

Rapport rehabkartläggningen 2020.

Kartläggningen har genomförts i samarbete med Reumatikerförbundet. Vi hoppas kartläggningen kommer kunna vara till nytta i det påverkansarbete som Reumatikerförbundet bedriver och tackar för gott samarbete mot en bättre och jämlikare vård för patienter med reumatiska sjukdomar.

De 178 fysioterapeuter som är medlemmar i sektionen för reumatologi, Fysioterapeuterna, fick ett mailutskick med en uppmaning att fylla i en enkät kring rehabilitering. Vissa fysioterapeuter föll bort pga att de hade gått i pension eller att de ej arbetar kliniskt. Enkäten kan ha spridits till och besvarats även av kollegor inom reumatologi som inte är medlemmar i sektionen eller Fysioterapeuterna.

Totalt kom 68 st svar in, av dessa var det 53 st som svarade på de flesta frågor. Därigenom kan antal svarande variera genom enkäten. Svaren är också helt individuella och har i denna kartläggning inte kunnat grupperas mot ort eller arbetsplats. Vi vet utifrån styrelsens kontaktnät, att alla större reumatologkliniker i Sverige har haft någon representant som besvarat enkäten, på det sättet har hela Sveriges geografiska karta täckts in med svar.

Av de som svarat är majoriteten anställda av Regionen 76% (42 st), anställda av privata vårdgivare 16 % (9 st) och 7% (4 st) har angett annan arbetsgivare. De flesta tillhör länskliniker (54%). Endast en kollega tillhör primärvården. Ca en tredjedel, 38% (21 st), har ingen anställning som är knuten till någon reumatologklinik. Det är inte helt enkelt att förstå exakt hur organisationen kring fysioterapiresurser ser ut på alla håll. Kanske kan detta i vissa fall förklaras av att fysioterapikliniken kan vara fristående i organisationen från reumatologen och att reumatologen köper in fysioterapiresursen.

De senaste åren har patienter på många ställen hänvisats ut i primärvården, främst om de inte står på antireumatiska mediciner. Oavsett, verkar fysioterapeuter från primärvården inte vara medlemmar i reumatologisektionen, då endast en har angett primärvården som arbetsplats. Det stämmer även med vad vi i sektionen möter när vi håller våra utbildningsdagar. Främst möter vi då kollegor som har reumatologkliniker som uppdragsgivare. Utifrån att enkäten endast besvarats av en person i primärvården kan vi inte dra någon generell slutsats om hur rehabiliteringen för patienter med reumatisk sjukdom ser ut i primärvården. Vi vet att flertalet fysioterapeuter svarat att de kan hänvisa patienter till primärvård. Hur ser det då ut i primärvården? Har patienterna trots detta överförs till primärvården eller till andra privata alternativ? Kan det vara så att patienter som tar antireumatiska mediciner inte behöver rehabilitering längre?

Genom att läsa denna rapport kan du få en överblick av det som framkom från fysioterapeuter om rehabilitering för patienter med reumatisk sjukdom år 2020. Låt oss då se vad en rehabkartläggning kan lära oss, väcka för tankar och vad vi kan dra för slutsatser utifrån detta. Sektionen för fysioterapi tackar er som svarat, för ert engagemang, och hoppas ni finner det intressant att ta del av rapporten.

Specialistkompetens inom reumatologi

Glädjande och intressant är det att notera att en tredjedel av de svarande fysioterapeuterna är specialister inom reumatologi, två tredjedelar däremot saknar ännu förbundets specialistkompetens.

Klinisk erfarenhet

Två tredjedelar har erfarenhet av att arbeta med reumatologi sedan 10 år eller mer, 25% har 1 - 5 års klinisk erfarenhet och tio procent anger att de arbetat i 5-10 år.

Av de svarande bedriver 12% (6 st) någon typ av forskning inom reumatologi. Utöver detta anger 40% (20 st) att det förekommer forskning om reumatiska sjukdomar och fysioterapi på arbetsplatsen, medan 60% (30 st) inte arbetar där forskning förekommer på arbetsplatsen.

Vilka diagnoser tillhör uppdraget?

I stort sett hos alla kliniker tillhör diagnoserna RA (99%), AS (96%) och PsA (91%) uppdraget, medan diagnoser som artros (25%) och fibromyalgi (20%) bara ses hos 20-25% av klinikerna. Även hypermobilitet inkluderas inom klinikens uppdrag på vissa håll (20%). Noteras bör, att det finns en stor samsjuklighet med diagnoserna artros och fibromyalgi bland de med RA, AS och PsA.

Individuell rehabilitering

De flesta kliniker erbjuder individuell rehabilitering i öppenvårdsform och det uppges att det medicinska behovet styr antalet behandlingstillfällen hos flertalet dvs 68% (37 st). Detta ser sektionen som positivt utifrån professionens ansvar för att leverera korrekt dosering av behandling. Ett fåtal 5% (3 st) erbjuder ej individuell behandling i öppenvård. Vad består rehabilitering av? Vi ställde frågor runt följande rubriker/ behandlingar: fysisk aktivitet, self management och smärtlindring.

Fysisk aktivitet

I en behandlingsperiod med fysioterapi svarar 83%(45st) att tex övervakad träning kan ingå medan 48% (26 st) anger egen träning på klinikens gym.

Self-Management

Av de svarande anger 92 % (50 st) att de ger individuella råd och coachning till patienten. Detta ger glädjande bekräftelse att professionen arbetar med ett patientcentrerat förhållningssätt. Även smärthantering erbjuds hos 68% (37st) vilket verkar vara en intervention många patienter får med sig.

Smärtlindring

Inom smärtbehandling är riktningen likartad. Trots att fler erbjuds mer potent medicinering (biologisk), har många patienter smärta. Utifrån detta är sektionens erfarenhet att smärtbehandling är nödvändig och viktig. Professionen rapporterar att 85% (48st) använder TENS (utprovning och behandling), 72 % (39 st) akupunkturbehandling därtill har 40% (22 st) andra behandlingar i smärtlindrande syfte. Här anges t ex fysisk träning och bassängträning, vilket ger en fingervisning om att allt fler använder aktiva behandlingsmetoder framför passiva. För detaljer läs alla kommentarer i enkätredovisningen i sin helhet.

Andra behandlingar

Andra behandlingar som kan ingå i fysioterapibehandling är laserbehandling 13% (7 st), stötvågsbehandling 15% (8 st) och annat anges av 76% (41st). Annat i behandlingsväg kan tex vara traktion, töjning, tejning, basal kroppskänedom, avspänning, enligt de kommentarer som inkommit.

Antal behandlingar

Hur många behandlingar som ges styrs oftast av det medicinska behovet. En kommentar som kommit in är att någon prioriterar endast patienter med nydebuterad diagnos, sedan uppges att patienten ska söka till annan vårdgivare (som skulle kunna vara tex hälso- eller vårdcentral) där specifik reumakunskap saknas. Vi har inte frågat patienter ifall de anser detta vara ett problem, men kanske har reumatikerförbundet svar på frågan? Andra coachar tills patienten står på egna ben och har stabilitet i sin sjukdom. Därefter får patienten själv höra av sig för ny bedömning eller behandling vid ex skov.

Teamrehabilitering

Det finns reumateam hos 77% (42 st). Hos 22% (12 st) förekommer ingen rehabilitering med utgångspunkt från teamet. Hos 57% deltar inte reumatologen i teamet. Många påtalar i kommentarer att reumatologläkare inte verkar ha intresse att delta. Det skiljer sig åt på klinikerna vilka som deltar i teammöten. Fysioterapeut (96%) arbetsterapeut (90%) och kurator (86%) verkar vara vanligast förekommande deltagare, därefter kommer sjuksköterska (63%) och reumatolog (43%). Övriga professioner som kan förekomma är undersköterska, dietist, fotvårdsspecialist, ortopedtekniker och psykolog.

Teamet har en stark tradition inom reumatologi, men börjar det urholkas? Det vore intressant att få fördjupad kunskap om och aktualisera vad teamets uppgift är inom reumatologi utifrån vissa av de kommentarer som kommit in. Hur ser de inbördes rollerna ut? Styr ny evidens eller äldre tradition hur man lägger upp teamets arbete? I många team finns teamledare. Hur arbetar moderna reumateam på ett effektivt sätt och hur sker samarbetet professionerna emellan? Hur kan det skapas mest optimala förutsättningar för patienten? Har teamet lyckats implementera levnadsvanearbetet i vardagen? Utifrån enkäten kan ej dessa frågor besvaras, men det skulle vara intressant att veta mer om teamarbete ute i landet. Vissa svar finns i kommentarer, annars finns det stoff för att vidare sätta detta under lupp för den som känner sig manad att fördjupa sig i detta ämne.

Rehabiliteringsperiod

Endast få orter erbjuder patienter slutenvårdsbaserad rehabiliteringsperiod. Endast 25% (14 st) av de svarande arbetar på sådana kliniker. Några av de svarade vet vi arbetar på samma ort. Oavsett är trenden lika över landet. Konceptet rehabperiod inom slutenvårdens ram håller på att försvinna. Hos 74% (40 st) finns inga möjligheter att få tillgång till rehabperiod inom slutenvård.

Denna typ av rehabilitering har tidigare funnits nästan överallt i Sverige. Vad får patienterna idag istället? Det har spekulerats i att nya mediciner skulle kunna ersätta rehabiliteringsbehovet, men fysioterapeuter känner även till att många patienter fortfarande påverkas av smärta på ett sätt som påverkar både funktion och vardag.

Däremot är det glädjande att patienterna erbjuds rehabiliteringsperioder i öppenvård på många ställen, hos 87% (47 st) däremot svarar 12 % (7 st) av de tillfrågade att det inte erbjuds. För upplägget av en rehabiliteringsperiod finns ej något

standardiserat koncept. Det finns otaliga varianter både till antal dagar/vecka, till innehåll och tidsbegränsning. Vissa anger att de har grupper och andra ett mer löpande individuellt upplägg. Tidsperioden varierar från 1-2 veckor till 10-12 veckor.

Under en rehabiliteringsperiod i öppenvård uppges att patienten träffar fysioterapeut 88% (48 st), arbetsterapeut 70% (38 st), kurator 63% (34 st), sjuksköterska 48% (26 st), reumatolog 20% (11 st). Det kommer upp kommentarer att patienten också kan ha besök hos tex rehabassistent, logoped, ortopedtekniker eller patientförening.

Detta stärker reumasektionens misstanke om att möjligheten att få rehabilitering vid reumatisk sjukdom inte är jämlik, utan att det beror på var du bor i landet hur din möjlighet till reumarehabilitering ser ut.

Rehabilitering i bassäng/ hydroterapi

Ca 90% (48 st) kan erbjuda patienten tillgång till rehabträning i varmbassäng. Hos 9%(5 st) kan patienten ej erbjudas träning i varmbassäng. Flertalet kan hänvisa till varmbassäng i annan regi. Av de 23% (12 st) som inte erbjuder varmbassäng inom ordinarie verksamhet är det endast 4% (2 st) som inte kan hänvisa patient till något annat ställe för träning i varmbassäng. Hos 79% (42 st) av de som svarat erbjuds individuella träningstillfällen och 85% (45 st) erbjuder träning i grupp.

Hos 25% är en bassängträningsperiod begränsad till 7-10 tillfällen, men hos ca 68% kan det vara allt från medicinska behovet som styr till en period på 12 ggr, 15 ggr, 10 veckor men även terminsvis period anges i kommentarer. Andra uppges att en mycket liten andel patienter får tillgång till tider för bassängträning, även om det finns som utbud. Andra har en begränsning i antal gånger och när dessa passerat görs utvärdering och en ny bedömning av patientens behov för fortsatt träning. På någon ort är träning i bassäng en del av innehållet i en tidsbestämda rehabiliteringsperioden. Så svaret på frågan är komplext, eftersom det inte är säkert att alla patienter med reumatisk sjukdom har tillgång till utbudet på alla ställen eftersom antal individuella tider eller gruppdeltagare är begränsade. Någon svarande har uppgett att bassängträning är mer styrt till ett antal gånger/behandlings än andra typer av medicinska behandlingar.

Hos 83% (44 st) finns patientföreningens bassängträning att hänvisa patienterna till. Ca 10% (5 st) har ingen patientförening på orten som erbjuder bassängträning. Ca 8% (4 st) av fysioterapeuter som svarat har ej heller kännedom ifall det finns bassängträning i patientföreningens regi på orten.

Vem leder gruppträningen?

Ca 67% (35 st) uppger att fysioterapeuter leder gruppträningen. Detta är glädjande för patienterna, eftersom fysioterapeuter har djup kompetens för att individanpassa träningen utifrån patientens aktuella förmåga. I övrigt leds grupperna av följande: ca 10% (5 st) rehabassistent och ca 6% (3 st) undersköterska, ca 31% (16 st) av annan ledare. Noterbart är att grupperna möjligen leds av både fysioterapeut och rehabassistent på vissa ställen.

Av fysioterapeuterna anger 41% (12 st) att de kan hänvisa till annan instans tex primärvård eller privat verksamhet för gruppträning på land medan ca 59% (17 st) inte har någon att hänvisa vidare till. En del hänvisar till friskvården i sina kommentarer. Observera att vissa orter inte har gruppträning för patienter med reumatisk sjukdom.

Ca 37% (19 st) har patientförening på orten de kan hänvisa till. Ca 29% (15 st) har ingen patientförening på orten och ca 35% (18 st) vet ej om det finns någon patientförening på orten att hänvisa till. Detta klargör att kunskap om patientföreningars gruppträning inte nått fram till endel fysioterapeuter som arbetar med reumatisk sjukdom.

Patientskola/ patientutbildning i grupp

Gällande patientskola/patientutbildning anger 71% (37 st) av de svarande att detta erbjuds, medan det ej erbjuds hos ca 29% (15 st). De inriktningar som erbjuds är: Ej diagnosspecifik inriktning 39% (15 st), RA-inriktning 39% (15 st), AS/axSpA 24% (9 st), PsA 21%(8 st), SSc 21% (8 st), andra diagnoser 18% (7 st)(andra diagnoser kan av kommentarer utläsas vara artros samt stresskola), SLE 18% (7st), myosit 13% (5 st), smärta 10% (4 st), fatigue 8% (3 st). Angående upplägget i patientundervisningen är det av stor variation.

Fysioterapeuternas reumasektion anser att det hade varit mycket bra om Reumatikerförbundet kunde initiera ett arbete med att ta fram en nationell patientskolemodell, gärna digitalt, för att säkra kvalitet och jämlik tillgång.

Klimatvård

På kliniker där 67% (35 st) arbetar erbjuds patienterna ej klimatvård. Hos 28% (15 st) erbjuds klimatvårdsremiss, medan 4% (3 st) ej vet hur kliniken ställer sig till klimatvårdsremiss. Antal patienter som regionen remitterar till klimatvården varierar. I

kommentaren som inkommit anges antal som 50 st, 40 st, 7 st till några platser. På flera platser är det oklart för fysioterapeuterna hur många som remitteras. Hos 19% (10 st) som svarat utvärderas klimatvården. Det kan t ex ske genom ett besök hos fysioterapeut före och efter perioden, till strukturerat besök med mätning av olika variabler 6 mån efter hemkomst från klimatvård.

Workshifting

Vad innebär workshifting i praktiken hos de som svarat? Det är mycket varierande vilka arbetsuppgifter som glidit över på fysioterapeuternas ansvarsområde, exempelvis anges bedömning när läkare ej finns på plats, ledinjektioner, uppföljning efter ledinjektioner, bedömning om ledinjektion är aktuell, ledstatus och registrering i SRQ avseende sjukdomsaktivitet, ryggstatus, ryggbesök, mellanårskontroller och spondylartritkontroller. Hos 37% (19 st) ingår workshifting i klinikens arbetssätt. Hos ca 20% (10 st) förekommer det ibland. Hos 43% (22 st) förekommer ingen workshifting ännu.

Man kan fråga sig om fysioterapeuterna fått ökade resurser eller endast en större utmaning att pressa in fler patienter i sin tidbok? Har de fått lönetillägg för att ta över arbetsuppgifter som tidigare varit läkarnas? Vad betyder dessa insatser för klinikerna? Har verksamhetscheferna styrt om till detta arbetssättet eller är det läkarna som lämnat över arbetsuppgifter genom att styra vad som skrivs i remissen?. Sammantaget kan sägas att workshifting sker på olika sätt. Detta vore intressant att kartlägga närmare ur professionens perspektiv och det vore säkerligen ett aktuellt ämne för en workshop på reumadagarna i framtiden.

Mätmetoder

Många mätmetoder används i klinik. Här kommer en lista i fallande ordning:

1. BASMI 96,08% (49 st)
2. BASDAI 90,2% (46 st)
3. BASFI 90,2% (46 st)
4. VAS smärtskala 90,2% (46 st)
5. Time stands test 88,24% (45 st)
6. Ledmätning med goniometer 86,27% (44st)
7. Borgsskala 86,27% (44st)
8. Sex minuters gångtest 84,31% (43 st)
9. Funktionskattning skuldra arm 80,39%(41 st)
10. Åstrands cykeltest 80, 39% (41 st)
11. BAS-G1,2 78,43% (40st)
12. Borg 1-10 72,55% (37st)

- 13. FI-2 60,78% (31 st)
- 14. FI-3 31,37% (16 st)
- 15. Easy angle 29,41% (15 st)
- 16. Minors Eberlings submaximala gångtest 15,69% (8 st)
- 17. SF-36 13,73% (7 st)
- 18. Ekblom Bak 11,76% (6 st)
- 19. Balketest 9,8% (5st)
- 20. CMAS 9,8% (5st)
- 21. MMT8 7,84% (4 st)
- 22. RM 25,49 (13 st)
- 23. Annat 17,65% (9st)

Annat anges i kommentarerna vara bla: SOFI, 20 metersgång, balanstest 30 sek, HAQ, Lintons smärtinstrument kortversion, SoS om fysisk aktivitet och stillasittande, motivationsfrågor, VAS/NRS för trötthet, allmänhälsa utöver smärta i vila och belastning, myrinmätare, Grippit (Inkl FI-2), patientspecifik Funktionell skala (PSFS), Balanstest, enbenstående i sekunder, Myosittest av Anna Josefsson, MASES, Romberg, frågor om fysisk aktivitetsnivå, Funktionell index, easy angle, vid rehabstart samt uppföljning används frågorna om fysisk träning, vardagsmotion och stillasittande och utvärdering av patientens aktivitetsmål.

Kvalitetsregister

52% (26 st) registrerar i SRQs rehabmodul, medan 48% (24 st) inte gör det. På frågan varför de inte registrerar i SRQ svarar deltagarna följande orsaker: pga dubbeldokumentation i SRQ och journalsystemet. Hinner inte registrera i SRQ också. SRQ har strulat mycket med inlogg, därav registrerar jag inte längre. Kliniken efterfrågar inte att jag ska göra registreringar. Jag tycker inte rehabmodulen är bra. Vi har inte sett att den tillför något i vårt arbete med patienterna. Däremot registrerar vi besök och testvärden (Time Stands Test, BASMI, konditionstest, FI2) i SRQ, jag får enbart betalt för prestation- kan ej lägga denna tid på patientens dokumentation.

Reumasektionens hållning är att det behöver arbetas på alla fronter för att kvalitetsregister byggs in i journalsystemen. Det är ohållbart med dubbelregistrering. Finns det någon som kan försvara att reumarehabiliteringens resurser användas till dubbelregistrering i den moderna digitala tid som är nu?

Trend inom reumatologi avseende fysioterapiresurs

Hos 12% (7 st) har minskning av fysioterapiresurser skett under de senaste tio åren. Hos 22% (11 st) har förändring skett de senaste fem åren. Hos 12% (6 st) har

förändring skett under de senaste två åren. Sammantaget har lite mindre än hälften av de som svarat på enkäten erfarit att resurser för reumatiker och rehabilitering minskat. Hos 57% (27 st) uppges det inte ha skett någon minskning avseende fysioterapieresurser inom reumatologi de senaste åren.

En betydande försämring för patienter i södra delen av Sverige var Spenshults nedläggning.

Rehabnöjdhet

Av de som svarat anger 10% (5 st) att de är missnöjda med den rehabilitering som ges till patienterna, medan 43% (21 st) är nöjda med rehabilitering som ges, utöver det är 47% (23 st) nöjda med den rehabilitering som ges, **men** det finns patienter/patientgrupper som ej får tillgång till fysioterapi/ rehab. Detta resultat speglar återigen att vården inte är jämlik över landet.

Nätverk

Positivt är att 67% (33 st) av fysioterapeuter kollegor årligen deltar i någon typ av nätverksträff. Medan 33% (16 st) anger att de ej deltar vid någon nätverksträff. De nätverk som nämns är Västsvenska 24% (9 st), Stockholm 21% (8 st), SYRET 16% (6 st), Snork 13% (5 st), Barnreuma 5% (2 st), annat 50% (19 st). Annat anges i kommentarerna oftast som något mer lokalt möte mellan kollegor på närliggande orter. I en kommentar önskas att det fanns någon slags gemensam plattform för infoutbyte reumatologenheter emellan för att enkelt ställa frågor till varandra, få praktiska tips om hur andra har löst diverse aktiviteter, aktuella lokala rehabupplägg, utbyte av framgångsrika idéer och koncept som skulle kunna användas av andra enheter, tips på informations- och träningsidor på nätet som lämpar sig för våra patienter etc. Det är något nätverken borde kunna utveckla mera. Dessutom anger många att de deltar på Reumadagarna som är den nationella reumatologikongress som både Fysioterapeuterna och Reumatikerförbundet är stolta medarrangörer för.

Förslag på föreläsningar/workshops inför kommande Reumadagar

Att ordna utbildningar främst i samband med kongresser som Reumadagarna eller Fysioterapi är en av sektionens återkommande arbetsuppgifter. I enkäten kom följande förslag på utbildningar: baskurs i ledstatus, högintensiv träning, kvoterad träning för patienter med reumatisk sjukdom (viktigt med många patient exempel), workshop om nationella vårdprogram för de olika diagnoserna, Fotkurs, fotundersökning och träning av fötter, digitala vårdbesök inom reumatologi, rehab mätmetoder (nya och uppdaterade mätinstrument), fotkurs, tema om ex systemisk skleros eller SLE, myosit- med fokus på rehabilitering, sexuell hälsa, workshop gällande hantering av trötthet och smärta, levnadsvanor update, ultraljud, kostens

påverkan vid reumatisk sjukdom, rörelseanalys, presentation av rehabkoncept i landet, utvärdering av multidisciplinär rehabverksamhet, ledundersökning, nya undersökningsmetoder, statusmallar, digital patientutbildning, sömn samt axelutbildning.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis är det bekymmersamt att rehabiliteringen som ges till många patienter med reumatiska sjukdomar inte kan anses jämlik utifrån de svar som inkommit. Var patienten är bosatt är avgörande för hur resurstilldelningen av fysioterapi ser ut, om nedskärningar görs eller om du som patient får tillgång till rehabilitering med rätt och fördjupad kompetens. Medan det ständigt pågår stora förändringar inom hälso- och sjukvård, kan vi utifrån enkätsvar från ca 20 % av fysioterapeuterna tolka det som att de ändå lyckats behålla en god nivå på den rehabilitering patienterna får, medan 47% anser att de är nöjda med den rehabilitering patienterna får som de möter, MEN att de känner till att det finns patienter som aldrig får tillgång till reumarehabilitering på deras kliniker. Hur reumarehabilitering och fysioterapitillgång ser ut i primärvården har denna enkät inte några svar på om eftersom de flesta arbetar inom regionernas verksamheter. Detta är viktigt att framöver ta reda på, eftersom många patienter hänvisas dit. Vi förstår även av svaren att kollegorna ute i landet är mycket måna om att utvärdera patienternas effekter av sin rehabilitering och att kunskap om de vanligaste mätmetoderna är mycket god. Patientutbildning är en viktig del för patienter med reumatisk sjukdom och vi slår ett slag för framtida samordning kring denna typ av utbildning, för att patienterna ska kunna erbjudas detta via digitala alternativ. Detta skulle kunna distribueras nationellt för säkerställande en mer jämlik vård och även för att spara resurser när exempel workshifting sakta gör sitt intåg på klinikerna. Vi hoppas att Covid-19 inte ställer till det ännu mer för patienter med reumatisk sjukdom, men läget måste anses vara bekymmersamt på många håll, då de inte kunnat bedrivas rehabilitering, genomföras bedömningar och behandlingar som vanligt hos fysioterapeuter inom reumatologi under senare delen av året.

Om du önskar ta del av utförligare sammanställning av svar och kommentarer på någon eller flera av de frågor som ställdes i enkäten, är du välkommen att kontakta Linda Humlesjö på sektionens mailadress: reumatologi@fysioterapeuterna.se