

PROJEKT

SJUKGYMNAST DIREKT - tidig intervention

**Ulla Hansson
Lena Ljung
Elsie Pettersson**

Innehållsförteckning

BAKGRUND	3
SYFTE	4
UTVÄRDERING	4
PROJEKTMÅL	4
UTVÄRDERINGSPLAN	5
PROJEKTORGANISATION	5
Styrgrupp	5
Projektledare	5
Projektgrupp	5
MATERIAL OCH METOD	5
Avgränsningar i projektet	5
Historik	6
Information inför projektstart	6
Genomförande	7
Projektmöten	7
Studiebesök	7
Utvärdering	7
RESULTAT	8
Antal nybesök på varje mottagning samt antal besök på BM	8
Utvärdering personal på vårdcentral	8
Patienttillfredsställelse	10
Sammanställning från journalgranskning	13
Utvärdering sjukgymnaster	15
DISKUSSION	17
Projekt mål	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
FÖRSLAG INFÖR FORTSATT ARBETE MED BM	19
KONKLUSION	19
TACK	20
REFERENSER	20

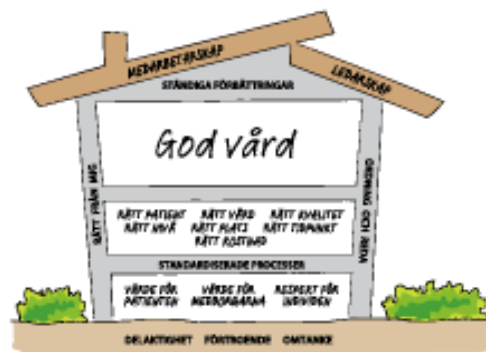
BAKGRUND

En av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning är besvär från rygg-, nacke- och axel. Besvär i rörelseorganen utgör ca 30 % av pågående sjukfall (1). Enligt tidigare egna undersökningar har 80 % av patienterna som kommer till sjukgymnastmottagning primärvård besvär från rörelseorganen. Ländryggssmärta drabbar upp till 80 % av alla människor någon gång under livet och nacksmärta drabbar upp till 50 % av befolkningen (2). De flesta patienter som kommer till sjukgymnast, går via läkare och kommer på rekommendation eller med remiss för bedömning och eventuell åtgärd, tillgänglig statistik från Visby sedan tidigare år visar att 22 % kommer utan remiss.

Evidens och forskning visar entydigt på att patienter som erhåller en tidig insats med kvalificerad bedömning minskar risken för att utveckla icke malign långvarig smärta (3). Andra vinster är att risken för ”passiv sjukskrivning” minskar vilket bl. a Boersma och Linton visat i en studie (4). Sjukgymnast Lena Nordeman kommer under våren 2011, att disputera med en avhandling gällande tidigt omhändertagande av patienter s.k. direkt access. I en delstudie har man jämfört patienter som fått sjukgymnastisk åtgärd inom 48 timmar, jämfört med en åtgärd efter 4 veckor. Båda grupperna förbättrades, men vid uppföljning efter 6 månader kvarstod förbättringen i signifikant högre grad hos patienterna som fått tidig intervention (5).

Många patienter med besvär från rörelseorganen kan med hjälp av tidig funktionsdiagnos, råd och information ta eget ansvar för sitt tillfrisknande med hjälp av riktad träning och uppföljning av sjukgymnast. Sjukgymnasten i primärvården kan med sin kompetens ställa differentialdiagnoser och effektivisera vårdkedjan genom att bedömningen är åtgärdad innan eventuellt läkarbesök.

Hänvisning från sjuksköterska på vårdcentral (VC) eller från sjukvårdsrådgivningen direkt till sjukgymnast utifrån ett bra beslutsstöd kan väsentligen påskynda ett tidigt omhändertagande (6,7). Med anledning av ovanstående beslutades det, att starta bedömningsmottagning på vårdcentraler i Slite, Klinte och Hemse samt på Korpen i Visby, utifrån socialstyrelsens skrift God Vård (8) som ingår i Gotlands Hälso och sjukvårds (HSF) värdegrund – *rätt patient, rätt vård, rätt kvalitet, rätt nivå, rätt plats, rätt tidpunkt samt rätt kostnad* (9).



Figur 1. Värdegrund. Hälso och sjukvården på Gotland.

Många kommuner och landsting använder i dag detta arbetssätt med framgång och goda exempel är Trelleborgslyftet (10) i Skåne där detta arbetssätt är under spridning.

På Brinkens vårdcentral i Motala startade man redan år 2003 bedömningsmottagning. Detta gjordes initialt pga. läkarbrist, och man fann metoden så bra att man nu har infört arbetssättet på alla vårdcentraler i Rehab Väst, Östergötland (11,12). Sjukgymnast Maria Ludvigsson har skrivit en vetenskaplig artikel som kommer att publiceras (13). På vårdcentralen Biskopsgården i Göteborg jobbar man efter liknande koncept. Sköterskan på vårdcentralen bokar patienter med besvär från rörelse-stödjeorganen till sjukgymnast samma dag. Modellen kallas Triage och skall införas i någon form, på alla vårdcentraler i Göteborg (14). Ett annat exempel där man jobbat med tidigt omhändertagande är inom primärvården i Jönköping där man år 2002 och 2003 arbetade med att ta fram riktlinjer för, samt att styra patienterna till rätt vårdnivå (15).

För att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och utveckla sjukskrivningsprocessen, införde staten för åren 2006-2008 ekonomiska incitament, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Erfarenheterna från denna satsning har varit uteslutande positiva, men det återstod en del åtgärder som behövde utvecklas och därför förlängdes överenskommelsen i ytterligare två år fram till 2010. Allt för att fortsätta arbeta för att ytterligare effektivisera sjukskrivningsprocessen. Som ett led i ovanstående startades projektet Sjukgymnast Direkt (SD).

SYFTE

Att patienter som söker vård på grund av besvär från rörelse – och stödjeorganen hänvisas till sjukgymnast med OMT -kompetens eller likvärdig kompetens för primär och tidig bedömning och rådgivning av sina besvär.

PROJEKTMÅL

- Att optimera riktlinjer för hänvisning direkt till sjukgymnast
- Att organisera bedömningsmottagningar hos sjukgymnast i primärvården Visby, Hemse, Klintehamn och Slite
- Att patienter med besvär från rörelse - och stödjeorganen som hänvisats erhåller tidig bedömning hos sjukgymnast (inom ett dygn eller nästkommande vardag)
- Att patienterna är nöjda med omhändertagandet
- Att personal på involverade vårdcentraler och på sjukvårdsrådgivningen upplever att arbetssättet med hänvisning är bra.
- Förändrat patientflöde från läkarmottagningen till bedömningsmottagning hos sjukgymnast

UTVÄRDERINGSPLAN

Slututvärderingen innefattar följande:

- Hur många procent av alla nybesök på de ingående mottagningarna är kopplade till ”sjukgymnastdirekt” perioden 2010-01-01 – 2010-12-31?
- Hur många procent av alla patienter kopplade till ”sjukgymnastdirekt” hänvisas till läkare på VC alternativt till annan specialist?
- Mäta patienttillfredsställelse genom enkät vid två tillfällen 2010.
- Kvalitativ utvärdering av personallupplevd nytta via möjlighet att skriva tillägg med egna synpunkter i utvärderingsenkäten.

PROJEKTORGANISATION

Styrgrupp:

Ann-Christin Kullberg, Hälso - och Sjukvårdsdirektör, ordförande

Hans Brandström, Primärvårdschef

Cilla Krook, Verksamhetschef Hab-Rehab

Ulf Larsson, Verksamhetschef Psykiatriska kliniken

Mats Granström - Projektkansli ”Bra sjukskrivningsprocess”

Tomas Widén - Projektkansli ”Bra sjukskrivningsprocess”

Jerker Sjöberg, områdeschef, Försäkringskassan Visby

Ansvar: Har det totala ansvaret för projektet och ställer resurser till projektets förfogande.

Projektledare:

Ulla Hansson, leg Sjukgymnast Mottagningsenheten Hab-Rehab

Ansvar: Ansvarar för att projektmålen uppnås.

Projektgrupp:

Ulla Hansson, leg. sjukgymnast Mottagningsenheten Hab-Rehab

Elsie Pettersson, leg. Sjukgymnast Mottagningsenheten Hab-Rehab

Lars Cedergren, leg. sjukgymnast. Slutade i december 2009 och ersattes av

Lena Ljung, leg. Sjukgymnast Mottagningsenheten Hab-Rehab

Ansvar: Genomföra projektet enligt projektplan

MATERIAL OCH METOD

Avgränsningar i projektet

Berör endast patienter med besvär i rörelse och stödjeorganen som hänvisats direkt till sjukgymnast utan föregående läkarbesök från vårdcentral eller sjukvårdsrådgivningen, eller patienter som själv söker sjukgymnast direkt utan föregående läkarkontakt.

Patienter som söker för samma besvär inom ett år ingår inte i projektet.

Patienter som hänvisas från ortopedkliniken ingår inte i projektet.

Historik

Idén till projektet Sjukgymnast Direkt (SD) utformades i en projektbeskrivning som godkändes av sjukhusledningen 09-05-17.

I projektbeskrivningen äskades tre sjukgymnastresurser för att kunna möta den ökade efterfrågan som flödesförändringen av patienter med besvär från rörelse- och stödjeorganen från distriktsläkare till sjukgymnastmottagningarna skulle innebära.

Dock erhöll projektet endast en och en halv sjukgymnastresurs.

Två sjukgymnaster rekryterades till en och en halv tjänst i projektet och påbörjade sina anställningar hösten 2009.

Dåvarande avdelningschef Görel Malmqvist, som även var projektledare för SD, slutade sin anställning i början av sommaren 09. Som ersättare utsågs Mats Granström. Då Mats Granström även hade uppdrag som beställare av projektet, beslutades att ny projektledare skulle utses pga. att rollerna projektledare och beställare av projektet annars skulle bli oklara. Med anledning av detta slutade Mats Granström som projektledare och Ulla Hansson anställdes på 20 % från och med 09-09-11.

Under september månad 2009 genomfördes informationstillfällen av projektledare Ulla Hansson till primärvårdsledningen, distriktsläkarforum, distriktssköterskeforum, sjukgymnastforum och i mottagningsenheten Hab-Rehab.

Under oktober månad 2009 hade projektledaren påbörjat arbetet med att färdigställa projektplanen och en projektgrupp bestående av Ulla Hansson, Lars Cedergren och Elsie Pettersson började arbeta aktivt med delaktiviteter i projektplanen framförallt gällande utvärderingsplan och organisation av bedömningsmottagning i Visby, Hemse, Klintehamn och Slite. I december 2009 slutade Lars Cedergren och Lena Ljung tillträdde i projektet.

Information inför projektstart

Information till berörda sjukgymnaster i primärvård, mottagningsenheten Hab-Rehab genomfördes under december -09 och januari månad -10, på respektive verksamhetsmöten Visby, Hemse/Klinte samt Slite.

Information på Vårdcentralerna Wisby Söder och Norr, Visborg, Roma, Slite, Hemse och Klintehamn gjordes på respektive APT eller verksamhetsforum under december till januari månad 2009-2010.

Hela projektgruppen var med vid samtliga informationstillfällen.

Genomförande

Projektet startade den 8 februari 2010 genom införande av bedömningsmottagning (BM), på samtliga sjukgymnastmottagningar inom Primärvården Gotland. Beräkningar gjordes för att avsätta rimlig tid för BM, vilket utföll till: 6-8 tider/dag i Visby, 1 tid/dag Klinte vårdcentral, 2-4 tider/dag Hemse VC samt 1 tid/dag för Slite VC. På VC Hemse och Klinte fanns möjlighet för personal att boka direkt till bedömningsmottagningens kalender. I Visby och Slite hänvisades patienter från VC att ringa och boka tid. I Visby ansöktes om tre nya licenser för tillgång till journalsystemet Medidoc, och efter diverse formalia och tillstånd kunde Visby Norr boka till BM den 21 september 2010. Varje patient som bokades till BM registrerades i datorjournalen i en särskild mall (bilaga 1) och i journalen noterades även vilka patienter som hänvisades vidare till läkare för att senare kunna användas vid utvärdering.

Projektmöten

Under projekttiden har det hållits ca 25 möten med projektgruppen, de flesta protokollförda.

Studiebesök

Studiebesök har gjorts av projektgruppen i maj 2010, till vårdcentralen Brinken, Motala och Vadstena vårdcentral, Vadstena i syfte att studera arbetssättet och få mer information. Ett fortsatt erfarenhetsutbyte gällande metoden sker främst med sjukgymnast Maria Ludvigsson, Motala.

Utvärdering

För att kunna följa upp uppsatta mål genomfördes en delutvärdering/avstämning under våren 2010 samt en slututvärdering efter avslutat projekt.

Delutvärderingen innefattade följande:

- Enkäter till sjuksköterskor på sjukvårdsrådgivningen och personal på vårdcentraler gällande upplevelsen av arbetssättet för perioden 2010-02-08 - 2010-05-07 delades ut, tjugosju svar kom in (bilaga 2).
- Mätning av patient-tillfredsställelse efter avslutad intervention under perioden 2010-02-08 - 2010-05-07 och 2010-10-01 – 2010-10-31.

Patienterna som besökt BM listades och numrerades. Adresser togs fram via patientjournal i Take Care datajournalssystem, ett informationsbrev och patientenkät skickades till patienten med bifogat returkuvert (bilaga 3). Under vårens utvärdering skickades 242 enkäter. 95 svar kom in, således en svarsfrekvens på 40 %.

Under höstens utvärdering skickades 78 frågeformulär, av dessa svarade 36 personer. 40 st. påminnelser skickades och av dessa kom det in ytterligare 16 svar. Svarsfrekvensen var under oktober månads utvärdering 66,6 %.

Databearbetning gjordes av Christian Eriksson, Kvalitets och utvecklingsenheten, HSF. Journalgranskning gjordes av alla sjukgymnaster som arbetat med bedömningsmottagningen, efter avslutat projekt (januari 2011). Vid varje BM-besök har respektive sjukgymnast skrivit i en mall där man noterat var personen är hänvisad ifrån (VC, sjukvårdsrådgivning och/eller personalkategori), hur många dygn patienten fått vänta, vilken kroppsdel som man söker pga. besvär från samt om patienten har hänvisats till läkare. Sjukgymnasterna gick sen igenom alla patienter som varit på BM och noterade ovanstående data (bilaga 4).

Under hösten 2010 gjordes en utvärdering av sjukgymnasternas uppfattning om BM bland dem som arbetat med metoden. Enkäter skickades endast till de sjukgymnaster som har arbetat med BM. Det var en kvalitativ utvärdering där frågor ställdes om uppfattningen om BM samt förslag på åtgärder för fortsatt verksamhet (bilaga 5).

Statistik gällande antal nybesök, respektive besök på BM, räknades genom att alla nybesök markerade i respektive kalender räknades för hand. Uppgivet antal patienter på BM subtraherades. Därefter räknades procentsumma ut för hur stor andel som var bedömningsmottagning.

Projektutvärderingen sammanställdes av Elsie Pettersson.

RESULTAT

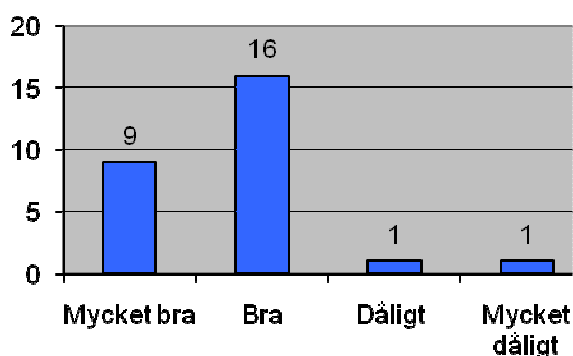
Antal nybesök på varje mottagning samt antal besök på BM.

Tabell 1. Antal nybesök, nybesök på BM samt hur stor andel av totala nybesöksantalet som är BM (%), på respektive sjukgymnastmottagning perioden 10-02-08 – 10-12-31.

Sjukgymnastmott.	Nybesök	Nybesök BM	%
Hemse	828	237	29,6
Visby	1941	419	21,6
Klinte	263	45	17,1
Slite	410	173	42,2
Gotland	3442	874	25,4

Utvärdering personal på VC.

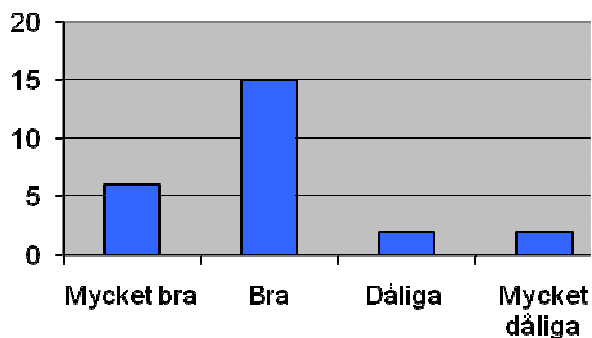
Enkäter till sjukvårdsrådgivningen och personal på VC gällande upplevelse av projekt SD, 2010-03-01 – 2010-06-30.



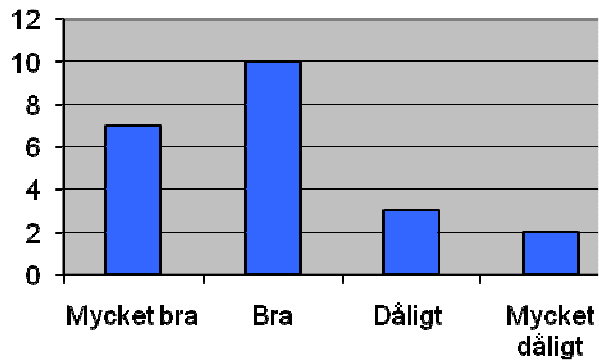
Figur 2. Har du fått tillräcklig information för att hänvisa patienter till bedömningsmottagningen? (n=27)

Kommentarer:

mycket bra och enkel skriftlig info att följa



Figur 3. Hur uppfattar du hänvisningsriktlinjerna vid hänvisning? (n=27)



Figur 4. Hur upplever du tillgängligheten till att boka in patienter till bedömningsmottagningen? (n=27)

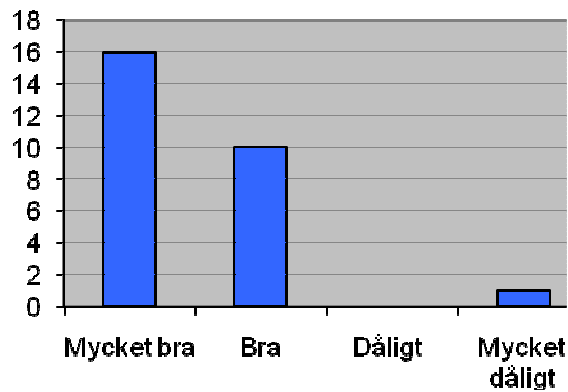
Kommentarer:

"kommer bli bra när vi kan boka direkt"

"Kan inte boka pat. hänvisar till tfn"

"Vi kan ej boka! Det skulle underlätta att kunna ge exakt tid direkt till pat."

"det finns nästan alltid tid samma dag - bra!"



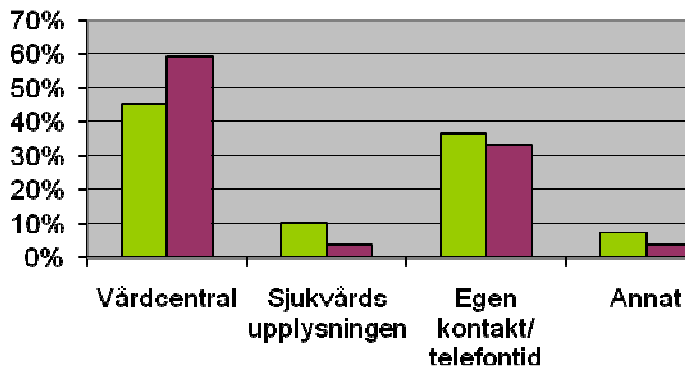
Figur 5. Vilket är ditt helhetsintryck av arbetsmetoden? (n=27)

Kommentarer:

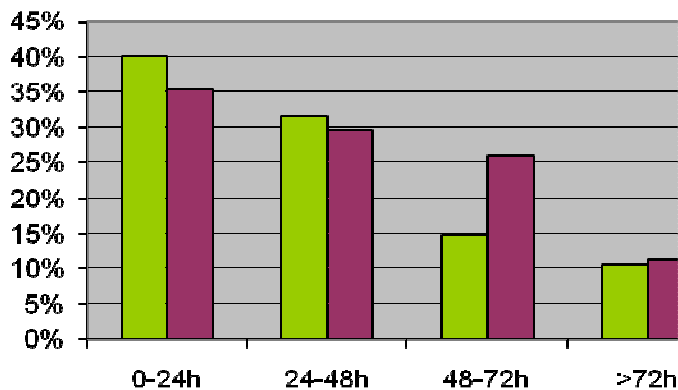
"ingen skillnad. Konkurrens med VC som vill fylla sina läkartider"

Patienttillfredsställelse

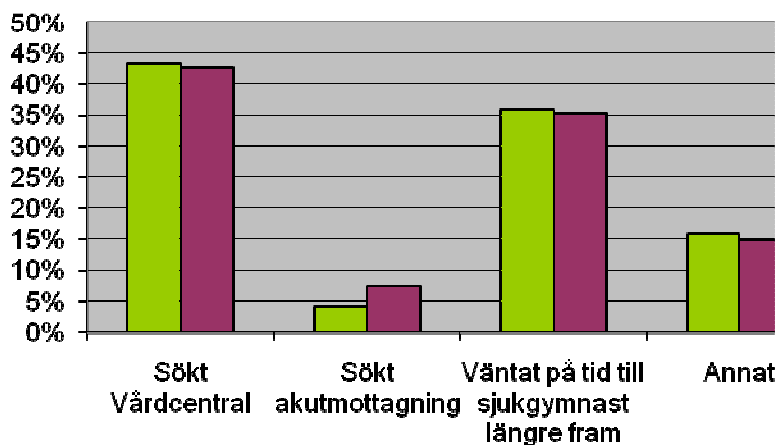
Mätning av patienttillfredsställelse efter avslutad intervention under perioden 2010-02-08 – 2010-06-30 samt 2010-10-01 – 2010-10-31.



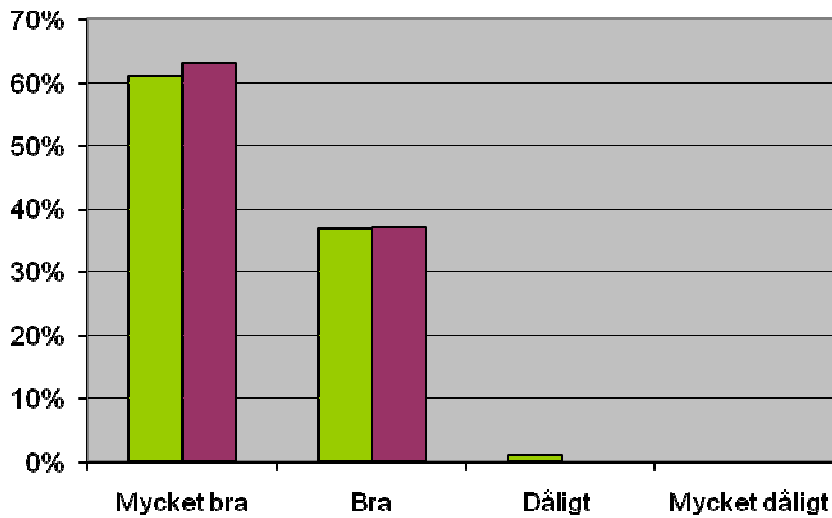
Figur 6. Varifrån blev du hänvisad till Bedömningsmottagningen?
Ljus stapel=våren 2010 (n=96), mörk stapel=hösten 2010 (n=54).



Figur 7. Hur lång tid tog det innan ditt första möte med sjukgymnast?
Ljus stapel=våren 2010 (n=96), mörk stapel=hösten 2010 (n=54).



Figur 8. Vad skulle du gjort om du inte hade blivit erbjuden en tid till sjukgymnast inom en vecka? Ljus stapel=våren 2010 (n=96), mörk stapel=hösten 2010 (n=54).



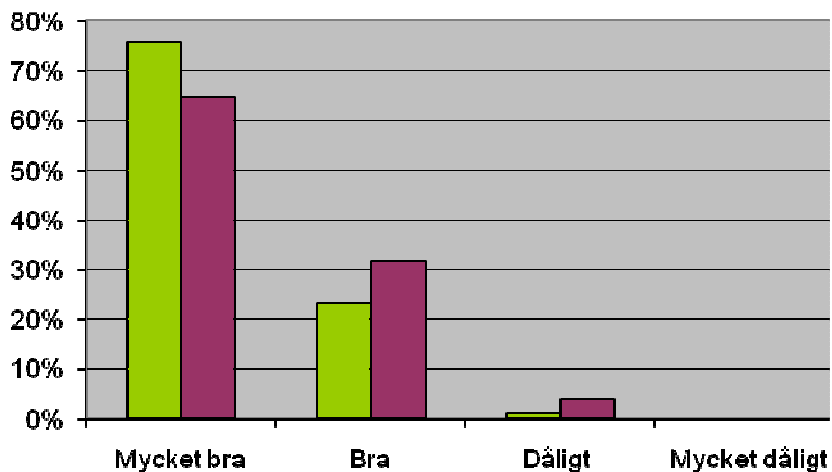
Figur 9. Hur upplevde du tillgängligheten att få komma till bedömningsmottagningen?
Ljus stapel=våren 2010 (n=96), mörk stapel=hösten 2010 (n=54).

Kommentarer:

“Fick snabbt tid när jag nådde mottagningen, men det var väldigt irriterande att få upptagetton i en halvtimme innan de svarade”

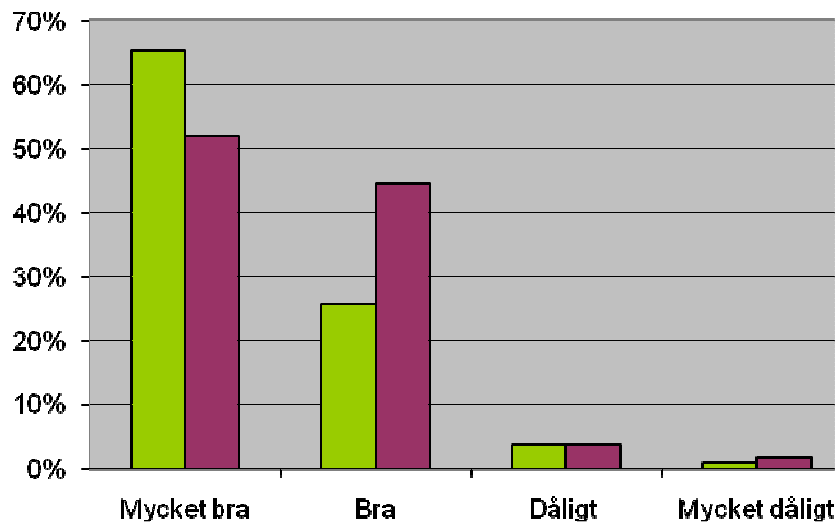
“fick komma samma dag som jag ringde”

“Behövde ej vänta”



Figur 10. Som helhet upplever jag att omhändertagandet på bedömningsmottagningen, i samband med mina besvär har varit:

Ljus stapel=våren 2010 (n=96), mörk stapel=hösten 2010 (n=54).



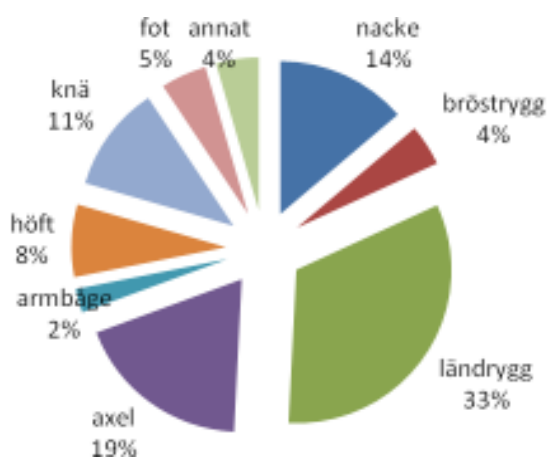
Figur 11. Upplevde du att du fick en bra bedömning av dina besvär?
Ljus stapel=våren 2010 (n=96), mörk stapel=hösten 2010 (n=54).

Eventuella synpunkter du vill framföra som hjälper oss att fortsätta utveckla och göra bedömningsmottagningen bättre:

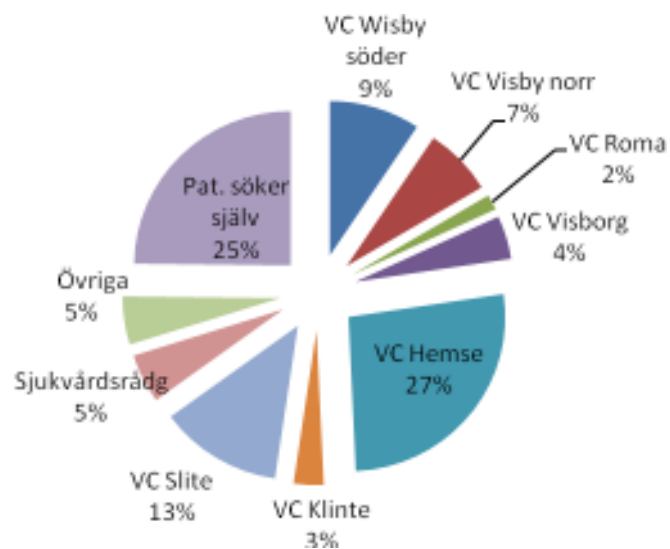
- *Ska vara lätt att nå sjukgymnast att få tid eller goda råd*
- *skönt att få besked på en gång och framför allt slippa vänta när man har ont och är orolig*
- *fortsätt jobba som ni gör - det är superbra!*
- *diagnosen svårbedömd, var sedan hos läkare som gjorde en annan diagnos. Det var ledbandet i axeln inte muskeln. Fick kortisonsprutor, hjälper, på bättringsvägen*
- *jag blev glatt överraskad*
- *bättre bedömning än vårdcentral*
- *ni gör ett superbra jobb*
- *professionella gymnaster ger snabbt resultat! Tack!*
- *jag tyckte man kunde fått remiss till läkare när inte behandlingen hjälpte, utan bara blev hemskickad och har fortfarande lika ont*
- *kontakten mellan sjukgymnast och läkare när bedömningen av mina besvär var klarlagda var utmärkt och jag fick en tid hos läkaren för fortsatt behandling där det visade sig att jag hade även andra besvär som måste behandlas direkt*
- *måste absolut få finnas kvar. För mig som patient så fick jag ett bemötande och respekt för det som jag behövde hjälp med.*
- *det går ju fortare. Om man kommer direkt till sjukgymnast än om det ska gå genom vårdcentralen.*
- *ett stort + är dom tog sig tid till att verkligen lyssna och hitta orsaken till problemet, vilket jag tidigare inte upplevt hos sjukgymnaster som jag gått till förut*
- *jätteviktigt med denna lättillgängliga sjukgymnastik och träningslokal. Jag kan fortsätta jobba, som vanligt, när jag får träna och behandling. Bra förebyggande! Fler skulle få den hjälp som jag fått!*
- *Jag tror på behandling direkt. Sjuktiden förkortas och patienten mår också psykiskt bättre när man vet att snart är besvären över*
- *ni har varit och är kanon! Fortsätt som ni gör.*

- *Kompetent personal. Bra uppföljning*
- *Kanske en uppföljning, jag hade gått tillbaka om jag haft en tid bokad. De är nog lättare att ringa o boka (de är alla frågor man har) Fullt nöjd*
- *Det var ett helt fantastisk möte som gav en ny öppning för att söka fortsatt hjälp för mitt trötthetsymptom (sökte för akut ryggskott) Basal kroppskänedom. Sjukgymnasten upplevde jag som väldigt professionell. TACK!*
- *jag blev överraskad att få komma så snabbt. Kanonbra. Jag var inställd på att få vänta länge. Å andra sidan så hade jag väntat ett tag innan jag ringde. Tack, tack för all hjälp.*
- *hjälpn var fullständig. Jag fick reda på orsaken och verkan. Hjälpn var perfekt. Har fått reda på lösning på mina besvär. Evigt tacksam.*
- *Utmärkt verksamhet! Måste ha kommit för att stanna!*
- *Önskat något mer ingående förklaring om vilka muskler som skadats hade velat se på en plansch eller liknande. Jag kan inte riktigt avgöra om ont i armen har samband med axel t.ex.*
- *jag har vid ett flertal tillfällen behövt hjälp av sjukgymnast och har alltid upplevt att jag fått en god vård av kunnig personal*
- *jag var bara hos sjukgymnasten 1 gång, sedan beställde jag tid hos Doktorn och fick en cortisonspruta och nu mår jag bra.*
- *blev glatt överraskad av att det gick så snabbt. Blev otroligt väl omhändertagen och det bästa mina akuta besvär blev helt bra*
- *hjälpn inte mig med mina besvär, hade varit bättre med en naprapat el. kiropraktiker*
- *bättre kommunikation, tyckte sjukgymnasten inte lyssnade på mig*
- *Bra att sjukgymnasten har tillgång till gym*

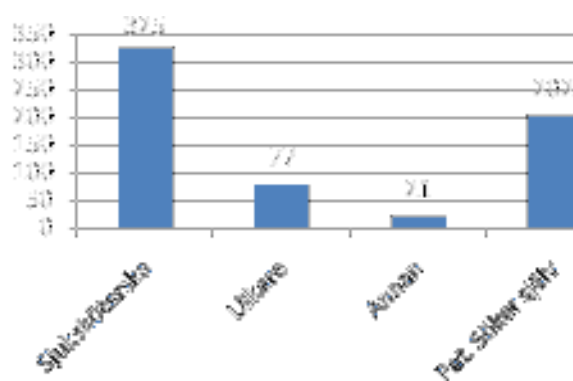
Sammanställning från journalgranskning



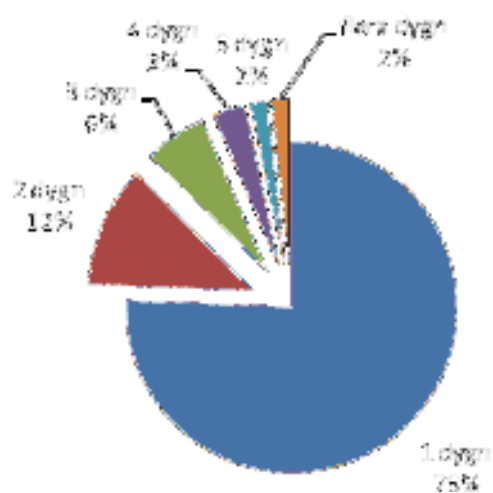
Figur 12. Söker för besvär från? (n=874)



Figur 13. Från vilken vårdcentral är patienten hänvisad? (n=814)



Figur 14. Vilken yrkeskategori har hänvisat patienter till BM? (n=625)



Figur 15. Erhållet tid inom antal dygn (n=857)

Tabell 2. Antal besök på BD? (n=853)

1 besök	2 besök	3 besök	4 besök	5 besök	flera
477	172	72	45	15	72

~56 % kommer på endast ett besök.

Tabell 3. Antalet hänvisade till läkareåtgärd 11 % av totalt antal på BM. (n=874)
(Annat=röntgen, trauma, ortoped, smärtteam, annan medicinsk behandling)

Sjukskrivning	8
Smärtlindring	25
Kortisoninj.	8
Fortsatt utredning	44
Annat	11

Utvärdering sjukgymnaster

1. *Upplever Du att har tillräcklig kompetens för att ta i mot patienter på bedömningsmottagningen?*

Alla svarar ja på denna fråga (11 pers).

2. *Vilken kompetens tycker Du att det behövs för att jobba med bedömningsmottagning?*

Erfarenhet (7 personer), OMT (4 personer).

3. *Vilket är Ditt helhetsintryck av arbetsmetoden?*

Mycket bra (7 pers), Bra (4 pers).

4. *Vill du fortsätta med bedömningsmottagning?*

Alla svarar ja på denna fråga (11 pers).

5. *Har du förslag på hur vi skall implementera bedömningsmottagning i vår befintliga verksamhet?*

Kategori: Utveckla bokningsrutiner med vårdcentralerna:

- *Fortsätta som hittills + utveckla så att våra läkare kan boka in akuttider hos sjukgymnast direkt när läkaren bedömer att pat. inte skall vänta på ordinarie väntelista. Många patienter som får vårt telefonnummer av läkaren ringer aldrig på bedömningstiden. Vi skulle också slippa alla patienter som skickas in till oss för att boka tid direkt. Skulle bli en tidsvinst för alla och en tidigare återkoppling för doktorerna nu när sjukskrivningstiderna är kortare.*
- *Tydligt för sjukvårdsrådgivning och VC, vilka patienter vi kan ta emot. INFO!! Tydlig och återkommande!*
- *Behöver ej bara vara för dem som ej träffat läkare! Måste finnas bra samarbete med VC.*
- *Se över hemsidan – internet, det ska vara lätt för övrig personal att hitta hur det går till att boka in patienter mm.*

Kategori: Resurser och möjligheter:

- *Utföra forskning som visar att vi behövs. Inte implementera i nuvarande verksamhet om vi inte får mer pengar. Fråga i så fall vart stoppet sitter. Studera kostnadseffektivitet.*
- *Vårdcentralerna skall ha kvar möjligheten att skicka patienter direkt till oss, men vi kan inte ta på oss mer i nuläget.*
- *Det måste finnas en förankring och inplanerat hos ledning och samtliga i arbetsgruppen.*
- *I dagsläget lite svårt då det är stor stress i arbetsgruppen, men börja i liten skala – påverka HSN till fler resurser.*

Kategori: Information till allmänhet:

- *När resultatet av projektet är klart, kanske lägga in tydliga diagram mm. som visar vilka typer av patienter vi träffat, behandling/åtgärd mm. mm.*
- *Hemsida där patienten kan hitta info lätt angående sjukgymnastik i primärvård! Har ni haft kontakt med andra sjukgymn.mott som har bedömningsmott? Hur arbetar de? Studiebesök?*

Kategori: Egen logistik:

- *Tiderna kvarstår som idag men kanske möjlighet till att boka in även patienter som träffat läkare. De akuta såsom, WAD, diskbräck t.ex. Detta kräver kanske att alla sjukgymnaster kan tänka sig att arbeta på detta sätt för att få det att gå ihop! Kontentan blir t.ex. i Visby 6 st. bedömnings/akuttider per dag. Ett snabbt "handhavande" ger oftast en kortare vårdtid/behandlingsperiod. Lycka till med implementeringen!*
- *Jag tror att vi skall räkna ut hur mkt tid bedömningsmott. tagit i genomsnitt hittills. Sedan fördela antalet timmar efter det. Blir lite färre timmar för bedömningsmott. Sen får man utöka om det inte räcker.*
- *Mycket att fundera på i stort på mott angående flödet av pat. Hur ska vi jobba i framtiden. Kanske minska ner till 2 st. besök/sjukgymnast och dag som man har bedömning. (Bra för pat. med tidig kontakt).*
- *Kan vara behov av nya riktlinjer. Kanske ålder måste implementeras. Kanske en kombination av en sjg. direkt tid och en akuttid/dag. Se ovan angående pat. som haft kontakt med läkare/har remiss innan.*

DISKUSSION

Projekt mål:

- **Att optimera riktlinjer för hänvisning direkt till sjukgymnast.**

Fråga - *Hur uppfattar du hänvisningsriktlinjerna som beslutsstöd för hänvisning?*

Mycket bra = 24 %, Bra = 60 %, Dåliga = 2,8 %, Mycket dåliga = 2,8 %.

Alltså 84 % var nöjda med hänvisningsriktlinjerna.

- **Att organisera en bedömningsmottagning hos sjukgymnast i primärvården i Visby, Hemse, Klinte och Slite.**

Bedömningsmottagningar finns nu på alla dessa vårdcentraler, undantaget Hansahälsans vårdcentral där det finns privata sjukgymnaster i samma byggnad. Har därför inte involverat denna vårdcentral i projektet.

- **Att patienter med besvär från rörelse- och stödjeorganen som hänvisats erhåller tidig bedömning hos sjukgymnast (inom ett dygn eller nästkommande vardag).**

76 % erhåller tid inom ett dygn, 88 % erhåller tid inom 2 dygn. Av den andel som fått vänta längre finns det en hel del patienter som har erbjudits tid tidigare men som av olika skäl har velat vänta på tid.

- **Att patienter är nöjda med omhändertagandet.**

Fråga – *Som helhet upplever jag att omhändertagandet på bedömningsmottagningen, i samband med mina besvär har varit?* Mycket bra eller bra 99 % (våren 2010), 96 % (hösten 2010).

- **Att personal på involverade vårdcentraler och på sjukvårdsrådgivningen upplever arbetssättet med hänvisning bra.**

Fråga – *Vilket är ditt helhetsintryck av arbetsmetoden?* Mycket bra och bra svarades av 96 % av hänvisande personal, 4 % (1 person) ansåg att arbetsmetoden var mycket dålig.

- **Förändrat patientflöde från läkarmottagningen till bedömningsmottagningen hos sjukgymnast.**

Fråga – *vad skulle du gjort om du inte hade blivit erbjuden en tid till sjukgymnast inom en vecka?* 43 % av de tillfrågade vid undersökning både vår och höst, hade sökt till vårdcentral i första hand om de inte fått en tid till sjukgymnast. 4 % (4 pers) hade sökt akuten under vårundersökningen och 7 % (4 pers) hade sökt akuten under höstens undersökning. Alltså har flödet förändrats med ca 50 % från vårdcentral till sjukgymnast.

Metoddiskussion

Värdena som presenteras från journalgranskningen är inte helt samstämmiga. Vid sammanställning kunde det skilja på värden i olika kategorier. Detta pga. att varje sjukgymnast satt en pinne för varje kategori och inte räknat samman att de stämde jämfört med varandra. Man får ändå en god uppfattning gällande de olika kategorierna, men det kan inte ses som vetenskapligt exakta data. Uppgiften efter varje diagram (n=) står för det antal markeringar som finns för varje kategori, undantaget hänvisning till läkare där (n=) står för totala antalet besök räknat på diagnoser.

Vi har valt att presentera några av kommentarerna från patientenkäterna. Av utrymmesskäl togs inte alla med. Kommentarer som riktat sig direkt till någon person exkluderades liksom

kommentarer som kunde ses likvärdiga eller inte berörde ämnet. Alla kommentarer finns dock sparade för eventuellt intresserade.

Vid utvärderingen under våren skickades frågeformulär till samtliga patienter som besökt BM från 8 februari till 30 juni. Inga påminnelsebrev skickades ut. Eftersom svarsfrekvensen blev låg (40 %), beslöts att skicka ut färre formulär under höstens utvärdering, med ambition att kunna skicka påminnelser för att få in maximalt antal svar. Således skickade formulär till samtliga patienter som besökt BM under oktober månad 2010. En omgång påminnelser skickades ut, vilket gav högre svarsfrekvens (66,6 %). Andra mätomgången har därmed högre tillförlitlighet.

I frågan *Hur lång tid tog det innan ditt första möte med sjukgymnast?* i patientenkäten svarade 40 respektive 35 % att de fick tid inom ett dygn. 32 respektive 30 % svarade inom två dygn. Sjukgymnasterna uppgav att 75 % fick tid till sjukgymnast inom ett dygn. Skillnaden kan vara att sjukgymnasterna räknar från bokning eller telefonsamtal till mottagningen. Möjligen har patienterna räknat från ett tidigare skede. Sjukgymnasterna har endast räknat arbetsdagar, alltså har patienten ringt på fredag och fått tid på måndag så har det räknats inom ett dygn.

Resultatdiskussion

Kostnaden för ett läkarbesök är 1600 kr (utpris) definierat som sjukvårdande behandling inom primärvård, för ett sjukgymnastbesök är kostnaden 700 kr. Alltså sparar man 900 kr för varje besök direkt till sjukgymnast, där inget läkarbesök är nödvändigt. Budgeten för projektet beräknades initialt till 700000 kr för personaltillskottet 1,5 sjukgymnasttjänst. Under motsvarande tid var patientunderlaget på BM 874 patienter. Potentiella kostnaden för denna grupp till läkare, skulle vara 1398 400 kr, för sjukgymnast är motsvarande summa 611 800 kr.

Det ökade antalet sjukgymnasttjänster under projekttiden har inneburit att inflödet av patienter på mottagningarna har kunnat öka utan att tillgängligheten i den ordinarie verksamheten minskat. Det nya arbetssättet med tidigt omhändertagande och korta vårdtider innebär också att den utökade sjukgymnastresursen har mött fler individuella patienter än snittet hos en sjukgymnast i ordinarie verksamhet. Ett tidigt omhändertagande har under projektet inneburit en kortare vårdtid vilket kan bero på att ju längre ett sjukdoms/skadeförlopp har pågått dess större vårdinsats behövs. Ett antagande är att en del av de patienter som i projektet kommit i ett tidigt skede skulle i ordinarie verksamhet kommit senare pga. diverse förseningar, genom att först vänta på en läkartid eller inte tillhöra en prioriterad patientgrupp (akuta smärttillstånd, operationer och skador) och genom väntan senare i sjukdomsförloppet behövt en större vårdinsats.

Det är svårt att bedöma vilka patienter som riskerar att få långvarig smärta, något som kräver stora insatser i sjukvården. Genom att ett ökat antal patienter får en tidig rehabiliteringsinsats på rätt vårdnivå: hos sjukgymnast eller vid behov i ett multimodalt team minskar risken att utveckla långvarig smärta. Multimodala team är under uppbyggnad inom primärvården. Möjligheten att få ett bra resultat vid multimodal rehabilitering förbättras om insatsen sker tidigt, inom två månader. Bedömningsmottagningarna där sjukgymnaster fångar upp patienter i ett tidigt skede kan därför ses som en del i vårdkedjan vid långvariga smärttillstånd. Arbetssättet med bedömningsmottagningar ska nu implementeras i ordinarie verksamhet. Vi ser en risk att patienter med kända diagnoser och långvariga besvär kommer att få en försämrad tillgänglighet jämfört med personer med nytillkomna smärttillstånd och skador. Vi hoppas därför på en god dialog om hur resurserna ska användas för att få den bästa patientnyttan. Fördelarna överväger dock att nå fler patienter, i rätt tid, på rätt vårdnivå, till rätt kostnad med rätt kompetens.

65 % av alla patienter på BM kommer endast på ett besök. I många fall behövs endast information och träningsråd för att patienten skall återhämta sig.

11 % av alla som sökt BM blir hänvisade till läkaråtgärd. Främst för fortsatt utredning men en del behöver hjälp med smärtlindring. Vissa patienter har själva bokat tid till läkare och ibland har sköterskan på VC bokat både besök på BM och läkarbesök samtidigt. Dessa finns inte med i vår statistik.

Totalt på Gotland har bedömningsmottagningen stått för 26,6 % av det totala antalet nybesök. Mer än en fjärdedel av alla patienter har fått en snabb tid, bedömning och åtgärd som i de flesta fall endast genererat ett till två besök.

Vårdcentraler som har hänvisat patienter till BM toppas av Hemse och Slite. Troligen är detta resultat till viss del beroende på att man där kunnat boka direkt i BM-kalender. Övriga vårdcentraler har hänvisat patienter att ringa på sjukgymnastmottagningens telefontid och därigenom klassats som om de har sökt själva. I ett senare skede kunde även VC Visby norr boka och i nuläget kan även Visby söder boka direkt. I samband med byte till den gemensamma datorjournalen Take Care som pågår under 2011, kommer alla att kunna boka direkt.

En stor del av det som uppfattas som problem från både personal och patienter är problem att komma fram på sjukgymnastmottagningarnas telefontid och bokning. Detta kommer förhoppningsvis att lösas genom direktbokning av sköterskorna i Take Care journalsystem.

FÖRSLAG INFÖR FORTSATT ARBETE MED BM

Eftersom undersökningen har visat att detta är ett uppskattat arbetssätt från patienter, sjuksköterskor, läkare och sjukgymnaster, känns det viktigt att fortsätta att jobba med bedömningsmottagningar. Dock behöver det finnas resurser inom verksamheten. Under projektiden utökades primärvårdens mottagningsenhet med totalt 1,5 sjukgymnasttjänst. Efter avslutat projekt är sjukgymnastgruppen åter reducerad vilket får till följd att det kan vara svårt att genomföra alla åtaganden som finns inom primärvården.

Vår uppfattning är att arbete med BM uppfyller Gotlands hälso- och sjukvårds värdegrund God Vård. Till bedömningsmottagningen har rätt patient kommit, patienten har fått rätt vård, till rätt kvalitet, det har varit rätt nivå, rätt plats och rätt tidpunkt samt rätt kostnad.

KONKLUSION

Resultatet av utvärderingen visar att arbete med BM är kostnadseffektivt samt ger stora hälsovinster för patienter genom en tidig intervention. Arbetssättet är uppskattat av både sjuksköterskor, läkare och sjukgymnaster.

Viktigt att det finns resurser till denna verksamhet eftersom den avlastar läkare och akutmottagning samt ger en möjlighet till snabbare förbättring för patient.

TACK

Tack till personal på vårdcentraler, sjukvårdsupplysning samt sjukgymnastkollegor som har hjälpt till med att sätta detta projekt. Tack till Christian Eriksson som hjälpt till med statistik och databearbetning samt tack till Maria Ludvigsson och övrig personal i Rehab västra Östergötland för inspiration.

REFERENSER

1. SBU-rapport. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Dec 2003
2. SBU-rapport. Ont i ryggen ont i nacken. 2000. [citerad 2011 feb 07] Tillhandahållen från: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/ontiryggen_2000/ont%20i%20ryggen/vol1/Rygg_voll_samm.pdf
3. Lundberg, M. Rädsla för att röra sig när man har ont. (2007). [citerad 2011 feb] Vårdalinstitutets Tematiska rum: Leva med smärta. Tillhandahållen från: www.vardalinstitutet.net .
4. Boersma, K Linton, S. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem.:A prospective analysis of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability.Clin J Pain.2006;22;160-166
5. Nordeman L, Nilsson B, Möller M, Gunnarsson R. Clin J Pain. 2006 Jul-Aug; 22(6):505-11.
6. Marklund B. Symtom, råd och åtgärd, Studentlitteratur 10/2008
7. Sjukvårdsrådgivningen. (citerad 2011 feb 07). Tillhandahållen från: www.1177.se
8. Socialstyrelsen, jan 2006. God vård– om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. [citerad 2011 feb 21] Tillhandahållen från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9406/2006-101-2_20061012.pdf
9. Gotlands kommun, Hälso och sjukvårdsförvaltningen. Värdegrund.
10. BackUpp-rätt insats i rätt tid för patienter med ländryggssmärta. Slutrapport från pilotprojektet 2009 – 2010 [citerad 2011 feb 08] Tillhandahållen från: www.gotland.se/imcms/49624
11. Fysioterapi nr 12/ 2009

12. Vårdval Östergötland. [citerad 2011 feb 08] Tillhandahållen från:
<http://www.lio.se/upload/Dokroot/Politiker/Halso-ochsjukvardsnamnden/Foredragn/2010/Bilagor/20100519Arende47HSN.pdf>
13. Ludvigsson M. abstract.
14. Fysioterapi 12/2009. Triage
15. Eskilsson U, Fridh I, Skarre P. Sjukgymnast som primär instans. Primärvårdens FoU-enhet, Jönköpings landsting. 2004:1.