

Tema Vårdförlopp



Är fysioterapin osynlig riskerar patienter att gå miste om viktiga insatser och fysioterapeuter som profession riskerar att inte efterfrågas där den faktiskt behövs, säger Fysioterapeuternas FoU-chef.

Fysioterapeuter bortglömda inom flera vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ska göra vården mer jämlik. Men på flera områden är det främst läkare som styr innehållet och fysioterapin lyser med sin frånvaro. Det riskerar att drabba både patienter och fysioterapeuter.

TEXT: Agneta Persson ILLUSTRATION: Arad Goran Coll

Arbetet med att ta fram vårdförloppen har varit rörigt. Arbetsgrupper har jobbat på olika nivåer och processerna kring vem som nominerats till vad har varit otydliga. En genomgång av posterna visar på tydlig läkardominans (vilket nämns som ett eventuellt problem i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) och på flera viktiga områden är fysioterapeuter helt frånvarande. Fysioterapeuternas forsknings- och utbildningschef Cecilia Fridén var från start kritisk till hur de nationella styrgrupperna blivit sammansatta.

– Vi har påpekat vid flera tillfällen att man borde göra dem interprofessionella, säger hon. Har man en styrgrupp som består av en profession är det svårt att veta var det behövs andra professioner.

Vid tillsättning av de nationella arbetsgrupperna för olika diagnoser har det ofta fungerat bra ändå, säger hon. I det nationella programområdet för rörelseorganens sjukdomar är de till exempel väl medvetna om fysioterapiens betydelse, så inom de områdena är fysioterapeuter bra representerade.

– Men det finns ju flera andra områden där en sammansättning som är enprofessionell kanske inte lika självklart vet vad en fysioterapeut kan göra.

Mycket har blivit bättre sedan starten, säger Cecilia Fridén. Nomineringsförfarandet är tydligare nu, och remissgången har styrts upp. Därmed har risken för uteblivna remissvar minskat.

– Jag är positiv till mycket av det här, säger hon, och jag tror att risken för att fysioterapin försvinner kommer minska på sikt.

Är fysioterapin osynlig riskerar patienter att gå miste om viktiga insatser och fysioterapeuter som profession riskerar att inte efterfrågas där den faktiskt behövs, säger Cecilia Fridén. Fler fysioterapeuter vi talat med varnar för samma sak. Vi kommer tillbaka dit, men först en snabblektion i vad personcentrerade sammanhållna vårdförlopp är.

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har kommit överens om att det, enkelt beskrivet, behövs nationella regler för vilka insats- och åtgärdsplaner som ska gälla för ett helt sjukdomsförlopp. Från diagnosticering till eftervård. Verksamheter på alla vårdnivåer ska

Tema Vårdförlopp

följa vårdförloppen, och tanken är att vården därmed ska bli både mer jämlik, effektiv och välorganiserad. Kort sagt, vårdförloppen ska garantera att du får likvärdiga insatser oavsett var i landet du bor.

Arbetet med att ta fram vårdförloppen organiseras inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning och går till så här: Olika besvär har grupperats i 26 nationella programområden. Varje område har i sin tur delats upp på specifika diagnoser, och för varje diagnos finns det en arbetsgrupp med uppdrag att bestämma vad som ska ingå i ett vårdförlopp. I skrivande stund är 24 vårdförlopp klara och implementerade, 14 är under arbete och flera är på väg att startas upp. Till det här arbetet får regionerna ekonomiskt stöd från staten. Förra året betalades drygt 172 miljoner kronor ut.

För varje nationellt programområde finns en ordförande och ett visst antal ledamöter. Dessa i sin tur efterlyser nomineringar på personer som ska ingå i vårdförloppens arbetsgrupper. Nomineringsförfarandet sker sedan främst ute i regionerna, men även Fysioterapeuterna ska ha möjlighet att nominera.

Ofta har den här processen fungerat alldeles utmärkt och fysioterapeuter finns med där de bör finnas med. Som till exempel i förloppen för nydebuterad hjärtsvikt, höft- och knäledsartros, långvarig smärta hos vuxna, stroke och reumatoid artrit (läs mer om det på s. 21). Men andra gånger har ingen fysioterapeut funnits med. Hit hör till exempel vårdförloppen för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom, epilepsi, kritisk benischemi, jättecellsartrit, palliativ vård, depression hos vuxna och självska debeteende.

Att fysioterapin flera gånger är frånvarande där den är relevant får konsekvenser, säger Cecilia Fridén och berättar att så fort ett vårdförlopp är klart ska regionerna göra en GAP-analys. Alltså en analys av hur vården ser ut jämfört med hur den borde se ut. Detta görs eftersom regionerna har skrivit på att de ska implementera vårdförloppen.

– Behövs det fler fysioterapeuter för att klara det här vårdförloppet så bör regionen jobba efter det, säger hon. Men syns vi inte i vårdförloppen kommer vi bli bortglömda.

”Jamen, vafan? Så är min känsla kring det. Det är ju knappast så att vi är svåra att hitta när vi har en egen sektion på området.”

Kan man inte i ett remissvar påpeka frånvaron av fysioterapin då? Nja, att mot slutet i arbetsprocessen försöka synliggöra fysioterapeutens kompetens är inte så enkelt, säger Cecilia Fridén.

– Har vi inte varit med alls från början är det ett enormt jobb att påpeka allt som borde ha skrivits. Så ibland har vi behövt nöja oss med att bara skriva att det inte funnits med någon fysioterapeut, vilket det borde.

För patienterna kan frånvaron av fysioterapeuter innebära att viktiga insatser uteblir. Ett exempel är den palliativa vården. Av arbetsgruppens 28 ledamöter är femton läkare, nio sjuksköterskor, en arbetsterapeut och tre närstående företrädare. I texten nämns rehabilitering en gång, fysioterapi inte alls. Ida Malmström, ledamot i Sektionen för onkologisk och palliativ fysioterapi, säger att ingen fysioterapeut med kunskap på området blivit tillfrågad att vara med i arbetet.

– Jamen, vafan? Så är min känsla kring det, säger hon. Det är ju knappast så att vi är svåra att hitta när vi har en egen sektion på området. I vårdförloppet är det nu totalt fokus på läkemedel fast vi har så himla mycket annat att erbjuda som kan hjälpa patienten på så många olika sätt. Vårt perspektiv kommer inte fram.

Även i arbetsgruppen för vårdförloppet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom saknas det helt fysioterapeuter, vilket märks tydligt. Det säger Erik Rosendahl som är professor vid institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering vid Umeå universitet.

– De har inte fått med någonting alls om fysisk aktivitet och träning, och nästan inget om fallprevention och bedömning av balans- och gångförmåga. Där står att det ska göras en symtominventering med bland annat ”förändrat rörelsemönster” och ”fall”, men det följs aldrig upp.

Läkardominansen i vårdförloppens arbetsgrupper har lett till att fysioterapeutiska insatser utelämnats helt på relevanta områden.



Madelene Johanson, Silvialäkare och ordförande i det nationella programområdet ”äldres hälsa och palliativ vård”, poängterar att vårdförloppet enbart omfattar utredning av kognitiv svikt och att det bland annat bygger på de nationella riktlinjerna.

– Inga fysioterapeuter nominerades till den nationella arbetsgruppen, säger hon. Men jag tror de kommer delta vid nästa revidering där hela förloppet omfattas, för där har fysioterapeuter en given plats. Jag har gärna kontakt med fysioterapeuter med speciell kompetens inom området och hör vad de tycker de kan bidra med i revideringen.

Men fysioterapin har en viktig roll redan vid misstänkt demenssjukdom, säger Erik Rosendahl. Att detta inte nämns i det aktuella vårdförloppet kan få allvarliga konsekvenser, säger han.

– Vikten av fallprevention och rehabilitering

riskerar att försvinna. Och när inte vår kompetens uppmärksammas och efterfrågas kan det bli färre fysioterapeuter som jobbar med den här patientgruppen än vad som skulle behövas, vilket drabbar patienterna.

Erik Rosendahls farhåga får ett visst medhåll från den nationella arbetsgruppens ordförande, specialistläkaren Anne Ekdahl. På ett webinarium i höstas fick hon frågan om vem som i utredningen ansvarar för att patienten under vårdförloppet får en bedömning av fallriskfaktorer, och vid behov adekvata åtgärder för att förebygga fall. Hon svarade då att ”exakt vem som är ansvarig är otydligt, och då blir risken att det inte blir av”.

Mats Bojestig, ordförande för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (se sidan 24), lovar att titta på hur fysioterapeuternas representation i vårdförloppen kan bli bättre. ●

➤ Läs mer: kunskapsstyrningvard.se



Tätare kontroller gör vården mer likvärdig

På reumatologen i Skövde har vårdförloppet för nydebuterad RA gjort vården mer strukturerad med bland annat tätare uppföljningar. Sjukgymnasten Anette Tellander är nöjd med det nya arbetssättet.

TEXT & FOTO: Agneta Persson

Det ser ut som ett helt vanligt patientbesök på reumatologen på Skaraborgs sjukhus i Skövde den här förmiddagen. Men det hade inte helt självklart ägt rum om det inte vore för vårdförloppet vid nydebuterad reumatoid artrit, RA. Patienten Mikael Velander är nämligen här på ettårsuppföljning, något som alla RA-patienter numera kallas till. Oavsett grad av besvär.

Och Mikael mår på det stora hela ganska bra, men har några skavanker som han tar upp med sjukgymnasten Anette. Ett svullet finger, en stramande axel och lite värk i handlederna. Men i övrigt helt okej. Han klarar av sitt jobb på lager, promenerar, spelar tennis och padel. Och bowlar.

– Det är bra att du ska träffa arbets-terapeuten i dag, säger Anette, för det kan kanske finnas något stöd för handleden när du spelar.

Hon konstaterar också att det är fint att han är så aktiv, men vill gärna lägga till några övningar för smidighet och

balans. För Mikael klarar uppresnings-testet precis på gränsen.

– Det var en sekund längre än sist, säger Anette. Du hamnar innanför medelvärdet för 60-åriga män, men jag vill gärna att du ligger kvar där.

Det har gått två år sedan vårdförloppet för nydebuterad RA implementerades i hela Region Västra Götaland. Till stor del jobbade reumatologen i Skövde redan på det sätt som står i vårdförloppet, säger Anette. Som till exempel att jobba i multiprofessionellt team och att prioritera tidig behandling och tät monitorering. Men en del besök rann ut i sanden av olika orsaker, och ibland kunde det gå flera år mellan uppföljningarna. Vad som gicks igenom på besöken kunde också skilja sig åt.

– Vi gjorde olika beroende på vilka problem patienten hade, säger Anette. Nu går vi igenom samma på alla. Det är inget konstigt, vi gör funktionsbedömningar, tar ledstatus, kollar vilken fysisk aktivitetsnivå de har och så vidare. Men det är lika för alla och därmed mer strukturerat nu.

Antalet besök och när dessa ska

ske har också styrts upp. Till exempel träffar fysioterapeuterna numera nydiagnostiserade patienter senast 30 dagar efter diagnos, en gång till efter tre månader när medicinerna börjat verka ordentligt, och en tredje gång efter ett år.

– Det är mindre risk att man faller mellan stolarna eftersom besöken blir av, säger Anette. Vi fångar upp patienterna och hindrar att de hamnar i passiva sjukskrivningar, eller att de får funktionsnedsättningar, tappar i muskelstyrka och inte vågar göra saker.



Anette Tellander

Eftersom alla, oavsett grad av sjukdomsaktivitet, kallas in på kontrollerna blir vården mer likvärdig, säger hon.

– Det har blivit bättre för patienterna. De har visserligen inget att jämföra med, men de nyinsjuknade vi har nu är väldigt nöjda med oss och säger att det känns tryggt. Och vi tycker det är ett bra arbetssätt.

Syftet med det här vårdförloppet -



Nytt är att fler funktionstester läggs in i RA-registret. Till exempel test för skuldra och arm. Det stramar i Mikael Velanders axel.

”Jag såg tidigt att vi kan få in det här i det system vi redan har”

som inleds vid misstanke om sjukdom och avslutas ett år efter diagnos - är att patienterna snabbt ska komma in i specialistvården, få bra behandling och så snart som möjligt uppnå remission, alternativt väldigt låg sjukdomsaktivitet. Att ha fullt blås från början är en bra prioritering, säger Anette. Men de tätare uppföljningarna och

uppstyrda tidsramarna ställer krav på tidboken.

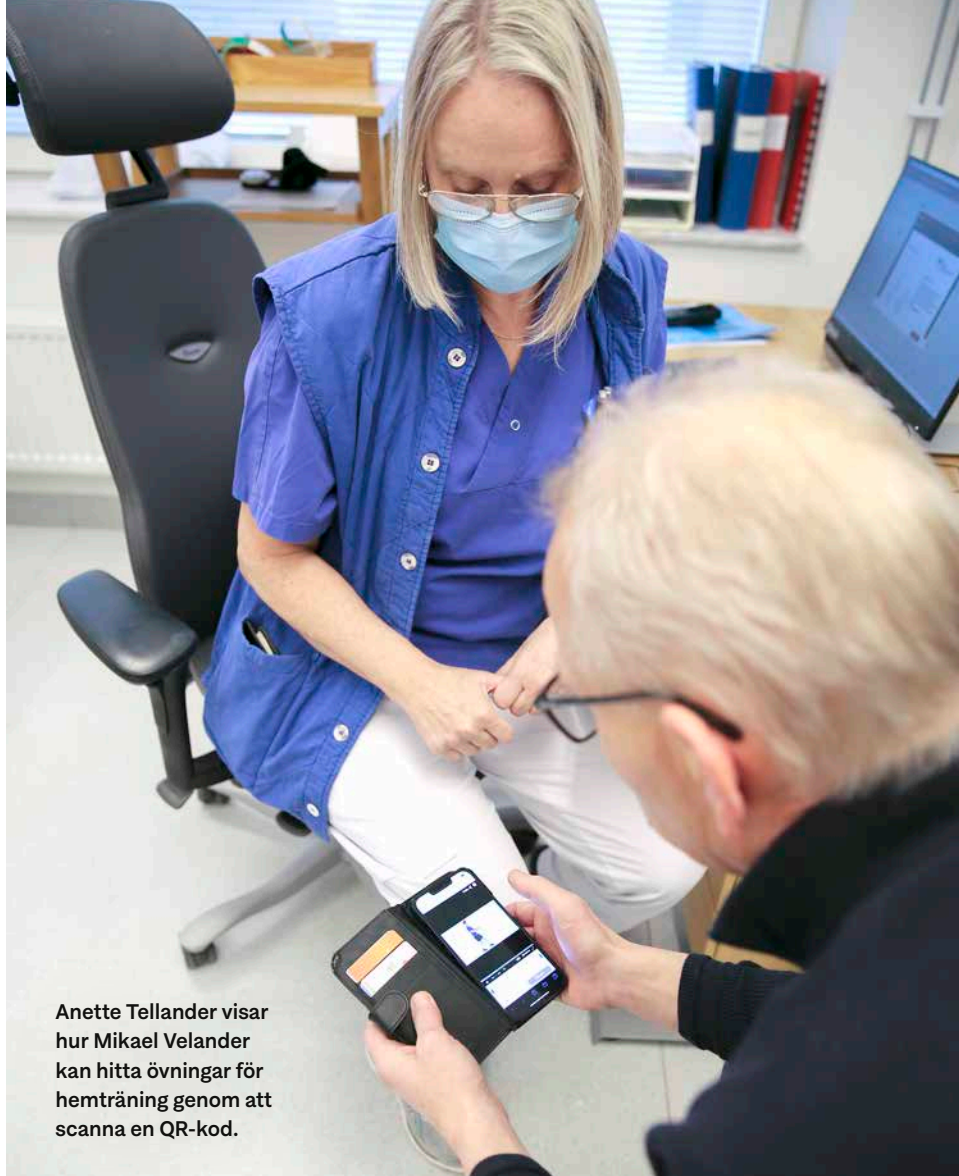
– Det är 30 dagar som gäller, säger Anette. Som en konsekvens kan det däremot hända är att vi behöver skjuta fram årskontrollen något för att inte putta ut andra. För det finns ju fler reumatiska diagnoser.

Vårdförloppet innebär också fler

registreringar i det nationella RA-registret. Tidigare har fysioterapeuterna bara registrerat ryggarna. Nu lägger de också in funktionstester för skuldra och arm, och ett funktionstest för ben. Det betyder ökad administration.

– Men det är ganska snabbt fixat, säger Anette. När jag läst journalen och signerat går jag in i registret och lägger in uppgifterna. Sen blir det alltid luckor vid återbud och då kan man sätta sig ner med sådant man inte hunnit med.

För att kunna införa vårdförloppet behöves både regional och lokal



Anette Tellander visar hur Mikael Velander kan hitta övningar för hemträning genom att scanna en QR-kod.

anpassning av de nationella skrivningarna. I Region Västra Götaland har en arbetsgrupp med representanter från olika sjukvårdsprofessioner i regionen träffats fyra gånger per termin sedan hösten 2019. De har diskuterat vad vårdförloppet innebär och vad som behövs för att kunna implementera det. Anette har varit med i arbetet från start.

– Jag såg tidigt att vi kan få in det här i det system vi redan har, säger hon. Vi behöver inte göra jättestora förändringar utan bara strukturera upp så det blir rätt innehåll.

Med sina 33 år på reumatologen, och

som arbetsgruppens enda sjukgymnastrepresentant från specialistvården i regionen, har hon bidragit med värdefull kunskap.

– När vi till exempel har diskuterat vem som ska träffa patienterna för att göra en bedömning av rehabplaner: Är det fysioterapeuterna eller läkarna som ska göra den? Det är förstås vi. Så nu är det samma arbetsgång i hela regionen, läkarna skriver remisser till fysioterapeuterna som gör bedömningen.

Anette sitter även med i den lokala arbetsgruppen för implementering på sjukhuset i Skövde.

– Det har tagits emot väldigt väl och vi har inte haft några svårigheter hos oss. Men det där kan vara olika i regionen. En del har ju brist på personal och

då är det inte lika lätt att få till allting.

Nyligen infördes ett till vårdförlopp: det vid etablerad RA som tar vid efter första året efter diagnos. Det består av fyra spår, beroende på bland annat sjukdomsaktivitet. Ett spår är rehab, och det är där fysioterapeuterna kopplas in.

– Hur det kommer bli med det vårdförloppet vet vi inte riktigt än eftersom vi precis har börjat med det, säger Anette. Det beror på hur många som skickas till oss för rehabplaner. Men är de välmedicinerade och fysiskt aktiva från första vårdförloppet så mår de mycket bättre när de kommer in i det andra och behöver inte våra resurser lika mycket. ●

⊕ Alla godkända vårdförlopp finns på: nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp



Foto: Johan W. Avby

”Det har inte lyckats hela vägen”

En svaghet. Så kommenterar Mats Bojestig, ordförande för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, att fysioterapeuter saknas i flera vårdförlopp där de är relevanta.

– Det är klart att det är en svaghet. Det är jätteviktigt att arbetsgrupperna är interprofessionella för att få med alla kunskapsområden.

Utgör läkardominansen i de nationella styrgrupperna, som utser vårdförloppens arbetsgrupper, ett problem?

– Det är en utmaning eftersom det kräver att representanterna tänker på att man måste vara interprofessionell i nästa steg. **Vem bär ansvaret för att det ser ut som det gör?**

– Ytterst gör styrgruppen det, där jag är ordförande. Vi har misst det. Vi kan alltid bli bättre.

Hur går frånvaron av en hel profession ihop med syftet att göra vården mer jämlik?

– Det blir ju jämlikt i de andra delarna, men inte i detta. Det har inte lyckats hela vägen.

Fysioterapeuter varnar för att patienter riskerar att gå miste om viktiga insatser.

– Det är en viktig signal till oss och den måste vi ta på allvar. Jag kommer lyfta frågan hur vi har tänkt och hur det kunde bli så här på ett möte i februari, och så får vi titta på hur vi ska förbättra.

Agneta Persson

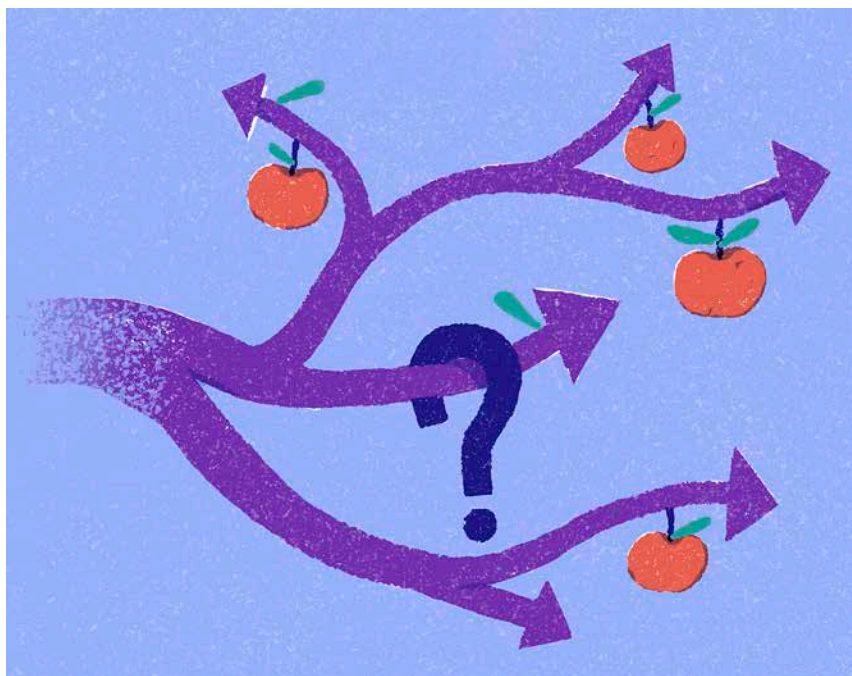


Illustration: Arad Golian Coll

Osäkert om vårdförloppen leder till bättre hälsa

Gör vårdförlopp någon nytta? Eventuellt på vissa områden, men evidensen är svajig. Det konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som har tittat på hur det fungerar i andra länder.

RAPPORT Myndigheten kan efter att ha gått igenom de internationella studier och utvärderingar som finns konstatera att det inte går att dra några säkra slutsatser om nyttan. Olika vårdförlopp har olika syften och förutsättningarna skiljer sig åt mellan länder. Dessutom har vårdförlopp ibland införts parallellt med andra vårdreformer, vilket gör de kausala sambanden ännu svårare att slå fast.

Flera studier har ändå med viss försiktighet identifierat en del positiva effekter. Hit hör till exempel ökad följsamhet till riktlinjer, mer enhetlig tillämpning av kunskapsstöd, bättre samarbete, bättre koordination och

bättre dokumentation. Något stöd för bättre hälsa har man däremot inte kunnat se. Inte heller har man kunnat se att vårdförlopp leder till minskade väntetider, ökad kostnadseffektivitet eller förbättrad personcentrering.

Att standardiserade vårdförlopp skulle leda till ökad jämlikhet är inte heller en självklar slutsats. Det kan till och med bli tvärtom, konstaterar myndigheten. Visst ser den geografiska jämlikheten ut att kunna förbättras, men samtidigt finns det en risk för ökad ojämlikhet mellan patientgrupper om resurserna är knappa och de som ingår i vårdförlopp ska gå före andra. Sådana undanträngningseffekter har rapporterats både från Danmark och Storbritannien.

Det finns också rapporter som visar på att vårdförloppen kan leda till ökad arbetsbelastning.

Agneta Persson

📌 Rapporten heter *Ledas lika, ledas rätt?* och finns på [vardanalys.se](#)

Vilken skillnad blir det i praktiken?

Jämfört med tidigare, vilken skillnad kommer det nya vårdförloppet göra för professionens arbete och för patienterna? Den frågan fick tre fysioterapeuter som deltagit i arbetet på sina respektive områden.

TEXT: Lois Steen



Foto: Umeå universitet

Stroke och TIA - Fortsatt vård och rehabilitering

Anna Brändal, medicine doktor, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

SVAR Vårdförloppet beskriver vilka åtgärder som ska erbjudas, men insatserna ska vara personcentrerade och kan variera mellan patienter utifrån behov. Nytt är att patienten kan erbjudas en ny rehabiliteringsbedömning om det hänt något och vid behov en ny rehabperiod. Strukturerad uppföljning med stöd av Post-stroke-checklistan lyfts också. Den första uppföljningen ska ske tre till sex månader efter en stroke och vid TIA en till tre månader efteråt. Sedan ska alla erbjudas en årlig uppföljning, livslångt. Den kan initialt ske i öppenvård vid sjukhus men ska sedan ske i primärvård och kommun. Det är nog den största utmaningen, för vem ska träffa de här patienterna? Hos oss har resurser omfördelats så att fysioterapeuter/ar-

betsterapeuter gör uppföljningen, men det är viktigt att även identifiera behov utanför vår kompetens och hänvisa patienten till rätt kompetens.



Foto: Frida Olsson

Osteoporos - Sekundärprevention efter fraktur

Cecilia Madebrink, frakturkoordinatör, Rehab Söder, Länssjukhuset Kalmar

SVAR Just nu känns vårdförloppet som en nationell pappersprodukt eftersom det inte har gjorts någon regional insats för att implementera det. Vårdförloppets skrivning är inte så tydlig, för att lämna öppet för lokala anpassningar, men en rekommendation i det är att införa osteoporoskolor. Det är nog det som blir den stora skillnaden, för det är få regioner som har sådana i dag. Jag har blivit tillfrågad att vara med i ett samarbete med regionerna i Kalmar, Jönköping, Kronoberg och Östergötland för att skapa en digital osteoporoskola och det arbetet är på gång.



Foto: Privat

Höftledsartros - Primärvård

Charlotte Bocké, Msc, specialistkompetens i ortopedi, Vallentuna Primärvårdsrehab

SVAR Vårdförloppet betonar att fysioterapeuter ska vara första instans vid höftledsartros och här får vi en viktig roll i att ställa klinisk diagnos i ett tidigt skede för att patienten ska komma i gång med grundbehandlingen. Vi måste därför ha tillit till vår kompetens. Artrosskolan är en viktig del av grundbehandlingen oavsett om den sker digitalt eller fysiskt och den ska kunna anpassas efter patientens behov och förutsättningar. Samtidigt måste vi förstå att primärvården i landet ser olika ut och måste anpassas efter lokala förutsättningar. Fysioterapin är densamma som tidigare, skillnaden är att läkarna ska vara snabbare i att hänvisa till oss så vi kan hjälpa denna patientgrupp i ett tidigare skede.