

Ändrad remiss- hantering för ryggbesvär utföll positivt

**Besök hos sjukgymnast före läkare
minskade ryggmottagningens kö**



ULF KORNERUP, överläkare
ulf.kornerup@jll.se

PER GRÖNLUND, leg sjukgymnast

TOMAS NORD, leg sjukgymnast;

samtliga vid ortopediklinikens ryggmottagning,
Östersunds sjukhus, Östersund

Vid ortopediklinikens ryggmottagning, Östersunds sjukhus, genomfördes under år 2004 ett projekt med syfte att förkorta väntetiden till läkarundersökning och att klargöra om en del av de remitterade patienterna kunde bedömas och behandlas av sjukgymnast.

Väntetiden för läkarbesök vid ryggmottagningen var vid projektets start 10–18 veckor för förtursbedömda remisser och 10–12 månader för oprioriterade. Denna väntetid är alltför lång för ryggpatienter. Studier har visat att just patienter med ryggbesvär behöver ett snabbt omhändertagande, helst inom 6 veckor–3 månader, då de annars riskerar att fastna i långvarig sjukskrivning utan rehabiliteringsinnehåll.

Ett läkarbesök vid ryggmottagningen innebär ett ställningstagande till operativ åtgärd av patientens ryggbesvär. Om patienten då inte har genomgått adekvat sjukgymnastisk behandling före läkarbesöket försvåras beslutet om eventuell operation av att konservativa åtgärder inte prövats fullt ut och inte heller kunnat utvärderas.

Projektets frågeställningar gällde framför allt om väntetiden för läkarbesök på ryggmottagningen kunde förkortas genom en förändrad mottagningsstruktur och om sjukgymnastisk behandling kunde påverka patientens besvär så att läkarbesök onödiggjordes. Dessutom sökte vi svar på följande frågor: Kunde remissprioriteringen för läkarbesök (oprioriterat eller förtur) ändras efter sjukgymnastbedömning? Uppfattade patienterna mötet med sjukgymnast som första kontakt på ryggmottagningen positivt eller negativt? Kunde läkarbesöket effektiviseras om all möjlig konservativ behandling utförts dessförinnan?

METOD

Alla remisser till ryggmottagningen granskades och prioriterades av en överläkare i ortopedi med inriktning på degenerativa ryggsjukdomar. Varje remiss kategoriserades på väntelistan till läkarbesök som förtur eller vanlig turordning. Remissen kunde också efter granskning direktbesvaras med förslag på vidare åtgärder hos inremitterande.

Till förtur prioriterades patienter där remissuppgifterna ta-

lade för rotsyndrom eller annan sjukdom med utstrålade smärta som skulle kunna kräva snar operativ eller annan åtgärd. Rygg- och nacksmärta utan misstanke om nervtryck ställdes på väntelista med vanlig turordning.

Samtliga patienter som remitterades till ryggmottagningen år 2004 deltog i projektet, totalt 447 patienter fördelade på 207 män och 240 kvinnor. Av dessa 447 patienter befann sig 353 i åldersskiktet 26–65 år.

De patienter som efter remissgranskning skulle till mottagningsbesök kallades i första hand till sjukgymnast för bedömning.

Som kontrollgrupp gällande eventuell förkortad väntetid till läkarbesök användes samtliga patienter inremitterade under åren 2001–2003 (1 307). 81 procent av dessa patienter kallades till läkarundersökning. I övriga 19 procent av fallen antingen vidarebefordrades remissen till annan instans, avfördes remissen på grund av att patienten blivit bra eller direktbesvarades remissen av remissgranskande läkare med råd och anvisningar om fortsatt handläggning.

För att få så samstämmiga bedömningar som möjligt utarbetade vi en gemensam undersökningsmall utifrån ett ortopedmedicinskt synsätt. Undersökningen innefattade smärtanalys, neurologisk undersökning, aktiv och specifik rörlighet, muskelfunktion, palpation samt olika provokationstest. Utifrån denna bedömning gjordes en sammanfattning av besvärshandling, som sedan presenterades vid en patientkonferens där läkare, sjukgymnast, sjuksköterska och kurator deltog för att diskutera fortsatt handläggning av patientens ryggproblematik.

För att utröna patienternas attityd till att i första hand möta sjukgymnast i den nya mottagningsstrukturen genomfördes en enkätundersökning. Enkäten var inte optimalt utformad för denna uppgift men kan ändå ge en viss fingervisning angående patienternas uppfattning av besöket hos sjukgymnast.

RESULTAT

Sammanlagt 29 procent av 2004 års inremitterade patienter kunde återremitteras till inremitterande instans med förslag om fortsatt konservativ terapi alternativt efter behandling av sjukgymnast vid ryggmottagningen. 44 procent av patienterna bedömdes, efter sjukgymnastbedömning eller sjukgymnastbehandling på ryggmottagningen, ha behov av att träffa läkare för operativ bedömning alternativt önskade själva sådan läkarbedömning. I 21 procent av fallen patienten blivit bra och själv avbokat tiden eller kunde remissen direktbesvaras med råd och anvisningar om fortsatt handläggning. 6 procent av remisserna saknades vid uppföljningen.

Efter bedömning hos sjukgymnast och efterföljande diskussion på patientkonferens ändrades prioriteringsgraden till läkarundersökning för 28 av 333 patienter. 19 av 143 patienter som initialt planerats för förtursundersökning hos läkare omprioriterades till vanlig ordning, och 9 av 190 patienter som initialt planerats för oprioriterad undersökning fick i stället förtursbedömning hos läkare.

Patientens upplevelse av sjukgymnastbedömning efterfrågades i en enkät som lämnades ut under 8,5 månader år 2004.

SAMMANFATTAT

Ett projekt med syfte att förkorta väntetiderna till läkarundersökning men även klargöra om en del av de remitterade patienterna kunde bedömas och behandlas av sjuk-

gymnast, genomfördes under år 2004.

Projektet utföll positivt och har medfört en förändrad och förbättrad mottagningsituation.

Cirka 200 patienter kunde svara på enkäten under denna tid, och totalt lämnades 99 enkäter in. Över 80 procent av svaren uttryckte att besöket hos sjukgymnast motsvarade förväntningarna, och 90 procent tyckte att man fått en rimlig förklaring till besvären i ryggen. Något över 30 procent av patienterna upplevde inte en läkarbedömning som nödvändig efter den genomförda sjukgymnastundersökningen.

DISKUSSION

Projektresultatet visar att efter bedömning hos sjukgymnast och efterföljande patientkonferens har 29 procent av de inremitterade patienterna kunnat avföras från väntelistan till läkare. Denna väntelista påverkas av flera faktorer, bl a antalet inkommande remisser, hur många av dessa remisspatienter som behöver läkarbedömning och naturligtvis hur mycket läkararbetstid som finns att förfoga över på mottagningen. I projektet har vi försökt påverka en av dessa faktorer, dvs hur många av de inremitterade patienterna som behöver läkarbedömning/ryggkirurgisk bedömning. Väntetiden till läkarbesök förkortades dock inte under projektåret 2004 på grund av att läkararbetstiden på ryggmottagningen minskade samma år. Under åren efter själva projektåret 2004 har det emellertid skett en successiv förändring till det bättre vad gäller väntetiden för ryggkirurgisk bedömning. Flera orsaker till denna utveckling kan spåras. Projektarbetssättet har förfinats, och för närvarande är det över 40 procent av hitremitterade patienter som, efter undersökning hos sjukgymnast, inte behöver läkarundersökas. Detta innebär att färre patienter planerats för läkarundersökning, vilket i sin tur medfört ökad möjlighet att så att säga arbeta ikapp väntelistan för ryggkirurgisk bedömning. Dessutom har läkararbetskraften ökat något på senare tid. I dagens läge är väntetiden för läkarbesök vid ryggmottagningen 2–4 veckor för förtursbedömda remisser och 4–12 veckor för oprioriterade.

Förutom att bedömningen/behandlingen hos sjukgymnast på ryggmottagningen kan medföra att många patienter inte behöver genomgå ryggkirurgisk bedömning kan även en del remisser bedömda av läkare omprioriteras från förtur till vanlig ordning eller tvärtom efter sjukgymnastbesöket.

Patienternas inställning till att möta sjukgymnast som första kontakt vid remissbesöket på ryggmottagningen var i allmänhet positiv.

I de fall där läkarundersökning blivit aktuell efter sjukgymnastbedömningen har detta läkarbesök ofta effektiviserats av att patienten då redan genomgått sjukgymnastisk bedömning angående konservativa behandlingsmetoder. Bedömande läkare behöver således inte fundera på ytterligare sådana handlingar utan kan helt koncentrera sig på möjligheten till ryggkirurgisk åtgärd.

Det finns säkert många ortopedkliniker som har likartade problem med långa väntetider för läkarundersökning som vi har haft. Det kan då naturligtvis vara lockande att försöka genomföra samma förändring som vi har gjort. Vi tror absolut att vår modell går att genomföra på många andra ställen, men man bör vara medveten om de fallgropar som finns. Sjukgymnast och läkare har i grunden olika utbildning och olika modeller för undersökning, diagnostisering etc. Vi har under flera år haft gemensam nybesöksmottagning, det vill säga läkare och sjukgymnast har tillsammans undersökt remisspatienter. Detta har efter hand lett till en samsyn och till att vi kunnat upprätta en gemensam undersökningsmall. Utan detta »förarbete« hade förändringen av mottagningsverksamheten knappast kunnat genomföras.

Sammanfattningsvis har vi i och med genomförandet av detta projekt kommit fram till ett nytt arbetssätt som gagnar alla

inblandade. Hitremitterade patienter som inte är i behov av ryggkirurgisk bedömning slipper månader av onödig väntan på ett läkarbesök som inte säger annat än att patienten inte har nytta av ett ryggkirurgiskt ingrepp. De flesta av dessa patienter kan dessutom redan vid sjukgymnastbedömningen/behandlingen få tips och råd om fortsatt egen aktivitet för att förbättra tillståndet samtidigt som behandlingsanvisningar avgår till inremitterande som remissvar. Eftersom mer än 80 procent av ryggmottagningens patienter är i arbetsför ålder borde en snabbare handläggning vid ryggmottagningen bidra till likaledes bättre och snabbare möjligheter till arbetsrehabilitering för dem som är sjukskrivna.

Projektrapporten kan i sin helhet rekvireras från författarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

ÖVERSIKTSREFERENSER

Main CJ, Booker, CK. The nature of psychological factors. In: Main CJ, Spanswick CC, editors. Pain management. An interdisciplinary approach. First ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000: p. 22.

Linton SJ. Smärtans psykologi: muskuloskeletal besvär – teori och åtgärder. Stockholm: Folksam; 1992.

Ont i ryggen, ont i nacken. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000. SBU-rapport nr 145.

Matthis I. Den tänkande kroppen, Stockholm: Natur och Kultur; 1997, ISBN:9127067513.

Brannon L, Feist J. Health psychology. 4:de upplagan. Belmont: Wadsworth; 2000.

Det finns fler än 30 000 artiklar i Läkartidningens artikelarkiv.

Som medlem i Sveriges läkarförbund når du arkivet via vår webbplats www.lakartidningen.se

Utmanande saklig

Läkartidningen