

Nya rutiner på ortopedien gav effektivare vård och nöjdare patienter

Sjukgymnast och team gör första bedömning vid nybesök till ryggkirurg

BJÖRN KNUTSSON, överläkare
bjorn.knutsson@lvn.se

dr, sjukgymnast; båda ortoped-
kliniken, Länssjukhuset Sunds-
vall–Härnösand

För att klara vårdgarantin för patienter med ryggproblem har ortopedkliniken vid Sundsvalls sjukhus de senaste åren varit tvungen att anlita stafettläkare i hög utsträckning, vilket förutom en hög kostnad också i många fall inneburit sämre patient-läkarkontinuitet.

Vårdgarantin, som är lagstadgad sedan 2010, innebär att vi som vårdgivare måste säkerställa att alla patienter som ska bedömas på ortopedmottagningen för ryggproblem får en mottagningstid inom 90 dagar. Inom befintliga läkarresurser har detta varit särskilt svårt för patienter med ryggdiagnoser. När vårdgarantin prioriteras högre än medicinskt behov finns också en risk för att viktiga återbesök nedprioriteras [1].

Tidigare nationella och internationella studier har visat att en ryggkirurgisk eller ortopedisk mottagning där man arbetar i team och där en sjukgymnast gör den första bedömningen kan öka effektiviteten och vara kostnadseffektiv [2-5]. I teamet på Sundsvalls sjukhus ingår läkare, sjukgymnaster, sekreterare och sjuksköterskor. Dessutom finns en kurator tillgänglig i särskilda fall.

Vårt huvudsakliga syfte var att med befintliga läkarresurser, utan nyttjande av stafettläkare, klara vårdgarantin i samma utsträckning som tidigare. Sekundär målsättning var att kostnadseffektivt klara av den primära målsättningen utan att försämra patienternas upplevelse av mottagningsbesöket.

METOD

Figur 1 jämför vår gamla och nya arbetsmetod. I den nya strukturen bedömdes remisser och återbesök av en specialist inom ortopedi med ryggkirurgisk inriktning. De flesta patienter med remiss för nybesök kunde träffa en sjukgymnast. De patienter vilkas remisser beskrev särskilda medicinska skäl för primär prioritering till läkare eller som bedömts av

»Inom 1 till 2 veckor efter nybesöket diskuterades patientens sjukdomshistoria, undersökningsfynd och radiologiska utredning på en patientkonferens ...«

»De flesta patienter med remiss för nybesök kunde träffa en sjukgymnast.«

ortopedspecialist på annat sjukhus prioriterades till läkare. Alla patienter undersöktes utifrån en standardiserad undersökningsmall för att säkerställa att viktiga medicinska uppgifter såsom neurologiska fynd, tecken på ryggmärgspåverkan och allvarliga bortfallssymtom fångades upp.

Inom 1 till 2 veckor efter nybesöket diskuterades patientens sjukdomshistoria, undersökningsfynd och radiologiska utredning på en patientkonferens där läkare, sjukgymnaster, sekreterare och, i ett fåtal fall, sjuksköterska och kurator deltog. Om patienten bedömdes kunna vara aktuell för kirurgisk åtgärd kallades hen för ett återbesök till ryggkirurg. Patienten och inremitterande instans meddelades bedömningen per telefon eller brev.

Via journalgranskning fick vi fram

- antalet dagar mellan beställningsdatum och mottagningsbesök
- antal besök
- vem som undersökt patienten vid varje mottagningsbesök
- antal läkarbesök
- andelen läkarbesök som resulterade i en operationsanmälan.

Stafettläkarnas timkostnad hämtades från fakturan ställd till ortopedkliniken, övriga lönekostnader beräknades med hjälp av ekonomiafdelningen vid Sundsvalls sjukhus.

Telefonintervjuerna och analysen/viktningen av svaren genomfördes av Indikator (Institutet för kvalitetsindikatorer), som arbetat med liknande patientundersökningar sedan början av 2000-talet, både nationellt och internationellt [6]. Via ett standardiserat frågeformulär viktades intervju-svaren och omvandlades till en kontinuerlig variabel. Skalan går från 0 till 100, där 100 representerar bästa tänkbara resultat.

Population

I projektets första del inkluderades totalt 142 patienter: 71 från vårterminen 2014 (innan projektet startade 15 maj 2014) och 71 från höstterminen 2014. Patienterna inkluderades konsekutivt från och med 1 februari respektive 1 september.

I projektets andra del genomfördes telefonintervjuer av Indikator med 50 patienter från respektive termin [6].

Utfallsvariabler

Som utfallsvariabler bestämdes

- andel patienter som besökte ryggkirurgiska mottagningen inom 90 dagar från och med beställningsdatum (definitivt på vårdgarantin) [1]
- andel patienter som träffade stafettläkare vid nybesöket
- den direkta kostnaden för ett nybesök (timkostnad × mottagningstid) och den totala kostnaden för varje patient från nybesök till dess att beslut fattades

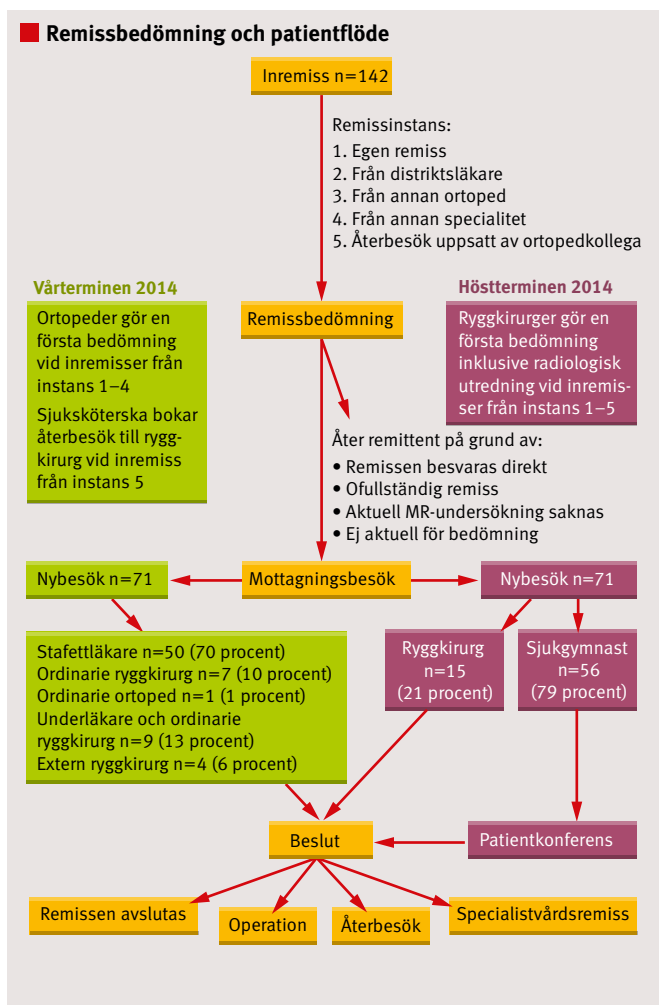
SAMMANFATTAT

För att klara vårdgarantin för patienter med ryggproblem har ortopedkliniken vid Sundsvalls sjukhus anlitat stafettläkare till höga kostnader.

En mottagningsstruktur där en sjukgymnast gör den första bedömningen ger ett effektivare nyttjande av läkarresurser, vilket också minskar behovet av stafettläkare.

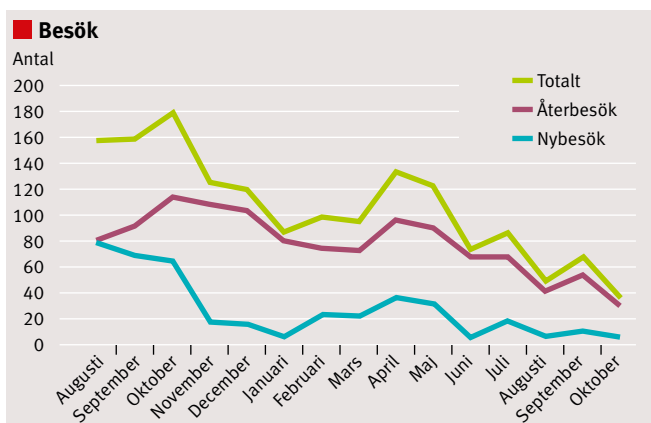
Sjukgymnastbedömningen diskuteras på en patientkonferens där anamnes, status och radiologisk utredning sammanvägs, och enbart patienter där kirurgisk åtgärd kan vara aktuell kallas till ryggkirurg.

Patienterna är nöjdare med omhändertagandet i den nya mottagningsstrukturen.



Figur 1. Flödesdiagram över remissbedömning/patientflöde där vi jämför det gamla arbetssättet (vårterminen 2014) med det nya (höstterminen 2014).

»Mottagningsverksamheten under höstterminen var effektivare ...«



Figur 2. Antal väntande nybesök, återbesök och totalt antal väntande under augusti 2013 till och med oktober 2014.

- antal läkarbesök för omhändertagandet av 71 patienter från respektive termin
- andelen läkarbesök som resulterade i operationsanmälan
- patienternas upplevelse av vården enligt Indicators modell
- antal patienter som väntade på nybesök respektive återbesök.

RESULTAT

Vårdgarantin klarades i hög utsträckning både under vårterminen och höstterminen; 97 procent respektive 94 procent av patienterna fick en bedömning inom 90 dagar från beställningsdatum. Behovet av stafettläkare för att klara nybesöken eliminerades helt under höstterminen, medan 70 procent av patienterna träffade stafettläkare vid nybesöket under vårterminen (Figur 1).

Som ett resultat av minskat nyttjande av stafettläkare nästan halverades den direkta kostnaden för ett nybesök från 732 kronor (stafettläkare) till 372 kronor (sjukgymnast). Kostnaden för enbart mottagningsbesöken (timkostnad × mottagningsstid) för 71 patienter minskade från 66 865 kronor (vårterminen) till 33 871 kronor (höstterminen). Kostnadsreduktionen berodde mycket på att antalet läkarbesök som krävdes för att fatta beslut minskade från 99 till 30 besök, en reduktion på 70 procent.

Det finns indirekta kostnader för varje patient som inte re-

TABELL 1. Svarkategorierna i varje fråga har omvandlats till en kontinuerlig variabel med 95 procents konfidensintervall inom parentes. Värdet kan variera mellan 0 och 100, där 100 är högsta tänkbara patientnöjdhet.

Fråga	Vårtermin 2014	Hösttermin 2014	P-värde
Hur lång tid tog det från att du tog första kontakten med kliniken (alternativt blev remitterad till kliniken) till dess att du kom på ett första besök?	49 (39–59)	65 (54–76)	0,106
Vad anser du om tiden du fick vänta?	62 (49–75)	76 (64–87)	0,144
Fick du tillräckligt med tid vid undersökningstillfället för att diskutera igenom ditt tillstånd?	78 (68–88)	90 (83–97)	0,102
Tog personen som undersökte dig tillräcklig hänsyn till dina kunskaper och erfarenheter av dina besvär?	71 (60–82)	91 (84–98)	0,011
Kände du förtroende för personen som undersökte dig?	76 (65–87)	86 (77–95)	0,202
Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt av personen som undersökte dig?	80 (70–90)	94 (89–99)	0,037
Hur lång tid tog det från att du var på ditt första besök till dess att du fick en diagnos eller ett besked baserat på undersökningen?	60 (47–73)	71 (60–82)	0,263
Vad anser du om tiden du fick vänta?	63 (47–79)	91 (83–99)	0,004
Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt av personalen på kliniken?	89 (81–97)	96 (92–100)	0,184
Kände du dig delaktig i beslut om din vård och behandling så mycket som du önskade?	73 (62–84)	73 (63–83)	0,933
Hur värderar du som helhet den utredning av dina ryggbesvär som gjordes på kliniken?	49 (40–57)	57 (49–66)	0,378

»Ett effektivare utnyttjande av läkarresurser gagnar inte bara verksamheten utan även patienterna...«

dovisats, t ex kostnader för patientkonferens. Vi har valt en enklare kostnadsanalys när de indirekta kostnaderna under vårterminen är svåra att beräkna, och patientkonferensen har i stor utsträckning ersatt icke-schemalagda konsultationer inklusive telefon-, brev- och mejlkorrespondens.

Mottagningsverksamheten under höstterminen var effektivare när andelen läkarbesök som resulterade i operationsanmälan ökade från 13 procent (vårterminen) till 53 procent (höstterminen). Samtidigt reducerades andelen återbesök efter nybesök från 39 procent (28/71) under vårterminen till 27 procent (15/56), och det totala antalet väntande patienter (nybesök + återbesök) minskade under projektet (Figur 2).

Dessutom var patienterna nöjdare med omhändertagandet under höstterminen jämfört med under vårterminen, även om få skillnader utföll som statistiskt signifikanta (Tabell I).

DISKUSSION

Projektet har visat att teamarbete för omhändertagande av nybesök till ryggkirurgisk bedömning gav högre effektivitet och nöjdare patienter, vilket stämmer väl överens med det som redovisats i tidigare studier [2-5].

Varje patient passerar flera medicinska kontrollpunkter: först remissprioriteringen av en ryggkirurg, därefter den standardiserade undersökningen som säkerställer kliniska parametrar och till sist patientkonferensen då hela teamet diskuterar lämplig handläggning. Eftersom patienterna alltid meddelas per brev eller telefon, finns det möjlighet till återkoppling om man som patient inte är nöjd med beslutet. Att bli noggrant utredd och undersökt och tagen på allvar är också viktigt ur ett patientperspektiv [7, 8].

Projektet har även medfört ett effektivare nyttjande av läkarresurserna så att vi kunnat prioritera återbesöken och således minimerat riskerna med undanträngningseffekter. Sjukgymnasternas roll är dock inte enbart att avlasta läkarna. Vid sjukgymnastbesöket träffar patienten i många fall rätt personalkategori direkt, oavsett om patienten kommer att opereras eller inte, och den primära bedömningen av en sjukgymnast reducerade antalet återbesök till läkare, vilket är i linje med tidigare studier [2-5].

Vårt tidigare arbetssätt innebar att remissprioriteringen sköttes av flera personer som inte alla gånger hade ryggkirurgisk inriktning. Den standardiserade undersökningen är också ett nytt arbetssätt på kliniken, och vi har även validerat undersökningsmallen via konsensusbeslut och också praktiskt via gemensamma patienter. Dessutom har vi i seminarieföreläsning gått igenom alla undersökningsmoment praktiskt på varandra och diskuterat hur och varför vi ska inkludera eller exkludera vissa moment. Patientkonferensen skapar ett utrymme att diskutera varje patient med ett multimodalt synsätt, vilket inte funnits möjlighet till tidigare. Ur ett patientperspektiv har dessutom återkopplingen blivit bättre när patienterna får telefonnummer och mejladress till ryggkirurgiska mottagningen.

Arbetsmodellen i team är tidigare väl beskriven och etablerad nationellt och internationellt [2-5]. Patienternas upplevelse av mottagningen är viktig, och för att undvika metodfel har en oberoende instans, Indikator, utfört den delen av studien. Populationens storlek är en möjlig svaghet, men vi bedömer att de 142 patienterna i den kvantitativa delen och de 100 patienterna i den kvalitativa delen är representativa för de omkring 650 patienter som varje år besöker ryggkirurgiska mottagningen vid Sundsvalls sjukhus. Vårt resultat styrker tidigare studier som talar för arbetsmetodens generaliserbarhet, även om det är viktigt att anpassa modellen efter lokala förhållanden [2-5].

KONKLUSION

Vår arbetsmodell i team där en sjukgymnast gör den första bedömningen skapar förutsättningar för att klara av våra patienters behov av ryggkirurgisk bedömning med ordinarie personal, utan nyttjande av stafettläkare. Ett effektivare utnyttjande av läkarresurser gagnar inte bara verksamheten utan även patienterna genom bättre vård, bättre kontinuitet och möjlighet till dialog med oss som vårdgivare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Projektet har finansierats med lokala patientsäkerhetsmedel för att bekosta två sjukgymnasttjänster och en sekreterartjänst under 6 månader. Patientintervjuerna som genomfördes av Indikator är finansierade av Svensk ryggkirurgisk förening.*

REFERENSER

1. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-5-30.
2. Hourigan PG, Weatherley CR. Initial assessment and follow-up by a physiotherapist of patients with back pain referred to a spinal clinic. *J R Soc Med.* 1994;87:213-4.
3. Rymaszewski LA, Sharma S, McGill PE, et al. A team approach to musculo-skeletal disorders. *Ann R Coll Surg Engl.* 2005;87:174-80.
4. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:643-50.
5. Kornerup U, Grönlund P, Nord T. Ändrad remisshantering för ryggbesvär utföll positivt. *Läkartidningen.* 2007;104:2170-1.
6. Institutet för kvalitetsindikatorer [citerat 10 apr 2015]. <http://www.indikator.org/>
7. Davis RE, Vincent C, Henley A, et al. Exploring the care experience of patients undergoing spinal surgery: a qualitative study. *J Eval Clin Pract.* 2013;19:132-8.
8. Hopayian K, Ntley C. A systematic review of low back pain and sciatica patients' expectations and experiences of health care. *Spine J.* 2014;14:1769-80.

■ SUMMARY

There is a shortage of spine surgeons in Sweden. To guarantee the legal right to healthcare, many counties must hire doctors, with increasing costs. In our new out-patient department routine, the majority of the patients are examined by a physiotherapist at their first visit. History taking and clinical and radiographic examinations are discussed in a team conference, and possible candidates for spine surgery are selected for an appointment with a spine surgeon. Furthermore, the patients were more satisfied with the new routine and management plan.