



Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik

Utbildningsprogram
i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete 15 hp
Höstterminen 2010

Före och efter införandet av Hälsoval Skåne
- en kartläggning av patientflödet och
- dess sammansättning vid två privata
sjukgymnastikmottagningar

Författare

Lotta Wikström, leg sjukgymnast
Avd för sjukgymnastik
Lunds Universitet
lotta.wikstroem@telia.com

Handledare

Gertrud Nilsson, leg sjukgymnast,
Dr med vet
Institutionen för hälsa, vård och
samhälle
Avd för sjukgymnastik
Lunds Universitet
gertrud.nilsson@med.lu.se

Examinator

Karin Ringsberg, leg sjukgymnast,
Dr med vet
Ortopediska kliniken,
sjukgymnastikavdelningen
SUS Malmö
karin.ringsberg@skane.se

Sammanfattning

Bakgrund

Svensk primärvård har, på Regeringens initiativ, de senaste åren genomgått grundläggande reformer för att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning i vården. Parallellt med detta har Riksdagen fattat beslut om ett obligatoriskt nationellt "Vårdval i Primärvården" som infördes 1 januari 2010 i hela landet. Landstingen, eller Regionerna, har initialt givits stor frihet i utformningen av Vårdval. Region Skåne beslutade att införa Hälsoval Skåne redan från 1 maj 2009.

Syfte/frågeställningar

Syftet var undersöka om patientflödet och patientgruppens sammansättning förändrades efter införandet av den skånska vårdvalsmodellen, Hälsoval Skåne, vid två olika sjukgymnastikmottagningar i Skåne.

Studiedesign

Deskriptiv kvantitativ studie.

Material och metod

Datainsamlingen skedde under jan-apr, före (2009) och efter (2010) Hälsovalets införande, vid två olika privata sjukgymnastikmottagningar med offentlig finansiering, men utan Hälsovalsavtal. Den ena fanns i en större stad och den andra på landsbygden. Alla patienter blev vid *första besöket* registrerade på en lista utifrån åldersgrupp, kön, diagnos och bostadsområde de tillhörde, och om de kommit på remiss, remitterade av en läkare, vid de två ovanstående tillfällena.

Resultat

På den större mottagningen i storstad skedde en tydlig ökning av antalet nyregistrerade patienter efter Hälsovalets införande. På den mindre mottagningen i landsort blev nyregistrerade patienter färre. Sammansättningen av patientgruppen förändrades i de flesta parametrar, på båda mottagningarna, efter Hälsovalet. Förändringarna i patientgruppens sammansättning skilde sig dock åt mellan de båda mottagningarna.

Slutsats

Jag fann att patientflödet ökade på mottagning i storstad och minskade i landsort. Patientflödets sammansättning förändrades vad gäller ålders- och könsfördelningen, diagnosgruppernas inbördes fördelning och bostadsorternas fördelning men orsakerna går inte att fastställa.

Nyckelord: Patientens rätt, vårdval, ackrediteringsvillkor, patientflöde.

Abstract

Background

Swedish primary care has, through the government's initiative, the last years undergone fundamental reforms to improve the accessibility and strengthening of the patients' position in health care. In parallel, the parliament decided on a compulsory national "Choice of primary Healthcare units", to be introduced no later than January the 1st 2010 in the country. The county councils or regions, has initially been given broad discretion in the design of Choice of primary Healthcare units (Vårdval). The Region Skåne decided to introduce Choice of primary Healthcare units (Hälsoval Skåne) from May the 1st 2009.

Aim / issues

The aim was to investigate whether the flow of patients and the composition of patient groups had changed, after the introduction of Hälsoval Skåne, at two different physiotherapy clinics in Skåne.

Study Design

Descriptive quantitative study.

Materials and methods

Data were collected during Jan-April, before (2009) and after (2010) the introduction of the Choice of primary Healthcare units-model, on two different physical therapy clinics with public funding, but without agreement of Hälsoval Skåne. One of them settled in a larger city and one in a rural area. All patients were on the first visit registered on a list, based on age, sex, diagnostic group and living area where they belonged, and if they came for consultation referred by a doctor, at the two above occasions.

Results

At the larger clinic, in the city, the number of new-registered patients increased considerable, after the introduction of Choice of primary Healthcare units. At the small clinic, in the rural area, the new-registered patients decreased. The composition of the patient population changed in many of the parameters after the Choice of primary Healthcare units was introduced. The proportions varied though, between the both clinics.

Conclusion

I found that the patient flow increased at the city-clinic and decreased at the rural-clinic. The composition of the patient groups changed somewhat in terms of age, sex, diagnostic groups, and living area, but the reasons are unclear.

Keywords: Patient's right, healthcare choices, accreditation conditions, patient flow.

Innehåll

Bakgrund	5
Vårdvalets utveckling nationellt.....	5
Sjukgymnastens roll i vården.....	5
Den skånska Vårdvalsmodellen – Hälsoval Skåne.....	5
Indikationer på hämmat patientflöde.....	6
Syfte	7
Frågeställning	7
Material	7
Metod	7
Statistik.....	8
Etiskt ställningsstagande.....	8
Resultat	9
Patientflödet.....	9
Patientgruppens sammansättning.....	9
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	18
Referenser	19
Bilagor	20

Bakgrund

Vårdvalets utveckling nationellt

Svensk primärvård genomgår grundläggande reformer för att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning i vården. Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1), är det främsta styrdokumentet för svensk sjukvård. Här beskrivs vilka skyldigheter Sjukvårdshuvudmannen och vårdgivarna har för att bedriva sjukvård och vilka riktlinjer som ska följas. Andra lagar och förordningar kompletterar regleringen av svensk sjukvård. I HSL betonas patientens rätt till medbestämmande i vården. (1, § 2, § 3, § 5) Regeringens utredare Toivo Heinso har utarbetat nya riktlinjer för att stärka patientens roll i svensk sjukvård. Enligt dokumentet "Patientens rätt" (2) avser Regeringen att ytterligare stärka patientens möjligheter att påverka sin vård och välja vårdgivare. Parallellt med detta har en tilläggsutredning genomförts om en nationell modell för svensk primärvård. Den har lett till att Riksdagen fattat beslut om ett obligatoriskt nationellt "Vårdval i Primärvården", vilket infördes 1 januari 2010 i hela landet. Landstingen, eller Regionerna, har initialt givits stor frihet i utformningen av Vårdval. Socialstyrelsen och Konkurrensverket ska följa upp Landstingens och Regionernas införande av Vårdval så att patienterna garanteras god vård och möjligheten att välja vårdgivare. (3)

Vårdval innebär att medborgarna själva väljer vårdenhet/vårdcentral där de listas. Är man som patient inte nöjd med sin vårdenhet kan man välja att lista om sig till en annan vårdenhet. En vårdpeng införs och patienternas val styr de ekonomiska resurserna till den vårdenhet som väljs. Politikerna beslutar om vårdpengens storlek. Förutom ersättnings-systemets utformning har politikerna beslutat om vilka krav (Basuppdrag och frivilliga Tilläggsuppdrag) som ska ställas på en vårdenhet för att få landstingets godkännande. Kraven på vårdenheternas åtagande kan variera mellan olika landsting. Kraven kan gälla vilka professioner som ska finnas eller vilka tjänster som ska kunna erbjudas. Ifall t.ex. politikerna beslutar att rehabilitering/sjukgymnastik skall ingå, ska vårdenheten stå för kostnaden för rehabilitering av listade patienter. (3)

Sjukgymnastens roll i vården

Sjukgymnastens roll i sjukvården kan beskrivas genom Socialstyrelsens dokument. (4) Där finns ingående beskrivning av sjukgymnastens kompetens och krav på förmåga att: självständiga bedöma patientens funktionsproblem, smärtupplevelser, identifiera behoven, bedöma vilka hälsobefrämjande sjukgymnastiska insatser (rehabilitering) som behöver genomföras för att återställa/förbättra funktionen och minska smärtan, upprätta plan för sjukgymnastisk behandling och andra insatser, arbeta på ett kostnadsmedvetet sätt och för att patienten inte ska bli vårdberoende. Vid behov ska sjukgymnasten konsultera annan expertis t.ex. läkare. Detta ska vara vägledande för alla sjukgymnaster inom sjukvården, och även vid arbetet inom Vårdvalsmodellerna.

Den skånska Vårdvalsmodellen – Hälsoval Skåne

Region Skåne har fattat beslut om att införa Vårdval redan från 1 maj 2009. (5) I Skåne kallas Vårdvalet Hälsoval Skåne. I Region Skånes dokument, "Ackrediterings-villkor" (6), framgår vilka villkor som gäller i den skånska Vårdvalsmodellen. Där går att läsa, under rubriken Värdegrund, att "Målet är att ge skåningarna en bättre och jämlikare hälsa genom bl.a. en trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård". (6, punkt 1.2) I Hälsovalets utformning ligger en strävan att den vård medborgarna behöver ofta ska vara lättillgänglig och finnas nära människorna på "funktionella vårdenheter". Med funktionell enhet menas att vårdenhetens alla funktioner ibland ryms under samma tak, i samma byggnad, och ibland finns på olika geografiska platser, olika byggnader. En grundtanke är att patientens totala behov av närsjukvård ska tillhandahållas och bekostas av den valda vårdenheten.

I Ackrediteringsvillkoren i Hälsoval Skåne presenteras de förutsättningar som ska gälla i Hälsovalet och följande basuppdrag skall ingå: hälsoinriktat arbetssätt, medicinskt åtagande, åtagande om psykisk ohälsa, rehabiliterings-åtagande, ordination av tjänster/artiklar – hjälpmedel, samverkan, medverkan vid katastrof och beredskap, verksamhetsförlagd utbildning, forskning. (6, punkt 6.2)

I villkoren står också att läsa: ”Vårdgivaren ansvarar för att vårdenheten samverkar med berörda vårdaktörer, myndigheter, organisationer och övriga i patientens vård engagerade personer när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdenheten”. (6, punkt 6.2.6) Patientavgifterna har olika nivåer: en lägre avgift till alla vårddyrkesgrupper (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, psykolog m.m.) som ingår i Hälsovalsensheten, en högre patientavgift till alla vårdgivare som inte ingår i Hälsovalsensheten. I Region Skåne finns offentligt finansierade sjukgymnaster, dels som anställda inom den offentliga primärvården eller hos privata vårdbolag, dels som egna företagare (privatpraktiker). Den offentliga sjukgymnastiken har tillhandahållit en tredjedel av den sjukgymnastiska vårdproduktionen och de privata sjukgymnasterna två tredjedelar. (7) De egna sjukgymnastföretagarna får sin ekonomiska ersättning baserad på nationella beslut (8) eller som tidigare överenskommelser med Regionen genom Vårdavtal. Sedan Hälsovalet införts måste vårdenheterna bekosta de besök som de listade patienter gör på primärvårds-nivå, utförda antingen på den egna vårdenheten eller hos andra vårdgivare, t.ex. sjukgymnaster, psykologer eller läkare. Enheterna ska vara ekonomiskt självbärande genom finansiering via vårdpengen. Viss målstyrd bonus planeras. (6)

Indikationer på hämmat patientflöde

I Hälsovalets villkor står skrivet: ”Vårdgivaren (läs den ackrediterade vårdenheten) ansvarar för att inte vårdenheten, utan Uppdragsgivarens medgivande, anlitar läkare/annan personal verksam enligt Lag (1993:1651, 1993:1652) om läkarvårdsersättning/lag om ersättning för sjukgymnastik eller enligt vårdavtal”. (6, punkt 8.2) I ett av Region Skånes primärvårdsområde har Närsjukvårdschefen i ett dokument angivit ”Att våra vårdcentraler ej skall göra avtal med privata sjukgymnaster”. (9) Höj täckningsgrad kommer premieras för vårdenheten. (6) Täckningsgraden är den omfattning patienterna är trogna sina vårdenheter i besöksstatistiken, på primärvårdsnivå. Tidigare i år presenterade Svenska Läkarförbundet resultatet av en enkät utförd bland 700 läkare inom Vårdvalsmodellerna i Halland, Stockholm och Västmanland. (10) Sammanställningen visade att en majoritet (60-70 %) av de tillfrågade läkarna ansåg att omfattande utredningar och rehabiliteringsinsatser är svåra att prioritera i Vårdvalsmodellerna p.g.a. ansträngd ekonomi hos de enskilda vårdenheterna, vilka ska bära kostnaderna för insatserna. Hälsovals modellen i Skåne har som mål att de ackrediterade vårdenheterna ska kunna tillhandahålla all primärvård som de listade patienterna behöver, inklusive sjukgymnastik, för att nå optimal målstyrd bonus. (6) Direktiv gick ut från Hälsovalskontoret till specialistkliniker och gav följande instruktioner: ”När patienten varit inlagd eller sökt specialiserad vård bör så skyndsamt som möjligt patienten återremitteras till vald vårdenhet eller familjeläkarenhet. Dessa har i uppdrag att hålla ihop den samlade vården. Att remittera patienter direkt till andra privata vårdgivare rekommenderas inte...” (11, punkt 5)

Detta är bakgrunden till att jag önskade kartlägga ifall patientflödet till två privata sjukgymnastikmottagningar förändras efter att Hälsovalet införts, jämfört med motsvarande period före införandet. Min hypotes var att patientflödet till privata sjukgymnaster kommer att förändras, eftersom den skånska modellen eftersträvar att patienterna ska handläggas inom den valda vårdenheten. De flesta privata sjukgymnaster tillhör inte någon vårdenhet. Intresset

att kartlägga patientflödets sammansättning grundade sig på tanken att ex. vissa åldersgrupper kan vara mer benägna att aktivt själv söka vårdgivare.

Inga liknande tidigare publicerade studier om patientflödet till privata sjukgymnaster, före och efter Vårdvals-införande har gjorts. Därav skälet till att vetenskapliga referenser saknas i denna studie. Underlag för bakgrundsmaterial är främst hämtat ur myndighetsdokument.

Syfte

Syftet var att kartlägga om patientflödet och patientgruppens sammansättning förändrades efter införandet av den skånska vårdvalsmodellen, Hälsoval Skåne, vid en större sjukgymnastikmottagning i en skånsk storstad samt en mindre sjukgymnastikmottagning i landsort i Skåne.

Frågeställning

Har patientflödet, till en privat sjukgymnastikmottagning i en storstad respektive i landsorten, förändrats efter införandet av Hälsoval Skåne?

Har patientgruppens sammansättning avseende ålder, kön, diagnos och bostadsområde förändrats efter införandet av Hälsoval Skåne, på respektive mottagning?

Material

Patienter: Alla patienter som sökt till sjukgymnast på de två utvalda mottagningarna utgjorde materialet.

Metod

En deskriptiv kvantitativ studie.

Datainsamlingen skedde under två 4-månaders perioder, 1/1-09 till 30/4-09 före och 1/1-10 till 30/4 -10 efter Hälsovalets införande, vid två olika privata sjukgymnastikmottagningar.

Mottagningar: Sjukgymnaster med offentlig finansiering, utan Hälsovalsavtal, vid två olika privata mottagningar i Skåne tillfrågades att medverka i studien. De två mottagningarna representerade olika geografisk placering och storlek. Mottagning A var en större grupp mottagning med 10-12 sjukgymnaster i storstad, mottagning B var en tvåmansmottagning på mindre ort. Deras patientgrupper bedömdes snarlika avseende åldersfördelning och diagnosgrupper, vilka är vanligt förekommande inom primärvården. Patienterna som kom till sjukgymnasterna på de två utvalda grupp mottagningarna blev vid *första besöket*, av sin sjukgymnast, registrerade på ett registreringsformulär (bilaga 1), utifrån åldersgrupp, kön, diagnosgrupp och det bostadsområde de tillhörde samt om de kommit på remiss (hänvisning) från läkare. Denna lista avsåg att visa patientflödet i antal och sammansättningen av patienterna, vid de två tillfällena.

Standardisering av procedur och strukturering av svarsalternativ: Alla uppgifter fylldes i med angiven kod (strukturerade svar) (bilaga 2). Standardisering av dokumentationen skedde genom gemensamma direktiv över hur man skulle fylla i listan. Varje deltagande sjukgymnast fick instruktioner både muntligen och skriftligen. (bilaga 3) Antalet sjukgymnasttjänster noterades för varje mottagning vid de båda mätperioderna. Med *första besök* avsågs när patienten sökte för besvär/skada första gången under senaste 6 månaderna. Om patienten hade besökt mottagningen för samma besvär men inte under de senaste 6 månaderna så noterades det som ett första (ny) besök. Om patienten sökte för annat

besvär inom 6 månader så registrerades det också som ett nybesök. Om patienten kom för "second opinion" från annan kollega blev även det ett nybesök hos den aktuella sjukgymnasten.

Diagnosgrupp avgjordes utifrån vad patienten sökt sjukgymnast för, vad som var ursprungsproblemet. Endast en diagnosgrupp registrerades vid varje nybesök. Om patienten t.ex. sökte och ville ha hjälp för nackvärk, men nämnde att han/hon även hade värk i knäet eller hade haft en liten stroke, så var det nacken som registrerades. Om patienten sökte hjälp för flera problem, t.ex. flera sjukdomar som samverkar, ex. multiartros eller övervikt med diabetes, benamputation och njursvikt som tillsammans utgör ett större total problem, så registrerades det som Multidiagnos. En Strokepatient som sökte för t.ex. knäartros, där artrosen utgjorde huvudskälet till besöket, registrerades som ett knä.

Boendekod var orten där de var mantalsskrivna. Vi använde oss av lämpliga stadskartor och kommunkartor om inte patienten själv kunde uppge var de bodde.

Remiss/pappershänvisning, som patienten hade fått av remitterande läkare. Muntlig hänvisning registrerades ej som remiss/hänvisning. Om patienten glömt remissen hemma, men faktisk hade en, så registrerades det som remiss. Om en remiss på aktuellt besvär dök upp senare under behandlingens gång, registrerades det inte som remiss.

Ytterligare en registrering gjordes av patienter som sökte sig till den större av de två mottagningarna (A): Antalet patienter som anmälde sin önskan att gå till mottagningen, registrerades, oavsett om det ledde till besök för dem eller ej. Inte alla anmälda patienter kunde erbjudas tid till sjukgymnast pga för stor efterfrågan från patienter i förhållande till antalet sjukgymnaster. Denna registrering gjordes under samma perioder som de andra. Antalet anmälda patienter före Hälsovalet jämfördes med antalet anmälda patienter efter Hälsovalet. Skälet till att mäta detta var att det före Hälsovalet fanns ett "överskott" av patienter som, i en del fall, hänvisades vidare.

Statistik

Deskriptiv statistik tillämpades. Den statistiska bearbetningen gjordes i Excel. Inget reliabelt och validitetstestat mätinstrument fanns att tillgå för denna studie.

Etiskt ställningsstagande

Eftersom det inte rörde sig om personliga uppgifter bedömdes inte etikprövning nödvändig. (12, s.265) Jag kunde inte finna några starka skäl till att patienter på något sätt skulle kunna få obehag av att de är föremål för sådan statistikregistrering. Liknande sammanställning av patientflödet har på båda mottagningarna utförts under flera år, dock inte kopplat till någon extern studie.

Resultat

Patientflödet

Mottagning A: På den större mottagningen i storstad ökade antalet nybesöks-patienter under mätperioden från 459 till 634, efter införande av Hälsovalet. Antalet patienter som nyanmälde sig under samma period ökade också, från 553 till 602 st. Fler patienter nyanmälde sig (553 st) jämfört med hur många som togs emot på besök (459 st) under perioden 2009. Dessa utgjorde ett patientöverskott (fler anmälda än mottagna). Vid mätningen 2010 var förhållandet det omvända, färre patienter nyanmälde sig (602 st) jämfört med hur många som togs emot (634 st). Patientöverskottet försvann således. Andelen patienter som remitterades av läkare till mottagning A minskade i relation till totala antalet nybesök efter Hälsovalets införande, från 123/459 (26,8 %) före, till 134/634 (21 %) efter. (tabell 1)

Mottagning B: På den mindre landsortsmottagningen minskade det totala patientflödet under mätperioden från 146 till 134. Patienter på remiss upphörde helt efter införandet av Hälsovalet. (tabell 1)

Tabell 1 Antal patienter (patientflödet) vid mottagning i storstad (A) respektive i landsort (B) Före och efter Hälsovalets införande

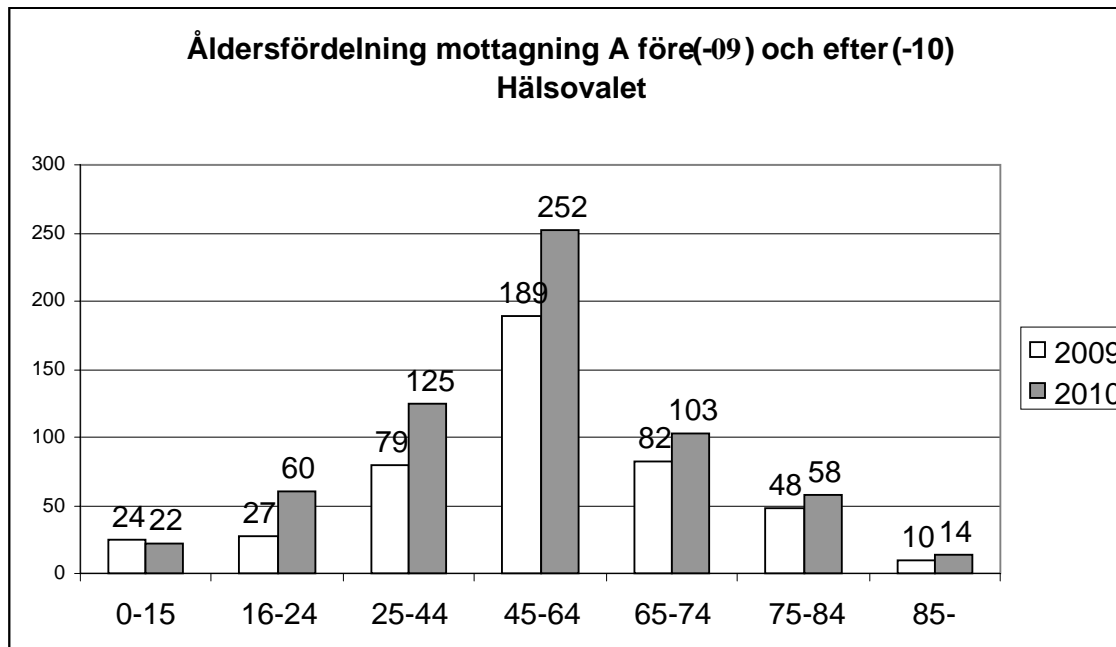
	Mottagning A			Mottagning B		
	2009	2010	Differens 2009-2010	2009	2010	Differens 2009-2010
Nyanmälda per telefon*	553	602	+ 49 (9 %)	-	-	-
Nybesök (totalt)	459	634	+ 175 (38 %)	146	134	- 12 (8 %)
Remisser vid nybesök	123	134	+ 11 (21 %)	4	0	- 4 (100 %)

* Mätning har endast utförts på mottagning A, denna gjordes för att mäta ev. patientöverskott.

Patientgruppens sammansättning

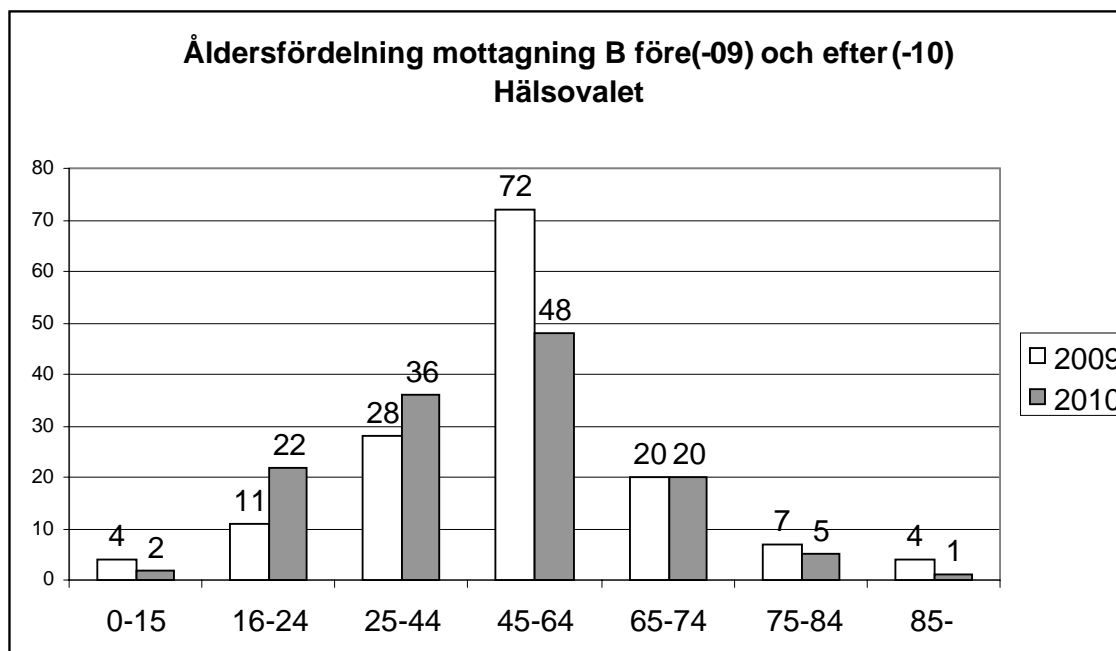
Åldersfördelning

Mottagning A – Alla åldergrupper ökade i antal. Fördelningen (andelen) mellan grupperna förändrades något. Tydligaste förändringen återfanns i grupperna ungdomar (16-24 år) där andelen utgjorde 6 % (27 av 459) av de nyregistrerade patienterna före och 9 % (60 av 634 patienter) efter Hälsovalets införande. Den yngre medelåldern (25-44 år) där andelen utgjorde 17 % före (79 av 459 patienter) och ökade till 20 % (125 av 634 patienter), efter Hälsovalets införande. En relativ minskning kunde uppmätas i den yngsta patientgruppen (0-15 år) där andelen före utgjorde 5 % (24 av 459 patienter) och efter utgjorde 3 % (22 av 634 patienter). Andelen yngre pensionärer (65-74 år) minskade också relativt sett, från att utgöra 18 % före (82 av 459) till 16 % efter (103 av 634). Den äldre medelåldern (45-64 år) och de äldsta (75 och uppåt) utgjorde ungefär samma andel, som före Hälsovalets införande. (figur 1:1)



Figur 1:1 Åldersfördelning på mottagning A, före och efter Hälsovalets införande.

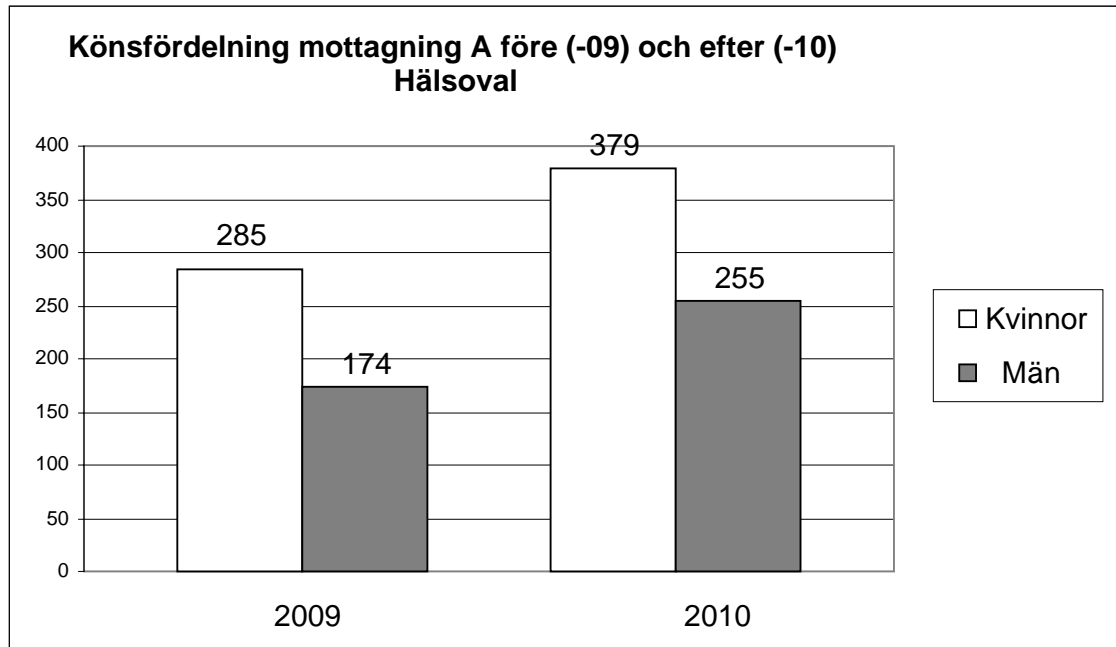
Mottagning B – Fördelningen mellan åldersgrupperna förändrades. Största minskningen skedde i gruppen 45-64 år som före utgjorde 49 % (72 av 146 patienter) och efter representerade 36 % av patienterna (48 av 134). Två åldersgrupper ökade sin andel, (16-24 år) utgjorde 8 % (11 av 146 patienter) före och 16 % efter (22 av 134 patienter) och (25-44 år) stod för 19 % före (28 av 146 patienter) och 27 % efter (36 av 134 patienter). (Figur 1:2)



Figur 1:2 Åldersfördelning på mottagning B, före och efter Hälsovalets införande.

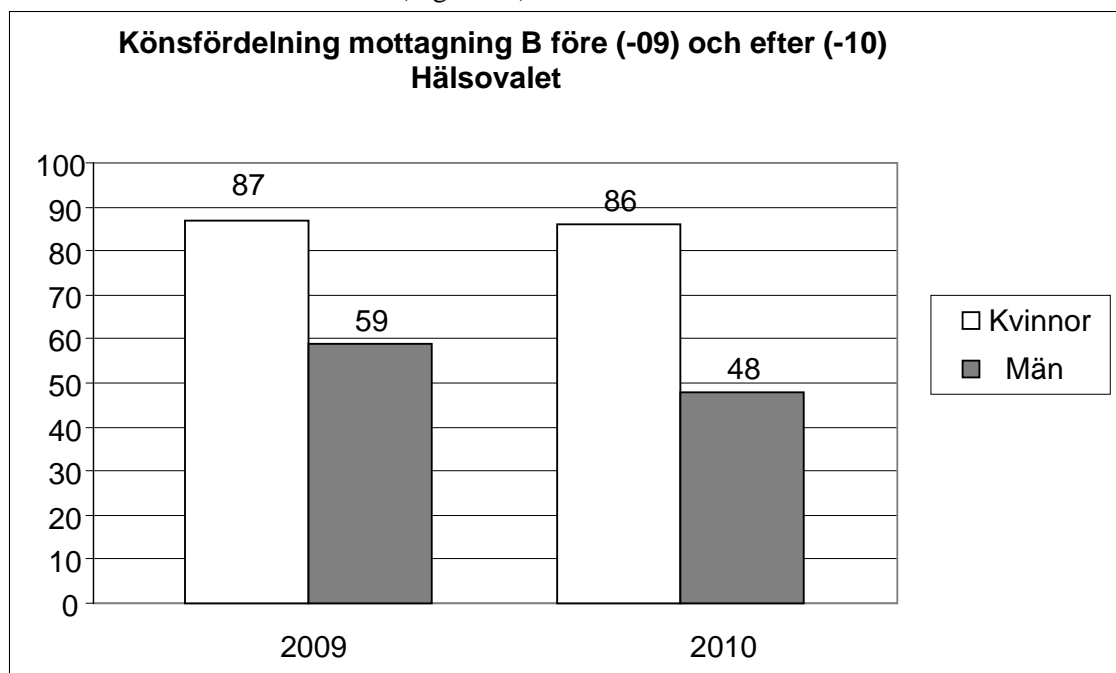
Könsfördelning

Mottagning A - Fördelning mellan könen före och efter Hälsovalets införande förändrades något. Andelen män utgjorde 38 % (174 av 459) av alla patienter före Hälsovalet. Efter Hälsovalet ökade andelen män till 40 % (255 av 634). (Figur 2:1)



Figur 2:1 Fördelning kvinnor – män på mottagning A, före och efter Hälsovalets införande.

Mottagning B - På mottagning B var förhållandet det motsatta. Före Hälsovalet var 40 % av patienterna män (59 av 146.) Efter Hälsovalets införande minskade de till 36 % (48 av 134) i förhållande till antalet kvinnor. (Figur 2:2)

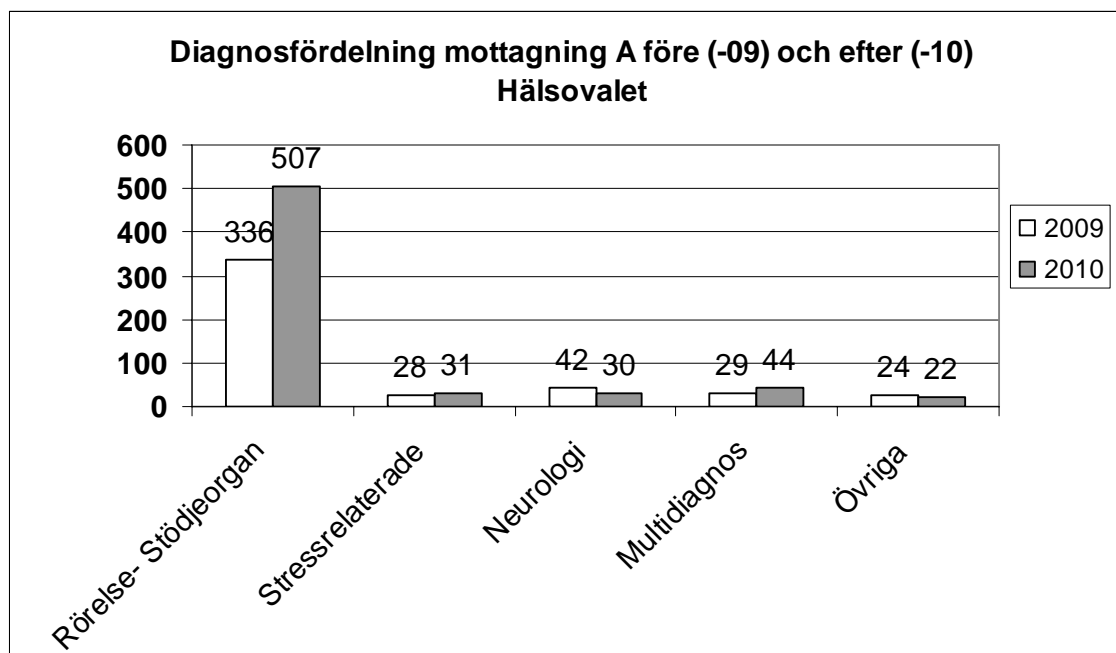


Figur 2:2 Fördelning kvinnor – män på mottagning B, före och efter Hälsovalets införande.

Diagnosfördelning

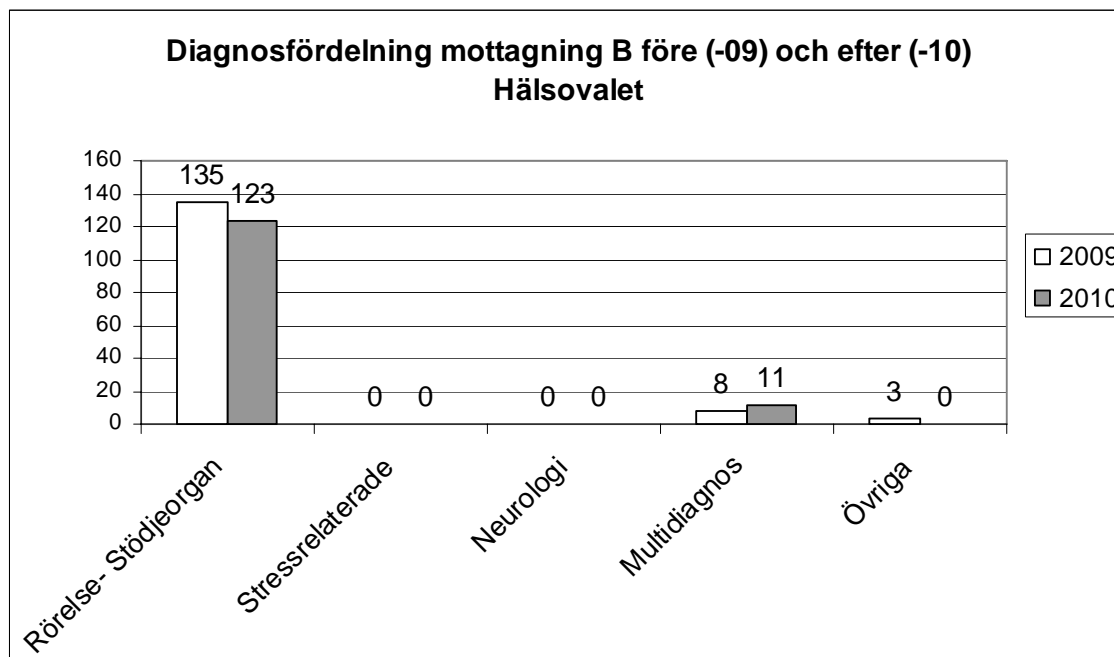
Diagnosgrupperna redovisas delvis sammanslagna nedan enligt följande: *Rörelse-stödje* (nacke, axlar, armbåge/underarm/hand, thorakal, lumbal/bäcken, höft, knä, fot/underben), *Stressrelaterade*, *Neurologi*, *Multidiagnoser* (multidiagnoser, njure/invärtes), *Övriga* (hjärta/lunga, fibromyalgi/generaliserad långvarig smärta, reuma, övriga).

Mottagning A – Största förändringen noterades inom gruppen *Rörelse-stödje* organens besvär. De utgjorde före Hälsovalet 73 % av diagnosgrupperna (336 av 459), och ökade till att representera nära 80 % (507 av 634) av alla patienter. Andelen patienter inom *Neurologi* minskade från 9 % (42 av 459) före till 5 % (30 av 634) efter Hälsovalets införande av andelen patienter. Övriga förändringar var i mindre omfattning. (Figur 3:1)



Figur 3:1 Antal patienter fördelat i diagnosgrupper på mottagning A, före och efter Hälsovalet.

Mottagning B – Alla diagnosgrupper förekom inte på den mindre landsortsmottagningen. Tydligaste förändringen skedde i gruppen *Multidiagnos* som visade en liten ökning i andel, från 5 % före (8 av 146) till 8 % (11 av 134) efter Hälsovalets införande. Gruppen *Rörelse-stödje* utgjorde ca 92 % (135 av 146) såväl före som efter införandet av Hälsovalet (123 av 134). (Figur 3:2)

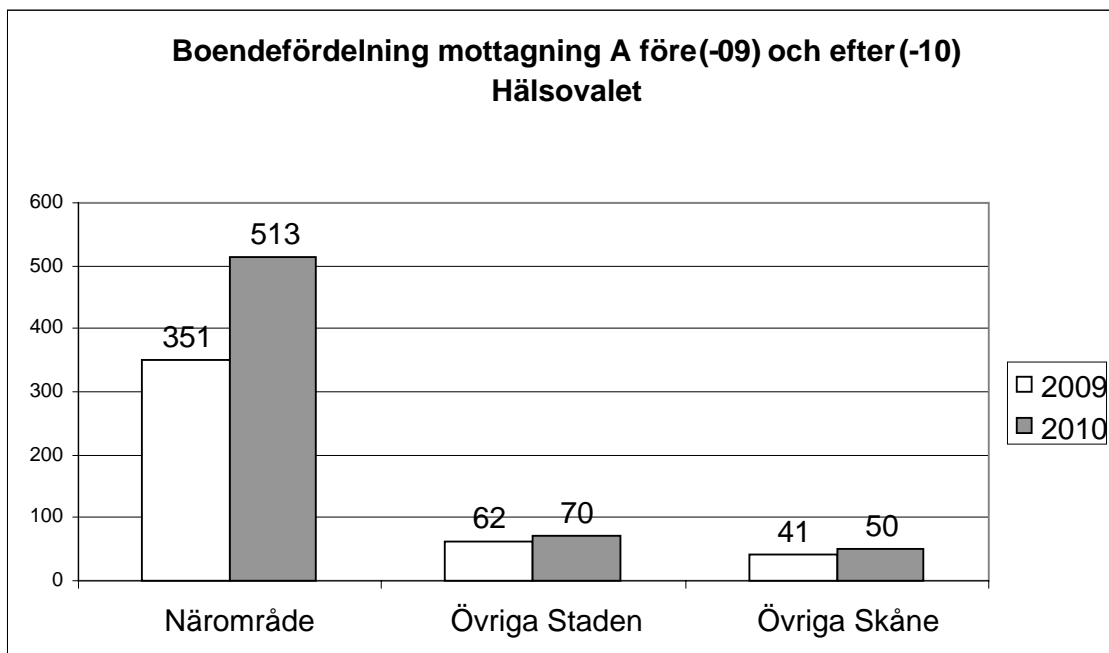


Figur 3:2 Antal patienter fördelat i diagnosgrupper på mottagning B, före och efter Hälsovalets införande.

Boendefördelning

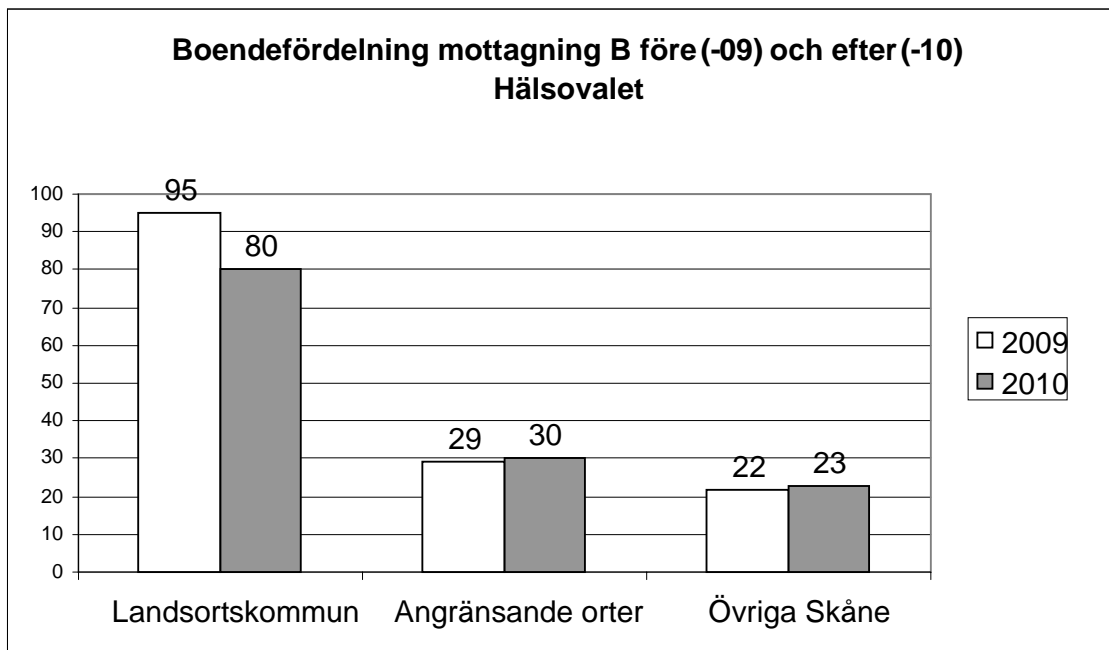
Boendefördelningen redovisas i sammanslagna grupper enligt följande: I storstad benämns den egna stadsdelen samt direkt angränsande som *Närområde*, därefter övriga stadsdelar som *Övriga Staden* och resten benämns *Övriga Skåne*. I redovisningen för landsortsmottagningen benämns den egna centralorten tillsammans med övriga orter i kommunen som *Landsortskommun*, angränsande orter till kommunen anges som *Angränsande orter* och resten som *Övriga Skåne*. (Se bilaga 2 för specificering av orter)

Mottagning A – Mottagningens egen stadsdel stod för största ökningen av patientflödet, tillsammans med de två närmsta stadsdelarna (*Närområdet*). De utgjorde 76 % av hela patientgruppen (351 av 459) före och ökade till 81 % (513 av 634) efter införandet. Patienter från Övriga Staden minskade i andel från 13,5 % (62 av 459) före, till 11 % (70 av 634) efter. Från Övriga Skåne kom 9 % (41 av 459) före och knappt 8 % (50 av 634) efter. (figur 4:1)



Figur 4:1 Boendefördelning på mottagning A, före och efter Hälsovalets införande.

Mottagning B – Minskningen av patientflödet skedde i stort sett enbart från den egna orten och kommunen (*Landsortskommun*). Den gruppen representerade 65 % (95 av 146) före och 60 % (80 av 134) efter. (figur 4:2)



Figur 4:2 Boendefördelning på mottagning B, före och efter Hälsovalets införande.

Diskussion

Metoddiskussion

Val av metod baserades på nyfikenhet kring stadsmiljöns eventuella inverkan på patienters sökmönster i vården kontra landsortens, i samband med Hälsovalets införande. Båda mottagningarna är väletablerade och har funnits i sina områden i många år. Dess sjukgymnaster har vardera mer än 20 års yrkeserfarenhet inom sjukgymnastik. I staden antas människor vara mer ”rörliga”, de antas förflytta sig frekvent inom staden. Den allmänna kommunikationens utbyggnad gör stadsdelar relativt lättillgängliga. Människor bor ofta i en stadsdel men arbetar i en annan. I stadsmiljö kanske människor generellt är mindre personligt ”bunden” till ex. serviceinrättningar, än i mindre orter. I landsorter känner befolkningen kanske större anknytning till egna orten och vårdcentralen. Utbudet är större i staden än i landsorten och man kan variera sina val mer.

Tanken med Hälsoval Skåne är att patienter ska få alla sina primärvårdsbehov tillgodoseda inom den valda vårdenheten och tillgängligheten där ska värnas. (6)

Det innebär att patienter som söker sig till sjukgymnaster utanför den egna vårdenheten kan uppfattas som ”icke trogen” sin vårdenhet. Regeringens intentioner med det nationella vårdvalet var att patientens *valfrihet* skulle värnas. (3) Studien var tänkt att kunna ge en indikation på om det skånska Hälsovalet tillgodosåg patientens valfrihet eller styrde patienterna i en annan riktning jämfört med tidigare. Patienten har ju alltid före Hälsovalet haft möjlighet att välja vilken sjukgymnast den önskar. Med Hälsovalet skulle patienterna få betala dyrare patientavgift om de sökte ”fristående” sjukgymnast. (5, punkt 4.3.1)

Jag valde medvetet att följa förändringarna hos *privata* fristående sjukgymnaster, då jag bäst känner till hur dessa verksamheter drivs. Att jämföra patientflödet med en sjukgymnastikmottagning på närliggande Hälsovalsenhet kunde också ha varit intressant, men det kändes svårare att genomföra.

De insamlade uppgifterna var tänkta att ge information kring om vissa åldersgrupper eller diagnosgrupper var mer eller mindre benägna att söka sig utanför den valda vårdenheten. Diagnosgrupperna skulle kunna ge en bild av om vissa patientgrupper, mer än andra, söker fristående sjukgymnastikmottagningar eller stannar inom vårdenheterna. Eller om tidigare samarbete i olika vårdkedjor förändras av politiska beslut. Indikationer från Läkarförbundets ”Vårdvalsenkät” (10) gav misstanke om att ”mer omfattande rehabiliteringsinsatser” kunde vara svåra att tillgodose inom Vårdvalsmodellerna, p.g.a. begränsade resurser. En kartläggning av olika diagnosgrupper kändes därför relevant. Vissa diagnosgrupper har generellt mer omfattande behov av insatser än andra, även om det alltid finns personliga skillnader. Njurpatienter, multidiagnoser, neurologpatienter är sådana grupper. Patienter från ortopedkliniker har också ofta behov av frekventa besök hos sjukgymnaster i öppenvården under ett antal månader. Kan dessa ”omfattande behov” tillgodoses inom enbart Hälsovalsenheterna med gällande regelverk, eller ”behövs” även de fristående sjukgymnasterna för att täcka behovet? Redovisning av boendeorter i denna studie skulle kunna ge indikationer på om vissa vårdenheter, i större utsträckning än andra ”behöll” sina patienter.

Uppdelningen i de många smågrupperna vid insamlandet, kändes viktigt för att lättare se om någon ”subgrupp” förändrades tydligare än någon annan. Inför redovisningen kändes det dock överarbetat och ointressant att redovisa allt i sina subgrupper.

Osäkerheten kring hur ”val av diagnos” registrerades av de deltagande sjukgymnasterna (totalt 17 personer) måste beaktas. Alla sjukgymnaster fick skriftlig och muntlig information kring hur diagnosgrupperna skulle registreras. (Bilaga 3) Speciellt då flera diagnoser kan

förekomma och ibland samverka hos patienter kan ”valet av huvudorsak” möjligen bedömas olika mellan sjukgymnasterna. Troligen har en och samma sjukgymnast dock använt samma ”tankesätt” båda åren. En sjukgymnast slutade efter första året på mottagning A och fyra nya tillkom. Det kan innebära att bedömningarna skiljt sig något åt mellan sjukgymnasterna.

Vid mottagning A, i storstad, har under många år, fler patienter sökt sig till mottagningen än vad de kunnat ta emot. Antalet anmälda patienter före Hälsovalet jämfördes med antalet anmälda patienter efter Hälsovalet. I en del fall har därför patienter hänvisats till andra mottagningar. Alla patienter som anmält sitt intresse till mottagning A har dock registrerats och bedömts som patientflöde, även om de inte kunnat erbjudas tid. En förändring av antalet patienter som söker (efterfrågan) till mottagningen kändes därför också viktig att registrera, även om ”tidböckerna var fortsatt fulltecknade” vid uppföljningen. Skälet till att mäta detta var att det före Hälsovalet fanns ett ”överskott” av patienter som, i en del fall, hänvisades vidare. Om detta ”överskott” skulle försvunnit efter Hälsovalets införande, men inte var registrerat, skulle minskningen av patientflödet till mottagningen inte blivit noterat.

Resultatdiskussion

Den befarade minskningen av patienter till sjukgymnastmottagning A, i storstad, uteblev. Intensiv marknadsföring gjordes av mottagning A inför införandet av Hälsovalet, för att stävja risken för patientbrist. Den närmaste och största vårdcentralen (33 000 listade patienter), i den egna stadsdelen, valde att stå utanför Hälsovals ackrediteringen för att fortsätta under sitt Familjeläkaravtal med Region Skåne hela 2010. Det innebar att de inte behövde upprätthålla hög täckningsgrad (behålla patienterna inom enheten). Detta bedöms vara en förklaring till att antalet patienter inte minskade vid mottagning A. Vid påföljande årsskifte har nämnda vårdcentral blivit ackrediterad Hälsovals enhet, vilket föranlett att de nu anställt en egen sjukgymnast för att kunna erbjuda patienterna ”hela paketet”. Kanske skulle utfallet bli annorlunda nu. En ny vårdcentral öppnade i samma stadsdel under studieperioden (initialt några tusen listade patienter). De hade besök av sjukgymnast ett par timmar per vecka, ifall någon patient var i behov av sjukgymnastik. Inga andra sjukgymnastikresurser tillkom i samma stadsdel som mottagning A, vilket kan vara en delförklaring till varför inget minskat patientflöde uppmättes där. På mottagning A blev antalet verksamma sjukgymnaster fler till andra mättillfället. Möjligheten att ta emot fler patienter som sökte till mottagningen ökade därmed, och påverkade mätresultatet. En större grupp mottagning genererar kanske även i sig fler sökande patienter.

Vid mottagning B blev det minskade patientflödet påtagligt för verksamheten efter Hälsovalets införande. Sjukgymnasterna hade aktiva dialoger med vårdcentraler i närområdet för att upprätthålla tidigare samarbete. En av förklaringarna till minskat patientflöde antas vara att patientavgiften hos de privata sjukgymnasterna höjdes av Region Skåne till det dubbla, från 100 kr till 200 kr/besök. De ackrediterade enheterna uppmuntrar patienterna att i första hand söka vård på den listade enheten, av kostnadsskäl.

Förändringen i åldersgruppernas fördelning kan möjligen förklaras med huruvida patienterna antas ha haft behov av läkarkontakt på sin vårdcentral. Gruppen ungdomar och yngre medelåldern (vilka ökade mest) bedöms inte ha haft lika stort behov av läkarkontakt för ex. sjukskrivning och läkemedel som gruppen medelålder-äldre eller för de yngsta. Men då förändringarna ändå var ganska små kan de troligen förklaras med normalvariationer. Förklaringsmodellen enligt ovan, att de patientgrupper som tros ha störst behov av läkarkontakt på vårdcentralen, tenderar i mindre omfattning söka till fristående sjukgymnaster, kan användas på mottagning B. Gruppen små barn, medelålders och äldre,

som möjligen behöver läkemedel, vidare utredning eller sjukskrivning minskade tydligast här. Då andelen män minskade på mottagning A men ökade på mottagning B är det svårt att ge någon förklaring.

Aktiva dialoger har förts mellan mottagning A och tidigare inarbetade samarbetspartners /vårdkedjor och nätverk inom sjukvården, framförallt på specialistklinikerna. Detta har säkert resulterat i att Regionens nya riktlinjer, ”att endast remittera patienter ut till sina vårdenheter vid utskrivning från Specialistavdelningar”, inte ha anammats i full utsträckning. (11, punkt 5) Patienter i Rörelse-stödje gruppen med besvär från axlar, knä, fot/underben ökade sin andel betydligt. Dessa är i stor utsträckning patienter från Ortopedklinikerna. De kommer dock inte lika ofta med pappersremiss med sig. Remisserna har oftast skrivits av specialistklinikerna, både före och efter Hälsovalets införande. Såväl dessa patientgrupper som Multidiagnos patienter har ofta behov av mer omfattande sjukgymnastikresurser. Gruppen Multisjuka ökade däremot hos mottagning A, liksom B. Kontakter med specialistklinik (Njurklinikens, 1e sjukgymnast, UMAS) på sjukhus gav information att de ”utskrivna” patienterna inte fick sjukgymnastik i tillräcklig omfattning efter Hälsovalets införande. Den förändrade diagnosfördelningen hade samma trend på mottagning B och kan kanske förklaras på samma sätt. Neurologpatienterna blev färre på båda mottagningarna. Har denna grupp fått hjälp hos Hälsovalsenheterna eller har behovet minskat? Flera privata Neurologsjukgymnaster ”sades upp av Regionen inför Hälsovalets införande.

Att patienter från den egna stadsdelen, på mottagning A, ökade mest förklaras bäst med att den största vårdenheten i närområdet, inte ingick i Hälsovalets koncept under mätperioden. De rekommenderade sina patienter att söka sjukgymnastik på mottagning A, som de gjort de senaste 20 åren. Valet av mottagning A som ”studieobjekt” kan i efterhand framstå som mindre bra val, då största och närmaste vårdenhet inte kom att ingå i Hälsovalskonceptet. Det var främst patienter från närområdet som minskade i antal på mottagning B. En förklaring är att en av vårdcentralerna de tidigare samarbetat med, anställt en egen sjukgymnast och rekommenderar sina patienter dit. Sjukgymnasterna på mottagning B uppger att de i flera fall fått information, från såväl patienter som olika Hälsovalsenheter, om att patienterna ombeds besöka sjukgymnasterna på den listade enheten istället för att gå till ”fristående sjukgymnast”. Hälsovalets struktur innebär en tydligare konkurrens om patienterna, och en ökad risk för styrning av patienterna. Profilerings från olika mottagningar blir inom Vårdvalssystemet allt viktigare för att locka patienter.

Inom Region Skåne har statistik förts över alla offentligt finansierade sjukgymnastikbesök gjorda i Skåne under en period före Hälsovalet infördes och därefter. (13) Under samma mätperiod som denna studie gjordes, uppmättes en minskning av totala antalet besök hos sjukgymnaster i Skåne med 4 % (från 392 113 (-09) till 377 002 besök (-10), en minskning med 15 111 besök). Orsaken till detta kan säkert vara flera. Färre antal sjukgymnaster i Skåne? Minskade behov av sjukgymnastik bland Skåningarna? Andra yrkesgrupper som har tagit mer kunder från den ”sjukgymnastiska marknaden”? Rådgivning och hemövningar till patienter istället för besök hos sjukgymnast? För lite resurser? Outnyttjade sjukgymnastikresurser? Ökad kursverksamhet, semester eller andra åtaganden än behandlingar, bland de skånska sjukgymnasterna under de aktuella månaderna?

Det kan även påpekas att staten under 2010 tillförde extra pengar till Region Skåne för att förstärka tillgången till Medicinsk rehabilitering (inklusive sjukgymnastik), genom de s.k. rehabgaranti-pengarna. Detta gjordes som ett led i att öka multimodala team med bl.a.

sjukgymnastiska insatser, för patienter med ”långvarig smärta och lättare psykiska besvär”. (14) ”Rehabgaranti”-besöken finns medräknade i statistiken över totala sjukgymnastikbesöken i Skåne. Räknar vi bort ”rehabgaranti”-besöken hos sjukgymnaster denna period, ser vi en minskning på sammanlagt 5 % av besöken till sjukgymnaster i Skåne. (13)

Flera nya Hälsovalsenheter har öppnats i Skåne och nyanställt sjukgymnaster vilket ger patienterna nya valmöjligheter. Flera privata sjukgymnastavtal med Regionen har avslutats/sagts upp av Regionen inför Hälsovalet. När sjukgymnaster på Nationella taxan blir pensionerade eller flyttar ersätts de inte. Det minskar successivt antalet behandlingar utförda av privata (fristående) sjukgymnaster.

Revidering sker fortlöpande inom Region Skåne över vilka villkor och regelverk som ska styra Hälsovalet.(16) I den senaste upplagan av ”Förutsättningar för Ackrediteringar och avtal för vårdenhet inom Hälsoval Skåne” kan man läsa ett förtydligande om hur samarbetet kring patienten bör stärkas: ”Primärvårdens arbetssätt ska därför präglas av sammanhållna vårdprocesser vilket innebär krav på ett fördjupat och gränsöverskridande samarbete mellan vårdgivare med olika organisatorisk tillhörighet för att undersökning, diagnos, behandling och efterföljande rehabilitering i möjligaste mån kan ske i ett sammanhang”. (16, punkt 1.1) För att patientens valfrihet ytterligare ska säkerställas har Socialstyrelsen i den nya Patientsäkerhetslagen från 2010 (SFS 2010:659) uttalat tydliga direktiv om att alla vårdgivare måste främja patientens valmöjlighet. (13) I kap 6 lyder: ”*Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om*
1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns,
3. sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.” (13, kap 6, 6 §)

Studien gjordes före och strax efter införandet av Hälsoval Skåne och de redovisade resultaten beskriver situationen som var aktuell under de specifika månaderna. Om de speglar en trend är omöjligt att säga. Uppföljande studier av samma slag, vid ett senare skede när Hälsovalets effekter fått ”sätta sig” skulle kunna påvisa om förändringarna är en trend. Tydliga kravspecifikationer på vad primärvården har för uppdrag inom rehabiliteringen kan eliminera risken att rehabiliteringsinsatser blir eftersatta. Tydliga kvalitets- och resultatuppföljningar inom primärvården och fristående sjukgymnasters verksamheter bör införas för att se om den skånska Hälsovals modellen värnar ”patientens rätt”.

Slutsats

Jag fann att den stora mottagningen i storstad fick ett ökat patientflöde. Den mindre mottagningen fick färre nya patienter. Patientgruppens sammansättning förändrades med avseende på åldersfördelning, kön-, diagnos- och boende fördelning, men med lite olika utfall på de två mottagningarna. Färre kom på remiss vid båda mottagningarna. Orsakerna till förändringar i patientflöde och patientgruppens sammansättning kan inte förklaras av denna studie. Många olika samverkande faktorer har kunnat påverka utfallet i denna deskriptiva studie.

Referenser

1. Socialdepartementet. Hälso- och Sjukvårds Lagen, SFS 1982:763. (1982). Stockholm. Socialdepartementet. (elektroniskt tillgänglig 2011-02-09, kl. 18.00)
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
2. Socialdepartementet. Patientens rätt, SOU 2008:127 (2008). Socialdepartementet, Stockholm. (elektroniskt tillgänglig 2011-02-09, kl. 18.10)
<http://www.regeringen.se/content/1/c6/11/75/65/cb2310e5.pdf>
3. Socialdepartementet. Vårdval i Primärvården, Prop. 2008/09:74, 9 dec 2008, Socialdepartementet, Stockholm. (elektroniskt tillgänglig 2011-02-09, kl. 17.00)
<http://www.regeringen.se/sb/d/1938/a/114114>
4. Socialstyrelsen. Sjukgymnastens kompetensbeskrivning, Socialstyrelsen publikation, ISBN 91-7201-328-1, 1999. (elektroniskt tillgänglig 2011-02-09, kl. 18.15)
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11986/1999-3-1.pdf>
5. Regionstyrelsen. Hälsoval Skåne – en del av Skånsk Livskraft – vård och hälsa. Diarienumr: 0800875, dokument nr 14. (2008-09-12). Region Skåne (elektroniskt tillgänglig 2011-02-09, kl. 18.15)
http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/Organisation/Styrande%20dokument/Hälsoval_Skåne1.pdf
6. Hälso- och Sjukvårds Nämnden. Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Vårdenhet i Hälsoval Skåne gällande år 2009. Reviderad: 090205. (2009) Region Skåne.
7. Andersson M, Dokument titel: ”Produktion sjukgymnaster 2008.xls. Region Skåne, Avdelningen för privata vårdgivare, 2008.
8. Socialdepartementet. Lag om ersättning för sjukgymnastik SFS 1993:1652, Socialdepartementet, Stockholm
9. Werner P, Dokument titel: ”Angående hälsovalet och rehabiliteringen”. Region Skåne, Förvaltningsledningen Primärvården, 2009. (Allmän handling enligt Region Skånes jurist Bengt Guldhager
10. Lövtrup, M. Vårdtunga patientgrupper får stå tillbaka i alla modeller. Läkartidningen nr 5, 2009 volym 106, s 264-267
11. Nordqvist-Falk C, Dokumenttitel: ” Förtydligande av gränssnittet mellan olika vårdgivares ansvar på primärvårdsnivån efter införandet av val av vårdenhet”, 2009-05-04, Koncernkontoret, Region Skåne.
12. DePoy E, Gitlin L N, Forskning – en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1999.
13. Erman H, Dokumenttitel: ”Sjukgymnast stat. xls. Region Skåne, Centrum för Verksamhetsplanering och analys, 2010.
14. Medicinsk rehabilitering ska göras mer tillgänglig, 2009-05-28, Sveriges Kommuner och Landsting.
http://www.skl.se/web/Medicinsk_rehabilitering_goras_mer_tillgangligt.aspx
15. Socialdepartementet. Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, Socialdepartementet, (2010) Stockholm
16. Hälso- och Sjukvårds Nämnden. Förutsättningar för Ackrediteringar och avtal för vårdenhet inom Hälsoval Skåne. Region Skåne (elektroniskt tillgänglig 2011-02-09, kl. 18.50)
<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/vardwebb/Dokument/Halsoval/Vardenhet%20år%202011%20-%20slutversion.pdf>

Bilaga 1

Underlag för datainsamlingen vid Nybesök

Diagnosgr	Kön K= 1 M=2	Åldersgr	Boendekod	Remiss 1a besök	
Huvud/Nacke					
Axlar					
Armbåge/ Underarm/Hand					
Th. Rygg					
Lumbal/Bäcken					
Höft					
Knä					
Fot/Underben					
Njur/Invärtes- medicin					
Stressrelaterade					
Neurologi					
Hjärta/Cirk.rel/ Lunga					
Multidiagnos					
Fibro/ Gen. Långv smärta					
Reuma					
Övriga					

Bilaga 2

Ålders grupper/Kod

Indelning hämtad från Socialstyrelsen:

0 -15 år = 1**16-24 år = 2****25-44 år = 3****45-64 år = 4****65-74 år = 5****75-84 år = 6****85- år = 7****Boende kod**

BOENDEKODER FÖR MALMÖ

Limhamn/Bunkeflo = 1**Hyllie = 2****V Innerstaden = 3****S Innerstaden = 4****Centrum = 5****Fosie = 6****Rosengård = 7****Kirseberg = 8****Husie = 9****Oxie =10**

Angränsande kommuner:

Vellinge =11**Svedala =12****Trelleborg =13****Burlöv =14****Staffanstorps =15****Lund =16****Lomma =17****Övriga Skåne =18****Ej Skåne =19**

Sammanslagna grupper vid redovisning

Närområde - Limhamn/Bunkeflo

- Hyllie

- V Innerstaden

- Fosie

- Oxie

Övriga Malmö - S Innerstaden

- Centrum

- Rosengård

- Kirseberg

- Husie

Övriga Skåne - resterande orter

BOENDE RUNT BJUV

Bjuv Redovisas som Landsorts Kommun**Billesholm****Ekeby****Hyllinge** Redovisas som Angränsande orter**Åstorp****Mörarp****Kågeröd****Påarp** Redovisas som Övriga Skåne**Helsingborg****Klippan****Kvidinge****Ångelholm****Ljungbyhed****Hittarp****Laröd****Bårslöv****Rydebäck****Landskrona****Förslöv****Båstad****Lund****Övriga**

Bilaga 3

Standardisering av dokumentation

Jag skickar ett utkast på min projektplan för att ni ska få lite bakgrund till statistiken. Jag har bifogat det underlag vi använder i Malmö. Ni behöver göra egna boendekoder för er mottagning. Jag har också bifogat en fil (Statistik patienter.xls) över hur vi i Excel sammanställt våra statistikgrupper. Hade varit fint om ni kunnat lämna ert underlag till mig i en liknande fil.

För tydlighetens skull vill jag även skriftligen repetera hur grundtanken med statistik-ifyllandet är:

Alla statistikuppgifterna fylls i av sjukgymnasten vid första besöket, med lämplig angiven kod (siffra).

Med *första besök* menas när patienten söker för besvär/skada första gången under senaste 6 månaderna. Om patienten varit hos dig eller kollega för samma besvär men inte under de senaste 6 månaderna så är det ett första (ny) besök.

Om patienten söker dig för annat besvär inom 6 månader är det också ett nybesök. Om patienten kommer till dig på "second opinion" från annan kollega registreras även detta som ett nybesök hos dig.

Diagnosgrupp avgörs utifrån vad patientens söker sjukgymnast för, vad som är huvudproblemet (ursprungsproblemet). Endast en diagnosgrupp ska registreras för varje nybesök. Om patienten söker för nackvärk, men nämner att han/hon har också värk i knäet eller har haft en liten stroke, så är det nacken som registreras. Men om patienten har flera problem, flera sjukdomar som samverkar ex. övervikt med diabetes, benamputation och njursvikt som tillsammans utgör ett större total problem, så registreras det som Multisjuk. Men en Strokepatient som söker för knäartros, där artrosen utgör huvudskälet till besöket, så registreras det som ett knä.

Boendekod är var de är mantalsskrivna. Vi använder oss av lämpliga stadskartor om inte patienten själv kan uppge var de bor, ex. vilken stadsdel. *Remiss/pappershänvisning* som patienten fått av remitterande läkare. Muntlig hänvisning registreras ej som remiss/hänvisning. Om patienten glömt remissen hemma, men faktisk har en registreras det som remiss. Om en remiss på aktuellt besvär dyker upp senare under behandlingens gång registreras det ej som remiss.

Jag skulle också behöva veta hur många timmar (tjänstgöringsgrad), (direkt patientkontakt tid) varje sjukgymnast arbetar per månad under dessa perioder (1/1-09 till 30/4-09 samt 1/1-10 till 30/4-10) för att ställa det i förhållande till hur många patienter som tas emot.

Lotta Wikström
Limhamn, Nov 2008