

Axlar vi vårt ansvar

vid Arbetsmiljöutveckling Hälsingland.

Hur handlägger vi våra patienter med Axel- skulderproblem.
En kvalitativ utvärdering av verksamheten.



Christer Engstrand
Företagsläkare
Arbetsmiljöutveckling Hälsingland
Christer.engstrand@arbetsmiljoutveckling.com

Handledare:
Robert Wålinder
Arbets- och miljömedicin
Akademiska sjukhuset
Uppsala

Projektarbete vid företagsläkarkurs Väst 2007/2008, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
Undersökt grupp.....	4
Syfte.....	5
Metod.....	5
Resultat.....	6
Diskussion.....	9
Referenser.....	10

SAMMANFATTNING

Inom många områden inom vården, så även i företagshälsovården, är uppföljningen av kvalitetsindikatorer dålig. Det tycks också inom många områden vara så att kvalitetsdata endast i ringa omfattning registreras på ett strukturerat sätt och därför blir svåra att följa. På många enheter begränsar sig uppföljningen till sticksprovskontroller av tillgänglighet och mätning av patientupplevelse av tillgänglighet, service och kvalitet. Aktuell undersökning har syftat till att undersöka om tydligt och på ett enkelt sätt sökbara kvalitetsdata finns i den egna verksamheten, företagshälsovården Arbetsmiljöutveckling Hälsingland (AH). Dessutom att beskriva och diskutera de kvalitetsdata som går att få fram samt att i viss mån beskriva utvecklingsmöjligheter.

Axelproblem är i verksamheten vanliga och under en tvåårsperiod 2006-2008 besökte 148 patienter med axelleds eller AC-ledsproblem AH. Anställda inom produktion med stående arbete och anställda inom omvårdnad, kontor och skola dominerade.

462 journaler med axeldiagnoser och närliggande diagnoser har lästs. Det har mycket tydligt framgått att någon struktur med enkelt sökbara kvalitetsdata inte finns i verksamheten.

Undersökta och nedan beskrivna data har därför hämtats in genom manuell journalläsning och sammanställts manuellt.

I materialet framgår att väntetiderna till en första kontakt med sjukgymnast har varit korta. Längre till läkare, troligen pga. läkarvakans. Korta behandlingsserier hos sjukgymnast har dominerat. Korta väntetider har haft till följd att aktiv behandling har satts in tidigt. Ungefär hälften av patienterna har färdigbehandlats av sjukgymnast. Samverkan sjukgymnast och läkare har varit tät och en stor del av patienterna har haft kontakt med båda personalkategorierna. Sjukskrivning har utnyttjats endast i begränsad omfattning. 9 % har varit sjukskrivna. Såväl röntgenremisser som remisser till ortoped har skrivits utifrån tydliga indikationer.

I undersökningen har också ett försök att bedöma resultatet av givna steroidinjektioner gjorts. Med måttet ”ej åter efter injektionen” som resultatmått så hade 78 % god effekt av subacromial injektion.

Fyra patienter med rotatorcuffruptur hittades i materialet. Ett observandum är att de fått vänta 64 – 207 dagar på remiss till ortoped efter första kontakten med sjukgymnast eller läkare.

Generellt kan alltså sägas att de mått på kvalitet som kunnat mätas beskrivit en verksamhet med god tillgänglighet och hög kvalitet.

Någon struktur med enkelt sökbara kvalitetsdata finns alltså inte i verksamheten. En brist som finns beskriven även i andra verksamheter. Ett stort behov av utveckling av tydliga och över tid mätbara och jämförbara kvalitetsmått finns. I socialstyrelsens författningssamling finns också angivet just krav på dokumentation och kontinuerligt följbara mål.

INLEDNING

Axelleden är den led i kroppen som har det största rörelseomfånget. Den har också en löst förankrad skelettstruktur. Den är ofta utsatt för skador och sjukdomar [3].

Smärtillstånd i axeln på grund av överbelastning och direkta skador är vanliga i såväl arbetslivet som fritiden inklusive idrottsaktiviteter. Enligt Arbetsmiljöverket angav 2006 6,1 % av sysselsatt män och 9,8 % av sysselsatta kvinnor besvär från axel/arm [2]. Detta att jämföra med kroppsliga besvär över huvud taget som rapporterades till 20,8 respektive 16,8%. Vid en genomgång av yrkesdiagnoser i Göteborgsundersökningen (yrkesskador) 1981 hade 39 % axelskador av dem som hade skador i rörelseorganen. Inom idrotten utgör axelskador ca 18 procent av alla skador [1].

Inte minst i företagshälsovården är det viktigt att ta hänsyn till att varje patient har sina speciella funktionskrav som alltid måste bedömas med hänsyn till patientens behov av fysisk aktivitet i arbete, idrott och fritid i övrigt. Rehabiliteringsprogram måste alltid anpassas till varje enskild individ. Rehabilitering är ofta nyckel till en framgångsrik behandling oavsett operation är nödvändig eller inte [3]. Just inom företagshälsovården finns en styrka i form av samlad kunskap från flera verksamhetsområden inkluderande teknisk kompetens.

Även vid företagshälsovårdsenheten Arbetsmiljöutveckling Hälsingland är axelproblem som sökanledning för patienterna vanligt förekommande och skäl till besök av patienten. Dessa besök utgör stor del av den belastning som enheten har när det gäller antalet besök. Diagnostiken är svår och behandlingsmetoder med hög grad av evidens saknas. Tydlig modell/struktur för omhändertagande saknas vid enheten. Någon sökordsbaserad registrering av användbara basdata finns inte och kvalitetsuppföljning blir därför svår att genomföra. I verksamheten görs vart annat år en enkätundersökning som berör ur patientens synvinkel upplevd tillgänglighet, service, resultat. I övrigt görs ingen uppföljning av den medicinska funktionens kvalitet (i detta fall sjukgymnasters och läkares arbete). Aktuell studie avser att belysa hur vårt arbetssätt i verkligheten ser ut med fokus på tidsförlopp/tidsåtgång avseende aktiva åtgärder.

UNDERSÖKT GRUPP

Aktuell undersökning har gjorts i ett patientmaterial där Arbetsmiljöutveckling Hälsingland besökts från maj 2006 tom maj 2008. Arbetsmiljöutveckling Hälsingland betjänar företag i Södra Hälsingland. 350 företag med totalt 13000 anställda är anslutna. Områdets kommunala verksamheter dominerar som kund (40 % av de anslutna). Andra verksamheter med bred variation finns också representerade från service och kontorsarbete till tung industriell verksamhet.

Studien berör de patienter som besökt mottagningen med anledning av olika typer av axelproblem. I begreppet axelproblem har inräknats såväl led- som mjukdelsbesvär som berör själva axelleden dvs. glenohumeralled och/eller acromioclavikularled. Direkta skador och långvarig belastning samt besvär med okänd orsak som grund har inkluderats.

SYFTE

- Att söka under metod och angivna data och bearbetade dessa för att beskriva omhändertagandeprocessen av patienter med axelbesvär som söker företagshälsovårdsenheten Arbetsmiljöutveckling Hälsingland (AH).
- Att diskutera den bild av verksamhetens ”process” som registrerade data ger.
- Att om data att jämföra med från andra verksamheter finns beskriva likheter och skillnader.
- Att belysa utvecklingsbehov i den undersökta (den egna) verksamheten.

METOD

Vid Arbetsmiljöutveckling Hälsingland görs all journalregistrering i journalsystemet Profdoc VISION. Diagnoser registreras enligt den svenska versionen av ICD-10, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem för primärvården.

Diagnosregistrering görs inte på ett sätt som möjliggör sökbarhet av kvalitetsdata via sökord. Kvalitetsdata har därför tagits fram genom manuell journalläsning.

Alla journaler med specifika axeldiagnoser bedömdes. Vissa närliggande diagnoser där axelproblem bedömdes kunna dölja sig kontrollerades också. Totalt registrerades 446 journaler med följande diagnoser:

M75.0 Frusen skuldra, M75.1 Supraspinatussyndrom, M75.2 Bicepstendinit, M75.3 Kalkaxel, M75.4 Impingement i skulderled, M75.5 Skulderledssjukdom. Dessutom upptäcktes även diagnoser med närliggande lokalisation M779P Entesopati, M779P Tendinit, M19 Artros, M255 Ledvärk, M256 Ledstelhet samt M531 Cervicobrakialt syndrom. Totalt upptäcktes endast ett litet antal axlar med ”fel” diagnos. Under M19 Arthroser upptäcktes/hittades 11 axeldiagnoser bland 95 arthroser. Under M531 Cervikokranialt syndrom upptäcktes/hittades 2 av 90 journaler med axelproblem. Under M779P Tendinit 1 diagnos av 8. I övrigt fanns axelproblem enbart i journaler med diagnos som berörde axel fanns.

Från journaldata har tagits framnedanstående data. :

Registrerad första kontakt med mottagningen.

Registrerat första sjukgymnastbesök

Registrerat första läkarbesök.

Antal besök hos sjukgymnast.

Tid mellan första sjukgymnast – respektive läkarbesök och vice versa.

Remiss till röntgen.

Remiss till ortoped.

Uppskattad tid från första läkarkontakten till tid för röntgen eller ortopedkontakt.

Antal registrerade sjukskrivningar.

Antal givna steroidinjektioner och skattning av behandlingsresultat.

RESULTAT

Under tiden maj 2006 tom maj 2008 har registrerats 148 patienter som sökt för besvär från axeln varav 55 % män och 65 % kvinnor. Dominerande arbetsuppgifter är i produktionsverksamhet stående arbeten med lätt och hög belastning samt i offentlig verksamhet omvårdnadspersonal, diagram 1b. Personer från dessa sektorer har haft kontakt med läkare och/eller sjukgymnast (ergonom). Efter läkar- och ergonombedömning skrivs remiss för röntgen eller ortopedkontakt. I enstaka fall för extern sjukgymnastkontakt. Personer har sjukskrivits då så bedömts indicerat.

Besöken till sjukgymnast respektive läkare fördelas enligt beskrivning i diagram 1a. Tre av dem som hade träffat sjukgymnast anlidade extern sjukgymnast. 53 av de 80 som sökte läkare hade besökt läkare först. Resterande 27 träffade först sjukgymnast. 14 var sjukskrivna i någon grad. 39 patienter remitterades till röntgen. 18 patienter remitterades till ortoped.

Diagram 1a Fördelning vårdgivare

148 patienter sökte enheten pga. axelbesvär

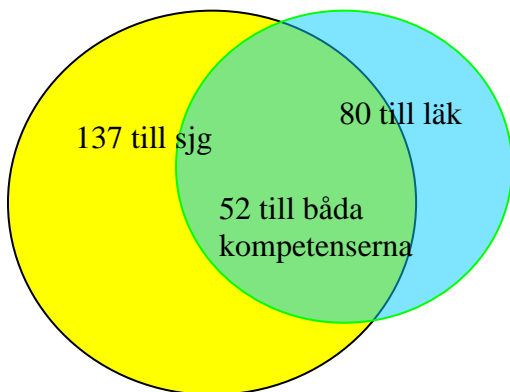
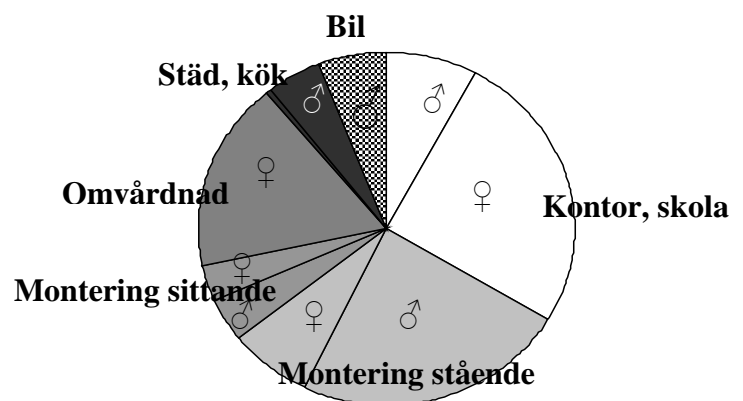
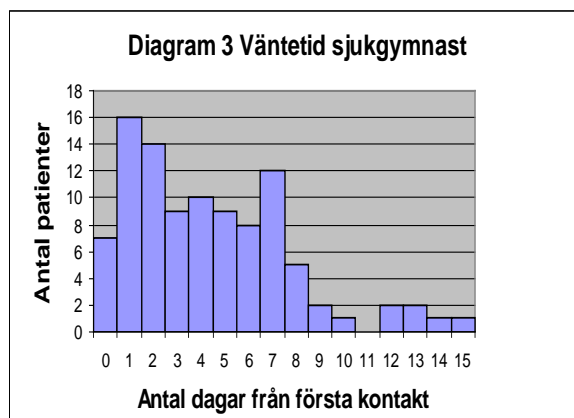
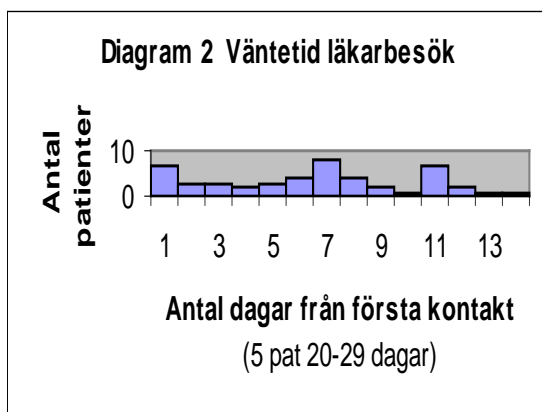


Diagram 1b Yrkeskategorier



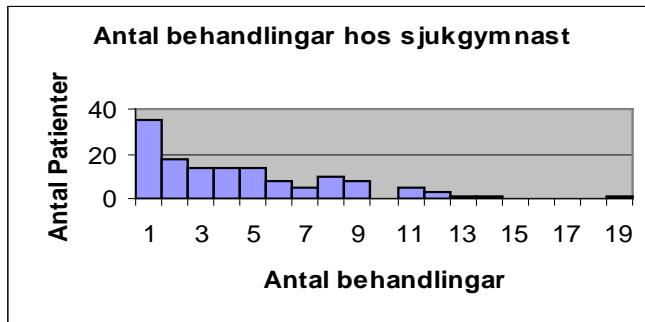
Väntetider

Väntetiderna är beräknade från första kontakt med mottagningen, oftast från tidsregistrering per telefon, till tid för besök hos läkare eller sjukgymnast. 34 % av de patienter som önskar läkarkontakt får tid inom en vecka. 70 % inom 10 dagar. 90 % av sjukgymnastpatienterna får kontakt inom en vecka.. Se diagram 2 och 3.



Antal behandlingar hos sjukgymnast

26 % patienter träffar sjukgymnast en gång, 69 % träffar sjukgymnast fem gånger eller mindre. 31 % mer än fem gånger och 8 % mer än tio gånger. Se diagram 4.

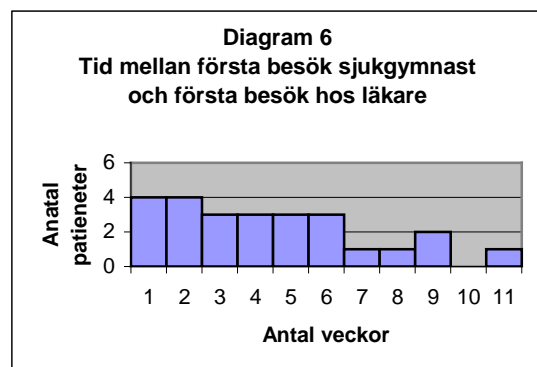
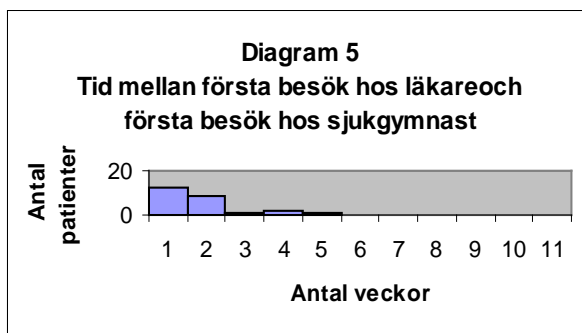


Tid mellan första kontakt läkare och första besök hos sjukgymnast.

Om läkare bedömde att hjälp behövdes av sjukgymnast fick 48 % av patienterna träffa en sådan inom en vecka från första kontakt med läkare, 84 % av patienterna inom två veckor. Det är inte undersökt om "remiss" skrevs redan vid första kontakten eller senare. Diagram 5.

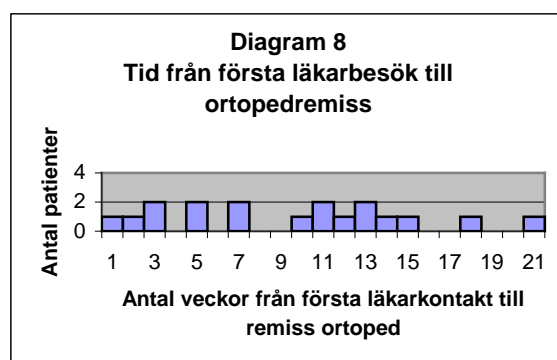
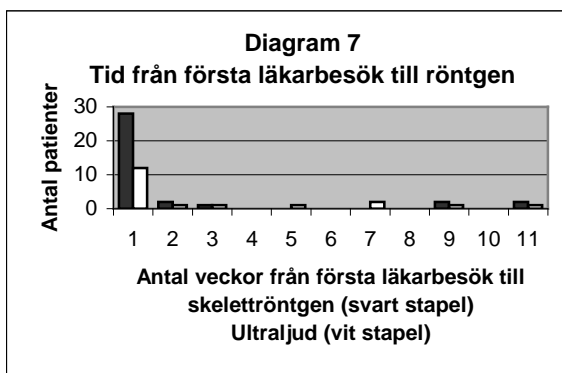
Tid mellan första kontakt sjukgymnast och första besök hos läkare.

Sjukgymnastens bedömning om behov av läkarkontakt resulterade i läkarbesök inom sex veckor för 80 % av patienterna, jämnt fördelade över sexveckorsintervallet. Diagram 6.



Remiss till röntgen och ortoped.

148 patienter besökte mottagningen på grund av axelproblem. 80 hade läkarkontakt. 45 % av dessa remitterades till röntgen och 28 % till ortoped. Beslut om röntgenundersökning fattades i 80 % av fallen vid första läkarkontakten. Fördelningen av ortopedremisser över tid visade inget mönster. Diagram 7 och 8.



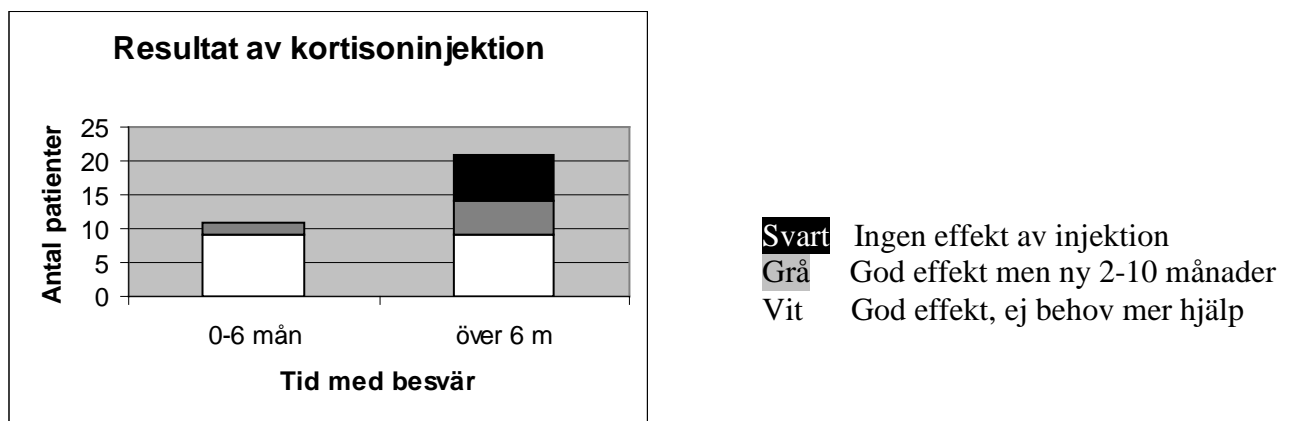
”Resultat” av remisser för röntgen och till ortoped.

Svaren på röntgenundersökningarna kan sammanfattas i ”diagnoserna” normal axel, rotatorcuffruptur, impingement - subacromiala tillstånd, arthros. Av 35 gjorda undersökningar var 9 normala. Övriga diagnostiserades som 4 rotatorcuffrupturer, 13 impingement och 9 arthroser.

Av 18 remisser till ortoped ledde 6 till att beslutad om kirurgisk åtgärd. Ytterligare 4 remisser resulterade i avvaktan på operation. I 4 fall påverkades bedömning/planering tydligt av kontakt med ortoped genom ändring av diagnos eller nya behandlings/rehabiliteringsförslag gavs. **4 remisser har ännu inte besvarats.**

Resultat av steroidinjektioner.

Av undersökningsmaterialets 148 axelpatienter har 32 behandlats med steroidinjektion varav 56 % av dessa har varit subacromiala inj. med god effekt efter första injektionen med uteblivet återbesök som följd. Ytterligare 22 % av axelpatienterna hade god effekt men har krävt ytterligare en injektion efter 2-10 månader. 22 % av patienterna hade ingen effekt av injektionen. Kortare besvärstid gav bättre effekt. Diagram 9.



Sjukskrivna patienter.

148 patienter besökte mottagningen med anledning av axelproblem. 14 patienter sjukskrevs under kortare eller längre tid. Av 14 sjukskrivna hade under tiden fyra tecken på markerade/markanta stressrelaterade problem. 4 hade komplicerande sjukdomar. Av resterande 6 hade två opererats för impingement medan 1 patient stod på väntelista. En patient hade problem efter större olycka med axelproblem som följd. En 62 år gammal hade haft ett mångårigt mycket tungt arbete och kunde ”bara” rehabiliteras till 75 % arbete.

Rotatorcuffrupturer

I materialet hittades totalt 4 personer med rotatorcuffruptur (supraspinatus). Samtliga angav vid första besöket aktuellt trauma och hade fått tid vid mottagningen inom några dagar efter första kontakt. Efter genomförd ultraljudsundersökning gjorts skrevs remiss direkt till ortoped. Tiden från första kontakt med sjukgymnast eller läkare till ortopedremiss var 64, 79, 105 respektive 207 dagar!

DISKUSSION

Beskrivning av kvalitetsdata hämtade i journaltext.

Vid en första kontakt med mottagningen har 34 % av patienterna fått önskad läkartid inom en vecka (70 % inom 10 d) och 90 % önskad tid till sjukgymnast. I Landstingsförbundets statistik 1998 anges för primärvården i Gävleborg att 90 % fått tid hos läkare inom en vecka och i Bollnäs 84 % [4]. Väntetiderna på Arbetsmiljöutveckling Hälsingland (AH) får anses normala utifrån perspektivet att andelen akuta problem här är betydligt mindre än i primärvården och att en läkartjänst av 2,5 varit vakant. Material för sjukgymnaster är svåra att hitta men i Västra Götalandsregionen angavs väntetiderna 2002 vara genomsnittligt 4 veckor [5]. Ur servicesynpunkt är förstås korta väntetider positiva. Konsekvensen av detta, tidig kontakt och därmed tidigt insatt träning, är också det som rekommenderas i "National Guideline Clearinghouse" [6]. Kort behandlingsperioder hos sjukgymnast talar också för att aktivering/egen träning föredragits som rehabiliteringsmetod jämfört med passiva metoder. Passiva insatser skall enligt nämnda "Guidelines" undvikas. 69 % av patienterna har fem eller färre kontakter med sjukgymnast och långa behandlingsserier är ovanliga. Att aktivitet utnyttjats terapeutiskt jämfört med vila visas också genom att 93 % av axelpatienterna haft sjukgymnastkontakt. Väntetiderna internt är också korta. 84 % av de av läkare internt "remitterade" patienter har inom två veckor även besökt sjukgymnast. Tid från första sjukgymnastkontakt till första läkarkontakt är längre men detta förklaras på ett naturligt sätt av att sjukgymnasten som regel provar egna terapeutiska insatser först.

Sjukskrivningsinstrumentet används i rehabiliteringssyfte i mycket liten grad. 9 % av dem som söker för axelbesvär sjukskrivs. I den lilla grupp på fjorton personer som sjukskrivits så har också alla mer än "bara vanliga" axelproblem, dvs. stora besvär eller komplicerande sjukdom. Stressrelaterad problematik finns med eller komplicerande andra sjukdomar eller en besvärsbild som krävt/indicerat kirurgi.

I "Guidelines" rekommenderas att röntgen rutinmässigt inte görs före 4-6 veckors konservativ behandling. Röntgenremiss har i det studerade materialet som regel skrivits tidigare men drygt hälften hade också en dokumenterad kontakt med sjukgymnast redan före röntgenundersökningen varför röntgenremisser knappast kan ha bedömts som tidigt/"rutinmässigt" utfärdade. Tydligt val av indikationer för röntgenundersökning indikeras av att 55 % av de patienter som träffade läkare inte röntgades. Av de 45 % som röntgades hade 75 % enligt bedömning positiva fynd på röntgenundersökningen. Dessa fynd påverkade handläggningen på ett eller annat sätt.

Remiss till ortoped bedöms/tycks inte ha överutnyttjats. Underutnyttjats?? 25 % av patienterna som hade läkarkontakt har remitterats vidare till ortoped. För minst 72 % påverkade detta klart handläggningen (resterande 28 % har ännu inte bedömts). Detta innebär att endast en försumbar del av remisserna tycks ha skrivits i "onödan".

I journalmaterialet är mått på besvärnivå vid första kontakt och senare kontakter inte beskrivet så att detta kan följas/mätas/beskrivas. Ex finns inte mått på smärta genom VAS-skala eller beskrivning grad av funktionshinder angivna så att de kan följas. Ett undantag är resultatet av steroidinjektioner där resultatet av injektion i viss mån låter sig bedömas. Ett mått är här att en kedja av kontakter med sjukgymnast utan synbart resultat följs av steroidinjektion som påfallande ofta tycks bryta smärtan. I några fall beskriv resultatet i ord som gott men oftast får det utläsas genom att patienten inte återkommer efter injektionen. 78 % av patienterna tycks ha haft god effekt av injektionsbehandling.

Ett observandum är att i materialet hittats fyra supraspinatusrupturer. Dessa patienter hade alla redan vid första undersökningen angivit föregående trauma och borde sannolikt ha undersökts tidigare radiologiskt med rotatorcuffruptur som direkt frågeställning.

Sammanfattningsvis beskriver dessa data en verksamhet med god tillgänglighet och kvalitet.

Kan strukturer skapas som gör det möjligt att enklare följa kvalitetsdata.

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem och kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [7] anger krav som berör utformningen av kvalitetssystem. Bland annat anges i 2 kap. 4§ ”Grunderna för det systematiska kvalitetsarbetet” att för säkerställande av kvalitet det systematiska kvalitetsarbetet utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp samt vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen. I 3 kap. 3§ att personalen skall delta i uppföljning av mål och resultat.

En stor del av det arbete som berört aktuellt projekt har bestått i att söka data som enkelt går att ta fram ur det patientadministrativa systemet. Det visade sig på ett tidigt stadium att data som berör tillgänglighet och kvalitet inte registreras så att de enkelt kan hämtas med det system för rapportbearbetning som finns inbyggt i det patientadministrativa systemet. Det har varit nödvändigt att hämta data genom direkt genomläsning av aktuella journaler och manuell sökning av data i dessa. På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden i Landstinget Gävleborg gjorde docent Harald Sanne en utvärdering av 22 sjukgymnastverksamheter i Gävleborg [8]. Han lyfter där fram just brister i journalernas innehåll spec. vad gäller sjukhistoria samt att smärtskattning och andra mätmetoder bör användas mer konsekvent för att följa förlopp och utvärdera resultat. Att dokumentera behandlingseffekt med tillgängliga metoder eller måluppfyllesemetod. Dessa brister som beskrevs för alla de undersökta enheterna visar sig också vara aktuella vid Arbetsmiljöutveckling Hälsingland idag. Huruvida problemet är löst på andra enheter är inte undersökt.

Det bör i verksamheten gå att med relativt enkla medel med utnyttjande av mer strukturerad journalföring och användande av gemensamma sökord få fram kvalitetsdata som är sökbara. Grad av smärta och funktion kan på olika sätt tydligare beskrivas. Ingångs och slutstatus kan med dessa mått anges och beskrivas. Journalföring med tydligare och gemensam grundstruktur skulle också i övrigt vara av värde. Exempelvis är ofta inte så basala data som arbetsuppgifter tydligt beskrivna. Diagnossättning bör också göras på ett mer samordnat sätt.

REFERENSER

- 1 Bahr och Mæhlum, Idrottsskador 2004.
- 2 Arbetsmiljöverkets officiella statistik. Arbetsorsakade besvär 2006.
- 3 Jon Karlsson, Axelns sjukdomar och skador 1995.
- 4 Landstingsförbundet, Väntetider i vården <http://vantetider.se>
- 5 Nunes, Håkanson, Sjukgymnastresurser och väntetider till sjukgymnastik inom primärvård, Rapport nr 5, 2002. Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys. http://www.chsa.se/pdf-dokument/chsa_rapport5.pdf
- 6 National Guideline Clearinghouse. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8543&nbr=004752&string=shoulder
- 7 SOSFS 2005:12. http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.htm
- 8 Harald Sanne, Kvalitetsutveckling av sjukgymnastisk verksamhet i öppenvård i Södra Hälsingland 1999.