

**Utvecklingsarbete 2013-14 Landstingets Primärvård Västerbotten**

Projektledare: Mikael Fredlander

Projektgrupp:

Eva Ludvigsson

Lisa Norrman

Birgith Holmberg

Anders Holmström

# Utökad direktaccess till sjukgymnast

## HC Tre Älvar

(Vindeln, Vännäs och Bjurholms HC)



<b>1</b>	<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Mål</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Genomförande</b> .....	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>Resultat och analys</b> .....	<b>4</b>
5.1	Besöksflöden och sökorsaker .....	4
5.2	Röntgen .....	5
5.3	Ekonomiska effekter.....	5
5.3.1	Beräknade kostnadseffekter allmänt .....	6
5.3.2	Beräknade kostnadseffekter röntgen .....	6
5.4	Patientupplevelse.....	7
5.5	Medarbetarupplevelse .....	9
5.5.1	Sjukgymnasternas upplevelse .....	9
5.5.2	Distriktssköterskornas upplevelse .....	10
5.6	Resultatsammanställning/reflektioner .....	11
<b>6</b>	<b>Sammanfattning / slutsats</b> .....	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Referenser</b> .....	<b>12</b>
<b>8</b>	<b>Kontaktuppgifter</b> .....	<b>12</b>
<b>9</b>	<b>Bilagor</b> .....	<b>13</b>
9.1	Sökorsaker .....	13

## 1 Bakgrund

Mellan 10 - 20% av patienterna i primärvården söker hjälp för problem med rörelseapparaten. Flertalet av dessa bör komma direkt till sjukgymnast. En studie jämförde handläggning av muskuloskeletala tillstånd och visade att klinisk erfarna sjukgymnaster hade större kunskap i handläggning av muskuloskeletala tillstånd än läkarstudenter, internmedicinare och övriga specialistläkare förutom ortopedspecialister (3). Att se till att patienterna vid vårdkontakt träffar rätt kompetens sparar tid, pengar och leder till snabbare tillfrisknande.

En minskning av sjukgymnastutrymme på en hälsocentral kan resultera i att fler söker sig till privata behandlare, men framför allt att fler söker sig till läkare i stället. 2009 kostade ett läkarbesök 1190:- enligt SKL. Detta kan jämföras med ett besök hos en sjukgymnast som, enligt samma källa, kostade 510:-. I de fall en patient söker för problem med rörelseapparaten är sjukgymnasten oftast rätt instans. Vanligen kommer de först till läkare och sedan till sjukgymnast. Det är alltså inte bara mellanskillnaden som sparas in. Genom att det första besöket blir hos sjukgymnast, sparas ofta hela kostnaden för läkarbesöket in. (1) Ett läkarbesök som resulterar i "remiss" till sjukgymnast kostar alltså mer än tre besök hos sjukgymnast.

Förutom de ekonomiska vinsterna bör vi enligt tidigare studier (2,3) få kortare väntetider till läkare, förbättrad kontinuitet och färre besök. Samarbetet mellan läkarna, distriktssköterskorna och sjukgymnast kan förbättras och fler läkartider frigörs (4).

Försöksperiod 2013-10-01 - 2014-09-31 (1 år).

## 2 Syfte

Genom att vidareutveckla direktaccess till sjukgymnast för patienter med problem från rörelse-/ stödjeorganen, vill vi förbättra omhändertagandet av dessa och samtidigt förbättra flödet på läkarmottagningen så att rätt kompetens används för varje patient.

### Hypotes:

- En minskning av faktiska stafettkostnader med samma summa som projektets lönekostnad ( $0,7 \times 37.500 \text{ kr} \times 12 \text{ mån} = 320\,000 \text{ kr}$ ), dvs ca 8 veckors stafettkostnad under perioden gör projektet kostnadsneutralt.
- Av de ca 2 640 läkarbesök i Vindeln och Vännäs som görs med anledning av problem från rörelse- och stödjeorganen räknat på helår, bör minst hälften (ca 1 300) istället kunna hanteras av sjukgymnast.

## 3 Mål

- Minskad andel läkarbesök för rörelse- och stödjeorgansrelaterade sökorsaker från 21% till 11% (rätt använd kompetens) (motsvarar under projekttiden ca 1320 besök (Vindeln: ca 600, Vännäs: ca 720 besök)
- Minskad väntelista för läkarbesök (mindre kö jmf med föregående år)
- Minskad total kostnad under försöksperioden för stafettläkare med totalt 4 veckor på Tre Älvar (skattat behov för perioden jmf köpta tjänster)
- Förbättrad arbetsmiljö (medarbetarskattning)
- De patienter som av DSK bokats till SG i stället för läkare, ska tycka det är acceptabelt/bra att de först fick komma till SG (>75%)
- Minskade röntgenkostnader (extremitetsleder och rygg) jämfört med föregående år

## 4 Genomförande

Projektet har bedrivits på två av Tre Älvars hälsocentraler (Vindeln och Vännäs). Den tredje enheten, Bjurholms HC, har delvis använts som jämförelse.

Sjukgymnastresurserna har under projekttiden utökats med totalt 0,7 tjänsteutrymme (Vindeln 0,3 och Vännäs 0,4). En projektgrupp har regelbundet träffats ca en gång i månaden (12 träffar via video). Återkommande rapporter har getts vid respektive APT. Projektledaren har löpande rapporterat / samrått med basenhetens ledningsgrupp.

Särskilda tider, 8 st à 30 min i Vindeln och 10-12 i Vännäs per vecka, har avsatts för direktbokning av DSK. Kriteriet för att boka dessa tider har varit att det ska gälla:

- Icke kroniska besvär från rörelse-stödapparaten och där bedömning / intervention av SG bedöms adekvat.

Möjligheterna för sjukgymnasterna att skriva remiss till röntgen utreddes och enligt Socialstyrelsen finns inga hinder för att andra än läkare får skriva röntgenremisser. Det som styr detta är landstingets egna remissriktlinjer. Efter samråd och överenskommelse med röntgens verksamhetschef gavs klartecken för röntgenremisser från sjukgymnast under förutsättning att man anger en namngiven ansvarig läkare som svarsmottagare.

## 5 Resultat och analys

### 5.1 Besöksflöden och sökorsaker

Under försöksperioden har sammanlagt 723 direktaccessbesök till sjukgymnast genomförts och andelen läkarbesök för rörelse-/stödjerelaterade sökorsaker har minskat från 20,1% (2012) till 16,6% (okt-13 – sep -14)). I faktiskt antal har det inneburit 520 st färre läkarbesök för dessa sökorsaker (Se bilaga 1 där de sökorsaker som medräknats finns beskrivna.) Man bör dock vara medveten om eventuella variationer i klassningen av sökorsakerna mellan olika individer och situationer vilket gör slutsatserna något osäkrare. Det förekommer även bokningsunderlag (2,5%) där ingen sökorsak angetts men både på grund av den relativt låga förekomsten och att dessa sannolikt fördelats någorlunda jämnt mellan sökorsakerna har ingen hänsyn tagits till dessa.

Antalet läkarbesök totalt har troligen inte påverkats så mycket av DirektAccess utan detta styrs framför allt av läkartillgången. Däremot har andra patientgrupper än rörelse-/stödrelaterade åkommor beretts ökat utrymme till läkare.

	okt-12 - sep-13	okt-13 - sep-14	Diff 2014 - 2013	Diff (andel)
Läkarbesök (antal)	12954	12284	-670	-5%
Läkarbesök / närvarotimme	0,77	0,61	- 0,16	
Sjukgymnastbesök (antal)	3550	4911	1361	38%
Sjukgymnastbesök / närvarotimme	0,77	0,79	0,02	

**Tabell 1.** Skillnad i besöksflöden för läkare och sjukgymnaster jämfört med året innan projektet

Ökningen av sjukgymnastbesök överensstämmer väl med den utökade sjukgymnastresursen vilket den nästan oförändrade besöksfrekvensen per närvarotimme styrker. Läkarbesöken har däremot minskat i både totalt antal och genomströmning per närvarotimme. Huvudförklaringen till detta tror vi är den kraftigt ökade tillgången och andelen underläkare vilket både medför ökat handledningsbehov från överläkarna och framför allt kan / ska underläkarna inte ha lika många patienter per dag. En annan delförklaring kan vara att närvarotid för en utlandsrekryterad läkare bokförs helt och hållet på hälsocentralen även under dennes frånvaro för språkkurser mm.

Av de 723 direktaccessbesök som gjorts till sjukgymnast under försöksperioden har 3,7% av dessa varit i behov av konsultation och 4,1% har genererat läkarbesök. Totalt har 34 % av besöken fått återbesök till sjukgymnast och 33 patienter (5%) har rekryterats till artrosskola. De vanligaste sökorsakerna var rygg (22%), knä (19%) och axel (14%). (Se bilaga 7.1 för hela listan.)

Av försöksgruppen har 54 % varit kvinnor och 46 % män. Spridningen av åldrar har varit stor, från 3 år till 98 år, och med medelåldern 50 år.

## 5.2 Röntgen

Under försöksperioden har sjukgymnasterna haft möjlighet att vid bedömt behov skriva egna röntgenremisser (skelettröntgen). Remissmöjligheten har inte bara gällt patienterna i Direktaccessprojektet utan alla som besökt sjukgymnast. Under projekttiden har de tillsammans skrivit 50 remisser.

	okt 2012 - sep 2013	okt 2013 - sep 2014	Diff föregående år
Vindeln	861	676	-185
Vännäs	1033	995	-38

**Tabell 2.** Antal slätröntgenundersökningar jämfört med föregående år

Sammantaget har totala mängden remisser minskat vilket sannolikt har flera orsaker. En anledning kan vara att sjukgymnasterna tycks ha avsevärt lägre benägenhet att skriva röntgenremiss än läkare. Andelen röntgenremisser sända av sjukgymnast uträknat per nybesök var ca 3 %. Motsvarande andel slätröntgenremisser per nybesök var 11 % för läkare när alla nybesök, alltså även ej rörelse-stödjerelaterade besök, medräknades. Om man istället beräknar andelen slätröntgenremisser per rörelse-/stödjerelaterat besök till läkare fick 46 % (2013) och 56 % (2014) remiss av läkaren. (För ekonomiska beräkningar / konsekvenser se avsnitt 5.2.2)

Det går dock inte att göra bra jämförelser eller dra säkra slutsatser beträffande antal röntgenundersökningar eftersom det varit mycket olika förutsättningar på respektive enhet. Vindeln hade särskilt i början av försöksperioden läkarbrist vilket sannolikt minskat röntgenremisserna under den perioden. Vännäs har under våren haft flera nya AT- och underläkare. Det kan i sin tur ha bidragit till en viss ökning av röntgenremisser men trots detta har antalet remisser totalt sett minskat jämfört med föregående år.

Möjligheten för sjukgymnasten att skriva slätröntgenremisser upplevs som mycket smidigt och positivt. Det har även snabbat upp processen genom att man minskat steget att behöva gå via läkare. Patienterna har också reagerat positivt på att sjukgymnasten kunnat skriva röntgenremiss direkt. En annan effekt är avlastning av läkarna. Ovanstående beskrivning visar också med all tydlighet att det inte förekommit överanvändning av möjligheten utan det pekar i stället på minskat nyttjande av slätröntgen. De stora skillnaderna kan bero på "kulturella" skillnader eller vanor mellan yrkesgrupperna men även att sjukgymnasterna har en större möjlighet till återbesök och att sätta in åtgärder / träning (ex artrosskola) och följa upp effekterna innan man skriver remiss. Ökningen med 10 % mellan 2013 och 2014 för läkarnas remitteringsfrekvens av rörelse-/stödjerelaterade besvär kan troligen förklaras av att direktaccessprojektet medfört att sjukgymnasterna tagit en större del av rörelse-/stödjerelaterade besvär och därigenom har läkarna relativt sett fått en större andel av trauman och utredningsfall.

## 5.3 Ekonomiska effekter

Projektets påverkan på stafettläkarkostnaden är svår att beräkna med exakthet eftersom läkarbemanningen och rekryteringsförutsättningarna ständigt varierar med tiden. I Vindeln har läkarbemanningen varit extra svår vilket tvingat fram ett relativt stort behov av stafettläkare under början av försöksperioden. I Vännäs har bemanningen varit mera stabil och f f a har flera underläkare anställts under våren 2014. Stafettläkarbehovet i Vännäs har senaste åren i princip konstant varit ca 1,2 tjänst medan den under försöksperioden varit ca 0,6 (i slutet av perioden 0). Huvudförklaringarna till minskningen är dels god tillgång av underläkare och dels direktaccess till sjukgymnast. En rimlig skattning är att dessa

förklaringar till lika delar bidragit till minskat behov av stafettläkare vilket innebär att projektet bara i Vännäs sänkt stafettkostnaderna med 0,3 stafettläkare under 12 mån (se alternativ 3).

### 5.3.1 Beräknade kostnadseffekter allmänt

Det är inte möjligt att göra en exakt kostnadsberäkning på projektets effekter eftersom en del faktorer bygger på antaganden. Nedan visas tre alternativa försök till beskrivning av kostnadseffekterna. Alternativen kan inte sammanräknas utan speglar olika sätt att beräkna effekterna utifrån rimliga antaganden. De flesta av patienterna som nu bokats till sjukgymnast skulle i normala fall ha genererat läkarbesök. Alternativ 1 är beräknat utifrån antalet minskade besök till läkare för rörelse-/stödjerelaterade sökorsaker. Beräkningarna för alternativ 2 är gjord utifrån antagandet att alla direktaccesspatienter egentligen skulle ha blivit ett läkarbesök. Alternativ 3 gäller endast Vännäs och är gjord utifrån det faktiska behovet av stafettläkare och avdelningschefens bedömning av projektets betydelse för detta. Se föregående avsnitt.

#### Alternativ 1

Kostnadseffekt av minskade rörelse-/stödjerelaterade sökorsaker (n=520) till läkare

Kostnad / läkarbesök (Tre Älvar 2014 exkl stafett) 898* kr x 520 besök	467 000 kr
Kostnad / SG-besök (Tre Älvar 2014) 316* kr x 520 besök	- 165 000 kr
Intäktsskillnad besöksavgifter ca 520 besök x 100 kr	<u>- 52 000 kr</u>
	+ 250 000 kr

#### Alternativ 2

Kostnadseffekt om alla Direktaccessbesök istället blivit läkarbesök (ej stafett)

Kostnad / läkarbesök (Tre Älvar 2014 exkl stafett) 898* kr x 723 besök	650 000 kr
Kostnad / SG-besök (Tre Älvar 2014) 316* kr x 723 besök	- 230 000 kr
Intäktsskillnad besöksavgifter 723 besök x 100 kr	<u>- 72 000 kr</u>
	+ 348 000 kr

#### Alternativ 3 (endast Vännäs)

Kostnadseffekt utifrån faktiskt minskat stafettläkarbehov

Minskat stafettläkarbehov :	0,3 tjänst under 12 mån	612 000 kr
Utökad sjukgymnasttjänst:	0,4 tjänst under 12 mån	- 192 000 kr
Intäktsskillnad besöksavgifter:	448 besök x 100 kr	<u>- 45 000 kr</u>
	Nettoeffekt	+ 375 000 kr

Av de patienter som besvarade enkäten uppgav många att de hade valt andra vårdgivare (andra HC, privata aktörer, primärvårdsjour, akuten mm) och några att de hade listat om sig ifall de inte fått komma direkt till sjukgymnast. Dessa aspekter skulle ha inneburit kostnader för den egna hälsocentralen i form av "straffavgifter" för besök hos annan, ev minskat listningsunderlag och risk för dåligt rykte. Det är däremot alltför vanskligt att spekulera i konsekvensernas omfattning.

\* Kostnad per besök beräknad utifrån 2014 (Tre Älvar): total kostnad för läkare resp sjukgymnast / totalt antal besök för resp yrkesgrupp

### 5.3.2 Beräknade kostnadseffekter röntgen

Även en kalkylerad minskad kostnad för röntgenremisser kan förväntas utifrån de skillnader i förskrivningsmönster mellan läkare och sjukgymnast beträffande röntgenremisser (slät-rtg)

som framkommit i projektet (se pkt 5.3). För försöksgruppen (n=723) bör denna minskning motsvara ca 30 000 kr (ca 58 remisser x 525 \* kr / US) beräknat på differensen (ca 8 %) av förskrivning relaterat till alla nybesök. Om man istället utgår från skillnaden i förskrivning mellan rörelse-/stödjerelaterade läkarbesök och sjukgymnasternas besök för direktaccesspatienter (diff ca 40 %) blir kostnadsminskningen för försöksgruppen (n=723) närmare 150 000 kr. Vissa av slätröntgenremisserna konverteras dessutom till ex MR vilket gör att kostnadsdifferensen blir ännu större eftersom dessa undersökningar är avsevärt dyrare. Konverteringens storlek går tyvärr inte att följa men kan skattas till ca 10 % av slätröntgenremisserna.

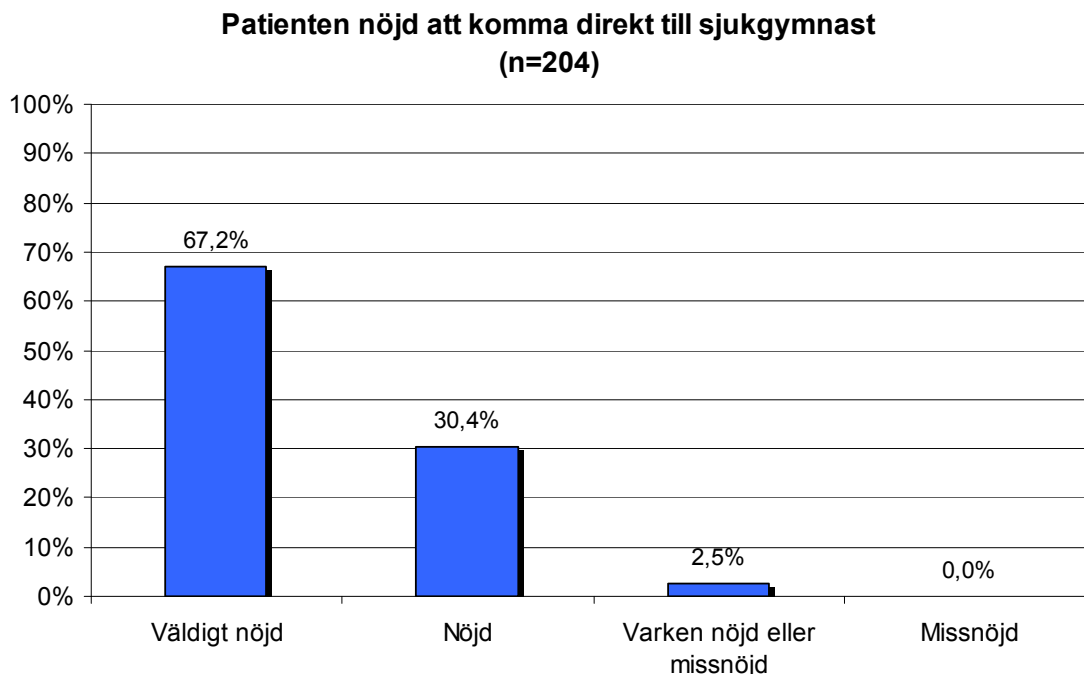
Utöver dessa ekonomiska effekter, i synnerhet vid ett eventuellt breddinförande av röntgenremissmöjlighet för sjukgymnaster, är det även sannolikt att väntetider mm till röntgen kan påverkas positivt.

\* Röntgenkostnad: medelkostnad per slätröntgenundersökning (Tre Älvar 2014)

## 5.4 Patientupplevelse

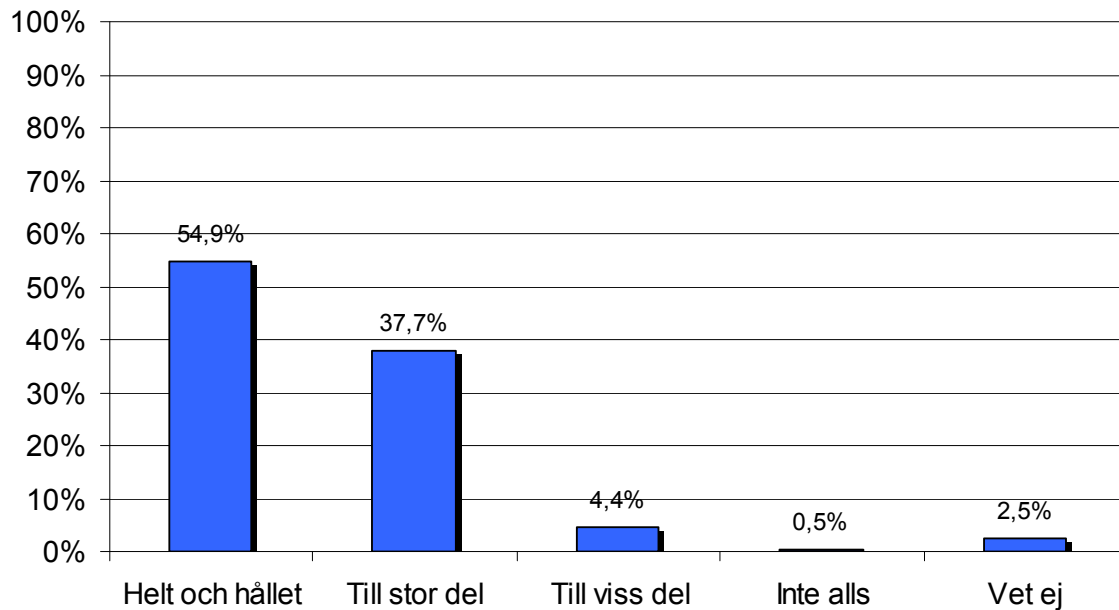
En utvärderingsenkät delades ut till de 204 första patienterna. Resultatet presenteras i Figur 1 och 2 samt Tabell 3.

**Figur 1.** Patienternas upplevda nöjdhet med att få komma direkt till sjukgymnast i stället för till läkare



**Figur 2.** Patienternas upplevda nöjdhet med den hjälp och vägledning de fått av sjukgymnast.

**Patienten nöjd med hjälp och vägledning av sjukgymnast  
(n=204)**



Alternativ	Antal
Försökt få tid till läkare	59
Vet ej	23
Fortsatt ha besvär	22
Avvaktat	13
Sökt annan vårdgivare	11
Privata/alternativa vårdgivare	9
Sökt akuten	8
Egenbehandling	6
Tvingats till sjukskrivning	3
Tagit medicin / mer värktabletter	3
Listat om mig till annan HC	2
Ej angett något alternativ	35

**Tabell 3.** De alternativ patienterna (n=204) valt utifrån enkätfrågan: - "Vad skulle du ha gjort ifall du inte fått komma direkt till sjukgymnast för dina aktuella besvär?" Endast alternativ som mer än en uppgett är medtagna.

Drygt 97 % av de patienter som besvarat enkäten är nöjda eller mycket nöjda att ha fått komma direkt till sjukgymnast. Inte någon anger missnöje. Även en mycket hög andel (93 %) är till stor del eller helt och hållet nöjda med den insats de fått av sjukgymnasten. Av dem som svarat "vet ej" anger flera att de inte kunnat bedöma nöjdheten förrän effekten av insatsen visat sig.

Av dem som angett vad de skulle ha gjort ifall de inte fått komma direkt till sjukgymnast har 55 % sökt sig till någon annan vårdgivare eller instans. Av de alternativen som uppgetts av enstaka patienter kan nämnas att de exempelvis skulle ha "brutit ihop", "oroat sig" eller "sökt sig till ortopederna för operation" ifall de inte fått komma direkt till sjukgymnast.



Sammantaget kan man konstatera att patienterna både har varit nöjda med att få komma till sjukgymnast direkt istället för ett förväntat läkarbesök och att de även varit nöjda med den hjälp de fått. Majoriteten uppger att alternativet skulle ha varit fortsatta besvär eller att söka annan vårdgivare/ instans.

## 5.5 Medarbetarupplevelse

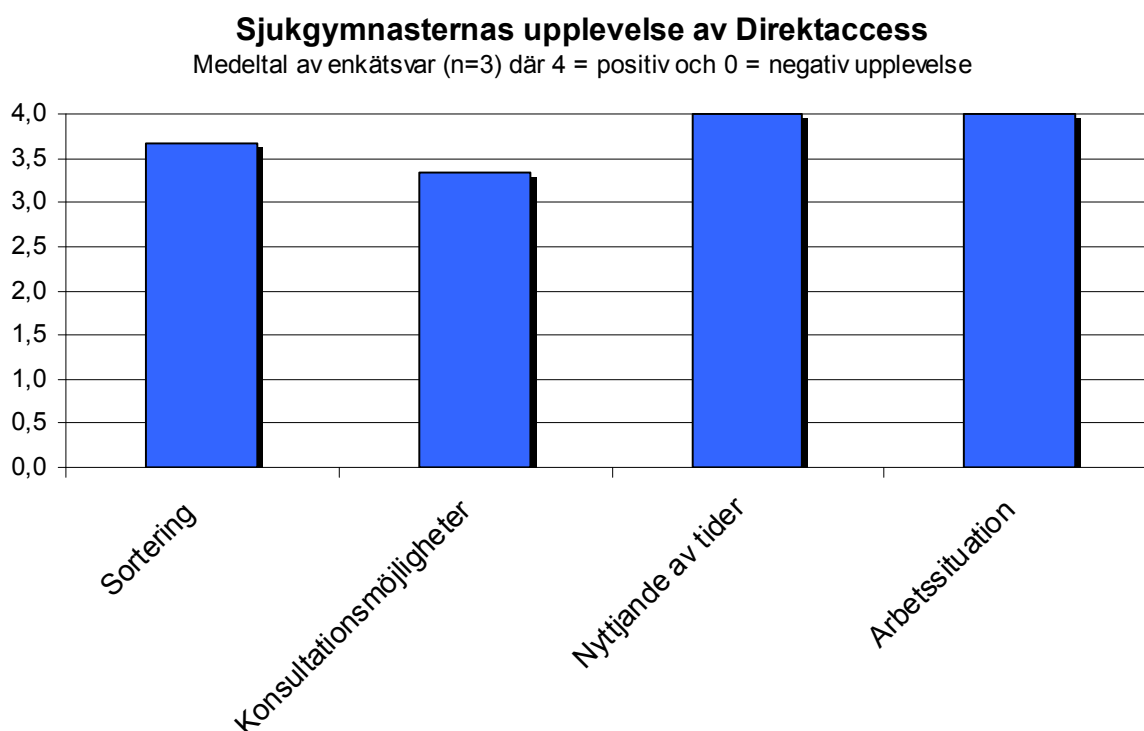
### 5.5.1 Sjukgymnasternas upplevelse

Sjukgymnasterna upplever att urvalet av patienter och nyttjande av tider sammantaget fungerat mycket väl ("rätt" patient till "rätt" vårdgivare). Endast i några enstaka undantagsfall har det bokats "mindre lämpliga" patienter som borde ha hamnat hos annan vårdgivare eller styrts till icke akut sjukgymnasttid. Man upplever även att målgruppen på ett positivt sätt "breddats" något i förhållande till de som vanligen söker sjukgymnast. Samsynen på hälsocentralen beträffande patienthantering överlag upplevs också förbättrad. Upplägget har för sjukgymnasterna även medfört en ökad samhörighet och delaktighet i hela hälsocentralens verksamhet.

Det kollegiala stödet inom sjukgymnastgruppen och möjligheten att dela på kringssysslor och övriga uppgifter har avsevärt förbättrats tack vare att ensamarbetet minskat p g a utökningen av sjukgymnastresursen. Kort sagt så har "flytet" i vardagen förbättrats.

De beskriver även många positiva reaktioner från patienterna för att de fått tid direkt och blivit väl omhändertagna. Vissa patienter har t o m uttryckt att de tänkt lista om sig men valt att vara kvar tack vare denna direkthantering via sjukgymnast.

**Figur 3. Sjukgymnasternas upplevelse**

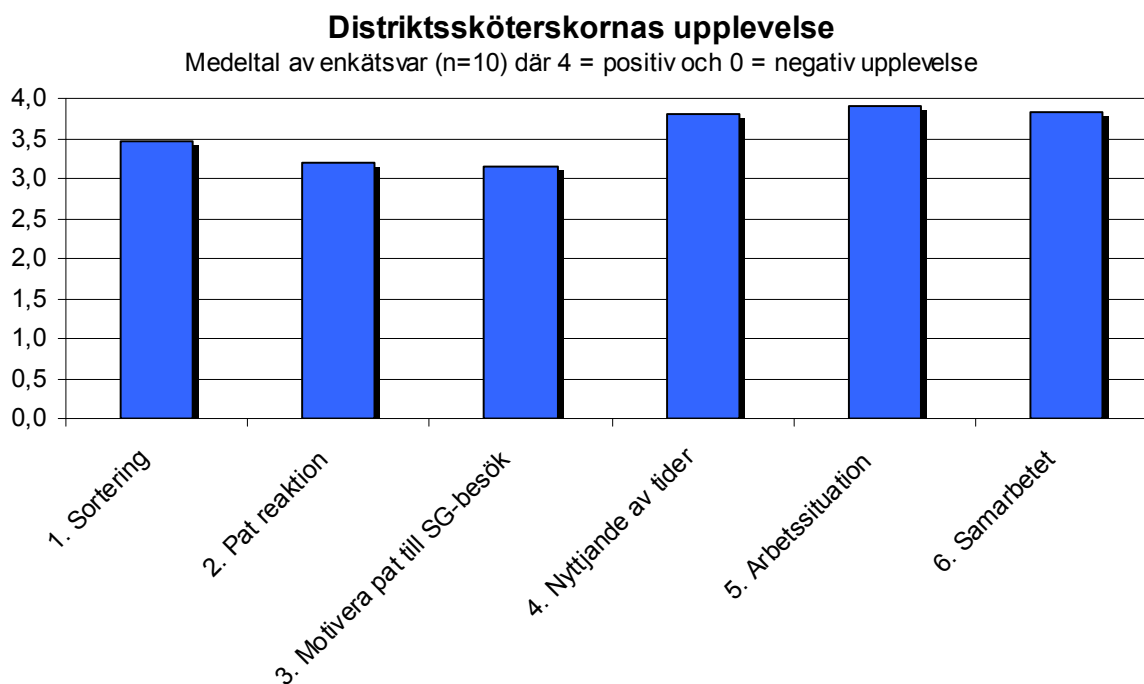


### 5.5.2 Distriktssköterskornas upplevelse

Distriktssköterskornas upplevelse av projektet har fångats via enkäter och enstaka intervjuer. En sammanfattad bild av deras svar återfinns i figur ???. Generellt upplever man DirektAccess som ett mycket bra och smidigt system. Det upplevs positivt att kunna erbjuda professionell hjälp utan väntetider och direkt kunna ge patienten en tid där de ofta dessutom själva kan välja lämplig tid. Patienterna har varit genomgående nöjda trots att deras förväntningar ofta varit att få en läkartid. Endast i undantagsfall har en viss "övertalning" behövts.

Upplägget har påverkat arbetsmiljön för distriktssköterskorna i positiv riktning. Det har även inneburit att det blivit lättare att få tid till läkare för de åkommor som tydligare kräver läkarbesök, alltså rätt patient till rätt kompetens. Väntelistorna till läkarbesök har även minskat.

Figur 4. Distriktssköterskornas upplevelse



## 5.6 Resultatsammanställning/reflektioner

I nedanstående matris presenteras några exempel på resultat i korthet.

Område	Exempel på effekter	Före	Efter	Effekt
Ekonomi	Minskade kostnader räknat på mindre antal rörelse-/stödrelaterade läkarbesök ( se pkt 5.2)		520 st färre	ca 250 000 kr * minskade kostnader
	Minskade kostnader räknat på mottagna "direktaccesspat" ( se pkt 5.2)	0	723 direkt-accesspat	ca 348 000 kr * minskade kostnader
	Minskade stafettläkarkostnader Beräknat utifrån faktiskt nyttjande av stafettläkare (enbart Vännäs)	1,2 / vecka	0,3-(0,6) / vecka	ca 350 000 kr * minskade kostnader
Besöksflöden	Minskad ANDEL sökorsaker gällande rörelse-/stödjeorgan till läkare "Rätt använd kompetens" (520 färre med dessa sökorsaker)	20,1 %	16,6 %	3,5 % minskad andel läkarbesök
	Läkarbesök som istället direkthänvisats av DSK till sjukgymnast	Enstaka	723 st (Okt-13 sep -14)	
	Rekrytering av patienter till Artrosskola via Direktaccess		33 st	5 % av Direktaccess-besöken
Patientupplevelse	Patienten nöjd med att komma direkt till sjukgymnast			97 % nöjda pat
	Patienten nöjd med sjukgymnastens insats			93 % nöjda pat
Röntgenremisser	Röntgenremiss (skelett-rtg) från sjukgymnast	0 st	50 st	Ökad smidighet, snabbare handläggning, avlastning läkare
	Minskad användning av slätröntgen per nybesök när sjukgymnast får skriva remiss.	11 % av nybesök till läkare <u>oavsett sökorsak</u> och 46% (2013) resp 56% (2014) av rörelse/stödrelaterade sökorsaker får slätrtg-remiss	3 % av nybesök till sjukgymnast resp 7 % (försöksgrup) får slätrtg-remiss	30 000 – 150 000 kr resp minskade röntgenkostnader enbart räknat på projektgruppen **

*\* OBS att dessa båda siffror inte kan läggas samman och beräkningen av faktiska nyttjandet av stafettläkare gäller enbart Vännäs medan kostnaderna beräknat på mottagna patienter gäller båda hälsocentralerna.*

*\*\* 11% av nybesök oavsett sökorsak och 46 % av rörelse-stödrelaterade sökorsaker till läkare får slätröntgenremiss (gäller 2013). Effekten är beräknad på dessa uppgifters differens till remitteringsfrekvensen för sjukgymnaster och enbart på antalet i försöksgruppen. En genomsnittlig kostnad för slätröntgen på 525 kr har använts i beräkningen.*

## **6 Sammanfattning / slutsats**

En utökad direktaccess till sjukgymnast för rörelse-stödjerelaterade åkommor där sjukgymnasten även fått skriva röntgenremiss har testats under 1 år vid Vännäs och Vindelns hälsocentraler. Totalt har drygt 700 patienter ingått i projektet. Av dessa har 30 st (4,1 %) genererat läkarbesök. Antalet läkarbesök för rörelse- stödje-relaterade sökorsaker har minskat med 520 st (3,5 %). Av patienterna som deltagit har 97 % varit nöjda att få komma till sjukgymnast, trots att de oftast förväntade sig läkarbesök, och 93 % har varit nöjda med den insats de fått.

Både sjukgymnasterna och distriktssköterskorna uppger att systemet varit bra och smidigt och påverkat både väntelistor och arbetsmiljö positivt. Det har även medfört att "rätt patient" kommit till "rätt kompetens" och därigenom frigjort tider till läkare för de som i högre grad behövt detta. Kostnadseffekterna har varit positiva med beräknade minskade kostnader i storleksordningen 250 000 – 350 000 kr för omhändertagandet av försöksgruppen. Till detta kommer kalkylerade minskade kostnader på mellan 50 000 – 150 000 kr för röntgen p g a sjukgymnasternas mindre benägenhet att skriva röntgenremiss.

## **7 Referenser**

1. <http://www.apta.org/Media/Releases/Consumer/2011/10/13/>
2. <http://epubl.ltu.se/1402-1773/2010/006/LTU-CUPP-10006-SE.pdf>
3. [http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbassjukgym/Documents/Forskning\\_pagar/Nya%20Fysioterapi/forskning\\_pagar\\_fysioterapi%20nr%2010-11.pdf](http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/evidensbassjukgym/Documents/Forskning_pagar/Nya%20Fysioterapi/forskning_pagar_fysioterapi%20nr%2010-11.pdf)
4. <https://pure.ltu.se/ws/files/31155487/LTU-CUPP-10007-SE.pdf>

## **8 Kontaktuppgifter**

Kontaktuppgifter till projektledaren:  
[mikael.fredlander@vll.se](mailto:mikael.fredlander@vll.se)

## 9 Bilagor

### 9.1 Sökorsaker

Nedanstående tabell visar de sökorsaker som registrerats i bokningsunderlaget till läkare och som inräknats i rörelse- stödrelaterade sökorsaker.

Armbesvär
Axel
Benbesvär
Fotbesvär
Hand
Huvudvärk
Höft
Knä
Leder
Nacke
Rygg
Smärta

**Tabell 4.** Medräknade rörelse-/stödrelaterade sökorsaker till läkare

Följande tabell visar fördelningen av direktaccesspatienter som kommit till sjukgymnast indelade i sjukgymnasternas kategorisering.

	Antal	Andel
Rygg	160	22%
Knä	138	19%
Axel	104	14%
Fot	71	10%
Höft	66	9%
Nacke	55	8%
Armbåge/arm	38	5%
Ben	31	4%
Hand	20	3%
Bäcken	11	2%
(tom)	8	1%
Yrsel	7	1%
Övrigt	7	1%
Huvudvärk	4	1%
Smärtproblematik	3	0%
Totalt	723	100%

**Tabell 5.** Fördelning av direktaccesspatienternas sökorsaker enligt sjukgymnasternas kategorisering