

# Tilvísanir til hjartalækna.

## Viðhorf hjartasjúklinga og samskipti lækna

### Ágrip

**Steinar Björnsson**<sup>1,2</sup>  
í sérnámi í heimilislækningum

**Jóhann Ág. Sigurðsson**<sup>2, 3</sup>  
heimilislæknir

**Alma Eir Svavarsdóttir**<sup>1</sup>  
heimilislæknir

**Gunnar Helgi Guðmundsson**<sup>1</sup>  
heimilislæknir

**Lykilorð:** tilvísanir, tilvísanakerfi, heimilislæknar, samskipti lækna.

**Inngangur:** Árið 2006 varð greiðsluþátttaka sjúkratrygginga háð tilvísun heimilislækna til hjartalækna. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf sjúklinga til þessa tilvísanakerfis og hvort breytingin hafi leitt til aukinna samskipta í formi tilvísana og læknaþréfa.

**Efniviður og aðferðir:** Árið 2007 var gerð rannsókn á tilvísunum frá heimilislæknum Heilsugæslunnar Efstaleiti, Reykjavík, til sérfræðinga í hjartasjúkdómum. Skoðað var samskiptaform alls 344 einstaklinga sem fengu tilvísun til hjartalækna á tímabilinu 1. júní 2006 til 1. apríl 2007. Þar af samþykktu 245 að taka þátt í viðhorfskönnun um aðdraganda tilvísunar, viðhorf til þessa fyrirkomulags, kostnaðar og fyrirhafnar. Svör bárust frá 209 (85%). Úr sjúkraskrá stöðvarinnar voru jafnframt fengnar upplýsingar um fjölda samskipta hjartasjúklinga við heilsugæslustöðina og fjöldi læknaþréfa á tímabilinu 2005 til 2007.

**Niðurstöður:** Meðalaldur sjúklinga var 72 ár og kynjahlutfall jafnt. Níutíu prósent (95% öryggisbil 85,7-93,9) töldu að tilvísanir leiddu til meiri fyrirhafnar og eða auka kostnað. Áttatíu og níu prósent (95% öryggisbil 85,1- 93,5) töldu að hjartalæknir ætti að senda heimilislækni læknaþréf.

Heildarfjöldi læknaþréfa frá hjartalæknum á stofu til heimilislækna jókst úr 43 árið 2005 í 326 yfir allt árið 2007.

**Ályktanir:** Niðurstöður benda til þess að tilkoma tilvísanakerfis hafi vakið óánægju meðal sjúklinga. Tilvísanakerfi leiðir hins vegar til faglegs ávinnings með gagnkvæmri miðlun þekkingar fagaðila um sjúklinga sína sem er í samræmi við óskir þeirra sjálfra og líklegt til að auka gæði þjónustunnar.

### Inngangur

Enda þótt heilbrigðisþjónusta hafi tekið gríðarlegum breytingum á síðustu áratugum ber flestum fræði- og áhrifamönnum á sviði heilbrigðismála saman um að frumheilsugæslan (primary health care) sé enn aðalburðarásinn í heilbrigðisþjónustunni, þar sem fyrstu samskipti lækis og sjúklings fara að jafnaði fram.<sup>1, 2</sup>

Ennfremur hafa rannsóknir sýnt að heilsugæslan getur sinnt um 90% allra vandamála sem fólk leitar með til heilbrigðisþjónustunnar og gegna heimilislæknar þar lykilhlutverki.<sup>3-6</sup> Þeir eru jafnframt faglegir ráðgjafar sjúklinga sinna um hvert skuli leita utan heilsugæslunnar þegar það á við.<sup>2, 3, 7, 8</sup> Í slíkum tilvikum vísa þeir skjólstæðingum sínum til sérgreinalækna til frekari greiningar eða úrvinnslu. Tilvísunum er gjarnan fylgt úr hlaði með faglegum upplýsingum úr fyrri sögu og síðan ætlast til þess að viðkomandi sérgreinalæknir svari viðkomandi starfsfélaga með greinargerð um athuganir sínar og niðurstöður. Samskiptum af þessu tagi hefur víða verið komið í ákveðinn farveg sem í daglegu tali nefnist tilvísanakerfi. Sérgreinalæknar fá þá greiðslu frá sjúkratryggingum ríkisins fyrir unnið verk og læknaþréf til heimilislækis. Tilgangur tilvísanakerfis getur einnig verið að draga úr kostnaði og stytta biðtíma til sérgreinalækna. Frá faglegu og fjárhagslegu sjónarmiði heilbrigðisyfirvalda hefur tilvísanakerfi tengt greiðsluþátttöku sjúkratrygginga verið notað til að efla faglega vinnu og til að stýra slíku flæði.<sup>9, 10</sup>

Í mörgum nágrannalanda okkar er almenn tilvísanaskylda, þar sem sjúklingum er vísað frá heimilislækni til viðkomandi sérgreinalækis og sérgreinalæknir sendir síðan sérfræðiálit sitt til baka. Misjafnt er hvernig slíkum kerfum er tekið af leikum sem lærðum.<sup>11-14</sup> Almennt má segja að þar sem framboð á sérgreinalæknum er gott og biðtími stuttur er oftast óánægja með tilvísanakerfi og þar virðist slíkt fyrirkomulag síður draga úr kostnaði eins og til er ætlast.<sup>11, 13, 14</sup> Fagleg staða heimilislækna er talin sterkari þar sem tilvísanir eru notaðar.<sup>3, 7, 11</sup>

Allt frá upphafi almannatrygginga árið 1936 voru þar ákvæði um tilvísanir lækna.<sup>10, 15</sup> Árið 1984 urðu þáttaskil á þessum ákvæðum en þá var með lögum felld úr gildi sú krafa að greiðsluþátttaka sjúkrasamlags til samlagsmanna skyldi háð tilvísun.<sup>16</sup> Ákvæðið gilti í eitt ár til reynslu, en var síðan framlengt. Endanleg niðurfelling tilvísana var síðan samþykkt með lögum árið 1989.<sup>10, 17</sup> Eiginlegt tilvísanakerfi hefur því ekki verið við

<sup>1</sup>Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Efstaleiti,

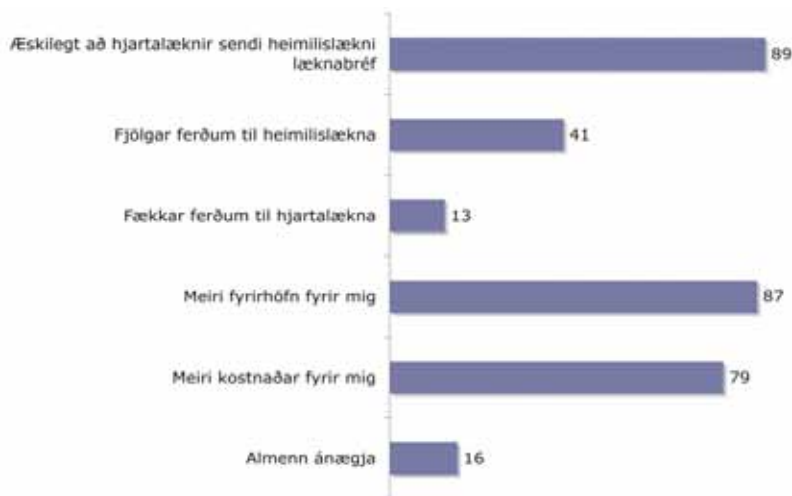
<sup>2</sup>heimilislæknisfræði/læknadeild HÍ,

<sup>3</sup>Próunarstofu heimilislækninga Þönglabakka 1, Reykjavík.

**Fyrirspurnir og bréfaskipti:**

Steinar Björnsson, heilsugæslunni Efstaleiti 3, 103 Reykjavík.

[steinarbjornsb@gmail.com](mailto:steinarbjornsb@gmail.com)



**Mynd 1.** Viðhorf hjartasjúklinga (%) til tilvísanakerfis til sérfræðinga í hjartasjúkdómum.

Lýði hér á landi síðan árið 1984.

Í byrjun árs 2006 sögðu sérfræðingar í hjarta-sjúkdómum upp samningi þeim er þeir höfðu haft við Tryggingastofnun ríkisins (TR).<sup>18</sup> Sjúklingar þurftu því að greiða fullt gjald fyrir þjónustu þeirra. Í kjölfarið var ákveðið að TR endurgreiddi sjúklingum hlut TR að því tilskildu að þeim hefði verið vísað með formlegri tilvísun heimilislækni til sérfræðinga í hjartasjúkdómum. Reglugerð þess eðlis tók gildi 1. apríl 2006.<sup>18</sup> Af þessu tilefni var hannað sérstakt tilvísanablað í sjúkraskráforritinu Sögu (sem er notað fyrir heilsugæsluna á landsvísi) með reitum fyrir sjúkrasögu, lyfjanotkun, helstu sjúkdómsgreiningar og úrlausnir. Hluti þessara breyta er skráður með kerfisbundnum hætti fyrir rafræna úrvinnslu. Hér gafst því einstakt tækifæri til að rannsaka nánar áhrif af ákvarðanatökum af þessu tagi.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf sjúklinga til nýtilkomins tilvísanakerfis frá heimilislæknum til sérfræðinga í hjarta-sjúkdómum sem og að kanna hvort þessi breyting hafi leitt til faglegs ávinnings sem felst í auknu upplýsingaflæði milli heimilislækna og hjartalækna.

### Efniviður og aðferðir

Árið 2007 var gerð rannsókn á tilvísunum til sérfræðinga í hjartasjúkdómum á Heilsugæslustöðinni Efstaleiti í Reykjavík. Stöðin þjónar um 11.000 íbúum sem mynduðu mögulegan markhóp fyrir tilvísun til hjartalækna. Allir starfandi sérfræðingar í hjartasjúkdómum á landinu mynduðu þann markhóp sem heimilislæknar gátu vísað til. Sjö heimilislæknar störfuðu á heilsugæslustöðinni Efstaleiti. Aflað var upplýsinga úr sjúkraskrá stöðvarinnar og með spurningalistum til sjúklinga sem vísað

hafði verið til hjartalækna (hér eftir nefndir hjartasjúklingar) og allra starfandi heimilislækna á landinu. Þessi hluti rannsóknarinnar nær til úrvinnslu úr sjúkraskrá og spurningalistum til sjúklinga.

Á tímabilinu 1. júní 2006 til 1. apríl 2007 fengu alls 344 einstaklingar tilvísun til sérfræðinga í hjartasjúkdómum frá heimilislæknum í Efstaleiti og mynda þann hóp sem skoðaður var með tilliti til samskipta, fjölda tilvísana og svarbréfa. Við eftirgrennslna árið 2007 náðist ekki í 20 þeirra (láttnir, brottfluttir eða aðrar ástæður). Því var 324 boðið að taka þátt í spurningalistakönnun um viðhorf þeirra og reynslu af tilvísanakerfinu. Af þeim samþykktu 245 að fá senda spurningalista sem var síðan sendur til sjúklinga í september 2007, en þá var liðið rúm ár frá því að ákvæði um tilvísun tók gildi. Svör bárust frá 209 þeirra (85% heimtur, 65% af öllum). Spurt var um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, menntun, atvinnustöðu, búsetu og fjölskyldutekjur. Einnig var spurt um fjölda heimsókna til heimilislækni, mat á eigin heilsu, viðhorf sjúklinga til tilvísanakerfis frá heimilislæknum til sérfræðinga í hjartasjúkdómum, kostnað, fyrirhöfn, ástæður, fjölda heimsókna til sérfræðinga í hjartasjúkdómum og hvort fólk hafi farið til þeirra án tilvísana.

Úr sjúkraskrá voru sóttar upplýsingar fyrir árin 2005 til 2007 varðandi heildarfjölda samskipta skjólstæðinga við heilsugæsluna, fjölda viðtala hjá heimilislækni, fjölda símtala og fjölda lyfjabeidna. Einnig var skráður fjöldi tilvísana til sérfræðinga í hjartasjúkdómum og fjöldi læknaþréfa sem borist höfðu frá sérfræðingum í hjartasjúkdómum.

Tölfræðilegir útreikningar voru gerðir í Excel og SPSS. Notað var Kí- kvaðrat próf við tölfræðilegan samanburð á flokkunarbreytum og Stúdentst-próf við samanburð á samfelldum breytum. Marktækur munur var skilgreindur sem  $p < 0,05$ .

Fengin voru tilskilin leyfi hjá Persónuvernd (S3723/2008 og Tilvísun 2008010050) og yfirlækni Heilsugæslunnar í Efstaleiti. Rannsóknin var kynnt Vísindasiðanefnd sem mat hana utan lagamma nefndarinnar (bréf dagsett 2. maí 2007).

### Niðurstöður

Mynd 1 sýnir hluta af svörum sjúklinga varðandi viðhorf þeirra til tilvísanakerfisins. Eins og sjá má á myndinni leggja sjúklingar áherslu á að hjartalæknar sendi heimilislækni læknaþréf (89%, 95% öryggisbil 85,1- 93,5). Fjörutíu og einn af hundruði töldu að það fjölgaði ferðum þeirra til heimilislækna (95% öryggisbil 34,0-47,6).

Yfirgnæfandi meirihluti eða 90% (95% öryggisbil 85,7-93,9) töldu að tilvísanir myndu leiða til meiri fyrirhafnar og/eða auka hjá sér kostnað. Af aðspurðum voru 67% sem fóru til sérfræðings í hjartasjúkdómum meðal annars vegna eftirlits, 25% vegna rannsókna eftir spítaladvöl, 19% vegna þess að heimilislæknir sendi þá til frekari greiningar og/eða meðferðar og 8% vegna boðunar frá hjartalækni eða ritara hans.

Sextíu af hundraði sjúklinga vildu að sérfræðingur í hjartasjúkdómum sinni eftirliti vegna síns hjartasjúkdóms en 35% vildu að bæði sérfræðingur í hjartasjúkdómum og heimilislæknir sinnu eftirlitinu.

Sautján af hundraði sjúklinga töldu sig fara einu sinni á ári til sérfræðings í hjartasjúkdómum en 37% töldu að þeir færu tvisvar á ári. Tuttugu og sex af hundraði töldu sig hafa farið þrisvar eða oftar á ári og 24% sögðust ekki vera í reglulegu eftirliti.

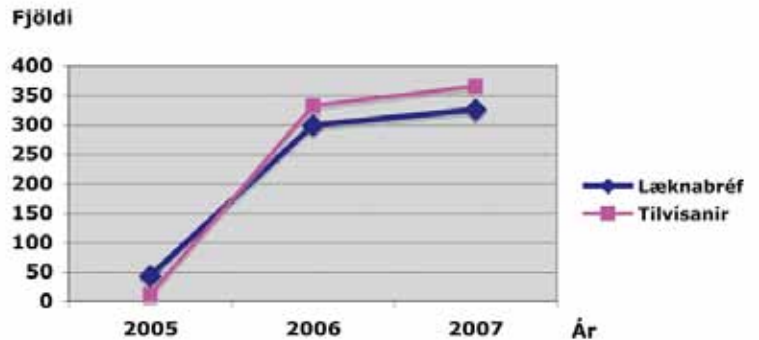
Rúmlega þriðjungur (N=71) hafði farið til sérfræðings í hjartasjúkdómum án tilvísunar frá heimilislækni og lenti þar með í vandræðum með greiðsluþátttöku sjúkratrygginga. Fjörutíu og níu af hundraði þeirra vissu ekki að þeir þyrftu tilvísun, 32% vissu ekki að tilvísun gildi ekki eftir á, 13% höfðu ekki náð að fá tíma hjá heimilislækni áður en þeir áttu tíma hjá hjartalækni og 6% höfðu sjálfir valið að fara án tilvísunar.

Af þeim sem svöruðu voru 46% hjá hjartalækni meðal annars vegna háþrýstings, 35% vegna hárrar blóðfitu, 40% vegna hjartsláttaróreglu og 35% meðal annars vegna kransæðasjúkdóms.

Um 60% töldu sig vera nægilega vel upplýsta um tilvísanakerfið.

Meðalaldur þeirra sem svöruðu spurningalistunum var 72 ár og kynjahlutfall jafnt. Af aðspurðum voru 17% launþegar, 73% ellilífeyrisþegar og 3,8% örorkuþegar. Í eigin húsnæði bjuggu 90% en 3% í leiguhúsnæði, 3% í þjónustuíbúð og 1% í félagslegri íbúð. Miðgildi tekna var á bilinu 250-399 þúsund kr. á mánuði. Þriðjungur var með framhalds-, iðn- og starfsmenntun (ekki á háskólastigi), 22% með háskólamenntun, 16% með grunnskólapróf sem hæsta menntunarstig og 16% með gagnfræðapróf. Tveir af þremur aðspurðum var gift/kvæntur, 19% ekkja/ekkill, 5% fráskilin, 4% ógift/ókvæntur og 3% í sambúð. Fjörutíu og tveir af hundraði mátu heilsu sína góða eða mjög góða, 47% sæmilega en 11% slæma eða mjög slæma.

Mynd 2 sýnir heildarfjölda tilvísana og læknaþréfa milli heimilislækna Heilsugæslunnar í Efstaleiti og sérfræðinga í hjartasjúkdómum á árunum 2005 til 2007. Heildarfjöldi læknaþréfa frá hjartalæknum á stofu til heimilislækna jókst



úr 43 fyrir allt árið 2005 í 326 fyrir allt árið 2007, eða tæplega áttíuþúsund aukning á þessu þriggja ára tímabili.

Heildarfjöldi samskipta (viðtöl, símtöl og lyfjabeðni) þessara 324 einstaklinga á þremur árum (2005-2007) var samtals 7533. Þeir sem einnig tóku þátt í að svara spurningalistum höfðu að meðaltali 5,4 viðtöl á stofu á ári miðað við 4,0 hjá hópnum sem vildi ekki svara spurningalistunum ( $p < 0,001$ ). Ekki var marktækur munur á fjölda símtala. Fjöldi tilvísana á sjúkling á ári var að meðaltali 0,8 hjá þeim sem samþykktu að svara spurningalistanum en 0,7 hjá þeim sem tóku ekki þátt, ( $p = 0,017$ ) og fjöldi læknaþréfa á sjúkling frá sérfræðingi í hjartasjúkdómum 0,8 hjá fyrri hópnum en 0,6 hjá seinni hópnum ( $p = 0,002$ ).

## Umræður

Tilvísanakerfi til sérfræðinga í hjartasjúkdómum var komið á árið 2006 eftir 22 ára hlé. Rannsókn okkar á áhrifum og afleiðingum þessara breytinga hófst tæpu ári síðar. Flestir aðspurðra sjúklinga voru óánægðir með fyrirkomulag tilvísanakerfisins og töldu því fylgja aukinn kostnað og meiri fyrirhöfn. Hins vegar var áberandi að meirihluti sjúklinga taldi æskilegt að upplýsingar bærust frá hjartalæknum til heimilislækna þeirra. Allnokkur hópur sjúklinga taldi ferðum sínum til heimilislækna hafa fjölgað við tilkomu tilvísanakerfisins en fáir töldu að ferðum sínum til hjartalækna hafi fækkað. Tilvísunum heimilislækna til sérfræðinga í hjartasjúkdómum fjölgaði verulega í kjölfar kerfisbreytingarinnar eins og við var að búast. Sömu leiðis fjölgaði læknaþréfum margfalt frá sérfræðingum í hjartasjúkdómum til heimilislækna.

Tilvísanakerfi er til staðar í mörgum löndum nær og fjær. Hins vegar eru ekki til margar hefðbundnar rannsóknir á viðhorfum lækna eða sjúklinga til tilvísana, en þeim mun meira til af skráðum heimildum um viðhorf og sjónarmið einstakra lækna um þessi mál. Ef draga má

**Mynd 2.** Fjöldi tilvísana til hjartalækna og fjöldi læknaþréfa frá hjartalæknum til heimilislækna við Heilsugæsluna Efstaleiti, Reykjavík á árunum 2005 til 2007.

ályktanir af orðræðu í fjölmiðlum og fagttimaritum hefur tilvísanaskylda mælst misvel fyrir gegnum tíðina. Skemmst er að minnast tilvísanadeilunnar svokölluðu hér á landi sem bar einna hæst á árunum 1993-1995 og olli deilum og faglegum átökum.<sup>10</sup> Andstaða við slíkt kerfi hefur einnig verið í Bandaríkjunum<sup>13</sup> og Svíþjóð<sup>14</sup> en ánægja í Noregi,<sup>12</sup> Danmörku og Bretlandi.<sup>11</sup>

Enda þótt formlegt tilvísanakerfi hafi ekki verið við lýði hér á landi sem fyrr segir er vert að hafa í huga að margir heimilislæknar og sérgreinalæknar hafa tileinkað sér gagnkvæm skrifleg samskipti í formi tilvísana. Má þar benda á niðurstöður rannsóknar á Akureyri frá árinu 1999<sup>4</sup> sem benti til þess að slík samskipti væru frekar regla en undantekning og að almenn ánægja gildi um slíkt form. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda þó til þess að á Reykjavíkursvæðinu hafi verið skortur á upplýsingaflæði milli heimilislækna við Heilsugæsluna í Efstaleiti og sérfræðinga í hjartasjúkdómum áður en tilvísanakerfinu var komið á.

Samkvæmt samantekt OECD fyrir árið 2005<sup>19</sup> eru 2,3 sérgreinalæknar og 0,8 heimilislæknar fyrir hverja 1000 íbúa í Danmörku; 1,9 sérgreinalæknar og 0,6 heimilislæknar í Svíþjóð; 2,1 sérgreinalæknar og 0,8 heimilislæknar fyrir hverja 1000 íbúa í Noregi; í Bretlandi er 1,7 sérgreinalæknar og 0,7 heimilislæknar fyrir hverja 1000 íbúa og í Bandaríkjunum eru 1,5 sérgreinalæknar og 1,0 heimilislæknir fyrir hverja 1000 íbúa. Á Íslandi eru sambærilegar tölur 2,2 sérgreinalæknar og 0,8 heimilislæknar.<sup>19</sup> Ljóst er þegar þessar tölur eru skoðaðar að fleira en fjöldi sérgreinalækna hefur áhrif á ánægju sjúklinga og lækna með tilvísanakerfi. Til dæmis fer ekki alltaf saman fjöldi sérgreinalækna og biðtími til þeirra. Í Danmörku og Bretlandi<sup>11</sup> hefur biðtími eftir sérgreinalæknum verið langur. Þar nýtist tilvísanakerfið til að draga úr biðtímanum þar eð heimilislækni er þá gert að sinna þeim málum sem hann telur sig geta sinnt og í annan stað að undirbúa tilvísunina með nauðsynlegum rannsóknum áður en viðkomandi fer til sérgreinalæknis. Almenn ánægja er með tilvísanakerfið í þessum löndum, bæði meðal lækna og skjólstæðinga þeirra. Í Bandaríkjunum er framboð sérgreinalækna gott og biðtími hóflegur og þar hefur ekki náðst fram tilætlaður sparnaður með tilvísanakerfinu.<sup>13</sup> Þetta kristallast einnig í fjölda tilvísana, en í Bandaríkjunum þar sem aðgangur að sér-greinalæknum er góður er um 30-36% sjúklinga vísað áfram frá heimilislækni til sérgreinalæknis en þetta hlutfall er um 14% í Bretlandi.<sup>20</sup>

Við leitumst við að gefa innleiðslu tilvísanakerfisins ákveðinn tíma til aðlögunar áður en

við sendum út spurningalista til skjólstæðinga okkar. Var það gert til að minnka líkurnar á að byrjunarhnókrar sem gjarnan vilja koma fram við breytingar sem þessar trufluðu niðurstöðu rannsóknarinnar. Hins vegar hefði þurft lengri aðlögunartíma eða að endurtaka þessa rannsókn ári síðar til að meta endanleg áhrif breytinga á áður rótgróið fyrirkomulag. Nú hefur tilvísanakerfið hins vegar verið afnumið að nýju.

Styrkur rannsóknarinnar felst meðal annars í því að þetta er eina rannsóknin sem til er hér á landi á álitum sjúklinga á tilvísanakerfinu. Einnig er hér einstakt tækifæri til að rannsaka þá breytingu sem á sér stað í samskiptum lækna sem þessi kerfisbreyting bauð upp á.

Varðandi veikleika rannsóknarinnar ber að hafa í huga að svör bárust frá 65% þeirra sjúklinga sem til greina komu í rannsókninni. Erfitt er að meta hvaða áhrif þetta svarhlutfall hefur haft á heildarniðurstöðuna, en kynni heimilislækna og skjólstæðinga þeirra gætu hugsanlega haft áhrif á þátttöku í spurningalistakönnuninni og svörum læknabréfa. Af þessum sökum var samskiptamynstur við heilsugæslustöðina og svörum læknabréfa borin saman hjá þeim sem vildu ekki svara spurningalista annars vegar við þá sem vildu taka þátt í þeim hluta.

Þessi hluti rannsóknarinnar endurspeglar fyrst og fremst samskipti lækna og viðhorf sjúklinga Heilsugæslunnar Efstaleiti sem sinnir 6% íbúa höfuðborgarsvæðisins og verður því að túlka niðurstöður með tilliti til þess. Þýði hjartasjúklinga, þátttaka og einhliða svör við sumum spurningunum (þröng öryggisbil) rennir þó stöðum undir túlkun þeirra. Enn fremur er vert að hafa í huga að þessi rannsókn á eingöngu við um tilvísanir til sérfræðinga í hjartasjúkdómum og því óvíst um viðhorf sjúklinga til annarra sérgreina.

Rannsókn okkar fjallaði ekki um kostnaðarútreikninga, eingöngu viðhorf sjúklinga vegna þeirra eigin útgjalda. Erlendar rannsóknir hafa þó sýnt fram á að tilvísanaskylda getur dregið úr kostnaði.<sup>11, 21, 22</sup> Einnig hafa rannsóknir sýnt að almenn heilsa sjúklinga er líklega betri þegar heilsugæslan er framvörður heilbrigðiskerfisins.<sup>21, 23-26</sup> Heilsugæslan er þó hluti af stærri heild og þar skipta annars stigs (sérfræðiþjónusta) og þriðja stigs (sjúkrahús) heilbrigðisþjónusta miklu máli. Öryggi sjúklinga felst fyrst og fremst í því að aðgengi sé gott að öllum þáttum kerfisins. Í bráðatilvikum getur heilsugæslan sent sjúklinga beint á sjúkrahús án formlegra tilvísana. Öryggi bráðveikra sjúklinga er þannig ekki ógnað með tilvísanakerfi. Ef tilvísanakerfi verða hluti af heilbrigðiskerfinu verður að tryggja að það þjóni

faglegum tilgangi. Þar er átt við að frumflokkun vandamála í heilsugæslu leiði til markvissari tilvísana á réttar sérgreinar sé þess þörf og stytta þannig biðtíma eftir annars stigs þjónustu frekar en að sjúklingurinn þurfi að finna út úr því og eigi á hættu að lenda í rangri biðröð.<sup>1-3, 25, 26</sup> Hins vegar verður einnig að gæta þess að tilvísanakerfi teffi ekki fyrir sérfræðilegri uppvinnslu.

### Lokaorð

Sjúklingar hafa á liðnum árum lagað sig að ríkjandi kerfi heilbrigðisþjónustu án tilvísana. Það er því ekki að undra að fáir hafi verið ánægðir með tilkomu tilvísanakerfis til sérfræðinga í hjartasjúkdómum og að flestum þeirra hafi þótt þetta nýja fyrirkomulag leiða til aukinnar fyrirhafnar. Tilvísanir heimilislækna í formi skriflegra upplýsinga um skjólstaðinga þeirra til hjartalækna og svarbréf hjartalækna áttfölduðust á rannsóknartímabilinu. Því má segja að fagleg samskipti hafi aukist verulega við þessa kerfisbreytingu. Þessi ávinningur samrýmist óskum sjúklinga og er líklegur til að auka gæði og öryggi þjónustunnar.

### Þakkir

Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Félags íslenskra heimilislækna. Við viljum þakka skjólstaðingum Heilsugæslunnar Efstaleiti fyrir þátttökuna sem og Önnu Erlu Guðbrandsdóttur skrifstofustjóra fyrir ómælda aðstoð.

### Heimildir

1. The Lancet. A renaissance in primary health care. *Lancet* 2008; 372: 863.
2. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008; 372: 917-27.
3. Fugelli P, Heath I. The nature of primary health care. *BMJ* 1996; 312: 456-7.
4. Sigurðsson HTH, Sigurðsson JÁ. Tilvísanir til sérgreinalækna. Umfang tilvísana heimilislækna og þörf á sérfræðiþjónustu. *Læknaþlaðið* 1999; 85: 616-22.
5. Svavarsdóttir AE, Oddsson Ó, Sigurðsson JA. Starfsnám unglækna í heilsugæslu – gæði og skipulag. *Læknaþlaðið* 2004; 90: 305-9.
6. Sheldon T, Jan van Es. Pioneer of evidence based primary care. *BMJ* 2008; 337: a1270
7. Hunskaar S (ritstjóri). *Allmenntmedisin*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo, 2. útg. 2003: 1-832.
8. Svavarsdóttir AE, Sveinsdóttir EG, Gunnarsdóttir G, Fjeldsted F, Mixa Ó, Stefánsson Ó, Halldórsson S (Ritsstjóri). Marklýsing fyrir sérnám í heimilislækningum: Reykjavík. Félag íslenskra heimilislækna, 2008.
9. Lög um Almannatryggingar nr 67/1971, gr 43.
10. Páll Sigurðsson. Heilsa og velferð: Þættir úr sögu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins 1970-1995. Mál og mynd 1998: 413.
11. Boerma WGW, Van Der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 481-6.
12. Haraldsson Þ. Sátt um norskar heimilislækningar. Rætt við Magne Nylenna framkvæmdastjóra norsku læknasamtakanna um nýtt fyrirkomulag heimilislækninga sem nýtur almennrar viðurkenningar í Noregi. *Læknaþlaðið* 2003; 89: 142-3.
13. Forrest CB. Primary care in the United States: Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003; 326: 692-5.
14. Sjódin C. Enig lækarkár tar avstånd frá remisstváng, Information frá Stockholms läkarförening, 2003. [www.sl.f.se/templates/Page.aspx?id=6604](http://www.sl.f.se/templates/Page.aspx?id=6604) Mars 2009
15. [www.tr.is/tryggingastofnun/saga/](http://www.tr.is/tryggingastofnun/saga/) Mars 2009
16. Lög um ráðstafanir í ríkisfjármálum, peninga- og lánsfjármálum nr 43/1984.
17. Lög um breytingu á lögum nr. 67/1971, um almannatryggingar, ásamt síðari breytingum. nr. 75/1989.
18. Reglugerð um greiðsluþátttöku Tryggingastofnunar ríkisins vegna þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga í hjartalækningum. nr. 241/2006.
19. Organization for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2007 – OECD Indicators: OECD: November 13, 2007. <http://puck.sourceoecd.org/vl=3249396/cl=11/nw=1/rpsv/health2007/g4-2-03.htm> Apríl 2009
20. Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Caroll K, Bindman AB. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 2002; 325: 370-1.
21. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42: 139-44.
22. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003; 1: 144-8.
23. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007; 37: 111-26.
24. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
25. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the importance of primary care in “case” management. *Ann Fam Med* 2003; 1: 8-14.
26. Engstrom S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 131-44.

## Gatekeeping and referrals from GPs to cardiologists: patients' opinions and registration of information flow

**Introduction:** Formal referrals to medical specialists have not been required in Iceland since 1984. In 2006, however, referrals were required for patients to receive reimbursement for cardiologists' fees. We studied patients' experiences and opinions on the referral process and explored the potential for quality improvement related to the increase in written communication between referring GPs and cardiologists.

**Material and methods:** Based on the electronic medical record system, referrals from GPs at Efstaleiti Health Care Center in Reykjavík to cardiologists between 1 June 2006 and 1 April 2007 were analyzed. A total of 344 patients were referred in this period. 245 agreed to participate in a questionnaire study about their opinions on the referral system and 209 (85%) completed the questionnaire. Relevant data on previous contacts with the health care

center and received consultants' reports from the years 2005-7 were extracted from the record system.

**Results:** Participating patients had a mean age of 72 years, male/female ratio 1:1. Ninety percent (95% C.I. 86-94) regarded the new referral system as more expensive and troublesome, but 89% (95% C.I. 85-94) wanted their cardiologist to send a formal report to the referring GP. The number of reports from cardiologists to the health centre's GPs increased from 43 in 2005 to 326 in 2007.

**Conclusion:** Implementation of a referral system led to some dissatisfaction among the patients. On the other hand, it led to a major increase in the information exchange between GPs and cardiologists, in clear accordance with patients' wishes. It would be of interest to study the impact of the increased information flow influenced on the health care delivered.

*Bjornsson S, Sigurdsson JA, Svavarsdottir AE, Gudmundsson GH.*

**Gatekeeping and referrals from GPs to cardiologists: patients' opinions and registration of information flow.**  
*Icel Med J 2010; 96: 335-40.*

**Correspondence:** Steinar Björnsson, [steinarbjorns@gmail.com](mailto:steinarbjorns@gmail.com)

**Key words:** referral, gate keeping, General Practitioners, doktors communication.

Barst: 21. apríl 2009, - samþykkt til birtingar: 19. mars 2010  
Hagsmunatengsl: Engin