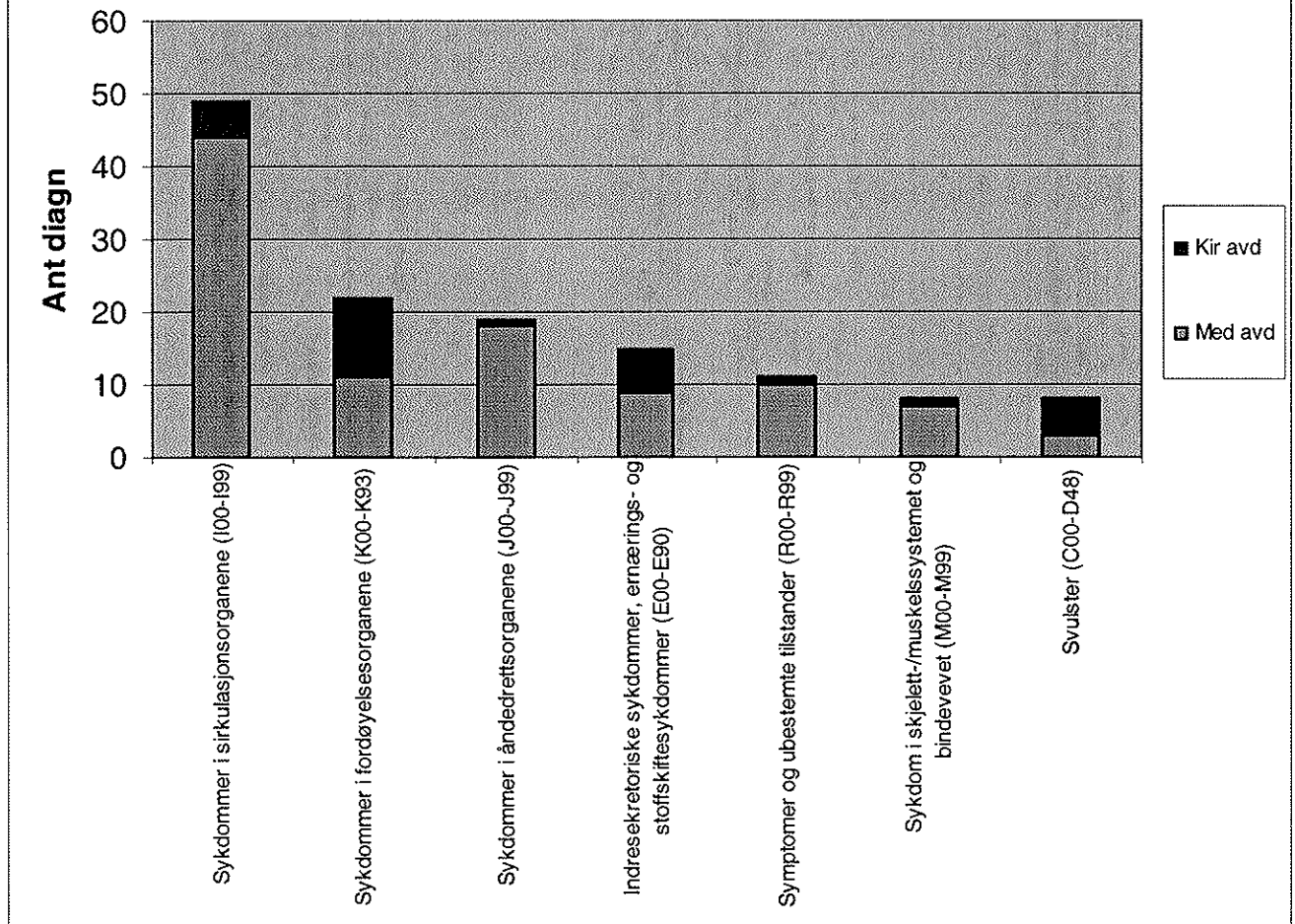
Krysstabell 1: Totalt lege/pasient teorier (observert) 1-3 skår:

	Lege:			Ant tot
	1-skår	2-skår	3-skår	
Pasient: 1-skår	21	5	1	27
2-skår	2	12	1	15
3-skår	4	3	2	9
Ant tot	27	20	4	51

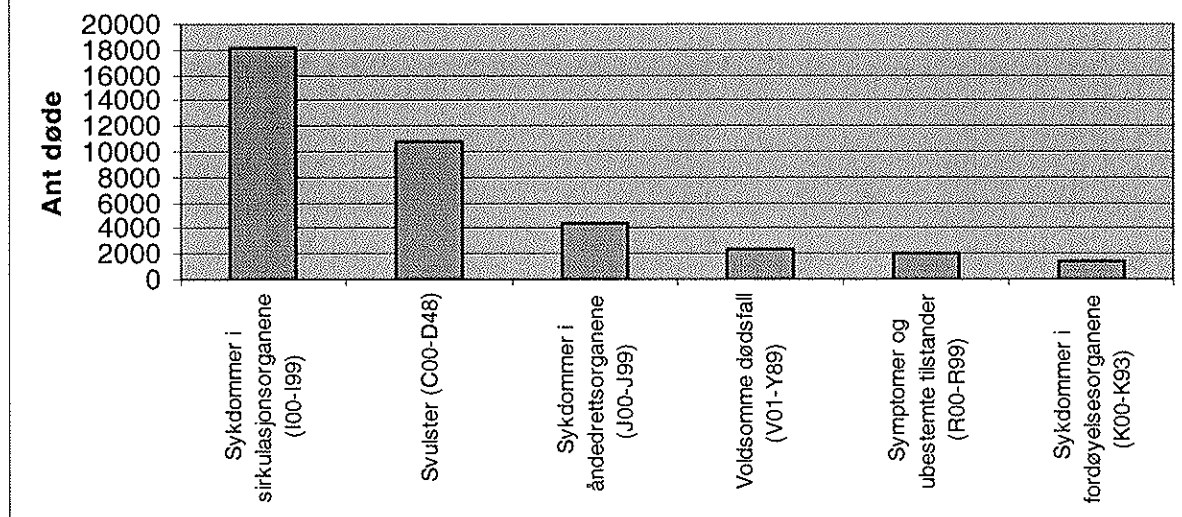
Tabell 8: Sammenheng mellom skår primærlege/pasient (kappa):

	Ant pas	Av proposjon
Like skåringer (diagonal krysstab 1):	35	0,68627451
Forventet (diagonal krysstab 1):	21,1960784	0,41568627
Styrke av korrelasjon (kappa):	0,46551724): moderat styrke (0,41-0,60)

Figur 2: Hyppigst brukte diagnoser på epikrisene:



Figur 3: Hyppigste dødsårsaker i Norge år 2000 (8):



Referanser

1. Gran JT, Nordvåg BY. Henvisninger fra primærleger til revmatologisk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1529-32.
2. Gran JT. Hvorfor henvises pasienter til revmatologisk poliklinikk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2294-6.
3. Anvik T. Kanskje er det pasienten som har rett? Forelesning ved Nordisk kongress i allmennmedisin 14.08.2000.
4. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative Contributions of History-taking, Physical Examination, and Laboratory Investigations to Diagnosis and Management of Medical Outpatients. BMJ 1975; 2: 486-489.
5. Peterson MC, Holbrook JH, Hales D, Smith NL, Starker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigations in making medical diagnoses. West J Med 1992 Feb; 156: 163-165.
6. Roshan M, Rao AP. A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis. J Assoc Physicians India 2000 aug; 48(8): 771-5.
7. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000; 320: 1246-1248.
8. http://www.ssb.no/emner/03/01/10/nos_dodsarsak/nos_d189/tab/1.html

Andreas Rye,
Stud. med. kull -98 sept-03.