Ländryggsprojektet i Rehab Öst
-
nytt arbetssätt med sjukgymnastisk specialistbedömning för patienter med ländryggssmärta

Författare:
Carin Andersson
Jonas Nilsson
Leg.sjukgymnaster
Rehab Öst Innerstaden

Tack

Vi vill tacka Samordningsförbundet Östra Östergötland för ekonomiskt bidrag till detta projekt.

Carin Andersson och Jonas Nilsson

1. Bakgrund

1.1 Epidemiologi

Ländryggsbesvär är en vanlig orsak till att söka vård, dock tillfrisknar 80-90 procent inom två veckor. Hos 75 % av dem som inte tillfrisknat kvarstår smärta och funktionsnedsättning efter ett år. Ländryggsbesvär är också en vanlig orsak till sjukskrivning och det får konsekvenser för såväl individen som samhället (1,2,3).

De totala samhällsekonomiska kostnaderna för olika sjukdomsgrupper i Östergötland beräknades år 2006 till cirka 20,2 miljarder kronor. Därav var 34 procent direkta kostnader för sjukvård (slutenvård, öppenvård och övrig sjukvårdsverksamhet) och 66 procent var indirekta kostnader för produktionsbortfall, sjukskrivning mm. Psykiska sjukdomar (27 procent) och rörelseorganens sjukdomar (23 procent) orsakar tillsammans hälften av samhällskostnaderna för ohälsa (4).

1.2 Organisation Rehab Öst

Primärvårdens sjukgymnastik i östra länsdelen är organiserad i Rehab Öst med enheterna Rehab Öst Innerstaden, Rehab Öst Ytter och Rehab Öst Vrinnevi. I Finspångs kommun med 20500 invånare har hela sjukvården en egen organisation. I Norrköpings innerstad är sjukgymnasterna samlokaliserade till Rehab Öst Innerstaden och har lokaler vid Hageby vårdcentral. Denna enhet arbetar mot många vårdcentraler och har cirka femton sjukgymnaster anställda. Vid vårdcentralerna i ytterområdena har Rehab Öst i regel två sjukgymnaster per enhet.

Vid ryggbesvär träffar ofta patienten läkare och/eller sjukgymnast. Under 2008 sökte 8600 patienter vård vid Rehab Öst, och av dessa sökte ca 2000 patienter sjukgymnast på grund av ländryggssmärta. Patienterna sökte på eget initiativ, via hänvisning från läkare med eller utan remiss, via sjuksköterska på vårdcentral eller via Sjukvårdsrådgivningen. Andelen sjukskrivna är inte känd.

Sjukgymnasterna strävar efter ett evidensbaserat arbetssätt i bedömning och behandling av patienter för att förbättra individens livskvalitet, bibehålla funktion, aktivitets- och arbetsförmåga i så stor utsträckning som möjligt. I de internationella riktlinjerna för ländryggssmärta (5,6) betonas vikten av ett biopsykosocialt synsätt där hänsyn tas till både fysiska och psykosociala riskfaktorer vid bedömning av ländryggssmärta. De psykosociala riskfaktorerna har visat sig ha stor inverkan på utvecklingen av långvariga besvär och arbetsoförmåga (7,8,9). Detta synsätt har också medfört rekommendationer avseende utvärdering av interventioner för denna patientgrupp (10,11) och instrument för utvärdering av alla komponenter enligt Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) eftersträvas (12).

Tillgänglighet till vården och optimalt utnyttjande av kompetens och resurser är också en förutsättning för god vård. Målet med sjukgymnastiska åtgärder är ofta återgång till arbetslivet men minst lika ofta är målet att förebygga sjukskrivning genom ett adekvat omhändertagande.

1.3 Nack- och ländryggsprocessen

Under ett par år arbetades en länsöverskridande nack- och ländryggsprocess fram i Östergötland. I denna processgrupp ingick representanter från Ortopedicentrums ryggsektion, Neurokirurgiska kliniken, Smärt- och rehabiliteringscentrum, Rehabmedicinska kliniken och primärvården. Målet var att förbättra vårdkedjan och omhändertagandet av nack- och ryggpatienter. Detta för att patienterna ska handläggas av rätt vårdgivare och därmed mer optimalt utnyttja primärvårdens och specialistklinikernas resurser. I denna process har bland annat sjukgymnastens och specialistsjukgymnasten roll i vårdkedjan tydliggjorts.

Implementering påbörjades under 2008 och efter att processen slutgiltigt fastställts 081110 (se bilaga) fortsatte implementering successivt.

1.4 Ländryggsprojektet vid Rehab Öst

Redan under 2003-2004 genomfördes ett projekt i samverkan mellan Hälsouniversitetet, ortopedkliniken US Linköping och primärvården i östra länsdelen (13). Syftet var att i primärvården i större utsträckning utnyttja sjukgymnastkompetens i bedömningar av patienter med ländryggsproblematik. Då genomfördes ett projekt där en specialistsjukgymnast och en ryggortoped genomförde parallella bedömningar av 41 patienter som stod på väntelista till ortopedklinikens ryggsektion. Resultatet visade att nästan hälften av dessa kunde ha handlagts i primärvård och att ortopedens och sjukgymnastens bedömning hade en god klinisk överensstämmelse, även avseende röda flaggor, dvs tecken på allvarlig sjukdom.

Ländryggsprojektet initierades efter ett samverkansmöte hösten 2007 då ryggortopeder och sjukgymnaster vid Rehab Öst träffades för uppdatering av ryggsektionens arbete. Diskussioner kring sjukgymnastens roll fördes och ortopeden hade en önskan om ett bättre utnyttjande av specialistsjukgymnast i primärvården. Många patienter remitterades nämligen till ryggsektionen utan att ha färdigbehandlats i primärvården. Flera patienter skulle haft nytta av en bedömning och behandling av en sjukgymnast i primärvård. Detta bidrog till att flertalet patienter som remitterades till ryggortoped i stället borde ha handlagts i primärvården och de var således inte aktuella för ortopedkirurgisk åtgärd. Detta resulterade bland annat i att väntetiden till ryggsektionen förlängdes.

Enligt vårdgarantin har patienten rätt till en tid hos specialist inom tre månader. Väntetiden var 2007 runt tre till sju månader och endast 29 % fick en tid inom tre månader. Efter ortopedbedömningen återremitterades de flesta av patienterna till primärvården eftersom kirurgisk åtgärd inte var aktuell. Endast cirka 10 % var aktuella för operation. Väntetiden till operation var i januari 2007 mer än 3månader för 36-58 % av patienterna (statistik väntelista OC, muntlig kommentar).

Ett annat problem var att remisserna till ortopeden ofta hade ett bristfälligt innehåll, och primärvården var i behov av tydligare riktlinjer och kunskap om vilka patienter som ska remitteras till ortopedspecialist och vad remissunderlaget bör innehålla. Detta medförde förutom att "fel" patienter kom till OC, att patienter som verkligen behövde ortopedkonsultationen, fick oacceptabel väntetid och indirekt att väntetiden till operation förlängdes. Patienter kunde under denna tid vara sjukskrivna utan aktiv åtgärd, vilket i sin tur kunde innebära onödigt lång sjukskrivningstid, och att rehabilitering fördröjdes. En annan aspekt är att de ryggpatienter som arbetade med smärta och/eller funktionsnedsättning utan att adekvata åtgärder vidtogs, löpte större risk att bli sjukskrivna.

I och med den ökade efterfrågan av sjukgymnaster och specialistsjukgymnaster vad gäller ländryggspatienter så sågs resurser och kompetens över vid Rehab Öst, i syfte att kunna möta kraven enligt riktlinjerna i Nack- och ländryggsprocessen. I Rehab Öst eftersträvas att samtliga sjukgymnaster ska ha en baskompetens motsvarande Ortopedisk Manuell Terapi (OMT) steg 1, Mekanisk Diagnostik och Terapi (MDT) A och B, basal kroppskännedom (BK) steg 1 och akupunktur steg 1 och 2. En annan målsättning är att några sjukgymnaster dessutom skall ha en specialistfunktion inom ortopedisk medicin. Vid Rehab Öst beslutades att sjukgymnaster med denna funktion, då det gäller funktionsstörningar i columna, utöver baskompetens skall ha kompetensen OMT steg 2 och/eller MDT credential examination (credex). När detta projektetarbete startades hade en sjukgymnast OMT 2 kompetens och två sjukgymnaster MDT credex.

Utbildningen i OMT omfattar studier och examen i diagnostik och behandling av smärta och andra symtom orsakade av skador och sjukdomar i rörelsesystemet samt prevention. Utbildningen indelas i tre steg, OMT 1, 2 och 3 varav examination sker i steg 2 och 3 (14).

Utbildning inom MDT omfattar studier av hur McKenzies koncept för mekanisk diagnostik och behandling appliceras på lumbal-, thorakal- och cervikalcolumna. Utbildningen delas in i kurs A, B, C och D och efter detta kan en credential examination avläggas (15).

Projektet finansierades delvis av Norrköpings samordningsförbund (numera Samordningsförbundet Östra Östergötland). Samordningsförbundet arbetar med finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Målgruppen för den finansiella samordningen är personer i förvärvsaktiv ålder (vanligen 20 – 64 år) som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och uppbär offentlig försörjning. Syftet med den finansiella samordningen är att underlätta en effektiv resursanvändning. De samordnade resurserna ska användas för insatser som syftar till att den enskilde ska uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete (16).

2. Syfte

Syftet var:

- att utveckla ett arbetssätt i Rehab Öst för att förbättra omhändertagandet av patienter med ländryggssmärta
- att i större utsträckning tillvarata sjukgymnastisk kompetens för att bättre kunna urskilja de patienter med ländryggssmärta som är i behov av bedömning av ryggortoped
- att bidra till förkortade väntetider i vårdkedjan
- att minska sjukskrivning med 10 % för de patienter som ingick i projektet
- att ta fram relevanta frågeformulär för patientgruppen

Syftet stämmer överens med Nack- och ländryggsprocessen avseende bedömning av sjukgymnast med specialistkompetens för att optimera primärvårdens resurser.

3. Metod, genomförande

3.1. Auskultation och parallell mottagning

För att förkorta väntetiden till ryggortoped planerades att en sjukgymnast med specialistkompetens skulle utföra den kliniska undersökningen av en del av de patienter som remitterats till OC. Auskultation och kalibrering av undersökningsresultat utfördes redan 2003-2004 enligt tidigare nämnt projekt och visade att en sjukgymnastisk bedömning kunde ersätta en ryggortopeds (13). En ny kalibrering bedömdes inte behöva utföras.

Parallella mottagningar med ryggortoped och specialistsjukgymnast planerades och genomfördes vid ett tillfälle. Flera tillfällen var inplanerade men kunde inte genomföras eftersom arbetstiderna inte kunde samordnas. Både ryggortoped och specialistsjukgymnast hade flera olika uppdrag och olika arbetsorter. Anledningen till att sjukgymnasten skulle göra bedömningen på ortopedmottagningen var att underlätta kommunikation t.ex. angående MRT-svar.

3.2. Utbildning

För att öka antalet sjukgymnaster med specialistfunktion utbildades från januari 2008 till juni 2009 ytterligare en sjukgymnast i OMT steg 2.

3.3 Underlag för remiss till röntgen och ryggsektionen OC

Som nämns i bakgrunden hade remisserna till OC ofta ett bristfälligt innehåll och många patienter uppfyllde inte kriterierna för remiss. För att bidra till att "rätt" patienter blev remitterade och att remissen innehöll adekvat information utarbetade ryggsektionen vid OC riktlinjer för remiss till röntgen respektive ortopedbedömning. Dessa riktlinjer finns i nack- och ländryggsprocessen.

Författarna hade med anledning av dokumentet kontakt med ryggortoped via e-post och vid ett personligt möte på OC. Synpunkter och förslag till förändringar lämnades, för att ytterligare avgränsa och förtydliga. I ett senare samverkansdokument mellan OC och primärvården har flera av dessa synpunkter beaktats.

Enligt dessa riktlinjer fick distriktsläkare möjlighet att skriva remiss till magnetröntgen och undersökningen betalades av OC. Detta beslut togs i november 2008 och förändrade delvis indikationen för remiss till specialistsjukgymnast.

3.4 Nya rutiner för hänvisning till rätt vårdnivå inom Rehab Öst

Vid ländryggsprojektets start bokades patienten via telefon och i enstaka fall via brevkallelse. Av de sexton sjukgymnaster som arbetade vid enheten ansvarade sex för tidbokningen.

Sjukgymnasterna i tidbokningen gjorde en bedömning om patienten skulle hänvisas till en sjukgymnast med baskompetens eller till en sjukgymnast med specialistfunktion. För att underlätta bedömningen till rätt vårdnivå delades ländryggspatienterna in i fyra grupper utifrån vilken sjukgymnastkompetens som de bedömdes vara i behov av, alternativt det som efterfrågades i en remiss.

1. patienter med ländryggssmärta där baskompetens bedömdes tillräcklig

2. patienter med ländryggssmärta med behov av mer än baskompetens (se nedan för mer information)

3. patienter med ländryggssmärta där specifikt second opinion och/eller fortsatt behandling/behandlingsförslag av specialistsjukgymnast efterfrågades

4. patienter med ländryggssmärta där distriktsläkare specifikt efterfrågade bedömning inför eventuell ortopedremiss eller remiss till MRT

Faktorer som påverkade att en patient kom till grupp 2 istället för grupp 1 var att patienten var sjukskriven, var försämrad över tid, behandlats tidigare med tveksam effekt, uppvisade psykosociala riskfaktorer, var missnöjd med tidigare handläggning och/eller genomgått ryggkirurgi utan förbättring.

Patienter i grupp 3 och 4, som var hänvisade från läkare, skulle ha en remiss med tydlig frågeställning och begäran om bedömning av specialistsjukgymnast. Patienter som kom från annan sjukgymnast överfördes muntligt.

Tre sjukgymnaster medverkade i projektet och utförde specialistbedömningar. Dessa reserverade en till två tider i veckan i tidboken i Cosmic där sedan sjukgymnasterna i tidbokningen kunde boka in bedömningar av ländryggspatienter från grupp 2, 3 och 4. Distriktsläkare och sjukgymnastkollegor kunde också ta direktkontakt med specialistsjukgymnasterna.

Under första tiden av projektet avsattes också tid till interna möten i Rehab Öst. Vid dessa träffar deltog de tre sjukgymnasterna i projektet, sjukgymnasterna som ansvarade för tidbokningen samt verksamhetschef och vårdenhetschefer.

3.5 Information om nack- och ländryggsprocessen och ländryggsprojektet

Det länsövergripande arbetet med nack- och ländryggsprocessen och ländryggsprojektet i Rehab Öst pågick parallellt under projekttiden.

Som en del i implementeringen av nack- och ländryggsprocessen anordnades i mars 2008 en temadag med läkare och sjukgymnaster i primärvård i östra länsdelen som målgrupp. Representanter från ryggsektionen vid OC, Smärt- och rehabcentrum US, neurokirurgiska kliniken US och Rehab Öst informerade om processen.

Vid ett möte i december 2008 informerades chefsläkarna i primärvården i östra länsdelen (NSÖ) att processen fastställts och de slutgiltiga processdokumenten presenterades.

Utöver information från respektive chefsläkare erbjöds samtliga vårdcentraler ytterligare information kring processen och ländryggsprojektet vid Rehab Öst. Fyra vårdcentraler i Norrköpings innerstad besvarade denna inbjudan och besöktes.

Ytterligare information till ytterområden spreds via sjukgymnaster på respektive vårdcentral efter ett gemensamt möte inom Rehab Öst. Författarna erbjöd sig personligen att ge ytterligare information på respektive vårdcentral vid behov.

Vid två olika tillfällen gavs information till telefonsjuksköterskor där betoning lades på det första steget i processen för att underlätta slussning av patienten till rätt vårdgivare.

Författarna har under projekttiden även deltagit i sjukgymnastmöten kring länsövergripande frågor i nack- och ländryggsprocessen. Vid dessa möten deltog specialistsjukgymnaster från östra, centrala och västra länsdelen samt representanter för landtingets Forsknings- och utvecklingsenhet (FOU). Bland annat har utvärdering av processen i stort diskuterats liksom gemensamma kliniska mätinstrument för patienter med nack- och ländryggssmärta.

3.6 Urval

Alla patienter som sökte Rehab Öst Innerstaden på grund av ländryggssmärta berördes direkt eller indirekt av projektet.

Patienter under 18 år exkluderades. Patienter med bristande kunskaper i svenska språket, bristande kognitiv förmåga eller annan oförmåga att fylla i formulären exkluderades avseende frågeformulär, men rapporterades till Samordningsförbundet vad gäller sjukskrivning.

De patienter som tillhörde patienttyp 2, 3 eller 4 träffade specialistsjukgymnast. I väntrummet före första besöket fyllde dessa patienter i frågeformulär.

Därefter togs en utförlig anamnes och en ortopedmedicinsk undersökning gjordes som underlag för den sjukgymnastiska bedömningen (funktionsdiagnosen).

Efter sista behandlingstillfället fick patienter utöver ovanstående frågeformulär även ett formulär med frågor om nöjdhet med och delaktighet i behandling mm. De patienter som hade poäng under 105 i Frågeformulär om smärtproblem, och därmed inte hade hög risk för långvariga problem, fyllde vid sista besöket inte i hela detta formulär utan endast den numeriska smärtskalan som ingår i formuläret.

För att studera om patienter, som bedömdes tillhöra patienttyp 1, skilde sig från övriga patienttyper fick även dessa under en period fylla i frågeformulären vid första besöket.

Samtliga patienter som fyllde i formulär hos specialistsjukgymnast informerades skriftligt (bilaga) och muntligt om att ingå i projektet och hade möjlighet att tacka nej utan att deras fortsatta handläggning påverkades. Patienter tillhörande patienttyp 1 informerades muntligt. Patienternas frågeformulär fick en kod för att säkra anonymitet.

Från april 2008 till och med september 2009 skickades en sammanställning över patienter i arbetsför ålder till Samordningsförbundet i Norrköping. Uppgifter lämnades om ålder, kön, remittent, datum för första och sista besök, sjukskrivningsgrad vid första och sista besöket och vad som händer patienten efter sista besöket (t.ex. egenvård, hänvisning annan vårdgivare). Senare under projekttiden efterfrågades även försörjningsform (t.ex. lön, sjukersättning), huvuddiagnos och arbetsförhållanden (t.ex. stat, kommun).

3.7 Utvärderingsinstrument

Då ländryggsprojektet startades valdes utvärderingsinstrument som byggde på nationella och internationella rekommendationer angående utvärdering av ländryggssmärta. Diskussion fördes även med en forskare vid Hälsouniversitetet. Rekommendationerna innebär att valda instrument bör täcka de olika komponenterna enligt Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF. Syftet var dessutom att utvärdera användningen av

instrumenten i det dagliga kliniska arbetet. Författarna tog även fram och utformade formulär med frågor om patientens nöjdhet och delaktighet i behandling.

3.7.1 Frågeformulär vid smärtproblem (= Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire, ÖMSPQ)

ÖMSPQ (8,17) valdes särskilt för att fånga de psykosociala riskfaktorerna. Instrumentet är utvecklat som ett screeninginstrument för att bedöma risk för långvarig smärta och funktionsnedsättning. Det innehåller 25 frågor om smärta, funktion och psykosociala faktorer och stämmer väl överens med ICF:s komponenter. Det innehåller bland annat en numerisk smärtskattningsskala (NRS) avseende smärtintensitet under senaste veckan respektive senaste tre månaderna samt smärtfrekvens senaste tre månaderna.

Screeningformulärets totalpoäng räknas fram enligt en manual (17). Poängen kan översättas till ungefärliga riskbedömningar. Max poäng är 210 poäng.

- över 105 poäng indikerar hög risk för långvarig smärta och funktionsnedsättning
- mellan 90 och 105 indikerar en måttlig risk för långvarig smärta och funktionsnedsättning
- under 90 poäng tyder på en låg risk för långvarig smärta och funktionsnedsättning och de flesta av dessa patienter kommer att bli återställda

Instrumentet är testat för ryggsmärta med god validitet och reliabilitet och kan med 82% säkerhet förutsäga risken för att vara långtidssjukskriven 6 månader efter testet (9). Svaren på de enskilda frågorna ger också viss vägledning för vidare handläggning. Instrumentet är inte utvärderat för att visa förändring över tid.

3.7.2 Oswestry Low Back Pain disability Questionaire (Oswestry)

Oswestry (18,19) är avsett för patienter med ländryggssmärta och har god reliabilitet och validitet (ref). Det innehåller frågor inom 10 områden inom främst komponenterna aktivitet och delaktighet enligt ICF. Poängen, 0-50, omräknas till en procentsats som sedan tolkas enligt en mall med fem olika nivåer av funktionsnedsättningar:

- 0-20 % motsvarar minimal funktionsbegränsning/aktivitetsnedsättning (disability)
- 21-40 % motsvarar måttlig funktionsbegränsning/ aktivitetsnedsättning
- 41-60 % motsvarar svår funktionsbegränsning/ aktivitetsnedsättning
- 61-80 % motsvarar mycket svår funktionsbegränsning/ aktivitetsnedsättning, "crippled" d.v.s. alla funktionsområden är gravt påverkade
- 81-100 % motsvarar en funktionsbegränsning som innebär att patienten är sängbunden eller överdriver sina symptom.

3.7.3 EQ-5D

EQ-5D (20,21) är ett icke diagnosspecifikt frågeformulär som mäter hälsorelaterad livskvalitet. Första delen består av frågor inom fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet) som ger en specifik hälsoprofil genom ett index (EQ score) mellan 1 och -0,59 där 1 anger bästa möjliga. Andra delen består av en visuell analog skala, 0-100, (EQ VAS) för skattning av hälsotillstånd där 100 står för bästa tänkbara hälsotillstånd.

3.7.4 Frågor om sjukskrivning och fysisk aktivitet

Som komplement till ovanstående frågeformulär skapades ett eget formulär för att få svar på frågor om sjukskrivning, orsak till sjukskrivning och motion. I formuläret ställs en öppen fråga om vad som i nuläget hindrar patienter att klara sitt arbete. Detta för att veta om interventionen mot ryggbesvären kunde förväntas påverka eventuell sjukskrivning.

3.7.5 Frågor efter sista behandlingstillfället

Frågorna i formuläret vid sista behandlingstillfället är ett urval av frågor som tidigare använts i studier om ländryggssmärta vid Hälsouniversitetet.

3.9 Bortfall

Antal bortfall till nybesök registrerades. Enligt enhetens sedvanliga arbetssätt kontaktades inte de patienter som lämnade återbud eller uteblev. I de fall patienten uteblev från ett sista planerat besök, skickades frågeformulär hem till patienten för utvärdering.

Till patienter med bristande kunskaper i svenska språket lämnades inte frågeformulär men de rapporterades till Samordningsförbundet.

3.10 Statistisk analys

Programmet PASW version 17 användes för deskriptiv och jämförande statistik. Vid gruppjämförelser gjordes både parametriska och icke-parametriska test med samma resultat avseende signifikans.

4. Resultat

4.2 Förstärkt sjukgymnastresurs

Under projekttiden har en sjukgymnast gått fördjupningsutbildning inom ortopedisk medicin, OMT steg 2. Kursen var upplagd över 3 terminer och omfattade 280 timmar samt en teoretisk och praktisk examination.

I juni 2009 hade två sjukgymnaster OMT steg 2 och två MDT credex. Dessa fyra arbetade på enheten Rehab Öst Innerstaden, varav tre ingick i projektet.

Det nya arbetssättet har skapat förutsättningar för att stärka primärvårdens resurser innan remiss skrivs till ortopedspecialist. Ländryggsprocessens krav på specialistkompetens inom sjukgymnastik kan bättre tillgodoses.

I den sjukgymnastiska specialistbedömningen ingår en ortopedmedicinsk undersökning och en bedömning av psykosociala riskfaktorer. Bedömningen omfattar röda flaggor som tecken på allvarlig patologi, neurologisk undersökning avseende nervrotspåverkan och klassificering av ospecifik ländryggssmärta. Denna klassificering syftar till att om möjligt identifiera smärtande strukturer som disk, facettled, sacroiliacaled, höftled, nervvävnad eller muskel. Eventuella funktionshinder och aktivitetsbegränsningar bedöms och som ett led i detta eftersträvas reliabilitets- och validitetstestade funktionstester och frågeformulär. Icke-organiska tecken liksom tecken på psykologiska faktorer (t.ex. rörelserädsla, undvikande av aktivitet och katastroftankar) noteras och vägs in i bedömningen. Bedömningen sammanfattas i en funktionsdiagnos där ICF:s komponenterna kroppsstruktur, kroppsfunktion, aktivitet och delaktighet ingår, och vid behov person- och omgivningsfaktorer.

4.2 Väntetider

De tre sjukgymnaster som var ansvariga för specialistbedömningarna avsatte sammanlagt fyra tider per vecka. Patienterna kunde då erbjudas en tid inom 14 dagar. Den 30 mars 2009 ersattes telefonbokningen av öppen mottagning , vilket innebar att patienttyp 1 och 2 inte längre urskiljdes av telefonbokare. Sedan öppen mottagning infördes har två till tre tider per vecka varit tillräckligt. Dessa tider är tillgängliga för både nack- och ryggpatienter.

Hur mycket väntetiden till ortopedspecialist minskat till följd av insatserna inom projektet har inte kunnat mätas. Generellt kan sägas att väntetiden i hela länet, till följd av flera olika insatser inom ländryggsprocessen, har minskat och i mars 2010 kan vårdgarantin, där alla patienter får tid till ortopedspecialist inom tre månader, uppfyllas.

4.3 Patienter till Ortopedicentrum

Totalt hänvisades 113 patienter under projekttiden till bedömning hos specialistsjukgymnasterna. Av dessa tillhörde 49 patienttyp 3 och 4 där en bedömning av specialistsjukgymnast uttryckligen efterfrågades och där även patienttyp 3 ofta avsåg eventuell vidareremittering till magnetröntgen eller Ortopedicentrum. Efter analys via journalsökning har 16 patienter besökt ryggsektionen OC inom sex månader efter sista besöket hos specialistsjukgymnasten.

De nya riktlinjerna för remittering har medfört att remissunderlaget förbättrats och att alla patienter har genomgått magnetröntgen före bedömningen hos ryggortoped.

4.4 Beskrivning av patienter som bedömts av sjukgymnast med specialistfunktion

4.4.1 Antal patienter hörande till patienttyp 2, 3 och 4

Av totalt 113 patienter som träffat specialistsjukgymnast tillhörde 64 patienttyp 2, 42 patienter tillhörde patienttyp 3 och 7 patienter tillhörde patienttyp 4. Under projektets gång framkom ofta att även för patienttyp 3 efterfrågades bedömning angående eventuell vidareremittering, ofta avsågs OC. Den 30 mars 2009 ändrades arbetssättet vid Rehab Öst Innerstaden i samband med att Öppen mottagning infördes. Detta innebar att tidbokning via telefon upphörde och inga patienter tillhörande patienttyp 2 finns efter detta datum. Efter 090330 redovisas endast kön, ålder och sjukskrivningsgrad.

Jämfört med tiden före projektet har antalet bedömningar motsvarande patienttyp 3 och 4 fördubblats.

4.4.2 Beskrivning av patientgruppen vid första besöket

Under perioden april 2008 t.o.m. september 2009 träffade 113 patienter specialistsjukgymnast. Medelåldern var 49,9 år och 15 var ålderspensionärer. Tjugofem personer var sjukskrivna och 10 hade hel sjukersättning på grund av ryggbesvär. Det fanns inga signifikanta skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män.

Tabell 1. Patientgruppens könsfördelning, medelålder och sjukskrivningsgrad. Gäller hela gruppen från 080415-090930.

	Män n=41	Kvinnor n=72	Totalt n=113
Ålder (antal år)	46,5	51,7	49,9
Sjukskrivning n=88	13	12	25
25%	1		1
50%	1	4	5
75%		1	1
100%	11	7	18

Fram till och med 090329 besvarade 75 patienter (totalt 92 patienter) frågeformulären vid första besöket.

Inom varje frågeformulär finns ett internt bortfall på vissa frågor och detta har hanterats enligt manual för respektive instrument.

Av de 75 patienter som fyllde i ÖMSPQ vid första besöket framgår att 16 % hade en besvärsduration under 12 veckor och att 35 % hade haft besvär mer än ett år. Trettiosju patienter var yrkesarbetande, tre var studerande och tretton var arbetssökande.

Enligt ÖMSPQ hade 55 patienter över 105 poäng och därmed hög risk för långvarig smärta och funktionsnedsättning. Medelvärdet låg på 121 poäng. Patientgruppen hade enligt Oswestry en genomsnittslig funktions- och aktivitetsnedsättning på 41 %.

Smärtintensiteten enligt numerisk smärtskala var avseende senaste veckan 6,8, avseende genomsnittslig smärta senaste tre månaderna 7,0 och avseende smärtfrekvens de senaste tre månaderna 7,7.

Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ 5D var för hela gruppen 0,33 enligt EQ score och 52 enligt EQ VAS.

Resultat av samtliga frågeformulär visar att sjukskrivna patienter skattade signifikant sämre vad gäller smärta, aktivitet/delaktighet, psykosociala riskfaktorer och hälsorelaterad livskvalitet jämfört med inte sjukskrivna.

Tabell 2. Smärtintensitet (numeric rating scale/NRS), funktion (Frågeformulär om smärtproblem/ÖMSPQ resp. Oswestry disability index) och hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D) 080415-090329. Medelvärde anges.

	Sjukskrivna	**Inte sjukskrivna**	**p-värde**
NRS senaste veckan n=73	7,5	6,5	0,01
ÖMSPQ n=73	132	117	0,01
Oswestry n=75	48,7	38,3	0,02
EQ score n=71	0,18	0,39	0,01
EQ VAS n=66	44,6	53,6	0,05

4.5 Jämförelse av patienttyp 1 och patienttyp 2-4.

Jämförelsen gjordes av två studenter vid Hälsouniversitet i Linköping (22). Resultatet i denna studie visar att de patienter som hänvisades till specialistsjukgymnast hade signifikant större risk att utveckla långvarig smärta och funktionsnedsättning och skattade sin livskvalitet lägre än de som bedömdes ha behov av sjukgymnast med baskompetens.

4.6 Förändring mellan första och sista besök

Vid första besöket var 25 personer sjukskrivna av 88 tänkbara (113 totalt, 15 ålderspensionärer och 10 med sjukersättning 100 %) och vid sista besöket var 15 patienter sjukskrivna. Av dessa uppger två att de är sjukskrivna av annan orsak än ryggbesvär (psykiska orsaker, axelsmärta). Av de som var sjukskrivna vid första besöket var 12 fortsatt sjukskrivna och tre patienter som inte var sjukskrivna vid första besöket var sjukskrivna vid sista besöket.

Tabell 3. Förändring i sjukskrivningsgrad.

	Sjukskrivning första besök	Sjukskrivning sista besök	p-värde
Antal patienter	25	15	0,01
Sjukskrivningsgrad			
25 %	1	0	
50 %	5	4	
75 %	1	1	
100 %	18	10	

De patienter som fyllde i frågeformulär både första och sista besöket hade förbättrats signifikant avseende smärtintensitet.

Tabell 4. Förändring i smärtintensitet, funktions- och aktivitetsnedsättning samt hälsorelaterad livskvalitet mellan första och sista besök. Medelvärde anges.

	Före	Efter	p-värde
NRS senaste veckan n=35	7,1	4,5	0,000
Oswestry n=38	42,0	29,9	0,000
EQ score n=38	0,31	0,58	0,000
EQ VAS n=31	51,6	60,2	0,025
ÖMSPQ n=24	139,1	114,6	0,001

4.7 Utvärdering av patientnöjdhet

Vid sista besöket fick patienterna fylla i en enkät avseende nöjdhet med bemötande, delaktighet i beslut, förväntad hjälp m.m. Se bilaga. Trettiosex patienter besvarade formuläret. Medelvärde på alla frågor låg mellan 5,8 och 6,7 (skala 0-7).

4.8 Bortfall

Tio patienter lämnade återbud till första besöket och ingår inte alls i studien. Fyra patienter besvarade inte formulären vid första besöket på grund av bristande språkförståelse och två besvarade inte på grund av bristande kognitiv förmåga. Några patienter besvarade inte formulären i väntrummet inför första besöket. De fick istället med sig formulären hem, men nio patienter besvarade inte formulären. Sjukgymnasten avstod från att lämna ut formulären till sex patienter p.g.a. hög ålder och/eller nedsatt kognitiv förmåga hos patienten.

5. Diskussion

Resultatet i projektet visar att de patienter som var sjukskrivna hade sämre funktion och aktivitetsförmåga än de som inte var sjukskrivna. Flertalet patienter hade betydande ländryggssmärta med nedsatt funktion och aktivitetsförmåga utan att vara sjukskrivna. Här menar författarna att sjukgymnaster har en mycket viktig roll även i avseende att undvika sjukskrivning och underlätta arbetssituation.

Att vid första besöket screena för psykosociala riskfaktorer är viktigt för ett adekvat omhändertagande men måste kompletteras med en grundlig klinisk undersökning för att diagnostisera och differentialdiagnostisera så noggrant som möjligt. Sjukgymnaster i primärvård har ofta en djupare utbildning inom ortopedisk medicin än distriktsläkare. Detta medför att sjukgymnaster, och särskilt de sjukgymnaster som fördjupat sina kunskaper genom vidareutbildning, ofta är bäst lämpade att handha patienter med smärta från rörelseorganen.

Projektet har pågått som en del i nack- och ländryggsprocessen och förutsättningarna för arbetet med sjukgymnastiska specialistbedömningar har delvis ändrats under projekttiden. Processarbetet innebar och innebär fortfarande ett fortlöpande förbättringsarbete avseende arbetssätt för att optimera primärvårdens resurser och ta till vara de olika professionernas kompetens. Patienter med ländryggssmärta handhas alltmer av sjukgymnast som primärinstans. Hänvisning till läkare sker då patienten visar tecken på allvarlig sjukdom har behov av receptbelagd medicinering och/eller sjukskrivning.

När projektet startades april 2008 gällde andra förutsättningar avseende remittering till magnetröntgen (MRT) än då det avslutades september 2009. Initialt gällde en praxis, som hade följts under många år, där distriktsläkare ofta remitterade till Ortopedicentrum (OC) för att få en magnetröntgen. Detta ledde till många onödiga besök vid OC och från OC föreslogs att i stället utnyttja specialistsjukgymnastens kompetens i bedömning inför magnetröntgen. De patienter med ländryggssmärta, utan akut behov, som var aktuella magnetröntgen kunde då remitteras till specialistsjukgymnast som sedan vid behov via ortopedläkare ordnade med remiss till magnetröntgen. I samband med att nack- och ländryggsprocessen fastlades i november 2008 kunde distriktsläkaren själv remittera till MR och kostnaden för undersökningen belastade OC. I den information som författarna gav poängterades vikten av att gemensamt med behandlande sjukgymnast göra en bedömning av behovet av MRT respektive ortopedremiss. Fortfarande gällde att specialistsjukgymnast skulle vara remissinstans vid tveksamheter inför remisskrivande. Förändringen i remissrutin som sannolikt upplevdes enklare och snabbare kan mycket väl medföra att distriktsläkaren själv remitterar även tveksamma fall utan att gå via specialistsjukgymnast. Specialistsjukgymnasten har möjligheten att remittera till OC efter MRT och klinisk undersökning och där adekvat fysioterapi inte haft tillfredsställande effekt.

De riktlinjer som togs fram av OC ger en god vägledning så att rätt patient remitteras till röntgen respektive ryggortoped. Mindre erfarna primärvårdsläkare kan troligen tolka riktlinjerna på ett sätt som ökar remisskrivandet till OC. Detta gäller enligt författarna främst patienter med kronisk ländryggssmärta men även vid lumbago-ischias finns många svårbedömda patienter. I dessa fall är samarbetet med behandlande sjukgymnast och vid behov även specialistsjukgymnast en särskilt viktig del i processen. Här finns sannolikt ytterligare förbättringspotential. Diskussion pågår mellan primärvård och OC om specialistsjukgymnast ska ges rätten att remittera till MRT.

Det finns olika fördjupningsområden inom sjukgymnastik och det kan diskuteras vilken vidareutbildning som är lämpligast för att göra bedömningar av patienter med svårbedömd ländryggssmärta. Särskilt vid långvariga problem är psykosociala faktorer betydelsefulla och den ursprungliga medicinska orsaken av underordnad betydelse. Kunskap om det biopsykosociala synsättet ingår i grundutbildningen för sjukgymnaster och är en naturlig del av arbetet. Utöver kunskap betyder erfarenhet av arbete med patientgruppen mycket och ökar möjligheten att på ett evidensbaserat sätt handlägga de patienter där dessa psykosociala faktorer dominerar. För att uppfylla kraven i nack- och ländryggsprocessen, där sjukgymnast och specialistsjukgymnast lyfts fram, vidareutbildades ytterligare en sjukgymnast vid Rehab Öst i Ortopedisk Manuell Terapi (OMT). Detta utbildningsområde valdes för att två sjukgymnaster redan hade utbildning i Mekanisk Diagnostik och Terapi (MDT) på credex-nivå medan endast en sjukgymnast hade fördjupning inom OMT (steg 2). Dessutom efterfrågades kompetens inom OMT vid det inledande mötet med ryggortopederna. Ett mål vid Rehab Öst är att någon eller några sjukgymnaster även ska uppnå OMT steg 3 för att uppnå full kompetens inom OMT. Av de sjukgymnaster som för närvarande har specialistfunktion är det endast en som har den formella specialistkompetensen enligt Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR). Vi anser att fler bör ha denna specialistkompetens enligt LSR, vilket kräver en magisterexamen. Vi vill betona vikten av kompetenshöjning för att motsvara kraven enligt Nack- och Ländryggsprocessen och från patienter som efterfrågar specifik kompetens.

I januari 2010 är det två sjukgymnaster vid Rehab Öst Innerstaden som arbetar med specialistbedömningar inom ländryggsproblematik. En sjukgymnast med MDT credex har bytt arbetsplats och en arbetar främst med inriktning mot basal kroppskännedom. Ännu en sjukgymnast i Rehab Öst Ytter planeras att få OMT steg 2 inom kort och kommer i framtiden utföra specialistbedömningar.

Antalet remisser från distriktsläkare till specialistsjukgymnast skulle sannolikt kunna öka. Nya arbetssätt har tendens att glömmas bort och det är lätt att falla tillbaka till gamla rutiner i remisskrivande till ortoped. I mars 2010 träffades gruppen bakom processarbetet för utvärdering och framtida förbättringar. Bland annat planeras ett nytt möte mellan sjukgymnaster med specialistfunktion och OC.

Förändrat flöde och förändring i väntetider vid OC avseende patienter från östra länsdelen har inte gått att få fram. Statistikuppgifterna i journalsystemet tillåter inte en enkel sökning utan om detta ska studeras måste en mer manuell journalhantering användas. Som beskrivits i resultatet har dock ländryggsprocessen i stort bidragit till kortare väntetider och en förbättrad remisskvalitet. Väntetiden till specialistsjukgymnast vid Rehab Öst Innerstaden har under projekttiden varit som längst två veckor, vilket vi tycker är en acceptabel väntetid.

Frågeformulären som använts av oss under projekttiden valdes för att få en så god helhetsbild av patienten som möjligt. De har varit praktiskt lätta att hantera och har givit betydelsefull information för att uppmärksamma patientens besvär och problem och för att kunna utvärdera omhändertagandet. Ingen av patienterna har anmärkt att frågeformulären har varit för omfattande, svåra eller tidsödande att besvara. Formulären har varit en bra grund för samtal med patienten kring besvären. Vi har därför valt att fortsätta använda dessa utvärderingsinstrument, men med skillnaden att vi efter projekttiden använt två av formulären, ÖSMPQ och Oswestry, endast vid behov. Utöver frågeformulären har ibland även smärtteckning och Visual Analog Scale (VAS) använts, men i projektet har inte dessa sammanställts, eftersom smärtintensitet och smärtlokalisation ingår som en del i ÖSMPQ.

Under projekttiden har diskussioner förts med ytterligare en specialistsjukgymnast och en sjukgymnast vid Landstingets Forsknings- och Utvecklingsenhet (FOU), om att använda Functional Rating Index (FRI) (23, 24) istället för Oswestry samt VAS och EQ-5D vid alla specialistbedömningar. En fördel med FRI är att det är användbart såväl för patienter med ländryggsbesvär som nackbesvär, vilka båda ingår i specialistsjukgymnastens uppdrag, och att många patienter har besvär från både nacke och ländrygg. En annan fördel är att FRI, VAS och EQ-5D finns som sökord i Cosmic journal. Dessa utvärderingsinstrument skulle med fördel kunna användas av alla sjukgymnaster för alla nack- och ryggpatienter.

Diskussioner fördes även kring ett gemensamt val av utvärderingsinstrument avseende psykosociala faktorer. Författarna föredrar i nuläget att använda ÖSMPQ som ett utvärderingsinstrument, trots att det inte är tillräckligt utvärderat för att mäta förändring över tid. I detta projekt har dock instrumentet visat förändring på samma sätt som Oswestry och EQ-5D. Frågeformuläret innehåller olika delar som var för sig ger information om vilka riskfaktorer som dominerar, till exempel rörelserädsla.

Det stora bortfallet vid sista besöket speglar den "kliniska vardagen". Anledningen i de flesta fall var att formulären inte kunde lämnas till patienten på grund av uteblivet besök, eller återbud utan önskan om en ny tid. Meddelande om återbud från patienter lämnas i regel till receptionist på enheten. Under projekttiden följdes de sedvanliga rutinerna att inte kontakta dessa patienter om patienten inte efterfrågat en ny tid. I de fall patienten uteblev eller lämnade återbud till ett planerat sista besök, skickades formulären hem till patienten, men flera av dessa patienter återsände inte formulären och något påminnelsebrev skickades inte. Dessutom gavs inga formulär vid sista besöket till de patienter som inte besvarat formulären vid första besöket. Naturligtvis hade svarsfrekvensen blivit högre med andra rutiner.

Sammanfattningsvis bedömer vi att omhändertagandet av patienter med ländryggssmärta har förbättrats genom den utökade kompetensen och ett förbättrat och mer strukturerat arbetssätt. Vi tror att ännu fler patienter skulle kunna bedömas av specialistsjukgymnast före remiss till Ortopedicentrum och att processarbetet då och då måste aktualiseras bland både sjukgymnastkollegor och läkare. Sjukgymnaster har en viktig roll både för att förebygga och minska sjukskrivning. Målet med minskad sjukskrivning inom detta projekt är uppfyllt.

Referenser

1. SBU-rapport. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym 1. Stockholm: SB Offset AB; 2000.

2. Ekman M, Johnel O, Lidgren L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. Acta Orthopaedica 2005;76(2):275-284.

3. Ekman M, Jönhagen S, Hunsche E, Jönsson L. Burden of illness of low back pain in Sweden. Spine 2005;30(15):1777-1785.

4. Årsredovisning 2008. Rehab Öst. Landstinget I Östergötland.

5. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine 2001;26(22):2504-14.

6. Poitras S, et al. An interdisciplinary clinical practice model for the management of low-back pain in primary care: the CLIP project. BMC Musculoskeletal Disorders 2008;9:54

7. Waddell G, 2004. The back pain revolution. 2nd edition. Churchill Livingstone.

8. Linton SJ, Halldén K. 1998. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute pain. The Clinical Journal of Pain. 14:209-15.

9. Linton SJ, Boersma K. 2003. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Örebro musculoskeletal pain questionnaire. The Clinical Journal of Pain 19:80-86

10. Deyo R, Battie M, Beurskens A, Bombardier C, Croft P, Koes B, Malmivaara A, Roland M, Von Korff M, Waddell G. Outcome Measures for low back pain research. A proposal for standardized use. Spine 1998; 23; 18:2003-2013

11. Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, Bouter LM, deVet HC. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. Spine 2008 Jan 1;33(1):90-4.

12. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) - Kortversion http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-4-2

13. Andersson C. Patients with low back pain – clinical examination and diagnostic conclusion. A comparison between an orthopaedic surgeon and a physiotherapist. 2005 D-uppsats, Avdelning sjukgymnastik, Hälsouniversitetet, Linköping.

14. Legitimerade sjukgymansters riksförbund. Sektionen för ortopedisk manuell terapi. http://omtsweden.se/education.asp Hämtad 20100505

15. Legitimerade sjukgymnasters riksförbund. Sektionen för mekanisk diagnostik och terapi. http://www.mckenzie.se/?page_id=61 Hämtad 20100505

16. Samordningsförbundet Östra Östergötland.
http://www.samordning.org/norrkoping/norrkoping.shtml Hämtad 20100608

17. Linton SJ. 1999. Manual for the Örebro musculoskeletal pain screening questionnaire. The early identification of patients at risk for chronic pain. Department of occupational and environmental medicine, Örebro medical center.

18. Fairbank JCT, Couper J, Davies JB, O'Brien J. 1980. The Oswestry Disability Questionnaire. Physiotherapy 66: 271-273.

19. Fairbank JCT, Pynsent PB. 2000. The Oswestry disability index. Spine 25(22):2940-2953.

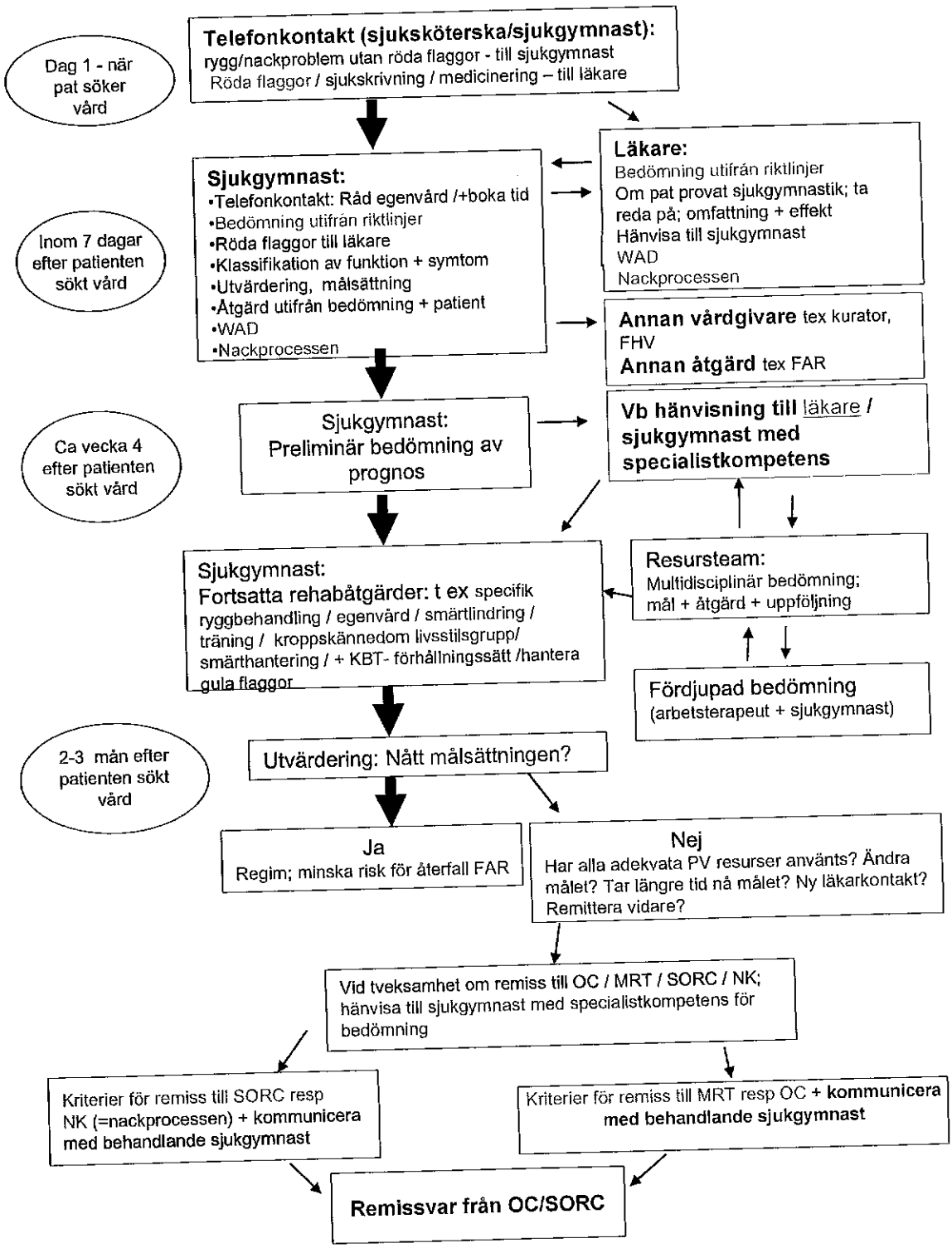
20. EuroQol Group. EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.

21. EuroQol (EQ-5D) a standardised instrument for use as a measure of health outcome. EuroQol Group 2008. Tillgänglig via: www.euroqol.org

22. Edholm M, Pettersson J. Screening av patienter med ländryggsbesvär för en effektivare vårdprocess. Jämförelse av patienter som hänvisas till sjukgymnast med grund- respektive specialistkompetens avseende smärta, funktionsnedsättning och livskvalitet. 2009 Examensarbete, Avdelning sjukgymnastik, Hälsouniversitetet, Linköping.

23. Feise RJ, Michael Menke J. Functional rating index: a new valid and reliable instrument to measure the magnitude of clinical change in spinal conditions. Spine. 2001 Jan 1;26(1):78-86; discussion 87. Erratum in: Spine 2001 Mar 1;26(5):596.

24. Childs MJ, Piva S. Psychometric properties of the functional rating index in patients with low back pain. Eur Spine J (2005) 14: 1008–1012



Bilaga
Flödesschema ur nack- och ländryggsprocessen
Landstinget i Östergötland