

TEMA: Primär- vård

Nödläge gav smart modell i Haparanda

När fysioterapeuterna tog över fler läkaruppgifter hände det grejer på hälsocentralen. Vårdköerna kortades, budgetunderskottet minskade och personalen började må bättre på jobbet. Det här är Haparanda-modellen – som också väckt regeringens intresse.

text och foto: **Agneta Persson**

KLOCKAN ÄR KVART I ÅTTA på morgonen när fysioterapeuten Mika Sorvisto drar på sig handskar och gör i ordning en spruta som snart ska in i Håkan Hannerfors högerknä. Han har lindrig artros, och nu ska han få testa ett oljeliknande preparat som kan minska friktionen inne i leden.

– Det här är inget förstahandsalternativ, säger Mika, utan snarare ett komplement. Det är inte heller någon mirakelkur, det fungerar inte på alla. Vi får se.

Håkan är nervös, han har dålig erfarenhet av en kortisoninjektion i axeln för längesen. Men samtidigt känner han sig trygg med Mika.

– Skulle jag gå till en stafettläkare som

inte har gjort det här tidigare? säger han. Nej, då litar jag mer på Mika.

Att det är en fysioterapeut och inte en läkare som sticker sprutan i Håkan kan han tacka ett rejält budgetunderskott och ordentlig läkarbrist för. Så här var det: hälsocentralen i Haparanda låg 6,2 miljoner back. Av sju läkartjänster var bara två tillsatta. Stafettläkare kom, gick och gröpte ett allt större hål i budgeten. Väntetiden för att få träffa en läkare kunde vara en månad. Kön till fysioterapeuten var oftast ännu längre, upp till sex månader när det var som värst. Om fysioterapeuten ville skicka patienten på röntgen eller ordinera en kortisonspruta fick hen

ge sig in i konkurrensen om de obefintliga läkartiderna. Patienterna kom i kläm, personalen jobbade i motvind.

2014 kunde patientsäkerheten inte längre garanteras och hälsocentralen anmälde sig själv till Socialstyrelsen.

– Vi maktade helt enkelt inte med och såg inte något annat alternativ, säger verksamhetschef Mervi Rundgren.

UR DETTA NÖDLÄGE började Haparanda-modellen gro. Ledning och delar ur personalen kartlade tillsammans vilka kompetenser som fanns i huset, och hur patientfördelningen såg ut. Fanns det ett smartare sätt att jobba på? Var det nöd-

vändigt att slentrianmässigt boka in alla patienter på läkarbesök? Skulle alla muskuloskeletala besvär i stället kunna gå raka vägen till fysioterapeuterna?

Hälsocentralens sjuksköterskor hade redan tagit över flera uppgifter från läkarna, som till exempel att göra en första bedömning av övre luftvägsinfektioner, urinvägsinfektioner och hals- och öronbesvär. Nu fick den sköterska som svarade i hälsocentralens telefon börja göra en bredare första bedömning, och därpå en sortering. Patienter med besvär i rörelseorganen till fysioterapeut, övriga till läkare eller sjuksköterska.

Fysioterapeuterna å sin sida fick ett nytt telefonsystem dit patienterna kunde anmäla sig direkt och sedan bli uppringda. De överbelastade telefontiderna med det konstanta ringandet



Att man inte har nyttjat fysioterapeuten tidigare på det här sättet är egentligen ett mysterium, säger verksamhetschefen Mervi Rundgren.

skrotades. När fysioterapeuterna nu fick kontroll över sina egna telefonsamtal och tidböcker blev arbetsmiljön genast lugnare. Dessutom hann de, till skillnad från tidigare, ta kontakt med alla som så önskade.

TRYCKET PÅ LÄKARNA MINSKADE. Dags att ta ett steg till: Låta fysioterapeuterna skriva röntgenremisser åt sina egna patienter. Läkarna nekade aldrig fysioterapeuternas röntgenförfrågningar, så varför inte skippa det resursslukande steget helt?

– Det här är den förändring som har gjort störst skillnad, säger Mika Sorvisto. Förr var jag tvungen att leta en läkartid bara för att få samma bedömning som jag redan hade gjort. Det kunde lätt ta tre, fyra veckor. I dag kan jag med lite tur få en röntgen redan samma dag.



Fysioterapeuten Mika Sorvisto ger Håkan Hannerfors som har knäartros en injektion. Det här är inget förstahandsalternativ, snarare ett komplement, säger Mika.



Tommy Dunder har fått ont av sparkarna när han tränar karate och behöver nu Mikas hjälp att träna upp bålstabiliteten.



Fysioterapeutstudenten Marcus Magnusson undersöker Stina Fredriksson som har ramlat och fått en rejäl smäll i axeln. Handledaren Anna-Leena Mäkitaavola finns med i bakgrunden.

TEMA: Primär- vård



Lokalsvårdsaren Vuokko Pitkänen har en stukad fot. Riku Sarkkinen undersöker henne och förlänger sjukintyget. Hon kan inte stå med den här foten än, säger han.

NÄSTA STEG: kortisoninjektioner. Fysioterapeuternas rekommendationer om injektioner var ju inte heller något som läkarna haft några invändningar mot. Fysioterapeuterna skickades på injektionskurs, och sen var det bara att sätta igång.

– Att ge injektioner är kul, säger fysioterapeuten Riku Sarkkinen. Det borde vi ha börjat med för tio år sen. Dessutom är det ju jag som har tagit hand om patienten, klämt och undersökt. Det är mig de litar på.

Ännu ett steg: Låta fysioterapeuterna förbereda sjukintyg. Läkaren läser det därefter i datorn och godkänner med ett knapptryck.

– Här tog vi kontakt med Försäkringskassan, säger Mervi. Dels för att kolla så det är okej att göra så, dels för att få veta vad som är viktigt när man skriver sjukintyg.

”Det fysioterapeuterna gör ska inte bara ses som en avlastning för läkarna. De har fått den roll de ska ha.”

Haparandamodellen har inte blivit vetenskapligt utvärderad, men den titt på ett patientflöde som gjorts visar att antalet besök minskat – och att patientflödet går till färre vårdgivare. Patienterna bollas inte längre fram och tillbaka utan kommer oftast direkt till rätt profession. Vänstetiderna har kortats, antalet röntgenremisser och kortisoninjektioner har minskat. Därtill har budgetunderskottet

mer än halverats sedan 2014, och arbetsmiljön för personalen har förbättrats.

– Vi är fortfarande en hälsocentral med jättemycket problem och bekymmer, säger Mervi Rundgren. Vi har fortfarande läkarbrist, vi kan ju inte uppgiftsväxla bort allt. Läkarna behövs, så det här arbetssättet ska ses som ett komplement. Men vi har ändå lyckats driva ett utvecklingsarbete och åstadkommit något väldigt bra. Vi klarar vardagen mycket bättre.

DET ÄR SÅ HÄR DE SKA JOBBA, säger hon. Om de så skulle ha full bemanning på läkarsidan skulle de inte gå tillbaka till det gamla.

– Det fysioterapeuterna gör ska inte bara ses som en avlastning för läkarna, säger hon. De har fått den roll de ska ha utifrån sin utbildning. Att man inte har

nyttjat fysioterapeuten tidigare på det här sättet är egentligen ett mysterium.

RYKTET OM HAPARANDAMODELLEN har börjat sprida sig. Fler hälsocentraler i regionen har delvis tagit efter, även sådana som har bra läkarbemanning. Ledningsgrupper kommer på studiebesök, till och med från den finska sidan. Arbetssättet har också väckt regeringens intresse. I mars bjöds Mika Sorvisto till Stockholm av regeringens särskilda utredare Anna Nergårdh, som har i uppdrag att se över framtidens primärvård (se s. 30), för att berätta om fysioterapeuternas roll i Haparanda.

Trots att fysioterapeuternas insatser lyfter verksamheten har de inte fått någon ekonomisk kompensation.

– Det känns verkligen tråkigt, säger fysioterapeuten Anna-Leena Mäkitaavola.

FAKTA: Haparanda hälsocentral

Listade patienter: 9 200

Personal: 3 fysioterapeuter, 2 ordinarie distriktsläkare, 1 arbetsterapeut, 10,5 sjuksköterskor (de flesta med någon form av specialistutbildning), 4 medicinska sekreterare, 1 biomedicinsk analytiker. Ambulansen bemannas av 7 sjuksköterskor och 3 ambulanssjukvårdare. Familjecentralen bemannas av 2 barnhälsovårdssjuksköterskor och 2 barnmorskor.



Hälsa: Invånarna i Haparanda är bland de sjukaste i Sverige. Här bor många äldre, och många finländare som bott i södra Sveriges industriorter flyttar till Haparanda när de på grund av ohälsa inte längre kan arbeta. Många unga Haparandabor lider också av övervikt, och det är vanligt med diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Männen i Haparanda har Sveriges kortaste medellivslängd.



Sirkka Lantto har lungsjukdomen sarkoidos och kommer till hälsocentralen för att träna upp sin benstyrka. Efter 25 år med sjukdomen är det först nu som hon har kommit till en fysioterapeut. Hon tycker inte läkarna har tagit hennes sjukdom på allvar.

– Vi tar över många uppgifter men får inga pengar. Synd att man ska behöva byta arbetsplats för att få högre lön, säger hon.

– Det är riktigt svagt, säger Riku Sarkkinen. Jag skulle vilja att förbundet gick in och förhandlade ersättningsnivåer med arbetsgivaren. Den här modellen kommer säkert att spridas, och då måste facket vara med.

– Det borde finnas en klar lönemodell där det framgår att injektioner, remisser och förberedelser av sjukintyg är värda så och så mycket, säger Mika Sorvisto. Mitt

”Mitt råd till andra är att göra klart pengarna innan ni börjar arbeta på det här sättet.”

råd till andra är att göra klart pengarna innan ni börjar arbeta på det här sättet.

Mervi Rundgren håller med om att fysioterapeuterna bör kompenseras, men säger att hon förgäves har försökt äska pengar från landstinget.

– Hela Region Norrbotten brottas med

stora ekonomiska problem och jag tror vi försvinner i det. De ser inte vad vi tjänar på det här. Jag tycker det hade varit möjligt att lyfta fysioterapeuterna en nivå, inte bara lite varje år, säger hon.

– Det skulle kosta en del nu, men i längden har vi ju igen det. Om de inte gjorde allt de nu gör skulle vi behöva ha en stafettläkare i stället, och det är både en dyrare och sämre lösning. Men vi släpper det inte, vi fortsätter jobba för att deras lönenivåer ska höjas. ■



Jag har sett mycket förändras. I början jobbade vi med passiva behandlingar på order från läkare, säger Mika Sorvisto som snart jobbat 24 år här.



Anna-Leena Mäkitäavola har tidigare jobbat i Finland. Där krävs det remiss för att få komma till fysioterapeut, berättar hon.



Fysioterapeutens arbete har blivit bredare och smidigare, tycker Riku Sarkkinen som har jobbat i Haparanda i fyra år.

TEMA: Primär- vård



FOTO: PETER KARLSSON

Torbjörn Bidebo,
Fysioterapeuternas
förhandlingschef.

Fast prislista är ingen framkomlig väg enligt förbundet

En fastlagd prislista för nya arbetsuppgifter fungerar inte ihop med förbundets löneavtal. Påslag för ett utökat ansvar är något som måste lösas lokalt, säger Fysioterapeuternas förhandlingschef Torbjörn Bidebo.

I TAKT MED ATT fysioterapeuter får fler uppdrag med utökat ansvar kommer också en del önskemål från förbundets medlemmar om klara och tydliga ersättningsmodeller. Fysioterapeuterna i Haparanda önskar sig till exempel förbundets hjälp med att förhandla fram en prislista.

Men överenskommelser med landets arbetsgivare om exakt hur mycket nya arbetsmoment med ett utökat ansvar ska ge i plånboken är inget förbundet kan göra. Det skulle vara raka motsatsen till det centrala avtalet som säger att fysioterapeuters lön ska vara individuell och differentierad, säger Torbjörn Bidebo. Lokalt finns det däremot helt andra möjligheter att skriva avtal, påpekar han.

– Det finns flera som har kommit överens om exakta belopp, säger han. Kompetens ska löna sig, och det är viktigt att lyfta det utökade ansvaret i den lokala löneprocessen. Men vi kan inte förespråka ett tariffsystem.

Att säga nej till fler uppdrag med utökat ansvar – som till exempel injektioner, remisser och sjukintyg – bara för att man inte har kommit överens om ekonomisk kompensation är inte motiverat, anser Torbjörn Bidebo.

– Säger man nej kan en annan arbetsgrupp ta på sig uppgiften, och då har man förtuttit sin chans och har inte heller något argument för att få upp lönen.

Finns det inte en risk för att man fastnar i en rävsax om man inte säkrar hem ersättningen först?

– Risken finns alltid, men tar du inte på dig nya uppdrag så förlorar du också hela argumentationsgrunden. Frågan om ersättning har flera gånger diskuterats i förhandlingsrådet, och där har vi kommit fram till att vi ska jobba för att ta nya arbetsuppgifter – sen höjer vi lönen. Utvecklar vi vårt yrke i komplexitet och kompetens på det här viset ger det oss också större möjligheter och bättre argument att öka vårt löneläge. ■

”Vi kan inte förespråka ett tariffsystem.”

TEMA:
Primär-
vård

Tranås triage minskade kostnader och kötider

När Bra Liv i Tranås införde triage förbättrades inte bara tillgänglighet och väntetider. Även ekonomin fick sig ett rejält uppsving. En patient som går direkt till fysioterapeut i stället för läkare är 3735 kronor billigare. Det visar vårdcentralens egen utvärdering.

VÅRDCENTRALEN BRA LIV i Tranås hade i flera år haft problem med både tillgänglighet, ekonomi och arbetsmiljö. Det ekonomiska läget gjorde det också svårt att rekrytera läkare. För att vända trenden bestämde de sig för att 2014 börja arbeta med triage, inspirerade av en vårdcentral i Region Västra Götaland som hade börjat arbeta med ett liknande koncept.

– Initiativet kom från ledningsgruppen i samråd med verksamhetschefen, säger enhetschef Katarina Wik Söderström. Där sitter bland annat jag som har budgetansvar. Vi såg att vi måste göra något.

Ordet triage härstammar från det franska ordet *trier* som betyder sortera. Primärvårdstriage är ett sorteringsystem där patienter inom primärvården direkt-sorteras, eller triageras, till olika professioner och mottagningar baserat på aktuella symptom.

I TRANÅS BÖRJADE patienter med besvär från rörelse- och stödjeorganen sorteras via en sjuksköterska i telefonbokningen direkt till fysioterapeut och arbetsterapeut. Patienter med psykisk ohälsa triagerades till psykolog och kurator. Fysioterapeuter och arbetsterapeuter fick dessutom börja skriva remisser till röntgen och ortopedteknik.

I den egna utvärderingen som gjordes (perioden maj 2014–maj 2017) samlades bland annat patient- och medarbetarenkäter in. Statistik på röntgenundersökningar togs fram ur olika register, man granskade journaler och gjorde

jämförelser mellan de patienter som triagerats korrekt till fysioterapeut respektive de som i stället hamnade hos läkare. Antal besök till läkare respektive fysioterapeut mättes samt antal genomförda slätröntgenundersökningar, magnetkameraundersökningar och kortisoninjektioner.

UTVÄRDERINGEN VISAR PÅ en rejäl kostnadsbesparing med det nya arbetssättet. En patient som kommer direkt till fysioterapeut som första bedömare genererar en vårdkostnad på 1 090 kronor. Att jämföra med de 4 825 kronor en patient som i stället kommer till läkare kostar. En skillnad på 3 735 kronor alltså.

Fysioterapeuterna ser också ut att vara bättre på att bedöma behovet av remisser till ortopedkliniken än allmänläkarna. 97 procent av fysioterapeuternas remisser accepterades, medan 87 av allmänläkarnas fick godkänt.

Under treårsperioden triagerades totalt 1 900 patienter direkt till fysioterapeut via sjuksköterska. Utvärderingen visar att 92 till 95 procent av patienterna hade triagerats korrekt. Av de patienter som kommit till fysioterapeuten som första bedömare hade 38–52 procent inte behov av mer än ett besök, och endast 4–6 procent hade behov av ett läkarbesök.

Med triageringen minskade också antalet sjukskrivningar av patienterna.

– Vi har gått från att ha regionens högsta sjukskrivningstal till att ha lägst antal, säger Katarina Wik Söderström.

Vår rehabkoordinator säger att det beror på att vi med triageringen är mycket mer proaktiva. Vi jobbar mycket mer i team, där den som är bäst lämpad också tar hand om patienten.

Det nya arbetssättet har också förbättrat tillgängligheten och lett till kortade väntetider. Majoriteten av patienterna kan få en tid inom en vecka, mot tidigare väntetid på uppemot åtta veckor. Minskad väntetid innebär en sänkt stressnivå för vårdgivaren, vilket har gjort arbetsmiljön bättre. Det i sin tur har gjort det lättare att rekrytera fler fasta läkare. Därmed har behovet av dyra hyrläkare minskat. Pengarna har i stället kunnat läggas på att anställa mer rehabiliteringspersonal, framförallt sjukgymnaster/fysioterapeuter.

Från och med i år får fysioterapeuter som har gått utbildningen i röntgendelegering och remisser till ortoped och som i övrigt jobbar med triageringskonceptet 1 000 kronor i lönepåslag.

– Man ska ha visat att man kan använda det på rätt sätt i ett år innan man får det, säger Katarina Wik Söderström. Då får man också titeln ”sjukgymnast med specialfunktion.”

DET FINNS DOCK EN RISK med den här arbetsformen, konstaterar utvärderingen. Triagering ställer större enskilt ansvar för varje enskild vårdgivare vilket kan vara stressande. ”Om vårdgivaren inte erbjuds kontinuerlig handledning och/eller kompetenshöjning ser vi att denna balansväg väger över mot stressfaktor.” ■

Majoriteten har ett utökat ansvar – utan lönetillägg

Många fysioterapeuter i primärvården tar på sig ett utökat ansvar, men de flesta har inte fått något lönepåslag för sina insatser. Ett par regioner använder dock fasta lönetillägg. [Det visar en enkätundersökning som tidningen Fysioterapi har gjort.](#)

AV DE 268 FYSIOTERAPEUTER som i enkäten (se faktaruta s. 28) har svarat att de jobbar inom primärvården har 111 personer uppgett att de fått ett utökat ansvar i form av att skriva röntgenremisser, ge injektioner, förbereda sjukintyg eller andra nya arbetsuppgifter. Av dessa 111 personer skriver 71 röntgenremisser, 41 förbereder sjukintyg och 22 ger injektioner. Somliga gör endast en av uppgifterna, medan andra gör två eller tre. Av de svarande som tagit på sig ett utökat ansvar uppger endast 24 procent att de har fått ett lönepåslag för sina insatser. En del anger att de fått individuella löneförhöjningar:

”Får lönepåslag som är kopplade till det stora ansvaret som jag personligt tar för att ha utvecklat, drivit och hållit igång och spridit vår triagemodell. Det finns dock inget generellt påslag för de fysioterapeuter som arbetar med triage.”

ANDRA ANGER ATT de fått ett lönepåslag efter en fastställd prislista. I enkätsvaren framkommer att två regioner har ett tydligt ersättningssystem för det utökade ansvaret: Västerbotten och Jönköping. I Västerbotten får den som skriver röntgenremisser 750 kronor mer i månadslön, efter att ha genomgått en utbildning och

skrivit ett visst antal remisser. I Jönköping är lönepåslaget 1 000 kronor per månad för den som skriver remisser till röntgen och ortoped, dagligen håller ett visst antal tider öppna för annan personal att boka, samt i övrigt uppfyller kriterierna för triage-konceptet. Dock måste man ha gjort detta i ett år för att få påslaget.

MEN MAJORITETEN AV DEM som i vår undersökning arbetar med utökat ansvar har alltså inte fått betalt för det. Flera har försökt lyfta frågan med arbetsgivaren, med blandad framgång:

”Har tagit upp detta med chefen men det var ej aktuellt. Vi skulle i sådana fall utvärdera i framtiden huruvida detta varit en ekonomisk vinst för vårdcentralen.”

”Just nu får jag bara höra att min lön är tillräckligt hög.”

”Jag har inte fått mer än den vanliga löneredovisningsprocenten, det har inte äskats eller förhandlats om extra tillägg för mina nya arbetsuppgifter.”

NÅGRA EFTERLYSER bättre hjälp från facket för att förhandla fram ersättning.

”Ber verkligen facket om hjälp att trycka på angående detta.”

”När vi fått nya och utökade arbetsuppgifter borde det regelmässigt innebära



högre lön enligt en lönetrappa eller någon annan lämplig modell men så har inte skett. När jag försökt diskutera detta med facket har man varit märkligt ointresserad av att jobba för den frågan vilket gjort mig besviken.”

PÅ EN ARBETSPLATS har fysioterapeuterna sagt blankt sagt nej till ett utökat ansvar om de inte får betalt för det:

”Att skriva röntgenremisser har varit på tal men då arbetsgivaren inte erbjuder utbildning för detta eller lönepåslag har vi inte varit intresserade.”

MEN DET SER INTE NATTSVART UT överallt. Flera uppger att det ser ut att gå åt rätt håll:

”Det är kanske på gång med 1 000 kronor i lönepåslag om vi haft tillräckligt med antal direktbokade patienter under 2017.”

”Vi utför nu ett pilotprojekt med röntgenremisser och hoppas kunna förhandla upp lönen då projektet är klart och det nya arbetssättet implementeras i verksamheten.”

”Lönepåslag kommer med 1 000 kronor under en testperiod på tre år om vissa kriterier uppfylls.” ■

Läs mer om fackets hållning till fasta prislistor för arbetsuppgifter med utökat ansvar på sidan 25.

Direkt access och triagering är vanliga arbetssätt

TEMA:
Primär-
vård

Det är utbrett inom primärvården att erbjuda direkt access till fysioterapeut. Att mottagningssköterskan hänvisar patienter med besvär från rörelsestödjearganen direkt till fysioterapeut utan omväg till läkare är också vanligt.

DET HÄR KOMMER FRAM i en enkät som gjorts av tidningen *Fysioterapi*. (se fakta-rutan nedan!) Av 268 medlemmar verk-samma vid vårdcentral/hälsocentral svarade 252 att de jobbar enligt en direkt- access-modell där patienter kan boka besök på en remissfri mottagning hos fysioterapeut. 197 svarar dessutom att patienter med besvär från rörelse-stödjeorganen direktsorteras/ triageras till fysioterapeut i stället för till läkare.

Enligt enkäten sköts triageringen främst av mottagningssköterskan i tele-fonrådgivningen, som kan hänvisa till fysioterapeuternas telefontid, drop in-mottagning och/eller boka in besök i fysioterapeuternas egen tidbok.

VISSA BESKRIVER en tydlig struktur/modell, där sköterskan har fått utbildning, en lat-hund och/eller har fått specifika frågor att ställa till patienten för att kunna sortera:

”Sköterskan har sina frågor enligt triageringen och när det gäller smärta i rörelse-stödjeorganen hänvisar hon till oss.”

”Triagering utförs i regel av sjuksköter-ska när patienten först tar kontakt. Vid led- och muskelrelaterade besvär bokas patienten om möjligt in hos sjukgymnast med undantag vid trauma, huvudvärk, yrsel eller vid uppenbara röda flaggor.”

”Alla med besvär från rörelse/stöd triageras till oss förutom när det behövs sjukskrivning eller receptbelagda smärt-stillande.”

DET FRAMKOMMER ATT även om sköterskan ska hänvisa till fysioterapeut först, så fungerar det inte alltid:

”Sköterskor bokar – men missar lika ofta.”

”Beror på vilken sköterska som sitter i telefonrådgivningen/mottagningen på hälsocentralen.”

”Fungerar inte fullt ut ännu, dels på grund av invanda mönster, dels på grund av resurser.”

I VISSA VERKSAMHETER har hänvisning till fysioterapeut ökat på grund av brist på läkare:

”Våra sjuksköterskor bokar oftast till oss sjukgymnaster eftersom det råder stor läkarbrist. Men vi har ingen modell.”

”Just nu pågår intensivt arbete med att avveckla hyrläkarna så triageringen har ökat markant senaste halvåret.”

HOS ANDRA BLIR DET ändå läkare först då fysioterapeuterna själva har för lång väntetid:

”Vi ska vara första instans men har väntetid på 5 veckor vilket inte sällan genererar ett akut läkarbesök först för att patienten inte vill vänta så länge.”

”Det är ofta vi inte klarar att ta emot patientflödet och detta kan generera fler läkarbesök.”

NÄR DET GÄLLER VÄNTETIDER så visar enkäten att kring 40 procent av verksamheterna erbjuder ett första besök hos fysiotera-peut/ sjukgymnast inom en vecka. Cirka 30 procent erbjuder ett första besök inom 2 veckor. Hos 26 procent dröjer det 2–4 veckor innan första besöket. 4 procent sva-rade att väntetiden var mer än 4 veckor. ■

FAKTA: Enkät om primärvården

Den 23 april 2018 skickades en enkät ut till 3069 medlemmar i Fysioterapeuterna. Syftet var att få ett stickprov på hur vanligt det är att arbeta enligt direkt access och triage-modeller i primärvården.

Via följdfrågor berördes utökat ansvar med nya arbetsuppgifter (skriva röntgenremisser, förbereda sjukintyg, ge injektioner med mera) samt eventuellt lönepåslag för det arbetet.

- 416 medlemmar svarade på enkäten. Av de svarande arbetar 268 i primärvården vid någon vårdcentral/hälsocentral. Av dessa svarade 252 att de jobbar enligt en direkt-access-modell där patienter kan boka besök på en remissfri mottagning hos fysioterapeut/sjukgymnast.
- 197 svarade dessutom att patienter med besvär från rörelsestödjearganen direktsorteras (triageras) och bokas in till fysioterapeut/sjukgymnast i stället för till läkare. De flesta kommentarer beskrev att sorteringen sköts av mottagnings-sköterskan i telefonrådgivningen.
- 111 svarade att de hade fått ett utökat ansvar med nya arbetsuppgifter, men endast 27 av dem hade fått ett lönepåslag för detta. (Läs mer på s. 27)

Några tidigare exempel på fysioterapeuten som första bedömare

Fysioterapeuten som första bedömare i primärvården är inget nytt. I Motala startade man redan 2003, och många vårdcentraler praktiserar i dag direkt access eller olika triage-modeller. Med tiden har också fler utvärderingar gjorts, med goda resultat.

I DECEMBER ÅR 2009 skrev tidningen *Fysioterapi* om Östergötland, där alla vårdcentraler inom vårdvalet skulle börja erbjuda en sjuk-gymnastisk bedömningsmottagning för patienter med muskulo-skeletala besvär. På vårdcentralen Brinken i Motala hade detta införts redan 2003 på grund av läkarbrist, vilket ännu i dag är ett vanligt skäl. I samma nummer berättade vi också om vårdcentralen Biskopsgården i Göteborg som började arbeta med triage 2007.



Väntelistan ett minne blott

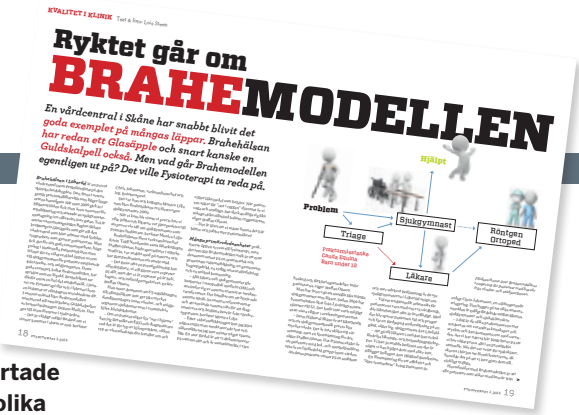
Enkäten visar att väntetiden för ett första besök hos fysioterapeut/sjukgymnast inom en vecka är 30 procent. Hos 26 procent dröjer det 2–4 veckor innan första besöket. 4 procent svarade att väntetiden var mer än 4 veckor. ■

ÅR 2011 SKREV VI i vår väntrumstilaga om Ångabo vårdcentral i Alingsås som kapade köerna med direkt access och om Lena Nordemans forskning som visade på förde-larna med remissfria besök som gav tidigare bedömning och behandling.

I NR 3, 2014 SKREV VI om en triage-modell på Brahehälsan i Löberöd. Många primärvårds-

enheter praktiserade då öppen/direkt access till fysioterapi, men det som gjorde Brahemodellen unik var att man även satsade på en systematisk och gemensam vidareutbildning, samt en gemensam begreppsbild hos läkare och fysioterapeuter plus en utökad bemanning med fler fysioterapeuter.

ETT MER AKTUELLT EXEMPEL är från nr 4, 2017 då vi skrev om Karin Samssons avhandling. Den handlar om fysioterapeuten som första bedömare i ortopedisk triage vid Närhälsan rehabmottagning på Tjörn i Västra Götalandsregionen. Resultaten visade att fysiotera-peutledd ortopedisk triage kan medföra snabbare tillgänglighet till en korrekt och säker bedömning av en kvalificerad vårdgivare som kan hänvisa patienten till den mest lämpliga behandlingen. Deltagarna upplevde också en signifikant bättre vårdkvalitet med fysioterapeutledd ortopedisk triage än med sedvanlig vård. De skattade också ett signifikant bättre hälsotillstånd tre månader efter triage jämfört med sedvanlig vård.



Med en RollerMouse från Contour får du energi att göra allt annat som är viktigt...

contour

PROVA GRATIS
I 14 DAGAR



Om du tillbringar en stor del av din tid framför en dator är det viktigt att du sitter bra. En centrerad mus som RollerMouse Red Wireless från Contour gör arbetet framför datorn mindre ansträngande och du får mer energi* över till allt annat som är viktigt.

Se hela vårt sortiment av RollerMouse på www.contourdesign.se

*) Enligt en undersökning utförd av analysinstitutet Userneeds på uppdrag av Contour Design upplevde 93% av de svarande ökat fysiskt välbefinnande vid användningen av en centrerad mus.



Stora förändringar på gång

Mindre fokus på akutsjukhusen och mer resurser till primärvården. Om nio år ska en rad förändringar vara genomförda, och det förebyggande arbetet ha blivit nyckeln i svensk hälso- och sjukvård. Vi förklarar vad som är på gång, och varför.

DET ÄR INTE LÄNGRE akuta olyckor och allvarliga infektioner som är hälso- och sjukvårdens största utmaning. Så såg det ut när dagens system en gång utvecklades, men åren har gått och i dag är behoven annorlunda. Vi lever till exempel allt längre, om 15 år beräknas dubbelt så många vara 85 år och äldre. Det betyder bland annat att vi dras i många år med kroniska sjukdomar. I den här utvecklingen har hälso- och sjukvårdssystemet inte riktigt hängtt med. Det behöver moderniseras.

2016 presenterades ett första steg mot en omorganisering: en 800 sidor tjock utredning av dagens hälso- och sjukvård. Den heter *Effektiv vård* och gjordes av Göran Stiernstedt, tidigare chef för vård och omsorg på SKL. I korthet kan man säga att utredningens slutsats är att vårdens resurser måste styras om från akutsjukhusen till primärvården.

ANNA NERGÅRDH, tidigare chefläkare och biträdande landstingsdirektör i Stockholms läns landsting, fick förra året uppdraget att gå vidare med en ny utredning för att ta fram förslag på hur omstruktureringen ska gå till. Utredningen heter *Samordnad utveckling*

för god och nära vård och har fokus på primärvården. Hon har rest Sverige runt och träffat landstingsledningar, regionledningar, politiker, tjänstemän, patienter, brukare, sjukvårdens olika nuvarande medarbetare och blivande medarbetare.

Totalt har det blivit omkring 220 samtal som ligger till grund för slutbetänkandet som ska presenteras i mars nästa år.

I juni kommer utredningen att presentera ett förslag på hur ett nationellt uppdrag för primärvården ska se ut. Då kommer också konkreta förslag på hur resurserna bör omfördelas från sjukhusen till primärvården. Utredningen har redan i ett första delbetänkande från juni förra året föreslagit en hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser. Där fanns också förslaget på en behovsstyrd vårdgaranti på tre dagar, som inte bara omfattar läkare utan alla legitimerade yrkesgrupper som patienten har behov av att träffa. Det förslaget fick regeringen nyligen igenom i riksdagen. Det här, säger Anna Nergårdh, ska ses som en bottenplatta för den fortsatta omstruktureringen. När hon i mars i år besökte Fysioterapeuternas rådsmöte sa hon bland annat så här:

– Alla är överens om att vi måste bli mycket bättre på förebyggande arbete om vi ska kunna klara framtidens utmaningar. Det är det som är nyckeln. Men förebyggande arbete är inget man gör under några få dagar långt ifrån människors närmiljö. Det gör man nära människor, i första linjens sjukvård. Vi måste bli mycket bättre på att använda alla kompetenser på ett klokt sätt.

Fysioterapeuterna, som sitter med i utredningens referensgrupp, applåderar den behovsstyrd vårdgarantin. Det är inte bara nödvändigt för att klara vårdens utmaningar utan gör den också mer patientsäker, anser förbundet.

OM PATIENTEN TRÄFFAR rätt kompetens vid första besöket kan onödiga återbesök och remisser undvikas, påpekar Fysioterapeuterna, som tycker att fysioterapeuten som första instans i primärvården vid besvär i rörelse-stödjeorganen bör bli en självklarhet överallt. (*Läs mer om olika modeller på tidigare uppslag.*)

– Det handlar om rätt använd kompetens, säger förbundets vice ordförande Cecilia Winberg. Vi är ju den profession som bäst klarar av att göra bedömningen, planeringen och behandlingen av de här patienterna. Att få tillgång till rätt kompetens tidigt gör också att vårdförloppet kortas och att patienten slipper slussas runt mellan olika vårdinstanser.

FÖRBUNDET PEKAR OCKSÅ PÅ fler viktiga roller för fysioterapeuten i framtidens primärvård. Bland annat bör fysioterapeuter finnas inom alla verksamheter där hälsofrämjande och preventiva insatser skulle kunna ha stor effekt. Till exempel inom elevhälsa, kvinnohälsa, mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, barn- och ungdomspsykiatri samt ungdomsmottagningar. De bör också bli en självklar del av vårdteamet kring kroniska sjukdomar, som till exempel

diabetes, astma och KOL. Även vid cancer, både under och efter behandling, bör fysioterapeuterna finnas med, anser förbundet.

– Man kan leva ett friskt och hälsosamt liv även om man har en kronisk sjukdom, säger Cecilia Winberg. När det gäller MS till exempel har vi i dag mediciner som gör att man kan leva ett friskare liv under betydligt längre tid. Då blir ju också preventionen viktigare. Vi lever också längre och friskare efter att vi har fått en cancerdiagnos.

”Rätt kompetens tidigt gör också att vårdförloppet kortas och att patienten slipper slussas runt.”

EN LOGISK KONSEKVENS av framtidens omstrukturering av primärvården bör vara att fysioterapeuter blir en starkare aktör, säger Cecilia Winberg.

– Delvis för att man vill lyfta prevention och hälsofrämjande åtgärder, men också för att den föreslagna vårdgarantin med fler professioner gör att vår betydelse kommer att öka. Man pratar också mycket om kontinuiteten, processer och vårdkedjor och där ser jag att vi kommer få en viktig roll.

Ska förändringarna bli verklighet måste alla inblandade parter vara med på samma tåg, poängterar Fysioterapeuternas socialpolitiska strateg Helena Conning.

– Det Anna Nergårdh föreslår innebär ett oerhört stort förändringsarbete, säger hon, och vi önskar att det genomförs oavsett vad som händer i höstens val. Frågan får inte släppas. Politiska partier måste enas över partigränserna om det här, men även alla vårdprofessioner måste vara överens. ■

Läs om interprofessionellt samarbete i primärvården på s. 36–41.

ACTIVE X™ SleevePlus - En stabil knäortos!

Active X Sleeve Plus har två spiralskenor på varje sida samt två stabiliserande cirkulära band. Modellen är avsedd att användas vid lindrigare smärttillstånd i knäet. Ortosen är uppbyggd av två olika material. Ett mer komprimerande syntetiskt neoprenematerial på framsidan och det ventilerande Active X-materialet på baksidan. Patellaöppningen är anatomiskt formad för optimal passform.



Vill du veta mer? Kontakta oss på
042-25 27 01 eller info@camp.se

CAMP®
SCANDINAVIA

FAKTA: Tidplan för omorganiseringen

Detta är tidplanen för omstruktureringen enligt utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* som har fokus på primärvården.

- Regeringsbeslut: mars 2017
- Första delbetänkandet: juni 2017
- Andra delbetänkandet: juni 2018
- Slutbetänkande: mars 2019
- Omorganiseringen ska vara genomförd 2027

Läs mer på utredningens hemsida: sou.gov.se/godochnaravard