

Fysioterapeuternas reflektioner kring dialogfrågor

Fysioterapeuterna vill tacka för möjligheten att resonera kring de dialogfrågor som finns i delbetänkandet *God och nära vård-Vård i samverkan, SOU 2019:29*. Diskussioner har förts i alla delar av förbundet genom att frågorna har skickats till våra olika råd, sektioner och distrikt. Reflektioner kring frågorna har sedan sammanställts och diskuterats av förbundsstyrelsen. Nedan följer en sammanfattning av reflektionerna indelat per kapitel eftersom diskussionerna har lett till reflektioner som går utanför att enbart besvara dialogfrågorna.

Kapitel 4 Hälso- och sjukvårdens struktur

Öppen och sluten vård

Begreppen öppen och sluten vård påverkar både personal och patienter dagligen. Det är svårt att hålla isär begreppen som även känns föråldrade. Det förekommer många olika termer för samma vårdform och därför behöver en gemensam terminologi utarbetas för att förenkla och tydliggöra var gränssnitten går mellan olika vårdformer. Det behöver bli tydligt hur kommunikation och samverkan sker så att de organisatoriska mellanrummen kan överbryggas. Som det ser ut idag är det otydligt för vårdgivare vad det är som gäller och hur länge ett visst ansvar pågår. Detta blir extra tydligt då olika vårdgivare behöver samverka kring en patient som tex behöver olika insatser i hemmet och ibland också på mottagning.

Ansvarsfördelning mellan region och kommun

Ansvarsfördelningen mellan region och kommun är otydlig för såväl personal som patient och varierar mellan olika kommuner och regioner. Det uppstår ofta frågor kring gränssnitt och vem som är ansvarig för vad. Generellt ska regionen ansvara för den specialistvård som patienten behöver medan kommunen har ansvar över patienter som inte behöver specialistvård. Gränsen mellan vad som är specialistvård/rehab är otydlig och har förändrats över tid då många patienter behandlas i hemmet. Det blir svårarbetat i gräzonen mellan huvudmännen och svårigheter med samordning vilket drabbar patienten. Otydligheten påverkar även arbetsmiljön eftersom personalen blir satta att "slås med kollegor" från annan huvudman om vem som ska ta hand om patienten.

Samverkan mellan olika huvudmän men även mellan olika professioner inom samma vårdnivå försvåras när olika journalsystem används och inte kan "prata" med varandra.



Det gör att det är patienten eller anhöriga som blir budbärare mellan vårdgivare och innebär en potentiell patientsäkerhetsrisk.

Hälso- och sjukvård med kommunen som huvudman

Hälso- och sjukvård i kommunal regi har ofta andra förutsättningar jämfört med hälso- och sjukvård i regional regi. Behoven har förändrats då kortare vårdtider och utskrivning från sjukhus lett till att mer rehabilitering behöver ske i hemmet. Det bedrivs redan avancerad vård i hemmet där samverkan mellan olika vårdnivåer och professioner behöver stärkas och indikatorer för uppföljning behöver utvecklas. Såväl legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som personal inom vård och omsorg behöver samverka för en god och patientsäker vård. Inom den kommunala hälso- och sjukvården arbetar flera legitimerade professioner, förutom läkare som regionen ska avsätta resurser för. Denna organisation är inte optimal för ett effektivt teamarbete som flertalet patienter inom t ex hemsjukvården är i behov av.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) har centrala roller inom kommunal hälso- och sjukvård. Uppdraget som MAR regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 11 kap §4) som beskriver att det för verksamhetsområden som huvudsakligen omfattar rehabilitering, får arbetsterapeut eller fysioterapeut fullgöra uppgiften som annars åligger MAS. I dag är det valfritt för kommunerna om de vill anställa en MAR vilket gör att ca 80 kommuner (2019) har en anställd MAR. En MAR i kommunen säkerställer att det finns en jämlik tillgång på hälsofrämjande, preventiva och rehabiliterande åtgärder av hög kvalitet i kommunen och behöver därför ges goda förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar¹. Fysioterapeuterna anser därför att det ska bli rättsligt reglerat med en MAR i varje kommun på samma sätt som det är reglerat med MAS.

Kapitel 5 Personcentrerad samverkan

I diskussionerna kring dialogfrågorna i de olika delarna av förbundet ser vi att samverkan fungerar väldigt olika i olika kommuner och regioner i landet. Det finns exempel där samverkan, såväl inom som mellan vårdnivåer och huvudmän, fungerar bra medan det fungerar sämre på andra håll. Olika initiativ som syftar till att förbättra möjligheten till en sammanhållen vård har tagits vilket inneburit att samverkan blivit bättre i vissa delar av landet den senaste tiden. Dessvärre får dessa goda exempel inte genomslag på bred front i landet.

Personen/patienten som medskapare måste vara utgångspunkten för all hälso- och sjukvård och genomsyra alla initiativ till förbättringar. Hälso- och sjukvården behöver därför gå från att involvera patienten i vården till att involvera vården i patientens egenvård i den omfattning som motsvarar patientens behov och önskemål, s.k. patientdriven vård.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-2-17.pdf>

Satsningen på att ta fram standardiserade vårdförlopp för olika diagnoser är bra. En farhåga med ett allt för stort fokus på standardisering är dock att det blir på bekostnad av den personcentrerade vården. Riktlinjer och kunskapsstöd är bra så länge de används på rätt sätt i samverkan mellan profession och person och att patienterna är med från start i utarbetandet av riktlinjerna. Därför behöver patienten vara en självklar part i den nationella kunskapsstyrningsorganisationen och i utformandet av olika kvalitetsregister.

Dialogfrågan kring planverktyg visade sig vara svår eftersom innebörden var otydlig för många. Förklaringen till detta är att det finns en uppsjö av olika planer som ibland inte kan särskiljas. Diskussionen kring samverkan fördes framförallt efter utskrivning från sjukhusvård och hur mellanrummet mellan olika vårdnivåer och huvudmän fungerar samt hur det fungerar i hemsjukvård. SIP, rehabiliteringsplan, PM, individuell plan vid utskrivning från sjukhus, individuella planeringar för varje patient med olika mallar för olika typer av åkommor var några av de verktyg som diskuterades. I några regioner var det ovanligt att en fysioterapeut kallades in till SIP medan det i andra var mer förekommande. På vissa håll användes Skype för att underlätta för fler att delta. Många uttryckte att det fungerar bra när de väl görs en SIP men att det är otydligt vem som har ansvaret för att den genomförs och hur den följs upp.

Samverkan kring barn och ungdomar är också viktig att lyfta. Precis som utredningen beskriver är utbildningsnivå en stark hälsodeterminant och vi vet att hälsa grundläggs i tidig ålder. Därför vill Fysioterapeuterna att förskola och skola måste vara givna samarbetspartners till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Idag finns inget lagkrav på att skolan medverkar i SIP även om vissa kommuner har rutiner för detta. Vi vill därför understryka vikten av att det kommer ett lagförslag kring detta.

Samtidigt vill vi lyfta behovet av en förstärkt elevhälsa som inkluderar fler professioner såsom arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut och logoped. Det hälsofrämjande arbetet inom elevhälsan kan ligga till grund för ett hälsosamt vuxenliv och förebygga såväl psykisk som fysisk ohälsa. Detta arbete behöver dock påbörjas tidigt. Redan på mödravården kan blivande föräldrar med kända riskfaktorer för ohälsa identifieras och stöd utformas. En ökad samverkan mellan MVC, BVC, elevhälsa och ungdomsmottagning skulle kunna identifiera och följa upp barn som riskerar att falla mellan stolarna. Det kräver dock att hela teamet finns med i alla delar av kedjan där även BUP och BUM behöver finnas med. Det behövs även ett sammanhållet journalsystem för att möjliggöra detta.

En sammanhållen infrastruktur är viktig för att underlätta samverkan. Det bör även sammankopplas med möjlighet till att som person/patient samla sin egna data som kan användas som underlag vid vårdbesök. Egna data kan även ligga till grund för egenvård. Digitaliseringens möjligheter behöver användas på rätt sätt för att skapa förutsättningar för en god hälsa. Vi behöver därför tänka nytt och inte digitalisera gamla, ickefungerande strukturer. Koppling till kvalitetsregister för utvärdering av insatser behöver förenklas och automatiseras och kan i många kvalitetsuppföljningar skötas via egenrapportering från patienter. Kvalitetsregisterna i sig behöver också utvecklas så att

de även innehåller moduler för prevention, rehabilitering och patientrelaterade utfallsmått.

Kapitel 6 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Behöver olika professioner eller specialister olika förutsättningar för att ansluta sig till offentlig finansiering?

Den enskilt viktigaste frågan att ta hänsyn till är inte professionstillhörighet utan vårdgivarens storlek. Om det finns en politisk vilja att småskaligt företagande ska vara möjligt behöver systemet organiseras för att stödja detta. Fysioterapeuter är ofta organiserade i mindre enheter, särskilt på mindre orter. Endast ett fåtal enheter i landet har fler än 20 fysioterapeuter. De flesta fysioterapimottagningar består av enskilda företagare samlade i ett ”paraplybolag”.

Fysioterapeuters arbete och villkor skiljer sig stort mellan olika specialiteter

Patienter som söker fysioterapeut har mycket olika behov och förutsättningar och även villkoren för fysioterapeuter skiljer sig stort mellan olika specialiteter. Många patienter söker fysioterapeut som första instans, då ofta med besvär från rörelseapparaten. Patienten kan söka för såväl akuta som mer långvariga smärttillstånd och eller funktionsnedsättningar. I många fall behöver dessa patienter enstaka eller kortvariga insatser av fysioterapeuten som då självständigt och tillsammans med patienten upprättar och genomför en behandlingsplan. Fysioterapeuter inom andra specialiteter möter mestadels patienter med stora, komplexa behov som ofta behöver återkommande funktionsbibehållande träning för fortsatt kunna bo hemma eller vara delaktiga i arbets- eller socialt liv.

Eftersom utgångspunkten i fysioterapeutens interventioner utgår från patientens funktionsförmåga och individuella målsättning skiljer sig insatserna väldigt mycket även mellan patienter med samma diagnos. Detta skiljer fysioterapeuter från många andra professioner där insatserna kan vara mer standardiserade efter diagnos.

Patientens rätt att välja/ha tillgång till vårdgivare med rätt kompetens

Fysioterapeuter saknar idag en statligt reglerad specialistordning, men har en av Fysioterapeuterna utarbetad specialistordning som omfattar 17 specialistområden². Fysioterapeuter bekostar så gott som alltid denna utbildning själva. Då fysioterapeutisk forskning och fysioterapi som kunskapsområde vuxit och utvecklats mycket snabbt under senare år finns ett mycket stort behov av att patienter får tillgång till specialiserad fysioterapi för bästa möjliga vård. Idag svarar privatföretagande fysioterapeuter för en mycket stor andel av specialiserad fysioterapi i öppenvården. För att använda specialistfysioterapeuters kompetens på bästa sätt behöver dessa kunna verka över

²https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/specialistordning/specialistordning_fysioterapeuterna_lowres.pdf

organisationsgränser. Det är särskilt viktigt ut ett glesbygdsperspektiv där kollegor behöver kunna konsulteras, även digitalt, mellan olika specialtområden.

Upphandlingsform

Fysioterapeuter behöver i många fall tillgång till stora lokaler med god tillgänglighet för träning och gruppverksamhet samt enskilda behandlingsrum. Lokalkostnaden är idag, särskilt i storstadsområdena, mycket hög och kontraktstiderna ofta långa. Därtill kommer kostnader för träningsutrustning och övrig utrustning. För att möjliggöra investeringar både i lokaler och i kompetensutveckling är det nödvändigt med långsiktighet och stabila villkor. Upphandling enligt LOU innebär oftast korta avtalstider (3 +2 år) vilket innebär att små företag inte vågar binda sig på långa hyreskontrakt med fasta kostnader. Upphandling enligt LOV skulle på så sätt vara ett bättre alternativ, men där visar vår erfarenhet att regionernas ensidigt bestämmande över villkor i ersättningsmodeller utgör ett stort problem. Systemen för ersättningar och andra villkor förändras ofta med korta intervall och stödjer oftast inte hälsofrämjande och preventivt arbete eller samverkan mellan professioner och vårdgivare.

Ersättningssystem

Vissa fysioterapeutiska specialiteter har möjlighet att med god kvalitet behandla patienter i grupp, exempelvis artrosskola, smärtgrupper, postoperativa träningsgrupper. Andra specialiteter är mer personalintensiva, då patienten behöver assistans under hela behandlingen exempelvis på stora funktionsnedsättningar, kognitiva svårigheter, eller psykisk ohälsa. Fysioterapeuter samverkar ofta med andra professioner kring patienten. För att kunna göra det för personer som har behov av teamets olika kompetenser krävs ersättningsmodeller som stödjer teamarbete. Ett annat exempel på mycket tidskrävande insatser är hjälpmedelsutprovningar, där besök på hjälpmedelscentral kan ta flera timmar i anspråk. En ersättningsmodell som förespråkas av många för att erhålla bättre kostnadskontroll är vårdepisodersättning, där man erhåller en fast summa som skall täcka alla besök och åtgärder under en viss vårdeperiod, istället för ersättning per besök eller åtgärd. För en liten, enskild vårdgivare kan detta utgöra ett problem då personer med komplexa problem och stora funktionsnedsättningar kan ta stora resurser och lång tid i anspråk för sin rehabilitering, något som hos en större vårdgivare då kompenseras av en casemix med "lättare" fall. Det behövs därför patientgrupper av relativt stor omfattning för att detta ska fungera. Som tidigare nämnts skiljer sig fysioterapeuters insatser ofta mycket även mellan personer med samma diagnos, beroende på patientens funktionsförmåga, varför ersättningssystem även bör kopplas till ICF.

Vad är de största hindren för att läkare och fysioterapeuter på taxan ska kunna integreras fullt ut med övrig hälso-och sjukvård

Systemet behöver stödja patientens behov och väg till bättre hälsa eller förbättrad eller bibehållen funktionsförmåga. Patienten ska inte behöva byta vårdgivare för att ersättningssystemen inte täcker den åtgärd patienten behöver, under förutsättning att rätt vårdnivå och rätt kompetens hos vårdgivaren föreligger. Det finns idag en tendens att vårdgivare behåller sina patienter "in house" dvs inom sin koncern eller organisation. Det gäller både företagare och regiondriven vård som istället för att låta patienten välja

eller att remittera patienten till den specialist som har bäst kompetens behåller patienten i sin egen organisation. I en del regioner finns det till och med "straffpeng" som ytterligare förstärker detta. Ett exempel på detta är Region Västerbotten där det tillämpas en "straffpeng" för varje besök som görs hos en privat fysioterapeut på nationella taxan. Den aktuella Hälsocentralen där patienten är listad får betala en summa till Region Västerbotten för varje besök som görs hos en privat fysioterapeut. Detta hindrar redan idag ett samarbete mellan hälsocentraler och privata fysioterapeuter då hälsocentralerna inte vill att deras listade patienter ska besöka en privat fysioterapeut.

IT system

En av de absolut viktigaste frågorna för en effektivare samverkan mellan vårdgivare är att IT-systemen integreras. Det skulle både spara onödiga besök, förbättra patientsäkerhet, ge kortare väntetider, minska administrativt arbete för vårdgivarna och spara onödigt lidande för patienten. Med ett sammanhållet IT-system där patienten ger sin vårdgivare behörighet att se journaldata, skulle effektiv samverkan kunna ske över vårdgivares organisationsgränser. Att möjliggöra besök via videosamtal ger ett effektivare resursutnyttjande

Samverkan/Teamarbete

För att underlätta samverkan borde vårdavtal innehålla krav på formaliserad samverkan med andra vårdgivare och följas upp vid verksamhetsuppföljningar. Initiativ till att bygga sammanhållna vårdkedjevårdval har gjorts i vissa regioner vilket är positivt. Dock riskerar de små företagen som inte har kapacitet för hela vårdkedjan att ställas utanför ett sådant vårdval.

Kvalitetsregister

Företagande fysioterapeuter saknar idag möjligheter att registrera i flertalet kvalitetsregister. Detta försvårar kvalitetsuppföljning och forskning för såväl den egna verksamheten som för andra delar av vårdkedjan. Ofta innehåller kvalitetsregister enbart processmått och inga användbara kvalitetsmått som är användbara för utvärdering av fysioterapeutiska insatser.

Kapitel 7 Hälso- och sjukvårdens roll att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Fysioterapeuten är en av de professioner som kan bidra med stor kunskap inom hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla åldrar, såväl på individ, grupp och befolkningsnivå. För att utnyttja denna kompetens fullt ut behöver ersättningsmodeller och den kliniska vardagen förändras. Primärvården måste få rätt förutsättningar och incitament för att arbeta hälsofrämjande och preventivt. Trots att t ex många levnadsvanesjukdomar kan undvikas ersätts inte alltid förebyggande åtgärder. Idag används endast ca 5% av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna till sjukdomsförebyggande arbete. Det finns dock goda förutsättningar att öka denna andel

men då krävs nya ekonomiska ersättningsmodeller samt kompetens och incitament hos personalen att arbeta hälsofrämjande via exempelvis beteendeförändring.

I dag hanterar fysioterapeuter på primärvårdsnivå ett allt bredare kunskapsfält. Allt fler personer lever med en eller flera kroniska sjukdomar, där behandlingar svårligen kan passas in i en förutbestämd mall. När vi lever längre och människor i alla åldrar lever med sina kroniska sjukdomar kan inte hälso- och sjukvårdens insatser handla om att enbart minska dödligheten utan måste även handla om att bibehålla människors funktionsförmåga och livskvalitet. Ersättningssystemet som skapats gör att fysioterapeuter, precis som andra professioner, tvingas producera vård istället för att se till vilka insatser som bäst hjälper patienterna eller åtgärder som kan förebygga eller behandla sjukdom.

Vi har fått flera exempel på när det förebyggande arbetet fungerar. Det finns kommuner som vid larminstallation i bostaden samtidigt erbjuder hembesök för att tidigt komma in och förebygga sjukdom/skada. I detta sammanhang nämns fallprevention, installation eller utprovning av hjälpmedel, stöttning i vardagen och fysisk träning. Ett annat exempel är när en första bedömning görs då patienten ansöker om duschhjälp. Man kan då sätta in åtgärder för att underlätta duschsituationen med t ex träning eller hjälpmedel vilket leder till att individen kan vara mer självständig en längre period och undvika onödiga återinläggningar. Olika typer av gruppverksamheter kan användas för bibehållande av funktion.

Precis som utredningen påpekar kan hälso- och sjukvården inte ansvara för hela det hälsofrämjande arbetet. Ansvaret behöver delas med övriga civilsamhället men ofta i samverkan med hälso- och sjukvården. Fysioterapeuter kan bidra på olika sätt både inom och utanför hälso- och sjukvården. Det kan vara i form av utbildningsinsatser på skolor, i föreningsliv (t ex idrottsklubbar, pensionärsföreningar), gruppverksamheter för äldre som bor hemma mm. Hälso- och sjukvården bör bygga bättre nätverk med civilsamhället. Nätverken för Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) är ett exempel på när hälso- och sjukvården samarbetar med olika friskvårdsaktörer. FaR för egenvård har visat sig fungera väl i några delar av landet.

Ett hälsofrämjande ledarskap

Fysioterapeuterna vill understryka vikten av att även verka för en hälsofrämjande arbetsplats och en god arbetsmiljö. För att möjliggöra detta behöver chefer och ledare på alla nivåer ges goda förutsättningar att bedriva ett hälsofrämjande, personcentrerat och tillitsbaserat ledarskap. Ett ledarskap som efterfrågar, följer upp och skapar förutsättningar för nya arbetssätt är nödvändigt för att skapa en hållbar hälsa och ett hållbart arbetsliv för alla medarbetare. Möjlighet till kompetensutveckling är en patientsäkerhetsfaktor men även en nödvändighet för att vara en attraktiv arbetsgivare. Ledarskapsutbildningar och chefsprogram behöver utvecklas där tillitsbaserad styrning och ledning är en del av innehållet. Lika viktigt är dock att chefer och ledare följs upp på ett sätt som möjliggör tillämpning av en hälsofrämjande och tillitsbaserad styrning.

Så länge chefer enbart följs upp kvantitativt blir det svårt att praktisera denna form av ledarskap.

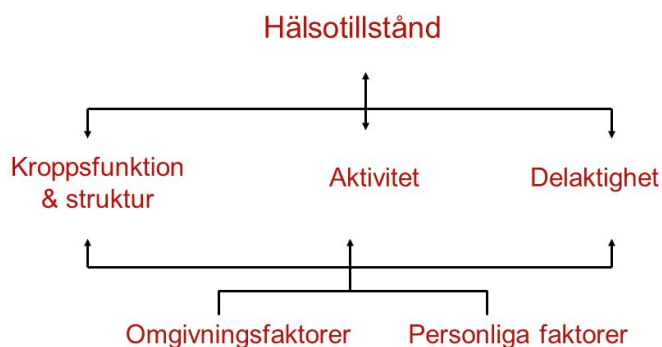
Problem på befolkningsnivå i mitt område

Kännedomen om hur befolkningen i närområdet ser ut varierar stort mellan olika regioner och kommuner. Kunskap kan tas fram från kvalitetsregister, epidemiologiska studier, befolkningsstatistik samt från information från MAS/MAR men även från media. Vi tror att dessa typer av underlag mest används på strategisk nivå i organisationerna, men mycket väl skulle kunna tas tillvara i praktisk vardag på klinik och enhetsnivå.

Rehabilitering

I utredningen talas om tre former för rehabilitering; medicinsk, arbetsinriktad och social rehabilitering. Utifrån WHO:s sätt att se är det ett synsätt som utvecklats och därför inte är aktuellt längre. Rehabilitering utgår ifrån ICF:s klassifikation där individen är i centrum och rehabiliteringen utgår från respektive individs funktionsnedsättning avseende kroppsfunction, aktivitetsbegränsning och delaktighet. Därtill kommer att omgivnings- och personliga faktorer också har betydelse för alla tre nivåer. Med individens behov i centrum kan rehabiliteringen vara antingen medicinsk, social eller arbetsinriktad, eller bestå av alla tre komponenter samtidigt. Detta synsätt kräver insatser av multimodal karaktär med flera professioner involverade och är inte professionsspecifik. Indelningen i medicinsk, arbetsinriktad och social rehabilitering kan sägas ha kommit till i en tid när rehabiliteringen indelades utifrån professioner och deras respektive kompetensområden. I dag råder ett annat synsätt där man tar fasta på personcentrering även i rehabiliteringen. Se figur.

ICF – modell



Kapitel 8 Forskning, utveckling och utbildning

Utbildning och kompetensutveckling

Hälsofrämjande och preventiva insatser, som är några av fysioterapeutens kompetensområden, kommer att krävas för att klara den demografiska utvecklingen i Sverige med en större andel äldre i befolkningen och fler människor som lever länge med levnadsvane- och kroniska sjukdomar. Med denna bakgrund behöver alla professioners kompetens och expertområden utnyttjas optimalt och det behövs strategier för ett livslångt lärande och en tydlig karriärväg för alla legitimerade yrken inom hälso- och sjukvården. Det är inte minst viktigt för att behålla medarbetare, verka för en god arbetsmiljö och säkerställa kompetensförsörjningen. Goda möjligheter till kompetensutveckling är en förutsättning för att kunna erbjuda en patientsäker, evidensbaserad och kostnadseffektiv vård. En statligt reglerad specialistordning för fysioterapeuter och flertalet andra legitimationsyrken skulle vara en början till en tydlig klinisk karriärväg. En reglering skulle även möjliggöra för arbetsgivare att styra utbildningens inriktning efter behov.

Forskning

Kunskapsläget inom t ex fysioterapi har utvecklats och blivit mer omfattande, till stor del tack vare den ökade forskningsaktiviteten i ämnet. Nya kunskapsområden har växt fram samtidigt som evidensen för många av befintliga fysioterapeutiska interventioner har stärkts. Det finns dock många metoder som ännu inte är beforskade eller implementerade i det kliniska arbetet. Tvärvetenskaplig och interprofessionell forskning är därför nödvändig för att kunna erbjuda en god, personcentrerad och patientsäker vård. Svårigheten med denna typ av forskning är dock att de inte alltid lämpar sig för traditionella forskningsmetoder och att effekten av insatser enbart kan utvärderas på lång sikt. Fysioterapeuterna anser därför att satsningar behöver ske på:

- att bygga upp starka interprofessionella forskningsmiljöer i den nära vården
- forskning kring hälsofrämjande och förebyggande metoder
- forskning kring personcentrerad rehabilitering
- kliniska forskartjänster och samverkan med universitet/högskolor i den nära vården

Svaren vi fått in från olika delar av förbundet kring vad som behövs för att främja forskning i primärvård kan sammanfattas med: tid, resurser, forskningsbefrämjande miljöer och ledarskap med forskningskompetens. Specialisttjänster (för de som är specialister enligt Fysioterapeuternas specialistordning), kliniska forskartjänster, samverkan mellan universitetssjukhus och primärvård samt med universiteten genom förenade tjänster är andra viktiga förutsättningar. Tillgång till databaser lyfts särskilt av fysioterapeuter inom den kommunala hälso- och sjukvården.

ALF- avtalet

Det nationella ALF-avtalet är ett avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete kring grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. De regionala avtalen kan variera mellan de olika regionerna och universiteten. I betänkandet beskrivs att ca 10 procent av ALF-medlen går till verksamhetsförlagd utbildning inom primärvård/allmänmedicin medan endast 1-2 procent går till forskning. Vi instämmer i analysen att detta är en snedfördelning men vill problematisera frågan ytterligare. ALF-medel till utbildning går enbart till läkarutbildning medan övriga hälso- och sjukvårdsutbildningar inte har motsvarande finansiering. Även om ALF- medel för forskning har öppnats upp för andra professioner i vissa regioner tillfaller fortfarande den största delen av medlen läkare. Motsvarande forskningsmedel finns inte avsatta för andra professioner som gör det gör det ännu svårare att finansiera forskning med annan profession som huvudsökande.

Interprofessionellt lärande och samarbete

I det interprofessionella lärandet och samarbetet bidrar varje profession likvärdigt till samarbetet utan en hierarkisk struktur. Interprofessionellt samarbete har visat sig förbättra patientsäkerhet och vårdkvalitet, öka tillfredsställelsen med arbetet och minska stressen hos vårdpersonal samt leda till att ekonomiska resurser kan utnyttjas på bästa sätt. Att implementera nya arbetssätt har dock visat sig ta lång tid. För att öka förståelsen bör studenter redan tidigt under sin utbildning få möjlighet att träna interprofessionella moment och samverkan.³

Kunskapsstyrning

Den regiongemensamma kunskapsstyrningsorganisationen är under uppbyggnad och ska på sikt ta fram kliniska kunskapsstöd till hälso- och sjukvården. Detta är ett gott initiativ där kunskapsstöden ska ge stöd för uppföljning, analys och verksamhetsutveckling. Tjugofyra nationella programområden (NPO) samt ett antal nationella arbetsgrupper (NAG) har tagits fram baserade på olika traditionella diagnosområden. Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt levnadsvanearbete är två av dessa NPO. Vi anser att det är olyckligt att hälsofrämjande arbete, prevention samt rehabilitering har lyfts till egna programområden, då det finns en uppenbar risk att dessa områden marginaliseras i övriga diagnosstyrda programområden. Flera arbeten sker samtidigt inom kunskapsstyrningen nationellt via NPO, nationella kunskapsstöd i primärvården, standardiserade vårdförlopp samt levnadsvaneprojekt hos Socialstyrelsen via statsbidrag. Detta är ett stort engagemang vad gäller tid och pengar, där vi önskar ökat samarbete och koordination mellan de olika arbetena samt en förbättrad multiprofessionell representation samt patientrepresentation i arbetsgrupperna för att säkerställa bästa möjliga resultat.

³ http://fysioterapi.se/wp-content/uploads/forskning_pagar_fysioterapi_3-18.pdf

Sammanfattningsvis anser Fysioterapeuterna att:

- Patienten som medskapare ska vara en utgångspunkt för allt utvecklings- och förbättringsarbete
- Ansvar och samverkan mellan och inom organisationsgränser behöver tydliggöras
- En enhetlig begreppsstruktur för de planeringsverktyg som används behöver utvecklas
- Det ska vara rättsligt reglerat med en MAR i varje kommun
- Förutsättningar skapas för långsiktig planering och stabila villkor för företagande fysioterapeuter
- Nya ersättningsmodeller och incitament för hälsofrämjande och förebyggande arbete arbetas fram
- Livslångt lärande, tydliga karriärvägar och specialistutbildning för samtliga legitimationsyrken regleras
- Starka interprofessionella forskningsmiljöer bygg upp i den nära vården