



Ski kommune



Lørenskog  
kommune



# «VONDT Å VENTE»

- 
- ET PROSJEKT OM VENTELISTENE HOS FYSIOTERAPEUTER  
MED DRIFSAVTALE

Gro Askland Øyehaug, hospitant i FYSIOPRIM, avtalefysioterapeut Ski  
Epost: groaoy@gmail.com

Aina Kristin Paulsen, hospitant i FYSIOPRIM, fysioterapeut i Lørenskog  
Epost: aina.smedsrud@gmail.com

## Forord

Prosjektet er organisert under FYSIOPRIM – et forskningsprogram om muskel-skjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten, ledet av Universitetet i Oslo.

Prosjektlederne har såkalte hospitantstillinger i FYSIOPRIM, der de er tilknyttet både forskergruppa ved Universitetet i Oslo og sin kliniske praksis i hver sin kommune.

Stillingene og prosjektet er finansiert av FYSIOPRIM, Ski og Lørenskog kommune.

Styringsgruppa for prosjektet:

- Nina. K. Vøllestad, professor, leder for FYSIOPRIM og instituttleder for avd. Helsefag, UiO.
- Ellinor Ørnes, virksomhetsleder for fysio- og ergoterapitjenesten i Lørenskog.
- Vibecke Tvedt Gustavsen, avdelingsleder for den kommunale fysio- og ergoterapitjenesten i Ski kommune.

Nina K. Vøllestad har også bidratt og vært veileder i prosjektet.

Prosjektet er initiert av fysioterapiledelsen i de de to kommunene.

Oslo, april 2018

Fond til videre- og etterutdanning av fysioterapeuter takkes for økonomisk bidrag gjennom satsningen på FYSIOPRIM.

## Innhold

SAMMENDRAG .....	4
INNLEDNING .....	5
Hensikt og formål .....	5
BAKGRUNN .....	6
Fysioterapi i kommunen .....	6
Fysioterapidekning i kommunene .....	6
Endringer som påvirker fysioterapitjenesten .....	7
Styringsdokumenter for fremtidens fysioterapitjeneste .....	8
Fysioterapeutenes prioriteringer og prioriteringsnøkler .....	9
DATAGRUNNLAG OG METODE .....	10
Deltakende institutt .....	10
Inklusjons- og eksklusjonskriterier fysioterapeuter .....	10
Inkluderte pasienter .....	11
Design og undersøkelsesmetode .....	11
Prioriteringsnøkler .....	11
Gjennomføring av datainnsamling .....	11
Databehandling/analyse .....	12
RESULTAT .....	15
Ventelista .....	15
Hvem står på ventelista ved fysikalske institutt i Lørenskog og Ski kommune? .....	15
De som ikke ble satt på ventelista .....	17
Prioritering .....	18
Fysioterapeutenes prioriteringer .....	18
Hva karakteriserer personer som prioriteres i de 4 ulike nivåene? .....	18
Skiller ventelista og ventetid hos psykomotorisk fysioterapi (PMF) seg ut sammenliknet med de andre? .....	20
Begrunnelse for prioritering og beskrivelse av funksjon .....	22
Ventetid .....	24
Ventetiden ved fysikalske institutter i Lørenskog og Ski kommune .....	24
Ventetid hos PMF sammenliknet med hos andre terapeuter .....	26
Hvilket tilbud får pasientene i Lørenskog og Ski? .....	27
Prioriteringsnøkkelen- et hensiktsmessig og nyttig verktøy for fysioterapeutene? .....	28
DRØFTING .....	30
Første prioritering ved henvendelse til instituttet .....	30
Anvendelse av prioriteringsnøkkelen .....	31

## «Vondt å vente» - et prosjekt om venteliste hos fysioterapeuter med driftsavtale

Pasienter som prioriteres høyt og ventetid .....	31
Pasienter som prioriteres lavt og ventetid.....	33
Avtalefysioterapeutenes rolle i det forebyggende arbeidet .....	34
Avtalefysioterapeutenes kost-nytte vurdering i prioriteringen .....	35
Venteliste og ventetid hos psykomotorisk fysioterapi.....	36
Rett pasient på rett plass til rett tid? .....	36
Vil ingen eller kort venteliste gi bedre kvalitet på fysioterapitjenesten? .....	37
Mulige endringer og utvikling i tjenesten .....	37
Styrker og svakheter ved studien .....	39
KONKLUSJON .....	41
REFERANSELISTE.....	42
ETTERORD.....	44
VEDLEGG.....	45
Vedlegg 1 Prioriteringsnøkler, Ski kommune .....	46
Vedlegg 2 Prioriteringsnøkler, Lørenskog kommune .....	47
Vedlegg 3 Skjema for ventelisteregistrering .....	48

## SAMMENDRAG

**Hensikt:** Undersøke tilgjengelighet hos avtalefysioterapeuter. Hvem som venter på fysioterapi. Hvordan avtalefysioterapeutene vurderer ut i fra en gitt prioriteringsnøkkel når antall henvendelser ikke samsvarer med kapasiteten på instituttet. Til slutt hvilke konsekvenser dette får for ventetiden for de ulike gruppene som søker fysioterapi.

**Design:** Tverrsnittstudie

**Materiale:** 6 institutt med til sammen 27 avtalefysioterapeuter fra 2 kommuner deltok. 837 personer på venteliste ble inkludert.

**Metode:** Fysioterapeutene rapporterte inn hver enkelt pasient som ble registrert inn på venteliste med standardiserte opplysninger ut i fra en gitt mal over en 6 mnd. periode. For mer utdypende forståelse av grunntallene, ble det gjennomført fokusgruppeintervju og innhentet kommentarer fra deltakende fysioterapeuter. Ved 3 av instituttene ble det i tillegg ført statistikk på henvendelser som ikke ble satt på venteliste.

**Resultater:** Avtalefysioterapeutene prioriterer i hovedtrekk i samsvar med kommunens anbefalte prioriteringsnøkkel og starter først med å vurdere om henvendelser skal stå på ventelista eller ikke. I begrunnelse for prioritering kommer det frem hvordan avtalefysioterapeutene vurderer ut fra kost-nytte prinsippet ved prioritering. Det kommer også fram de prioriterer ut i fra et forebyggende perspektiv. Spesielt med tanke på arbeid. Ventetid overskred i stor grad anbefalt maks ventetid på alle prioriteringstall. Spesielt prioritet 3 og 4 og henvendelser til psykomotorisk fysioterapi måtte vente langt over maks anbefalt ventetid før de fikk tilbud.

**Konklusjon:** Studien viser at det er behov for å gjennomgå både fysioterapitjenesten i sin helhet og hver enkelt del av tjenesten for å redusere ventetid til fysioterapi. Det bør vurderes kapasitet i hver enkelt del av tjenesten, men også se på om det er behov for kvalitetsutvikling i tjenesten, både på systemnivå, organisering og innhold av tjenesten. Nye tiltak og endringer i tilbudet må samsvare med fysioterapeutenes funksjon i helsetjenesten, brukergruppens behov og kravet om å bruke ressursene der de kommer til best nytte.

**Nøkkelord:** Ventetid. Avtalefysioterapeuter. Kvalitetsarbeid. Fysioterapitjenesten. Prioriteringsnøkkel

## INNLEDNING

Over flere år er det i Lørenskog og Ski kommune kommet tilbakemelding om lang ventetid og manglende tilgjengelighet for å komme til fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, heretter kalt avtalefysioterapeuter (1,2). I en forundersøkelse av dette prosjektet rapporterte 18 andre kommuneledere om ventetid fra 1 uke til 24 mnd. hos avtalefysioterapeuter i deres kommune. I de fleste av kommunene var det lengre ventetid for avtalefysioterapi versus kommunefysioterapi, de største instituttene hadde lengst ventetid, de som ble lavest prioritert ventet som oftest over retningsgivende anbefalt tid, og det var lengst ventetid til psykomotorisk fysioterapi (PMF). Artikler i Fysioterapeuten og aviser de siste årene peker også på manglende tilgjengelighet hos avtalefysioterapeuter (3,4).

Med bakgrunn i denne utfordringen gjennomførte Ski kommune et prosjekt juni 2014 for å kartlegge fysioterapitjenesten som helhet og komme med forslag til tiltak for å bedre situasjonen. Hovedkonklusjonen i prosjektet var bl.a. økte driftstilskudd, offentliggjøre behandlerkapasitet med ajourført ventetid på en nettside, ta i bruk felles prioriteringsnøkkel og utarbeide tilbud om akutt-timer. Frem til nå er de to sistnevnte punktene gjennomført.

Pågående forskningsprosjekt i FYSIOPRIM og Helsedirektoratet med statistikk fra HELFO i 2015 har sett på hvem som er mottakere av avtalefysioterapi (5). Tallene der viser at det er dobbelt så mange kvinner som menn som henvender seg til avtalefysioterapeut og flest i aldersgruppen 60-69 år. Det er også gjennomført spørreundersøkelse av fysioterapeuter i kommunen om bl.a. kapasitet og prioriteringsområder der fysioterapeutene oppgir at ventetiden øker for alle pasienter, men mest for pasienter med kroniske lidelser (6). Vi kjenner imidlertid ikke til om det er gjort kvantitative undersøkelser på tilgjengelighet hos avtalefysioterapeuter, hvem som søker inn til avtalefysioterapi uten å få tilbud, eller hvordan avtalefysioterapeutene anvender prioriteringsnøkkel og faktisk prioriterer ved inntak.

### Hensikt og formål

Prosjektet har til formål å øke kunnskap om avtalefysioterapeutenes ventelistepraksis, hvilke vurderinger fysioterapeutene gjør ved henvendelser til instituttet og hvilke konsekvenser dette får for de som søker fysioterapibehandling. Resultat fra prosjektet kan gi bedre styringsdata for kommuneledelse samt gi bakgrunnsmateriale for å utvikle tiltak som reduserer ventetid. På lengre sikt håper vi prosjektet kan bidra til en mer tilgjengelig fysioterapitjeneste for de som har behov, med mer forutsigbar og akseptabel ventetid.

Spørsmål vi ønsker å besvare:

- VENTELISTA - Hvem står på venteliste på fysikalske institutt i Lørenskog og Ski?
- VURDERING og PRIORITERING - Hvilke vurderinger gjør fysioterapeutene ved henvendelse til instituttet?
- VENTETID - Hvem venter lenge og hvem kommer raskt inn til vurdering/behandling?
- PRIORITERINGSNØKKELEN - Er prioriteringsnøkkelen, slik den ser ut, et hensiktsmessig og nyttig verktøy for fysioterapeutene?

## BAKGRUNN

### Fysioterapi i kommunen

Kommunens helsetjeneste skal fremme folkehelse og forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader, innbefattet medisinsk habilitering og rehabilitering. For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å sørge for bl.a. en tilstrekkelig utbygd fysioterapitjeneste, med lik tilgang på nødvendig helsehjelp av god kvalitet for enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (7,8).

De fleste kommuner velger å løse sitt ansvar for fysioterapitjenester gjennom å kombinere et tilbud av kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnede fysioterapeuter) og selvstendig næringsdrivende avtalefysioterapeuter. I mange kommuner, og også i Lørenskog og Ski, er fysioterapitjenesten organisert ved at de fastlønnede fysioterapeutene har hovedansvarsområdet for forebyggende helsearbeid og det meste av behandling på helsestasjon, skoler, institusjoner og av hjemmeboende som har vanskelig for å komme seg til institutt. Avtalefysioterapeutene driver kurativ virksomhet regulert gjennom avtaler og takster (9) og har hovedansvarsområdet innen rehabilitering av alle aldersgrupper som bor hjemme og fortrinnsvis kan komme seg til institutt.

I 2014 var det nesten 460 000 mottakere av fysioterapi fra avtalefysioterapeuter i Norge. Dette er en vekst på 6,8 prosent fra 2011. Det er personer med plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet som utgjør den klart største mottakergruppen av fysioterapi med en andel på 76 prosent i 2014 (5).

### Fysioterapidekning i kommunene

Under vises fysioterapidekning og utvikling de siste 15 årene i Ski og Lørenskog kommune (10). I begge kommunene har det vært en befolkningsvekst i samme periode og tallene viser antall årsverk fysioterapi per 10 000 innbyggere, såkalt kostratall.

#### Ski kommune:

Antall innbyggere (2018): ca. 30 800 innbyggere

År	Totalt antall årsverk fysio (fastlønnede og avtale) per 10 000 innb.	Antall årsverk Avtalehjemler	Antall årsverk avtalehjemler per 10 000 innb.	Antall årsverk fastlønnede fysio	Antall årsverk fastlønnede fysio per 10 000 innb.
2002	10,0	17,1	6,5	7,8	3,0
2017	11,6	18,1	5,9	17,8 *	5,7 *

\* Inkluderer administrative stillinger, friskliv og turnusstilling (til sammen 5,8 stillinger)

### Lørenskog kommune:

Antall innbyggere (2018): ca. 38 700 innbyggere

År	Totalt antall årsverk fysio (fastlønnede og avtale) per 10 000 innb.	Antall årsverk Avtalehjemler	Antall årsverk avtalehjemler per 10 000 innb.	Antall årsverk fastlønnede fysio	Antall årsverk fastlønnede fysio per 10 000 innb.
2002	7,7	14,4	4,8	7,5	2,5
2017	9,8	22,0	5,7	16*	4,2*

\*Inkluderer administrative stillinger, friskliv og turnusstilling

### Fysioterapidekningen i kostragruppe 13

Kostragruppe 13 består av alle norske kommuner med mer enn tjue tusen innbyggere i 2013, med unntak av de fire største byene: Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Både Ski og Lørenskog ligger under denne gruppen med sammenlignbare kommuner.

År	Totalt antall årsverk fysio (fastlønnede og avtale) per 10 000 innb.	Antall årsverk avtalehjemler per 10 000 innb.	Antall årsverk fastlønte fysio per 10 000 innb.
2017	9,2	5,3	3,9

Ski kommune har totalt sett fått litt bedre dekning av fysioterapi (antall fysioterapeuter per 10 000 innbyggere) de siste 15 årene. Økning i dekningsgrad er hos fastlønnede fysioterapeuter, mens det er en nedgang i dekningsgrad hos avtalefysioterapeuter.

Lørenskog kommune har hatt en økning i dekning av fysioterapi de siste 15 årene, der både fastlønnede og avtalehjemler har økt. Økningen har vært størst hos fastlønnede fysioterapeuter. Lørenskog kommune har hatt størst økning i dekningsgrad de siste 15 årene, men hadde også lavest dekning i 2002 sammenliknet med Ski.

Både Ski og Lørenskog kommune ligger over kostragruppe 13 på dekningsgrad for fysioterapi i 2017. Dette gjelder både for fastlønnede og for avtalefysioterapeuter.

Andre tall som kan ha innvirkning på dekning av fysioterapitjenesten viser at befolknings sammensetningen med hensyn til alder er ganske lik i de to kommunene. Sykefraværet ligger på i overkant av 5% i begge kommunene. Fastlegedekningen er ganske lik i de to kommunene (8,5 og 8,8 årsverk per 10 000 innbyggere). I Ski kommune er det 1,7% av befolkningen som bor på institusjon, mens det er 1,5% i Lørenskog kommune (10).

### Endringer som påvirker fysioterapitjenesten

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Ski og Lørenskog kommune er i likhet med Norge og andre Vest- Europeiske land, i stor endring. I Ski og Lørenskog kommune er



det sterkt befolkningsvekst og det forventes ytterligere vekst i årene fremover (10). Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander (11). Mange overlever sykdommer man tidligere døde av, dog med plager og behov for opptrening og rehabilitering i kortere eller lengre tid. Eldre vil ha flere lidelser/sykdommer som påvirker hverandre og får negativ innvirkning på livskvalitet. Når det gjelder forekomst av muskel- og skjelettlidelser er det særlig hoftededdsartrose som øker sterkt med økende alder, og som vil føre til redusert livskvalitet for den enkelte (12). Beregninger viser at dersom det gis samme nivå fysioterapi per innbygger i ulike aldersgrupper som i 2011, vil behandlingsbehovet øke med ca. 25% frem til 2027. Tallene vil være avhengig av sykkelighet i befolkningen, utvikling av behandlingsmetoder, henvisningsregler og praksis (6).

I sykemeldingsstatistikken og de som faller ut av arbeidslivet er hovedgruppa fortsatt muskel-skjelettsykdommer og psykiske lidelser (13). Dette er en gruppe pasienter som ofte henvises til avtalefysioterapeuter fra fastleger eller NAV med intensjon om rask tilbakeføring i arbeid, forebygge sykefravær eller avklaring av arbeidsevne. Kostnadene knyttet til sykefravær som skyldes muskel- og skjelettlidelser er betydelige. Eldre rapporter fra SINTEF angir at sykemeldingstiden påvirkes av ventetid (14), og det slår mest ut for langtidssykemeldte. Det er liten grunn til å tro at dette er endret.

Samhandlingsreformen (15) har gitt økt press på kommunehelsetjenesten, inkludert fysioterapitjenesten. Reformen innebærer nye oppgaver i forhold til forebygging og behandling av utskrivningsklare pasienter. Både ansatt- og avtalefysioterapeuter gir uttrykk for merkbart økt press på tjenesten ved at pasienter med mer omfattende behov skrives tidligere ut og det opereres flere ortopediske pasienter som trenger raskt oppfølging (16). Selv om samhandlingsreformens intensjoner er at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester, uavhengig av bosted, vil den enkelte kommunes styringsrett innebære at tjenestene både er organisert ulikt og ha ulikt volum pr. innbygger. Spesialisthelsetjenesten blir ytterligere spesialisert og liggetiden reduseres. Dette får betydning for kompetanseutvikling, roller og ansvar for fysioterapeutene i kommunene.

### Styringsdokumenter for fremtidens fysioterapitjeneste

Frem til 1.1.18 har vurderingen av *nødvendig helsehjelp* i form av fysikalsk behandling hos avtalefysioterapeuter (bortsett fra manuellterapeuter), startet ved at fastleger og spesialisthelsetjeneste vurderer at det er behov for fysioterapi og skriver ut henvisning. Fra 1.1.18 falt krav til henvisning til fysioterapi bort. Avtalefysioterapeutene skal nå selv vurdere alle henvendelser og prioritere ut fra en konkret vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. De skal også ta hensyn til nasjonale og kommunale prioriteringer og til hvordan fysioterapeutens totale kapasitet kan utnyttes bedre. Dette er regulert i ny forskrift om kvalitets- og funksjonskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (17).

Hensikten med forskriften er at det skal være enklere for kommunen å utvikle og regulere hele det kommunale fysioterapitilbudet, slik at prioriterte grupper får behandling raskt. Den legger også til rette for at den samlede kapasiteten hos fastlege og avtalefysioterapeut kan utnyttes bedre.

Forskriften hevder at ulike faktorer som den nå opphevede diagnoselisten i forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, kan ha bidratt til en uheldig skjevprioritering av enkelte grupper hos avtalefysioterapeutene. Det påpekes at datainnsamlingen i dette prosjektet startet etter at sykdomslista ble opphevet 1.1.17 og før direkte tilgang til fysioterapi trådte i kraft.

### Fysioterapeutenes prioriteringer og prioriteringsnøkler

Prioritering av hvem som har størst og raskest behov for fysioterapi er formalisert av nettverket at de 10 største kommunene (ASSS) i såkalte prioriteringsnøkler (18). Både Ski (vedlegg 1) og Lørenskog kommune (Vedlegg 2) og flere av kommunene som ble spurt i bakgrunnsundersøkelsen, har laget en modifisert versjon av ASSS prioriteringsnøkler for avtalefysioterapeutene. I nøkkelen fastsettes en prioriteringsgrad, ofte 1-4, og en frist for når behandlingen skal iverksettes ut i fra, tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets nytte for den aktuelle personen. Akutte lidelser prioriteres høyest, dernest rangeres pasienter som er henvist fra spesialisthelsetjenesten og til sist rangeres de med langvarige plager.

Prioriteringsnøkkelen skal sikre at prioriteringene gjøres uavhengig av kjønn, sosial status, personlige kontakter, kulturell bakgrunn osv. Det gjøres også ofte prioritering ut i fra alder. Både Lørenskog og Ski kommune har i tillegg påpekt at de ønsker at avtalefysioterapeuter prioriterer egne innbyggere. Andre kommuner har opprettet interkommunale avtalehjemler for å styrke fysioterapitilbudet med spesialistkompetanse også i mindre små kommuner (19).

## DATAGRUNNLAG OG METODE

### Deltakende institutt

Prosjektet ble gjennomført ved til sammen 6 fysikalske institutter i Ski og Lørenskog kommune. Datainnsamlingsperioden gikk over 12 mnd.

Personer som henvendte seg til disse instituttene og ble satt på venteliste i perioden fra 01.01.17 til og med 30.06.17 ble spurt om å delta. Deretter registrerte terapeutene inntak av pasienter fra ventelistene i denne perioden og de neste 6 mnd. fram til 01.01.18.

Hvert institutt praktiserer egen venteliste. Bortsett fra ett institutt som har sekretær er det terapeutene selv som registrerer inn og tar ut pasienter fra ventelistene. Det har frem til prosjektstart vært opp til hvert enkelt institutt å bestemme hva som registreres inn av opplysninger på ventelistene og hvordan det registreres inn.

### Inklusjons- og eksklusjonskriterier fysioterapeuter

I Ski deltok 11 av til sammen 19 avtalefysioterapeuter i prosjektet. Alle fysikalske institutt med flere enn en avtaleterapeut, til sammen 4 institutter, ble invitert til å delta i prosjektet. Disse instituttene har tidligere rapportert om lange ventelister. I tillegg er det 4 institutter med bare en avtaleterapeut. Disse har hovedsakelig rapportert om kort/ingen ventetid og ble derfor ikke inkludert i prosjektet.

Tre av de fire forespurte instituttene i Ski med til sammen 11 avtalefysioterapeuter sa ja til deltakelse og ble inkludert i prosjektet. Deltakerne var fysioterapeuter uten spesialkompetanse, manuellterapeuter, psykomotoriske fysioterapeuter og fysioterapeuter med annen spesialkompetanse. På tidspunktet da datainnsamlingen ble ferdigstilt hadde de 11 deltakende terapeutene til sammen 10,6 hjemler. Alle de 3 instituttene tilbyr både individuell- og gruppebehandling.

Instituttet som sa nei til deltakelse i prosjektet har 4 terapeuter, alle med fulle hjemler. De har ulik spesialkompetanse, har gruppetilbud og har rapportert om lang ventetid.

I Lørenskog ble alle avtalefysioterapeuter og institutter med venteliste forespurt om deltakelse. Til sammen 6 fysikalske institutt. Det ble inkludert 1 enkeltpersonpraksis, 2 institutter med henholdsvis 6 og 8 avtaleterapeuter og 1 institutt med to fysioterapeuter med ulik spesialistkompetansen og hver sin venteliste. Til sammen 17 terapeuter ble inkludert, alle med 100% driftsavtale. Deltakerne var fysioterapeuter uten spesialkompetanse, manuellterapeuter, psykomotorisk fysioterapeut og fysioterapeuter med annen spesialkompetanse, deriblant kvinnehelse og barnefysioterapeut. Alle instituttene tilbyr både individuell- og gruppebehandling.

Avtaleterapeuten med enkeltpersonpraksis trakk seg fra deltakelsen underveis og tallene fra denne ventelisten er ikke inkludert i det endelige datamaterialet.

To institutter med 2 avtaleterapeuter på hvert institutt ble ikke inkludert i prosjektet på bakgrunn av at de ikke hadde venteliste ved prosjektstart.

Psykomotoriske fysioterapeuter i de to kommuner er samlet på 2 institutt uten andre fysioterapeuter. De andre instituttene har ikke psykomotoriske fysioterapeuter og blir referert i resultatdelen som «andre».

#### Inkluderte pasienter

Alle henvendelser til de deltakende instituttene i perioden 01.01.17 tom. 30. 06.17 som ble satt på venteliste, ble inkludert i studien. Det ble gitt informasjon om prosjektet og innhentet informert muntlig samtykke (vedlegg 3). Prioriteringsgrad, ventetid og hvilke tilbud pasientene fikk, ble ikke påvirket av samtykke – eller ikke samtykke til deltakelse i prosjektet.

#### Design og undersøkelsesmetode

Dette er en tverrsnittstudie. For å belyse prosjektets problemstilling og besvare spørsmålene vi stiller oss, har vi valgt hovedsakelig kvantitativ metode. Vi har også supplert med kvalitativ metode i deler av prosjektet.

Det ble brukt kvantitativ metode for innhenting av datamateriale fra ventelistene ved hvert av de deltakende instituttene. Statistikkprogrammet SPSS ble brukt for å håndtere og analysere datamaterialet inne i TSD (Tjenesten for sensitive data, UiO) sin database. SPSS, Statistical Package for the Social Sciences er en kommersiell [programvarepakke](#) for [statistiske](#) beregninger innenfor kvantitativ metode.

Det ble også brukt kvalitativ metode ved at vi gjennomførte fokusgruppeintervju med noen av de deltakende terapeutene. Fokusgruppeintervjuet og tilbakemeldinger fra deltakende fysioterapeuter ga oss utfyllende forståelse av grunntallene.

I tillegg ble det ved tre av instituttene ført statistikk over de som henvendte seg til instituttet, men som av ulike årsaker ikke ble satt på venteliste.

#### Prioriteringsnøkler

I Ski kommune ble det i kommunens fysioterapiprojekt (2014) utarbeidet prioriteringsnøkler som avtalefysioterapeuter skulle ta i bruk (vedlegg 1). Det er ikke siden blitt evaluert hvordan terapeutene bruker prioriteringsnøkkelen og hvilken nytte den har for terapeutene. Terapeutene fikk beskjed om at de skulle ta utgangspunkt i disse når de gjorde sine prioriteringer i prosjektet.

I Lørenskog kommune ble det rett før oppstart av dette prosjektet (nov. 2016) utarbeidet prioriteringsnøkler som var tilpasset for privat praksis (vedlegg 2). Prioriteringsnøklerne ble gjennomgått med terapeutene og skulle anvendes ved registrering av henvendelser i prosjektperioden.

#### Gjennomføring av datainnsamling

Prosjektet ble meldt til – og godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

#### Informasjonsmøte

I forkant av prosjektet hadde vi fellesmøte for ledere og avtalefysioterapeuter hvor vi informerte om prosjektets hensikt, varighet og hva deltakelse ville innebære for hver enkelt

terapeut og institutt. De ble informert om ivaretagelse av personvern og om prosjektledernes forpliktelser. Det ble innhentet informert skriftlig samtykke fra samtlige fysioterapeuter ved de deltakende instituttene.

### Ventelisteregistrering

Det ble utarbeidet et skjema for registrering inn i ventelistene som var lik for alle instituttene (vedlegg 3) og som fysioterapeutene skulle bruke for å registrere hver enkelt henvendelse i datainnsamlingsperioden. Alle deltakende fysioterapeuter kom med innspill til punkter som skulle være med i skjemaet ut i fra hva de anså som hensiktsmessig og nødvendig for å gjøre en riktig prioritering og i samsvar med tidligere praksis. Skjemaet inneholdt bl.a. personalia, bo-/oppholdskommune, henvisningsinstans, diagnose, funksjon og arbeidsstatus og prioriteringsnivå- og begrunnelse. I tillegg registrering av dato inn og ut av ventelista og hvorfor de ble tatt ut.

Datainnsamlingen ble gjort gjennom et nettskjema som ble sendt ut som en nettlink på mail. En kliniker fra hvert institutt fikk i oppgave å fylle inn ett nettskjema for hver inkludert pasient fra ventelista. Nettskjema med registrert ventetid ble fylt ut når pasienten fikk tilbud om behandling eller av annen årsak ble tatt ut av ventelista. Terapeutene valgte selv tidspunkt for når de skulle sende inn data fra ventelistene. Nettskjemaet var satt opp for overføring av personsensitive opplysninger til en server beregnet for lagring og analyse av slike opplysninger. UiOs Tjeneste for Sikker Datalagring (TSD) ble benyttet både for dataregistrering, lagring og analyse.

### Fokusgruppeintervju

I etterkant av datainnsamlingsperioden ble det i en av kommunene gjennomført fokusgruppeintervju med representanter fra 3 av instituttene. I tillegg kom det innspill på temaene i intervjuet fra et annet deltakende institutt via mail.

Gruppeintervjuet foregikk i et møterom hos kommunehelsetjenesten. I forkant av intervjuet ble deltakerne muntlig informert om hensikten med intervjuet, personvern hensyn og hvordan materialet ville bli analysert og presentert i prosjektet. Det var satt av 90 minutter for intervjuet. Samtalene ble tatt opp på lydopptak og ble slettet etter at prosjektleder hadde lyttet gjennom og notert ned hovedtrekk i besvarelsen fra terapeutene.

Intervjuguiden bestod av følgende overordnede punkter:

- Hvordan har det vært å delta i prosjektet «Vondt og Vente»?
- I hvilken grad har prosjektet medført endringer i daglig praksis ved instituttet?
- Hvordan har det vært å ta i bruk prioriteringsnøkler?
- Hvilke tanker har dere om ventetiden ved deres institutt?
- Hva påvirker ventetiden?

### Databehandling/analyse

#### Strukturering av kvantitative data

Informasjon fra nettskjemaene ble i TSD organisert i variabler som beskrev karakteristika som eksempelvis alder, kjønn, diagnose, funksjon og arbeidsstatus ved pasientene. Ved å

bruke statistikkprogrammet SPSS kunne vi få fram tallverdier på disse variablene og sammenligne ulike grupper. I tillegg var det mulig å få fram ventetiden på behandling ved instituttene. Hvordan terapeutene prioriterte og hvordan de begrunnet prioriteringene.

### Omgjøring av deskriptive data

I tillegg til kvantitative data fikk vi i datamaterialet inn deskriptive data under punktene *henvisningsårsak/diagnose, funksjonsnivå og begrunnelse for prioritering* hvor det var et åpent tekstfelt i skjema. Vi kategoriserte svarene i ofte brukte kategorier i fagterminologien for å lettere kunne analysere og bearbeide datamaterialet.

*Henvisningsårsak/diagnose* ble kategorisert i 7 ulike kategorier; muskel/skjelett, psykiske årsaker, ortopedi, kirurgi, nevrologi, revmatologi og annet. Relativt ofte ble flere diagnoser satt opp. Det ble da valgt den kategorien som var mest fremtredende eller stod først. Diagnoser som havner under «annet» er: kreft, hodepine, CFS/ME, VCD. Der det stod operasjon ble sortert under kirurgi, mens der det stod f.eks. bare brudd ble sortert under ortopedi. Prolaps der det ikke kommer frem utstråling/ischialgi kom inn under muskel-/skjelett mens der det stod beskrevet nevrologiske symptomer, kom inn under nevrologi.

*Funksjonsbeskrivelse* ble av fysioterapeutene beskrevet innenfor ICF-modellen med kategoriene kroppsfunksjoner/strukturer, aktivitet og deltakelse. I tillegg under funksjon ble det beskrevet smerter og bare notert 'nedsatt funksjon'. Til sammen ble det da i alt 5 kategorier under funksjonsbeskrivelse.

*Begrunnelse for prioritering* ble av fysioterapeutene beskrevet ulikt avhengig av hvilket prioriteringsstall som ble satt. I de ulike prioriteringskategoriene kunne begrunnelse for prioritering deles inn i følgende kategorier:

Prioriteringsnivå 1 ble inndelt i 3 hovedkategorier:

- 1) En del av en rehabiliteringskjede
- 2) Forebyggende/akutt funksjonstap, kost-nytte verdi
- 3) Kartlegging/vurdering.

Prioriteringsnivå 2 ble inndelt i de samme kategoriene inkludert en kategori som vi kalte «annet.»

Prioriteringsnivå 3 ble inndelt i 7 kategorier:

- 1) Langvarige plager uten alvorlig funksjonsnedsettelse
- 2) Forebyggende
- 3) Kartlegging/vurdering
- 4) Mulighet for behandlingstilbud andre steder
- 5) Treningsrettet behandlingstilbud/økt egenaktivitet
- 6) Behandlingsbolker
- 7) Annet

Prioriteringsgrad 4 ble inndelt i 6 kategorier:

- 1) Langvarige plager uten alvorlig funksjonsnedsettelse/plager i stabil fase

- 2) Forebyggende
- 3) Mulighet for behandling andre steder
- 4) Treningsrettet behandling/økt egenaktivitet
- 5) Tidligere behandling lite effekt
- 6) Annet

#### Fokusgruppeintervjuet

Lydfilen fra fokusgruppeintervjuet ble gjennomgått og det ble notert ned hovedtrekkene i det som kom fram i intervjuet under hvert av hovedpunktene som ble diskutert. En av de to terapeutene som ikke hadde anledning til å være tilstede under intervjuet sendte svar skriftlig på mail og hovedtrekkene av det som kom fram i den skriftlige besvarelsen er også presentert.

## RESULTAT

I løpet av prosjektperioden ble det registrert til sammen 837 personer på venteliste ved deltakende institutter i Ski og Lørenskog kommune. 432 av disse kom fra Ski kommune og 405 fra Lørenskog.

### Ventelista

Hvem står på ventelista ved fysikalske institutt i Lørenskog og Ski kommune?

#### Kjønn

Flest kvinner står på ventelistene ved fysikalske institutt. Av de som står på venteliste er 68% kvinner og 32% menn. Her er det ingen forskjell mellom kommunene.

#### Alder

Ca. to tredjedeler dvs. 66% av de som står på ventelista er i yrkesaktiv alder. Det vil si mellom 27 og 67år. Deretter er det aldersgruppen fra 67 år og oppover som dominerer, med 18%.

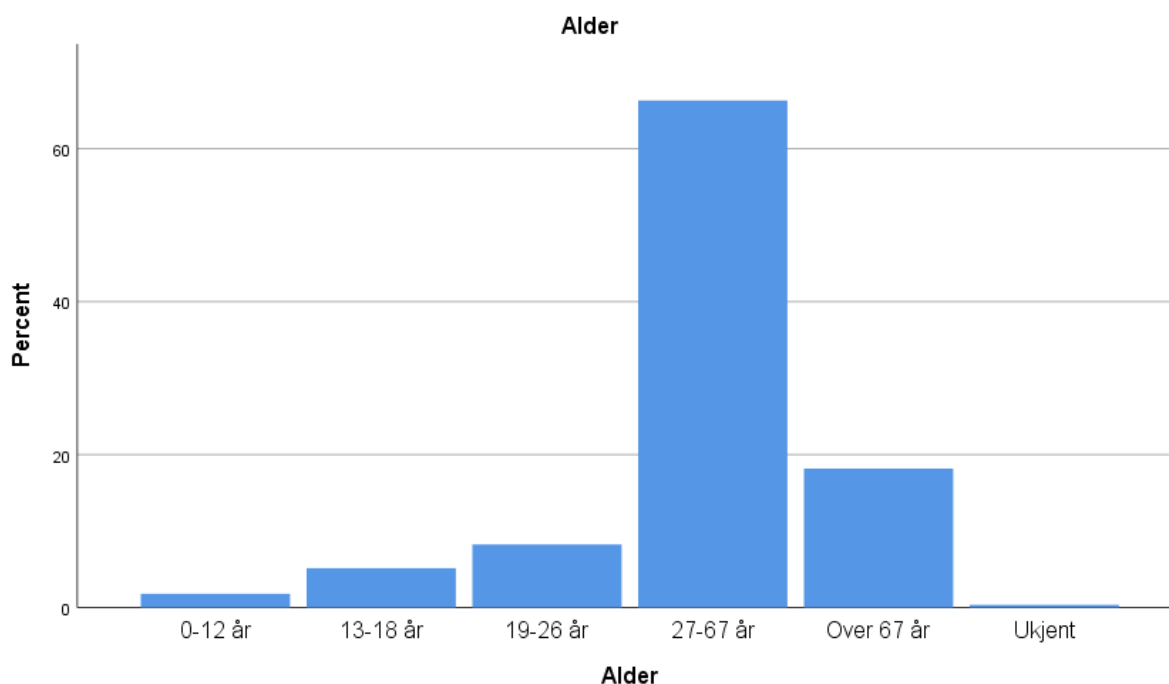


Fig. 1 Alder

I Ski kommune er det registrert flere barn på ventelista enn i Lørenskog. I Ski kommune er 9% i aldersgruppen 0-18 år, mens denne aldersgruppen utgjør ca. 5% i Lørenskog

#### Arbeidsstatus

I skjema hvor fysioterapeutene skulle registrere arbeidsstatus var det mulig å krysse for flere alternativer. For eksempel kombinasjon sykemeldt (delvis) og i jobb. De største gruppene er de som er i jobb, de som er sykemeldte og pensjonister. Her var de to kommunene relativt like.



### Arbeidsstatus

	Pensjonist	Skole	Barnehage	Sykmeldt	Barselpermisjon	AAP	Ufør	I jobb	Ukjent
N	180	87	2	214	14	37	53	342	52

### Henvisningsinstans

Datainnsamlingsperioden var før direkte tilgang til fysioterapi. Det betyr at bortsett fra til manuellterapi hadde alle henvisning. Ved innregistrering av data ble det uklart hva som skulle krysses av når pasienten henvendte seg uten henvisning til manuellterapeut. I resultatene valgte vi derfor å slå sammen manuellterapi og annet. Det er fastlegen som henviser mest til avtaleterapeuter (59%), mens 23% henvises fra spesialisthelsetjenesten.

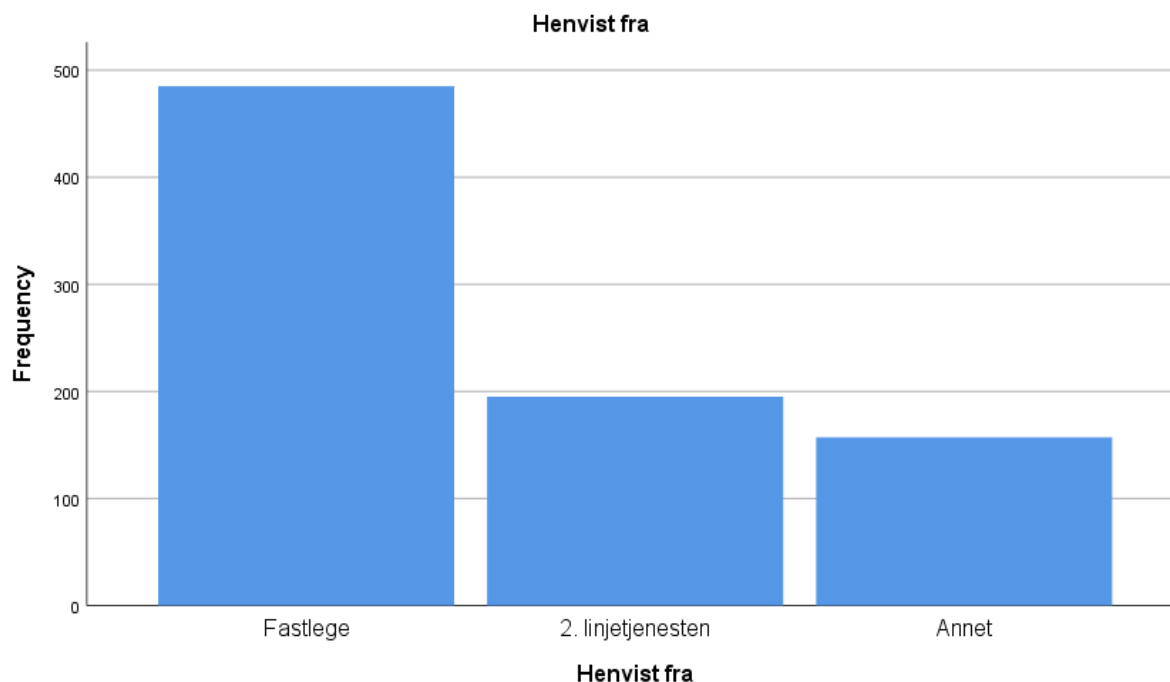


Fig.2 Henvisningsinstans

### Bo- og oppholdskommune

De aller fleste (ca. 88%) står på venteliste i kommunen de bor eller oppholder seg i. I Ski kommune er 13% av de som står på ventelisten fra en annen kommune, mens det i Lørenskog er 9%.

### Diagnose/Henvisningsårsak

Ca. to tredjedeler (66%) har muskel- og skjelettplager som henvisningsårsak. Deretter kommer kirurgi (13%) og nevrologi (7%). I datamaterialet kommer det ikke fram de tilfellene hvor det er sammensatte lidelser med flere diagnoser. Bare en diagnose er registrert som henvisningsårsak i datamaterialet. Henvisningsårsak er relativt likt mellom de to kommunene.

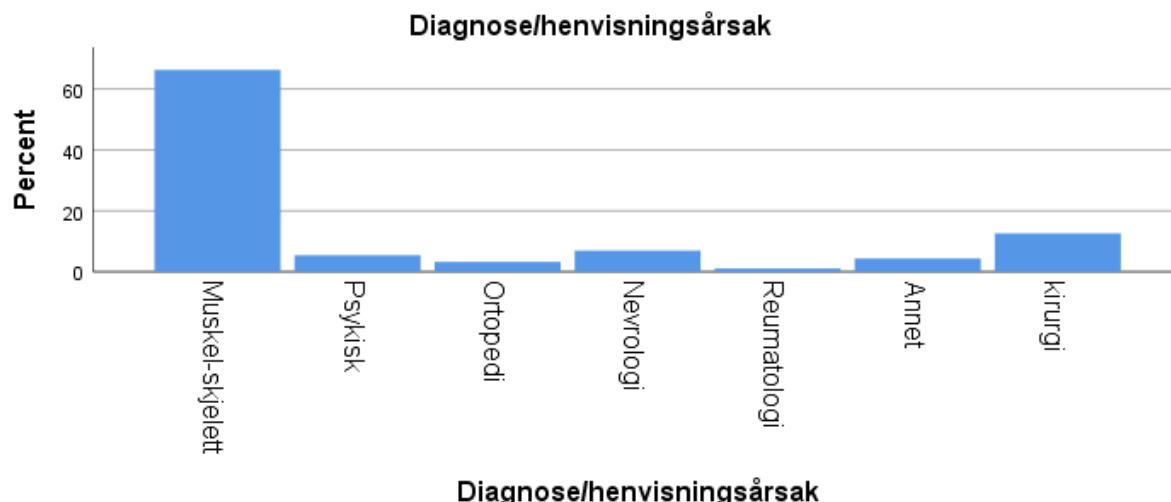


Fig. 3. Diagnose/henvisningsårsak

### De som ikke ble satt på ventelista

Ved tre av instituttene ble det i datainnsamlingsperioden ført statistikk over de som henvendte seg til instituttet, men som av ulike årsaker ikke ble satt på venteliste. Det viser noen ulikheter i praksis ved de tre instituttene. Ett institutt har mange henvendelser de sender videre, både til andre institutt innenfor og utenfor egen kommune og til kommunale tilbud. Institutt 2 har mange som ikke ønsker å stå på venteliste, mens institutt 3 anbefaler mange å oppsøke helprivate fysioterapeuter.

Instituttene	Ønsker ikke stå på venteliste	Anbefalt annet fysioterapitilbud (avtale/privat) i kommunen	Anbefalt annet kommunalt tiltak	Anbefalt å ta kontakt med tilbud i egen bo-/oppholdskommune
Institutt 1	0	92	12	25
Institutt 2	36	5	7	9
Institutt 3	7	26 (privat)	4	0
Total	43	123	23	34

Tabell 1. de som ikke ble satt på ventelista

## Prioritering

### Fysioterapeutenes prioriteringer

Av det totale antallet som står på ventelistene er det omtrent like mange som prioriteres inn under prioriteringsgrad 1 og 2. Disse utgjør henholdsvis 37% og 35%. Prioriteringsgrad 3 utgjør 17% og prioriteringsgrad 4 utgjør 10%. Det er noen forskjeller i bruken av prioriteringsnøkkelen mellom kommunene, og mellom de ulike instituttene.

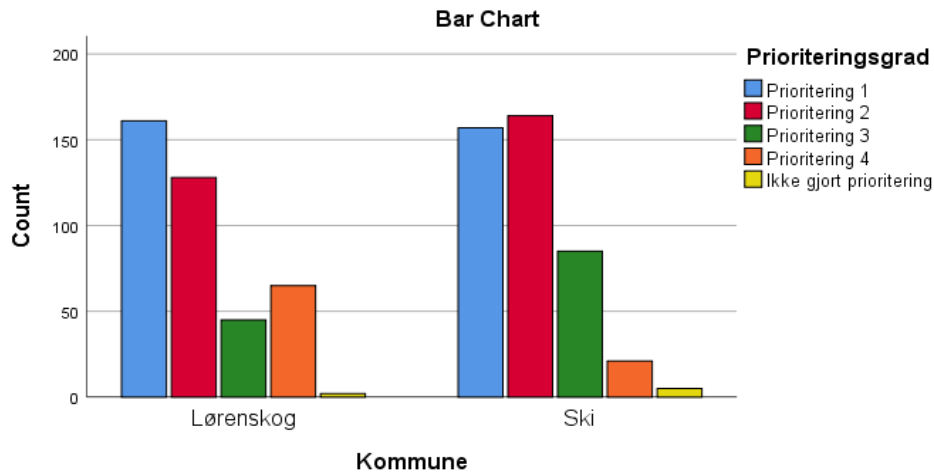


Fig. 4. Fysioterapeutenes prioriteringer

Hva karakteriserer personer som prioriteres i de 4 ulike nivåene?

### Kjønn

I det totale materialet er det flest kvinner som står på ventelistene. Denne forskjellen er relativt lik i alle prioriteringsnivåene.

### Alder

Hoveddelen av de som er under 25 år kommer inn under prioriteringsgrad 1 eller 2. Flesteparten av barna i aldersgruppen 0-12 år blir prioritert som 1.

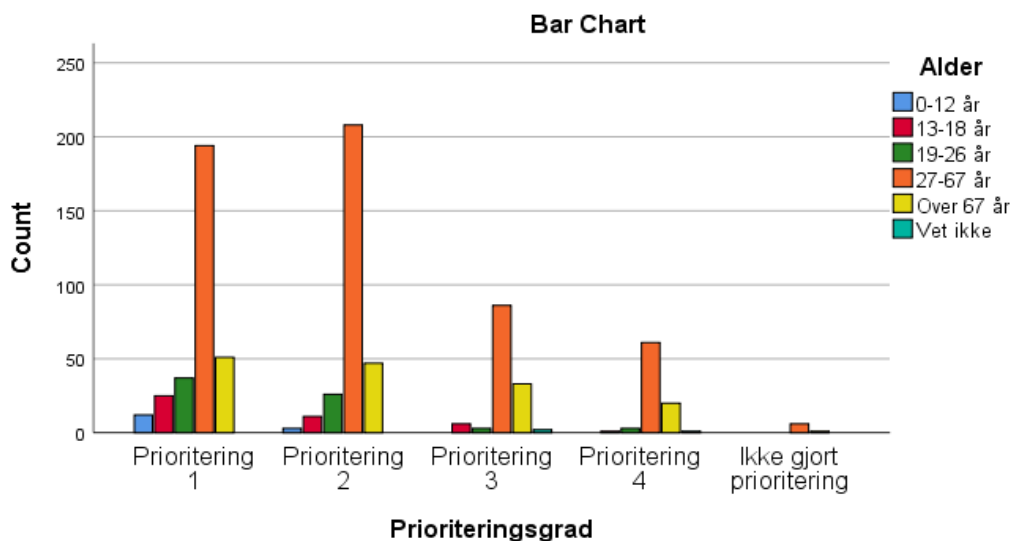


Fig 5. Prioriteringsgrad og alder

### Arbeidsstatus

Flesteparten av pensjonistene som er prioritert inn i prioriteringsgrad 1 og 2 har kirurgi og ortopedi som henvisningsårsak. Det vil si de som kommer inn med brudd og skal ha behandling etter operasjoner. Det ses en tendens til at de som er i skole/barnehage og barselpermisjon prioriteres høyt. Det samme gjelder for sykemeldte, der flesteparten prioriteres som 1 eller 2. Personer på AAP og uførhetstrygd prioriteres oftest som 3 eller 4 og uførhetstrygd lavere enn AAP.

Aktivitet	Pri 1	Pri 2	Pri 3	Pri 4
Pensjonist	64	54	38	23
I jobb	126	143	40	32
Skole	51	23	9	4
Barnehage	2	0	0	0
Sykemeldt	109	90	5	10
Barselpermisjon	8	5	1	0
AAP	3	10	16	8
Ufør	8	12	10	22
Annet/vet ikke	14	11	18	5

Tabell 2. Prioriteringsgrad og arbeidsstatus

### Henvisningsinstans

Pasienter henvist fra fastlegen fordeler seg på alle prioriteringsnivåene, men sterkest representert i prioriteringsnivå 2. De som er henvist fra 2. linjetjenesten er prioritert høyt og dominerer de to øverste prioriteringsnivåene.

### Henvisningsårsak/diagnose

Pasienter som trenger behandling etter operasjoner (kirurgi) og bruddskader (ortopedi) er prioritert nesten utelukkende under prioriteringsgrad 1. De som har plager som går inn under kategorien muskel/skjelett blir i hovedsak vurdert som prioriteringsgrad 2.

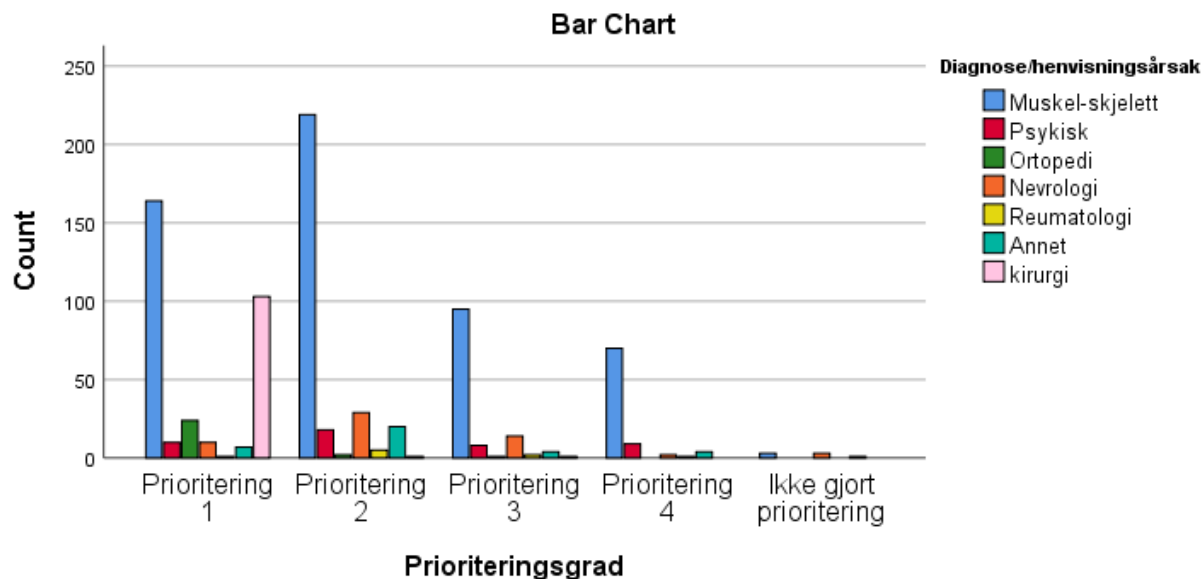


Fig. 6 Prioriteringsgrad og diagnose/henvisningsårsak

### Skiller ventelista og ventetid hos psykomotorisk fysioterapi (PMF) seg ut sammenliknet med de andre?

Det er flere kvinner enn menn som står på venteliste for PMF behandling (84%) sammenliknet med de som venter på behandling hos andre terapeuter (66%).

De som står på ventelista hos PMF er relativt sett yngre enn de som står på institutt hos andre. Av de som venter på PMF er 16% mellom 0-18 år og 14% er mellom 19-26 år, mens de tilsvarende aldersgruppene bare utgjør henholdsvis 6% og 8% hos de som venter på behandling hos andre terapeuter.

Det er noe forskjell i arbeidsstatus hos personer på venteliste til PMF sammenliknet med de andre. Det er færre pensjonister på ventelista hos PMF (7%) sammenliknet med de andre (23%). Det er flere som mottar AAP på ventelista til PMF (16%), sammenliknet med ventelista hos de andre (3%).

Det var en større andel henvist av fastlege til PMF (70%) enn til andre terapeuter (56%). Det var ingen som var henvist til PMF av manuell terapeut. Henvising fra spesialisthelsetjenesten var relativt likt når man sammenligner de to gruppene.

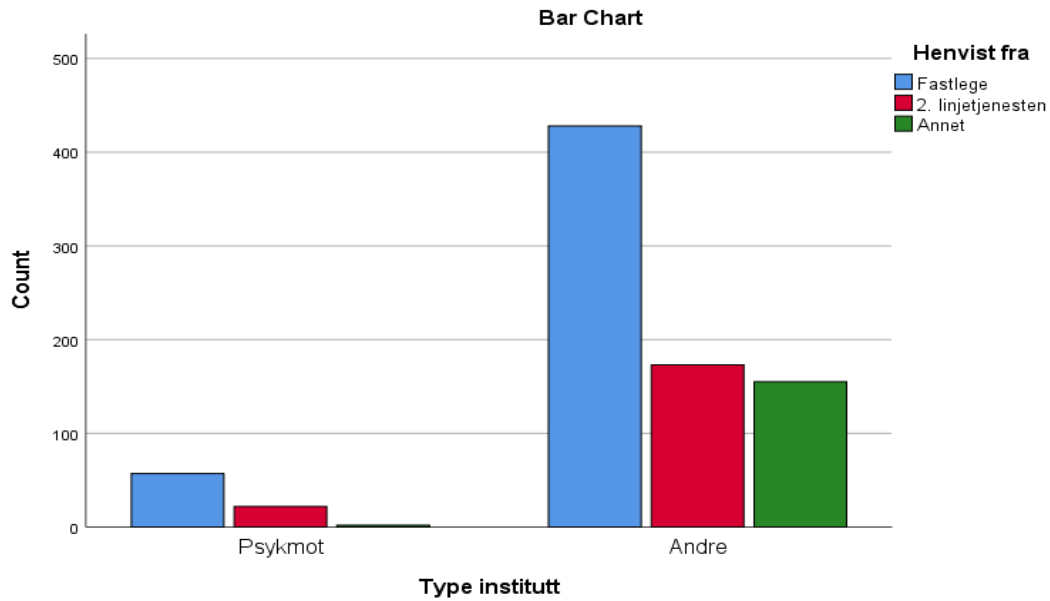


Fig. 7 Henvisningsårsak psykomotorisk VS Andre

Av de som står på venteliste for PMF var det en større andel som var fra en annen kommune (28%), enn på venteliste hos andre terapeuter (10%).

Det er også en forskjell på hvilke henvisningsdiagnoser som er dominerende på ventelista hos PMF versus andre. Om lag 49% av som venter på PMF har en psykisk diagnose som henvisningsårsak. Det samme gjelder kun for kun 0,7 % av de som står på venteliste hos andre. Muskel-skjelettlidelser utgjør ca. 30% av de om venter på PMF, mens det gjelder for 70% av de som venter på andre. I resultatene kommer det ikke fram der det er registrert flere diagnoser.

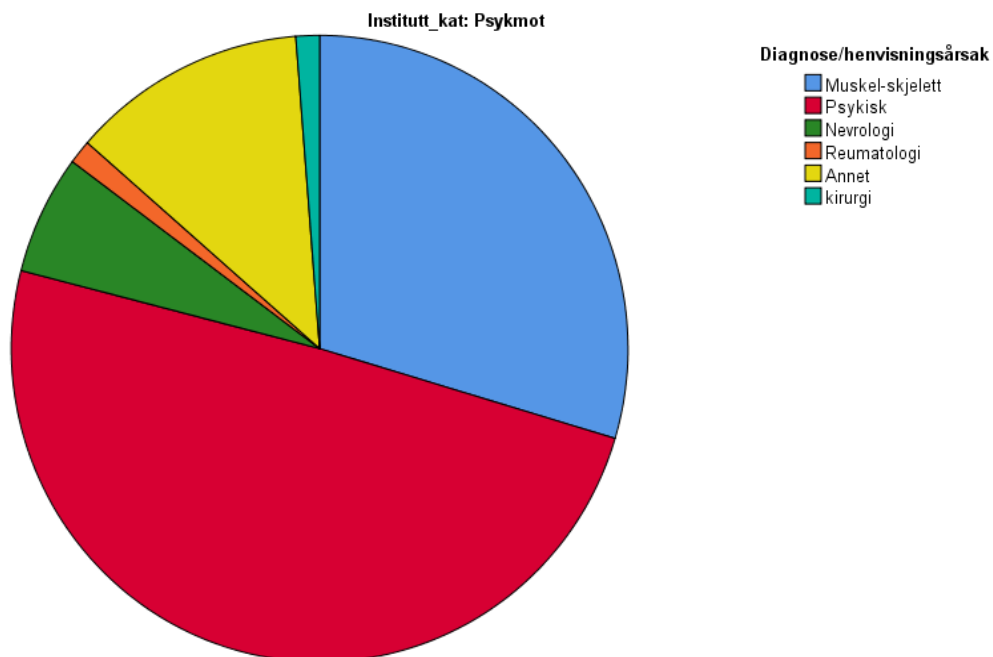


Fig. 8. Diagnose/henvisningsårsak PMF

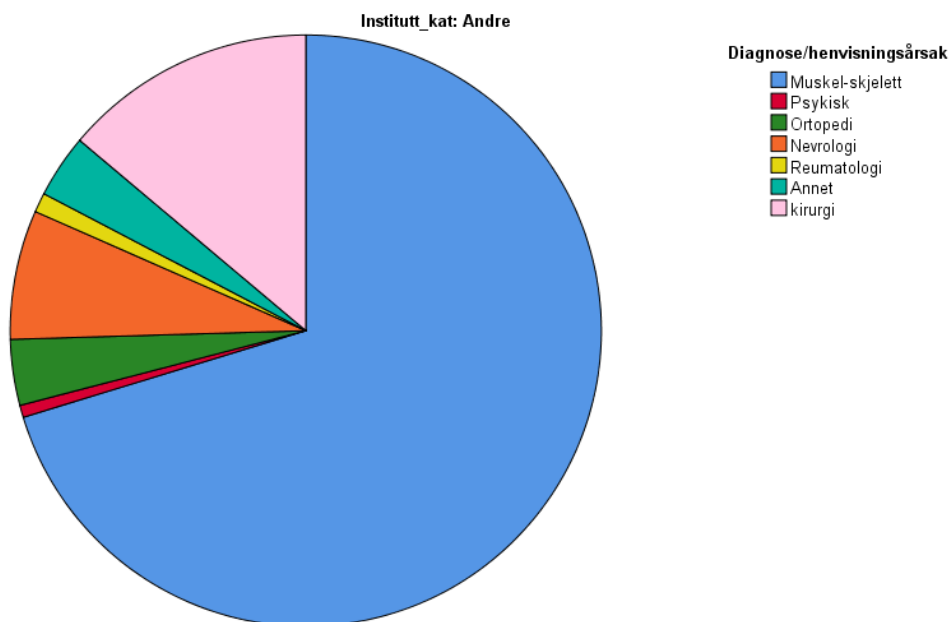


Fig. 9. Diagnose/henvisningsårsak hos Andre

### Begrunnelse for prioritering og beskrivelse av funksjon

Under begrunnelse for prioritering bruker fysioterapeutene i stor grad beskrivelse av funksjon. Det har derfor vært naturlig å slå disse to områdene sammen i analysearbeidet.

Disse områdene ble beskrevet deskriptivt i datamaterialet og svarene ble bearbeidet og kategorisert for å få fram et bilde av hvordan fysioterapeutene gjør sine prioriteringer.

**Begrunnelse for prioriteringsgrad 1** ble delt inn i 3 følgende hovedkategorier:

‘en del av en rehabiliteringskjede’, ‘forebyggende/ akutt funksjonstap/ kost- nytte verdi’ og ‘kartlegging/vurdering’. De to første kategoriene var omtrent likt fordelt med henholdsvis 42% og 45%, mens de som hadde behov for kartlegging/ vurdering utgjorde en mindre gruppe, ca. 3%.

I kategorien som ‘en del av rehabiliteringskjede’ beskriver fysioterapeutene inntak til behandling som en del av rehabiliteringskjede der det ofte gjelder opptrening/rehabilitering etter operasjon, eller behov for direkte oppfølging i etterkant av førstelinjetjeneste. Det kan også være trening i forkant av operasjon.

I kategorien ‘forebyggende/ funksjonstap/ kost- nytte verdi’ begrunner fysioterapeutene prioriteringen blant annet med at det var nødvendig å komme raskt inn for å unngå tap/forverring av funksjon, langvarig sykemelding eller fravær fra skole og fritidsaktiviteter. Altså et sekundærforebyggende perspektiv. I det forebyggende perspektivet ligger det også at barn/ungdom kommer raskt inn, voksne med nedsatt funksjon og aleneansvar for barn og

gravide med tap av funksjon. Funksjonstapet til de som får prioriteringsgrad 1 beskrives som akutt innsettende, akutt forverret eller alvorlig.

Det gjøres også en kost-nyttevurdering ved at fysioterapeutene beskriver at det forventes rask respons og kortvarig behandlingstid.

I kategorien 'vurdering/kartlegging' dreier det seg som oftest om henvendelse fra fastlege eller andre med behov for rask vurdering av alvorlighetsgrad eller utelukke patologi.

**Begrunnelse for prioriteringsgrad 2** ble delt inn i de samme hovedkategoriene som prioriteringsgrad 1 og i tillegg kategorien 'annet'. Sammenlignet med prioriteringsnivå 1 er det færre (ca.3 %) som prioriteres inn som en del av en rehabiliteringskjede. I motsetning til i samme kategori under prioriteringsnivå 1, er det i denne kategorien ikke begrunnet med behov for direkte overganger, planlagte forløp eller behandling/trening i forkant av operasjon. Eksempel på begrunnelse her er overgang fra rehabiliteringsopphold.

Den største gruppen i prioriteringsgrad 2 begrunnes innenfor kategorien 'forebyggende/funksjonstap/kost-nytte' som utgjør ca. 87% av alle som er prioritert 2. Fysioterapeutene begrunner det typisk med at det er nødvendig å komme raskt i gang med behandling for å unngå tap/forverring av funksjon, langvarig sykemelding eller fravær fra skole og fritidsaktiviteter. Altså et forebyggende perspektiv. Det er også her barn, men færre enn i prioritert 1. I denne kategorien brukes sjeldnere ordene «akutt» og «alvorlig» sammenliknet med under prioriteringsgrad 1, men også her beskrives større begrensninger i deltakelse jobb/skole/fritid og i ADL. Direkte kost-nyttevurderingen er oftere beskrevet under pri 2 sammenliknet med pri 1. Spesielt de som blir tatt inn til «vurdering og egentrening» er en stor gruppe (17%). 'Vurdering/kartlegging' prioriteres oftere i pri 2 (ca. 8%) enn i pri 1, men det skrives ikke at det er kartlegging av «alvorlighetsgrad». Kategorien 'annet' utgjør ca. 3% og inneholder begrunnelse som ikke går inn i de andre kategoriene for eksempel «familieomstendigheter».

**Begrunnelse for prioriteringsgrad 3** ble inndelt i kategoriene 'langvarige plager uten alvorlig funksjonsnedsettelse', 'forebyggende', 'kartlegging/vurdering', 'mulighet for behandling andre steder', 'treningsrettet behandlingstilbud/økt egenaktivitet', 'behandlingsbolker' og 'annet'.

Førstnevnte kategori utgjør størstedelen av begrunnelsene i prioriteringsgrad 3 med 70%. I denne kategorien begrunnes prioriteringen med langvarige plager, kroniske sykdommer i perioder med forverring. Ord som «akutt» og «alvorlig» brukes ikke. Smerter og stivhet beskrives oftere, mens deltakelse arbeid, skole beskrives sjeldent.

Kategorien som har begrunnelsen 'forebyggende' utgjør 10%. Her relateres det forebyggende i noen grad rettet mot arbeid, men oftest senere i sykemeldingsperioden, som å unngå uførhet.



Begrunnelsen 'kartlegging' brukes lite under prioritet 3 (under 3%) og det synes som det dreier seg om kartlegging av mindre alvorlige tilstander.

Kategorien 'mulighet for behandling andre steder' utgjør en liten gruppe (under 3%) og er de som allerede har et behandlingstilbud eller kan benytte seg av andre behandlingstilbud.

'Treningsrettet behandlingstilbud/økt egenaktivitet' utgjør 9%, og er de som trenger mer generell opptrening eller behov for å komme i gang med trening.

Noen fysioterapeuter synes å bruke begrunnelsen 'behandlingsbolker' der tidligere pasienter med langvarige plager kommer inn til ny behandlingsperiode. Disse blir imidlertid lavt prioritert og er en liten gruppe (under 3%).

Kategorien 'annet' utgjør ca. 8%. Denne fyller begrunnelser som ikke passer inn i andre kategorier. For eksempel «*ønsker kun en terapeut spesifikk*».

**Begrunnelse for prioriteringsgrad 4** ble inndelt i hovedkategoriene 'langvarige plager uten alvorlig funksjonsnedsettelse/plager i stabil fase', 'forebyggende', 'mulighet for behandling andre steder', 'treningsrettet behandlingstilbud/økt egenaktivitet', 'tidligere behandling lite effekt' og 'annet'.

Førstnevnte utgjorde størstedelen av pri 4 gruppen med 75%. Disse blir ofte kalt «kronikerne» og har plager i stabil fase. De begrunnes i å bli prioritert lavt da ventetid på behandling ikke vil forverre plagene. Deretter utgjør kategorien 'muligheter for behandling andre steder' 8%. Ellers fordelte de andre kategoriene seg relativt jevnt, med unntak av forebyggende som utgjorde en relativt liten gruppe med 1%.

## Ventetid

### Ventetiden ved fysikalske institutter i Lørenskog og Ski kommune

Når vi ser hele materialet samlet, er det omtrent halvparten (48%) av de i prioritet 1 som får et tilbud innenfor maks anbefalt ventetid. Under prioritet 2 får 25% tilbud innenfor maks anbefalt ventetid på 2 uker. Under prioritet 3 er det 12% som kommer inn innen maks anbefalt ventetid, mens det er 15% i prioritet 4.

Count

		Ventetid_						Total
		0-1 uke	1-2 uker	2-4 uker	1-3 mnd	3-6 mnd	>6 mnd	
Prioritering sgrad	Prioritering 1	153	66	61	22	6	11	319
	Prioritering 2	18	56	76	74	40	31	295
	Prioritering 3	3	2	11	29	14	71	130
	Prioritering 4	4	1	3	5	8	65	86
	Ikke gjort prioritering	0	0	0	0	2	5	7
Total		178	125	151	130	70	183	837

Tabell 3. a. Prioriteringsgrad og ventetid

Omtrent halvparten av de som er satt som pri 1 kommer inn innenfor anbefalt ventetid. Det vil si i løpet av 1 uke, mens 280 av 319 har fått tilbud innen 4 uker. Innenfor prioritet 2 kommer en fjerdedel inn innen maks anbefalt ventetid. 224 av 295 personer har kommet inn i løpet av 3 mnd. Under prioritet 3 har 16 av 130 personer kommet inn innenfor maks anbefalt ventetid som er 4 uker. 71 personer må vente over 6 mnd. Innenfor prioritet 4 har 13 av 86 personer kommet inn innfor maks anbefalt ventetid, det vil si 3 mnd. mens 3/4 venter over 6 mnd.

Count

		0	1	Total
Prioriteringsgrad	Prioritering 1	153	166	319
	Prioritering 2	74	221	295
	Prioritering 3	16	114	130
	Prioritering 4	13	73	86
	Ikke gjort prioritering	2	5	7
Total		258	579	837

Tabell 3. b. Prioriteringsgrad og ventetid

0 = de som kommer inn innenfor maks anbefalt ventetid.( Jmf. Prioriteringsnøkkel)

1 = de som må vente ut over maks anbefalt ventetid

### Prioriteringsgrad \* Ventetid i Ski

Count		0-1 uke	1-2 uker	2-4 uker	1-3 mnd	3-6 mnd	>6 mnd	Total
Prioritering sgrad	Prioritering 1	76	42	19	7	3	10	157
	Prioritering 2	11	25	27	37	35	29	164
	Prioritering 3	2	0	4	9	6	64	85
	Prioritering 4	0	0	0	1	1	19	21
	Ikke gjort prioritering	0	0	0	0	1	4	5
Total		89	67	50	54	46	126	432

Tabell 4 b. Kommune = Ski

### Ventetid i de ulike prioriterte gruppene Lørenskog- Ski

Tendensen med overskredet maks anbefalt ventetid er ganske likt i de to kommunene, men de som har prioritet 3 og 4 må vente lengre i Lørenskog enn i Ski.

### Prioriteringsgrad \* Ventetid i Lørenskog

Count		0-1 uke	1-2 uker	2-4 uker	1-3 mnd	3-6 mnd	>6 mnd	Total
Prioritering sgrad	Prioritering 1	77	24	42	15	3	1	162
	Prioritering 2	7	31	49	37	5	2	131
	Prioritering 3	1	2	7	20	8	7	45
	Prioritering 4	4	1	3	4	7	46	65
	Ikke gjort prioritering	0	0	0	0	1	1	2
Total		89	58	101	76	24	57	405

Tabell 4 a. Kommune = Lørenskog

### Ventetid hos PMF sammenlignet med hos andre terapeuter

Hos PMF får 11% av de som henvender seg et tilbud innenfor tiden som anbefales i prioriteringsnøkkelen. Det samme gjelder for 33% av de som venter på behandling hos andre terapeuter. 53% av de som venter på PMF må vente i over 3 mnd., mens det samme gjelder for 28 % av de som venter på behandling hos andre. Det er ca. 30% av de som venter på PMF som må vente i over 6 mnd., mens det samme gjelder for 21% av de som står på ventelista hos andre terapeuter.

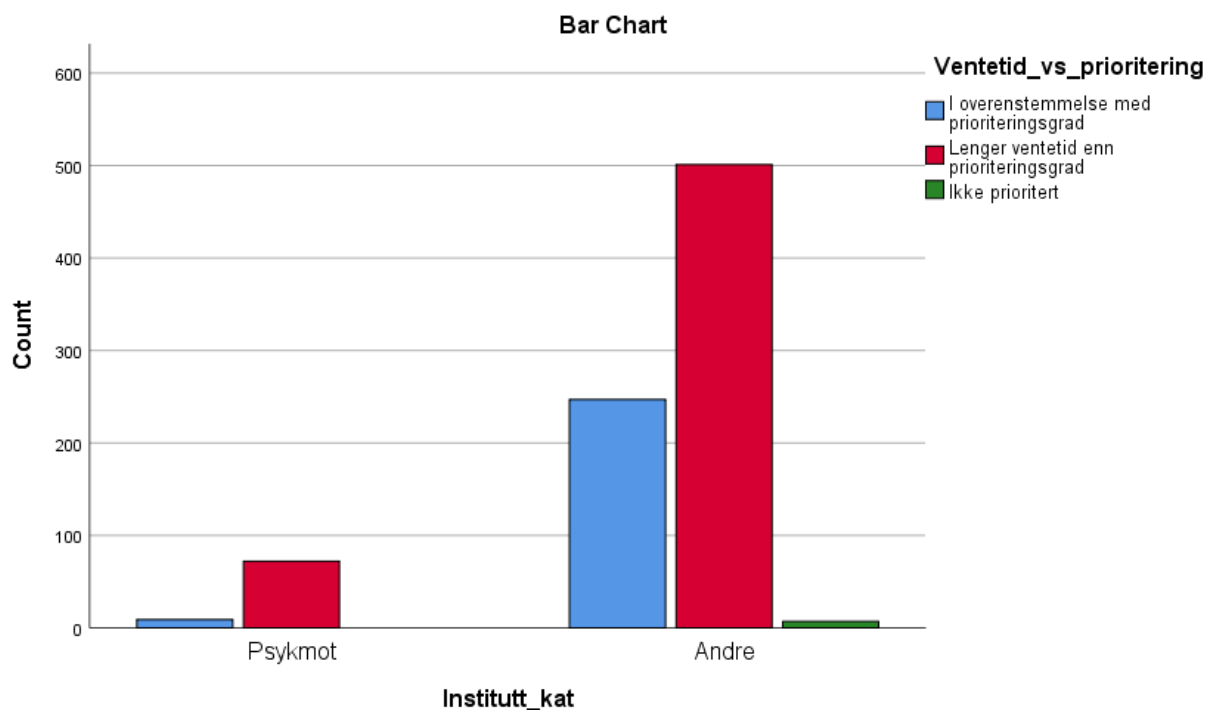


Fig. 10. Ventetid hos PMF og andre terapeuter

### Hvilket tilbud får pasientene i Lørenskog og Ski?

#### Hva skjer med de som får tilbud om behandling?

De aller fleste (75%) av de som står på ventelista blir tatt inn til individuell behandling, mens 5% blir tatt inn i gruppe. 4% hadde fått tilbud et annet sted, og for nærmere 2% hadde behovet opphørt da de fikk tilbud.

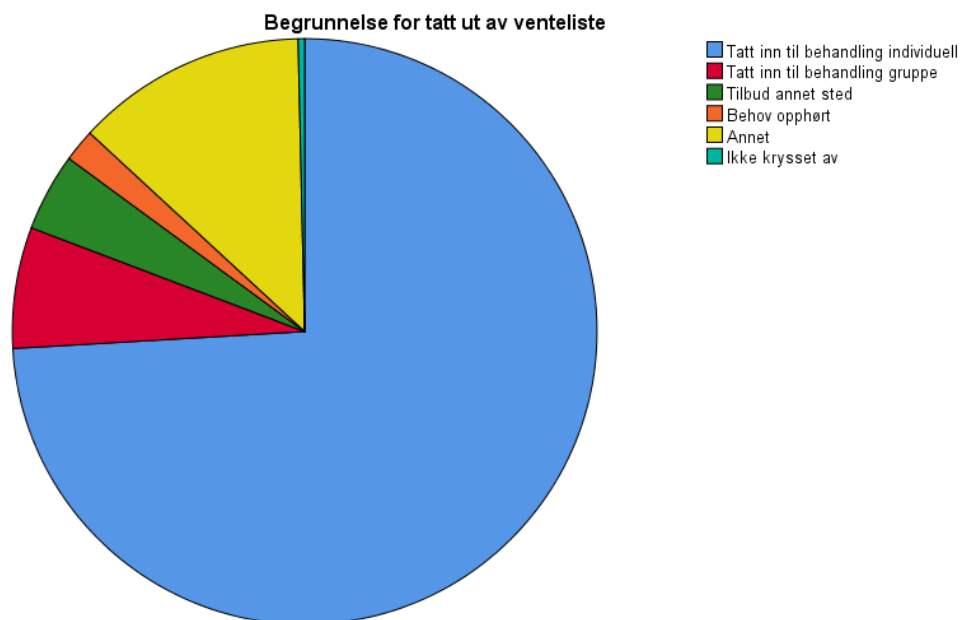


Fig. 11 Begrunnelse for tatt ut av venteliste

I Lørenskog blir 81% av de som får tilbud tatt inn til individuell behandling, 8% blir tatt inn i gruppebehandling, under 1% blir tatt ut av ventelista pga. tilbud annet sted, mens for ca. 1%

var behovet opphørt. 8% hadde 'annet' som begrunnelse. Innenfor sistnevnte gruppe kommer blant annet de som ikke har fått tilbud i løpet av 6 mnd. (dvs. i løpet av datainnsamlingsperioden).

I Ski kommune blir 67% tatt inn til individuell behandling, 5% får tilbud om gruppebehandling, ca. 8% hadde fått tilbud annet sted, for 3% hadde behov opphørt. 18% kommer her inn i kategorien 'annet'.

#### Begrunnelse for tatt ut av ventelista i ulike prioriteringsnivå

Hoveddelen av de som tas inn i behandling fra prioriteringsgrad 1 og 2 (om lag 80%), blir tatt inn til individuell behandling. Det samme gjelder for ca. halvparten av de som var prioritert inn under pri 3 og 4. Andelen av de som er tatt inn i gruppe er 10% i pri 1, 4% i pri 2 og 8% i pri 3.

#### Prioriteringsnøkkelen- et hensiktsmessig og nyttig verktøy for fysioterapeutene?

I fokusgruppeintervjuet med tre klinikere fra ulike institutt svarte deltakerne blant annet på hvordan det hadde vært å ta i bruk standardiserte prioriteringsnøkler som et verktøy i prioriteringen ved nye henvendelser. Her presenteres hovedtrekkene i det som kom fram i intervjuet. Det er også trukket inn tilbakemelding som kom via mail fra en av terapeutene som ikke hadde anledning til å være tilstede under intervjuet.

- **Flere av klinikerne syntes det var lett å avgjøre hvem som kom inn under prioriteringsgrad 1 og 2.**

*«Det krever lite informasjon for å avgjøre om de skal inn i 1 eller 2. Typisk pri 1 er de postoperative. Akutte skader blir satt på prioriteringsgrad 2»*

De opplevde det derimot ikke så lett å se de som skulle inn i pri 3 og 4. Det ble kommentert at få blir satt på venteliste med pri. 4 på noen institutt da disse ofte får beskjed om at de mest sannsynlig ikke kommer inn i behandling, og de velger derfor å ikke stå på ventelista.

- **Det kom fram synspunkter på at prioriteringsnøkklene ikke var like hensiktsmessig for alle og noen synes prioriteringsnøkkelen var vag og vanskelig å bruke.**

Noen av terapeutene opplever ikke prioriteringsnøkklene som hensiktsmessig for deres pasientgruppe og at det hadde vært bedre å utarbeide en egen som var mer tilpasset deres pasienter. Det ble foreslått å bare praktisere to prioriteringsnivå. De som kan vente - og de som må inn raskt.

- **Prioriteringsnøkklene gjør prioriteringen lettere og er bevisstgjørende. Det er fornuftig å bruke standardiserte prioriteringsnøkler ved prioritering.**

*«Det gjør at man kan lettere får fram informasjon om den som henvender seg. Og det blir lettere å se hvem som kan vente.»*

«Vondt å vente» - et prosjekt om venteliste hos fysioterapeuter med driftsavtale

*«Bruk av prioriteringsnøkler påvirker også hvordan man kommuniserer prioriteringen ut til samarbeidspartnere, som leger og inntakskontoret i kommunen for eksempel».*

*«Det synliggjør for alle på samme institutt hvor mange som står på ventelista og er prioritert høyt. Det synliggjør hva vi har å gjøre. Det gjør kanskje at alle bidrar med å ta inn nye pasienter.»*

- **Prioriteringsnøklerne gjør prioriteringen mer rettferdig, og at man vurderer ut fra funksjon og ikke hvilke virkemidler som blir brukt i henvendelsen**

*«Prioriteringsnøklerne kan brukes som en rettesnor og bevisstgjøre hvem man har i behandling. Det kan også gjøre det tydelig hvem som kan ha lengre tid mellom behandlingene og gradvis trappes ned mot avslutning for å ta inn nye pasienter»*

## DRØFTING

Dataene med grunntallene er hentet fra fysioterapeutenes innregistrering på hvert enkelt institutt. Fokusgruppeintervjuet, tilbakemeldinger fra deltakende fysioterapeuter og statistikkføring av henvendelser som ikke ble satt på ventelistene, ga oss utfyllende forståelse av grunntallene. Samlet danner de datagrunnlaget for videre drøfting.

### Første prioritering ved henvendelse til instituttet

Allerede ved henvendelse synes det som om mange institutt gjør en grovprioritering av hvem som skal stå på venteliste ved instituttet og hvem som bør sendes videre. Eksempelvis prioriterer institutter med spesialkompetanse å ta imot henvendelser som vurderes å ha behov for denne kompetansen. En slik prioritering krever faglig kompetanse til å vurdere alvorlighetsgrad og relevant behandlingstilnærming, og i tillegg kjennskap til andre relevante fysioterapi- og behandlingstilbud i egen kommune og kommunene rundt. Med unntak av ett institutt som har kontorpersonell, er det fysioterapeutene selv som tar imot henvendelser ved deltakende institutt. Dette arbeidet tar av tiden til avtalefysioterapeutene, og man kan tenke det vil være hensiktsmessig å delegerer oppgaven til andre, eller ha en felles venteliste i kommunen som blir administrert av andre. Etter at ny lov om direkte tilgang til fysioterapi trådte i kraft fra 01.01.18, kan imidlertid disse første vurderingene av alvorlighetsgrad og når behandling bør igangsettes, få enda større betydning. Vil gode vurderinger og riktige prioriteringer allerede ved første henvendelse kreve relevant fagkompetanse?

I gruppeintervjuet kom det frem at flere av de som henvendte seg og kom inn under prioritet 4 valgte å ikke sette seg på venteliste på grunn av lang og uforutsigbar ventetid. Ved lang ventetid, kunne dette også gjelde for høyere prioriterte pasienter. Ved instituttene som førte statistikk på henvendelser som ikke ble satt på venteliste, kommer dette frem ved at ett institutt har et høyt antall personer som «ikke ønsker å stå på venteliste», mens et annet institutt har et høyt antall personer som blir «anbefalt helprivat fysioterapi». Disse personene kan være lavt prioriterte, noe som kan være med på å forklare at det er få registrerte i prioritetsgruppe 4 på ventelistene. I følge tilbakemeldingene fra terapeuter kan dette også være prioritert 2 personer som blir anbefalt å gå privat da man ser at de trenger å komme inn raskt, men mest sannsynlig ville ventet lenge pga. mange prioritert 1 henvendelser.

Data viser at personer som ikke bor eller oppholder seg i kommunen, blir nedprioritert så fremt de har tilbud i egen kommune. Mange kommer ikke på ventelista og de som står på ventelista, blir ofte prioritert lavt. Flesteparten, ca.90 % av de som står på ventelista bor eller oppholder seg i kommunen. Dette tallet er høyere enn det tallet avtalefysioterapeutene i Ski og Lørenskog sender inn i årsstatistikken til kommunen. Grunnen til dette kan være at det er bare bokommunen som registreres i statistikken i pasientprogrammet som leveres til kommunen, mens i dataene som er innhentet i dette prosjektet også er tatt med de som «oppholder seg» gjennom arbeid eller skole i den aktuelle kommunen, slik det er formulert i pasientrettighetsloven om krav til behandling. På ventelistene til psykomotorisk praksis er tallet på personer fra egen kommune lavere, rundt 70%. Dette kan forklares ved at de deltakende kommunene er relativt store kommuner i sitt område med flere mindre

kommuner rundt som ikke har denne spesialkompetansen innen fysioterapi. Fysioterapeuter er i henhold til Helsepersonelloven, pliktig til å prioritere ut i fra alvorlighetsgrad og behandlingsbehov, og kan ikke gi avslag til pasienter som henvender seg fra kommuner uten tilsvarende tilbud. Det samme kan gjelde spesialkompetanse innen fysioterapi på andre områder, eksempelvis lymfedrenasje/onkologi og kvinnehelse.

I de kvalitative dataene påpekes det at en annen type henvendelse, er tidligere pasienter som tar direkte kontakt med «sin» fysioterapeut uten å henvende seg til instituttet. Noen av disse kommer kanskje ikke på fellesventelista, mens andre er registrert inn i dataene som «tidligere kjent pasient». Det kan imidlertid være et definisjonsspørsmål om pasienten har avsluttet behandling og må henvende seg til instituttet på nytt, eller om behandling ikke er avsluttet og derfor kommer rett inn hos samme terapeut som en type oppfølging.

### Anvendelse av prioriteringsnøkkelen

Etter prioritering og seleksjon ved henvendelse, står vi igjen med de personene som blir registrert inn på venteliste til instituttene og som da gir grunntallene i dataene.

Dataene tyder på at avtalefysioterapeutenes prioriteringer av henvendelser er relativ lik, men at det kan utvikle seg noen varianter i praktisk anvendelse av prioriteringsnøkkelen ved de ulike instituttene. Dette kan vi se f.eks. ved at noen institutt bruker noen prioriteringsstall mer enn andre, eller at noen grovsorteres og brukes færre prioriteringsgrupper. Dette ser imidlertid ikke ut til å påvirke hovedbildet i betydelig grad av hvilke henvendelser som prioriteres høyt eller lavt.

### Pasienter som prioriteres høyt og ventetid

Personer med prioritet som 1 og 2 utgjør hoveddelen av de som venter på behandling hos avtalefysioterapeuter, og har i samsvar prioriteringsnøkkelen behov for fysioterapi innen 2 uker. Disse faller naturlig inn under avtalefysioterapeutenes arbeids- og kompetanseområde og har ikke annet relevant kommunalt tilbud. Det samme kan gjelde personer som har behov for behandling hos fysioterapeuter med spesialkompetanse som psykomotorisk fysioterapi, lymfedrenasje, kvinnehelse og idrettsfysioterapi.

Pasienter som er henvist fra spesialisthelsetjenesten etter operasjon eller akutt skade uten operasjon og som krever direkte behandlingsoppfølging, er en stor gruppe der så å si alle blir prioritert som nr. 1. I følge prioriteringsnøkkel skal de da vente maks 7 dager. I intervjuet kommer det frem fra fysioterapeutene at denne gruppa pasienter skal «rett inn». I samsvar med samhandlingsreformen vurderer fysioterapeutene seg på den måten som en viktig del av rehabiliteringskjeden der pasientene ikke skal ha unødvendig ventetid mellom leddene i kjeden.

Likevel ser vi at bare litt under halvparten av personer som blir satt som prioritert 1 kommer inn innen en uke. Kan dette forklares ved at kapasiteten hos avtalefysioterapeuter er så dårlig at også disse «akutte» pasientene må vente på fysioterapi? Fysioterapeutene har gitt tilbakemelding på at pasientgruppa rett fra sykehus har økt de siste årene som følge av samhandlingsreformen med rask utskrivning og der pasientene nå sendes hjem til egen kommune fremfor til rehabiliteringsopphold. Høyt påtrykk av slike henvendelser kan derfor medføre at første prioriterte pasienter også må vente utover det som vurderes som



hensiktsmessig og er medisinsk anbefalt. Mulig en annen forklaring kan være at veiledende ventetid på 7 dager i prioriteringsnøkkelen er for kort intervall til at den fungerer i den kliniske hverdagen? Eksempelvis kan det være forsinkelser i behandlingsskjeden, praktiske årsaker eller medisinsk begrunnelse for at valg av oppstartstidspunkt blir utover 7 dager. Dette tatt i betraktning så står fortsatt nesten 1/3 (100 personer) av de som er prioritert 1 uten tilbud etter 2 uker.

Personer der det i prioriteringsbegrunnelsen står «alvorlige funksjonsfall» eller «mistanke om alvorlig sykdom», blir også utelukkende plassert som prioritert 1. Denne tidlige vurderingen av rask prioritering er med på å synliggjøre betydningen av kvalifiserte fagpersoner som mottar henvendelsene. Fysioterapeutene blir da ikke bare en del av rehabiliteringstjenesten i kommunen, men også en del av den akutte helsehjelpstjenesten som krever raskt inntak og vurdering. Henvendelser der det står «ønskes vurdering fra fastlege eller annen fysioterapeut», blir også prioritert tidlig som 1 eller 2, men synes å ha litt lenger ventetid enn «der det er mistanke om alvorlig sykdom». Dette kan begrunnes i at en lege eller annen fysioterapeut allerede har gjort en vurdering av alvorlighetsgrad og behandlingsbehov og dermed ikke krever så raskt inntak.

Den andre store gruppa i prioritert 1, er personer med akutte plager, skader og/eller som står i fare for å bli sykemeldt eller nylig blitt sykemeldt. Denne gruppa er ganske lik en tilsvarende stor gruppe i prioritert 2 og det kan være vanskelig å se i de registrerte data hva som er bestemmende for om disse plasseres som prioritert 1 eller prioritert 2. I prioriteringsnøkkelen skiller det mellom «personer som står i fare for å bli sykemeldt» som er satt til prioritert 1 og «personer som er nylig sykemeldt» som prioritert 2. Hva betyr «fare for sykemelding» og hvor lenge skal man være sykemeldt for at det er «nylig»? Er fare for sykemelding der du allerede har korttidsfravær eller er det opplevelsen til den det gjelder som er avgjørende? Denne uklare beskrivelsen rundt sykefravær kan være grunnen til at det av og til kan se tilfeldig ut om disse personene blir prioritert som 1 eller 2.

Siden prioritert 2 har anbefalt ventetid på 2 uker, er anbefalt ventetid likevel kort og man kan tenke at for denne gruppa har det kanskje ikke så stor betydning om de har prioritert 1 med ventetid 1 uke eller prioritert 2 med ventetid 2 uker. Resultatene i denne studien viser imidlertid at det er stor forskjell i reell ventetid for denne gruppa. Etter 2 uker er nesten 2/3 av prioritert 1 kommet inn, mens bare 1/3 av prioritert 2 har fått tilbud, og etter 3 mnd. står fortsatt over 70 personer av prioritert 2 igjen på ventelista. I følge veiledning i bruk av prioriteringsnøkkel skal prioritert 1 alltid komme inn før prioritert 2. Ved lang venteliste og mange på prioritert 1 vil det skyve de lavere prioriterte lenger ned og den reelle forskjellen i ventetid mellom å bli plassert i prioritert 1 eller prioritert 2 vil derfor være stor. Ut i fra denne begrunnelsen, kan man argumentere for at de som står i fare for å bli sykemeldt eller nylig er sykemeldt med akutte skader bør prioriteres med samme prioriteringsgrad, altså enten som prioritert 1 eller som prioritert 2. Det kan likevel være at fysioterapeuten gjør noen vurderinger som avgjør om henvendelsene blir plassert i prioritert 1 eller prioritert 2 uten at det kommer tydelig frem i dataene.

Barn og ungdom blir prioritert høyt ved alle instituttene og er hovedsakelig i prioritetsgruppa 1 eller 2. Her synes det som det er mer alder enn type plage som er styrende for

prioriteringen og i begrunnelse står det ofte «ung, fare for å falle ut av skolen». Det er ikke bare barn som pasienter, men også barn som pårørende som prioriteres, eksempelvis begrunnes en prioritering 1 med: «alene med 3 barn...». Det samme gjelder kvinner under svangerskap eller rett etter fødsel.

Den siste tydelige gruppa som havner i prioritet 1 eller 2 er «tidligere kjent pasient der det forventes kortvarig behandling eller kan gå inn i egentrening/gruppe». Det synes som om fysioterapeutene gjør en kost-nyttevurdering der det kreves lite innsats mot forventet raskt resultat. Det er imidlertid en annen gruppe tidligere pasienter der «tidligere behandling har hatt lite effekt» som oftest settes som prioritet 4. I en kost-nytte vurdering prioriterer fysioterapeutene å bruke ressursene der de opplever deres kompetanse kommer best til nytte på kortest mulig tid.

### Pasienter som prioriteres lavt og ventetid

Den store gruppa som blir plassert under prioritet 3 og 4 er voksne eller eldre med langvarige muskel-skjelettplager som blir henvist fra fastlegen og er utenfor arbeidslivet som pensjonist, ufør eller AAP. Det beskrives redusert funksjon, spesielt i aktivitet (eksempelvis gangfunksjon) og smerter. En annen relativt stor gruppe under prioritet 3 og 4 er de som også har «langvarige» eller «kjente» plager, men der plagene er lettere/moderate og funksjonen ikke vesentlig redusert, eksempelvis i prioritetsbegrunnelse «fungerer greit i jobb og hverdag».

Flere i prioritet 3 og 4 kommer fra annen kommune sammenliknet med høyere prioritet, og kommunetilhørighet eller mulighet for å kunne få behandling et annet sted brukes som begrunnelse for å prioritere lavt.

Av den store gruppa i prioritet 3 og 4 med «langvarige plager uten alvorlige funksjonsnedsettelse», kan det ofte være vanskelig å se hva som skiller prioritet 3 fra prioritet 4. Det samme gjelder der begrunnelse for prioritering er «treningsrettet behandling/økt egenaktivitet» og «mulighet for behandling et annet sted». Her kommer det heller ikke frem store forskjeller i gruppene eller noen tydelige tendenser hvorfor fysioterapeutene velger 3 eller 4. For de andre gruppene som plasseres i prioritet 3 og 4, er det et tydeligere skille. Der det nevnes utfordringer i arbeidslivet eller fare for ufør, settes ofte prioritet 3. Det samme gjelder de som får behandlingsbolker. I prioritet 4 kommer oftest de der det står «plager i stabil fase» og «tidligere behandling lite effekt». For sistnevnte gruppe kan man vel diskutere om de i det hele tatt bør settes på venteliste til fysioterapi, men heller prøve andre tiltak eller behandlingstilnærminger?

Blir man prioritert i kategori 3 eller 4 skal man ifølge prioriteringsnøkkelen vente maks 30 og 90 dager, mens det er bare ca. 15% i begge disse gruppene som får tilbud innenfor denne tiden. Over halvparten i begge gruppene må vente over 6 mnd. og dataene fanger ikke opp om de til slutt i det hele tatt får tilbud. Blir disse stående å vente eller blir tatt inn til behandling andre steder? Data viser at noen få i prioritet 3 ser ut til å ha fått tilbud andre steder i ventetiden og det er få som angir at behovet er opphørt i ventetiden, noe som kan forklares ved at dette er personer med langvarige plager. De fleste takker ja til tilbud etter ventetid på flere måneder. Det kan se ut som det er en tålmodig gruppe personer som

forventer å måtte vente på behandling og som stort sett ikke setter seg opp flere steder. Av prioritet 2 er det imidlertid flere som allerede har startet opp behandling andre steder når de får tilbud om time.

De fleste, også prioritet 3 og 4 blir registrert inn til individuell behandling. I begrunnelse for prioritering kommer det imidlertid ofte frem en forventning om at mange kan fort over i gruppe. I henhold til ASA4314 skal alle tas inn til individuell vurdering før oppstart i gruppe, og fysioterapeuter har pekt på at de har krysset av for «tatt inn individuelt», selv om pasienten deretter fortsetter i gruppebehandling. Dette kan forklare at det i dataene synes som om inntak til gruppe i liten grad blir brukt, sammenlignet med individuell behandling.

Når ressursene blir mangelfulle, må noen eller noe prioriteres ned eller bort, men hva og hvem skal det være? På Fysioterapikonferansen februar 2018 i Lillestrøm tok fastlege Petter Brelin opp i sitt foredrag at fastleger og fysioterapeuter med midler fra det offentlige, har ansvar for å forvalte de tildelte ressursene på best mulig måte. Han stilte spørsmålet: «Hvordan kan vi bruke ressursene best for de som trenger det mest?» Høgskolelektor og fysioterapeut Helga Kristin Kaale fulgte opp i sitt foredrag på samme konferanse med å spørre: «Hvem skal vi være der for?» Er det for alle, eller skal vi prioritere etter alvorlighetsgrad, nytteverdi, rimelig kostnad - eller annet?

Noen argumenterer for at de svake gruppene i samfunnet bør prioriteres av de offentlige, de som ikke har mulighet til å kjøpe private tjenester. Ved at fysioterapeuten bidrar til å øke funksjon og livskvalitet hos denne gruppa, vil disse personene klare seg litt bedre og kanskje ikke trenge andre tjenester. Slik det er nå, er det vel i mange tilfeller nettopp disse som faller inn under prioritert 3 og 4 og dermed nedprioriteres av avtalefysioterapeuter: kvinner utenfor arbeidslivet med sammensatte og langvarige plager. Men mulig skal denne gruppa få et annet fysioterapi- eller behandlingstilbud enn hos avtalefysioterapeutene?

### Avtalefysioterapeutenes rolle i det forebyggende arbeidet

De fleste (over 80%) som er registrert inn på ventelistene er i yrkesaktiv alder eller yngre. Vi ser at vurderingsbegrunnelsene som blir gitt i prioritet 1 og 2, har et forebyggende perspektiv. Personer har behov for å komme raskt inn til behandling for ikke å falle ut av arbeidslivet eller skoleaktivitet og for at skader eller sykdom ikke skal bli langvarig. Prioritering av akutte skader eller nyoppstått sykdom og folk i arbeidsaktivitet er på den måten i tråd med helsepolitiske føringer og samfunnsøkonomiske prioriteringer om å forebygge fremfor å reparere, tidlig intervensjon for bl.a. å redusere dropout fra videregående skole og å opprettholde arbeidsaktivitet.

Å falle utenfor arbeidslivet reduserer helse og livskvalitet. Arbeid og helse blir nå mer sett på som ett fagfelt og det er nylig opprettet et nasjonalt fagråd for arbeid og helse og ny strategi: «arbeid og helse – et tettere samvirke» (20). Håkon Lund fra Helsedirektoratet oppfordret fysioterapeutene på Fysioterapikonferansen 2018 til å ha mer fokus på arbeidsdeltakelse og aktivitet og å innta en sterkere rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Han understreket at tidlig innsats er betydelig i dette arbeidet. Fysioterapeutene ser pasientene over flere ganger, manuellterapeutene kan nå sykemelde og fysioterapeuter er utdannet til å ha fokus på mestring og funksjonsbedring. Den største

diagnosegruppa hos avtalefysioterapeuter og den største gruppa som venter på fysioterapi – nemlig muskel- og skjelettlidelser, er også den vanligste årsaken til sykefravær. Dette gjør avtalefysioterapeuter viktige i arbeidsrettet rehabilitering og i arbeidet med mål om å opprettholde eller tilbakeføre til arbeidsaktivitet. Vellykket arbeidsrehabilitering innebærer ofte at avtalefysioterapeutene må samarbeide, ikke bare med fastlegen, men også tverrsektorielt – med NAV, arbeidsgiver, bedriftshelsetjeneste, verneombud og andre. Samarbeid er ressurskrevende og krav om raskt inntak for å redusere ventetid kan gå på bekostning av tverrfaglig samarbeid rundt den enkelte pasient. Det kan bli behandling av symptomer fremfor å ta tak i bakenforliggende faktorer og konsekvensen blir «gjengangere» i fysioterapitjenesten.

Prioritering av barn, ungdom, aleneforeldre, gravide og kvinner etter fødsel er også en del av det sekundærforebyggende arbeid. Langvarig plager og sykdom i ung alder som kanskje medfører frafall fra skole, fritidsaktiviteter og det sosiale liv medfører en sårbarhet ikke bare i barne- og ungdomslivet men også videre inn i voksenlivet. Foreldre med sykdom og plager kan være en stor belastning for barn og kan redusere foreldrenes evne til å ivareta barna på en god måte, spesielt i barnas første leveår.

### Avtalefysioterapeutenes kost-nytte vurdering i prioriteringen

Allerede over mange år og også fremover må fysioterapeutene forholde seg til at behovet for helsetjenester øker samtidig som det er begrenset med ressurser. Det krever en omstilling i tjenesten, og den nye kvalitetsforskriften sier at utnyttelse av totalkapasitet også skal være en del av prioriteringen. Som tidligere beskrevet kan mye tyde på at avtalefysioterapeutene allerede prioriterer med tanke på å utnytte kapasiteten best mulig. Alle instituttene har opptil flere grupper og rask prioritering begrunnes ofte ut i fra et kost-nytte perspektiv. Det er likevel viktig å spørre seg om for stort fokus på kost-nytte, på å redusere ventetid, eller å ta flest mulig inn på kortest mulig tid, kan redusere kvaliteten på tjenesten? Endringsprosesser i behandling krever ofte tid. Fysioterapeuten har i motsetning til fastlegen, hatt fortrinnet ved å ha bedre tid til pasientene både i vurdering og oppfølging av pasienter. Dette gir mulighet til å bygge god relasjon til pasientene, noe som er en viktig forutsetning i gode behandlingsprosesser, spesielt ved pasienter med mer komplekse sykdomstilstander.

Et annet spørsmål i kost-nyttevurderingen er om såkalte «gjengangere» eller «tidligere kjente pasienter» i tjenesten opptar så mye av fysioterapiressursene at det gir lite mulighet for andre lavere prioriterte personer å slippe til? Det kan være hensiktsmessig å komme inn til en kjent behandler som man allerede har en god relasjon til og som kjenner behandlingsbehovet. Det kan gi raske og effektive behandlingsforløp som igjen i mange tilfeller kan gi kortere sykemeldinger eller bedring av funksjon. Kan dette imidlertid føre til at de som allerede har fått mye fysioterapi, får mer, mens de som aldri har brukt fysioterapitjenesten, ikke får noe?

Barn og ungdom med plager og pasienter med akutte eller nyoppståtte plager gir oftere kortere behandlingsforløp enn de med langvarige plager som ofte vil ha behov for behandling i lang periode eller over flere perioder. Ved å ta inn pasienter med nyoppståtte

plager raskt, vil man kunne redusere risiko for langvarige plager eller følgetilstander av skader, noe som på sikt vil være mer kostnadseffektivt.

Vurdering av kost-nytte er ikke nødvendigvis et entydig begrep, og er bl.a. avhengig av at vi vet noe om effekt av fysioterapi for hvilke pasientgrupper og når i sykdomsforløpet fysioterapi har mest nytteverdi. Når er tiden for at inntak og oppstart av nye pasienter har bedre nytteverdi enn å fortsette behandling av allerede inntatte pasienter? Hvilke fysioterapitiltak for hvem har mest nytteverdi med tanke på ressursutnyttelse? Hvor lange behandlinger kreves før man kan forvente bedring hos de ulike sykdomstilstandene? Det er mange og kompliserte spørsmål uten nødvendigvis klare svar som fysioterapeutene må forholde seg til hver dag i sin prioritering av pasienter.

### Venteliste og ventetid hos psykomotorisk fysioterapi

Personer som venter på psykomotorisk fysioterapi skiller seg ut fra de som står på de andre ventelistene ved at det er flere kvinner, barn/ungdom og det er andre diagnosekategorier. De som har behov for psykomotorisk fysioterapi venter lengst på alle prioriteringsnivå før de får tilbud. Barn/ungdom prioriteres også høyt hos PMF, men disse barn/ungdommene venter lenger før de kommer til behandling sammenliknet med de som søker annen fysioterapi.

Det samme gjelder andre høyt prioriterte som personer som står i fare for å bli sykemeldt eller er nylig sykemeldt. Pågående prosjekt i FYSIOPRIM (data under bearbeidelse og publisering) indikerer at pasienter hos psykomotorisk fysioterapi har flere gule flagg – dvs. økt risiko for utvikling av langvarige plager og tap av arbeidsfunksjon, enn pasienter ved øvrige institutt. Lang ventetid for prioritert 1 og 2 for denne gruppa til psykomotorisk fysioterapi samsvarer på denne måten dårlig med å skulle forebygge utvikling av langvarige plager og arbeidsuførhet.

Må personer som har behov for psykomotorisk fysioterapi forvente lenger ventetid og tåler de greit å vente, eller blir kvinner og psykiske/sammensatte sykdommer stadig taperne i de helsepolitiske prioriteringene og de økonomiske satsningsområdene?

### Rett pasient på rett plass til rett tid?

De mange registreringene av henvendelser som sendes videre, tyder på at det kan være vanskelig for personer som søker fysioterapi, å henvende seg til rett sted med en gang. En tydeligere fordeling av ansvarsområde mellom fastlønnede fysioterapeuter, avtalefysioterapeuter eller andre relevante helsetilbud i kommunen og brukervennlige informasjonssider på nett om tjenesten, ville kanskje kvalitetssikret og effektivisert tjenesten bedre på systemnivå.

Ut i fra fordeling av brukere/pasienter i fysioterapitjenesten og helsetilbudet, utvikles det ulik kompetanse og erfaring i de ulike delene av tjenesten. I utvikling av tjenesten videre bør man se blant annet på hvor brukeren kan få det beste tilbudet og hvor tilbudet blir mest kostnadseffektivt.

Som følge av politiske endringer, befolkningsvekst og helseutvikling i befolkningen, har hele fysioterapitjenesten i løpet av de siste årene fått tildelt flere nye oppgaver. Da de ulike

delene av fysioterapitjenesten har forskjellige oppgaver og brukergrupper, må man ikke bare se på tildelte ressurser i fysioterapitjenesten som helhet, men også i de ulike delene av tjenesten.

### Vil ingen eller kort venteliste gi bedre kvalitet på fysioterapitjenesten?

Det er vel bred enighet om at det har vært for lang ventetid til å komme til behandling hos avtalefysioterapeuter og det er jo nettopp med bakgrunn i denne bekymringen at også prosjektet er igangsatt. Det er likevel viktig å spørre seg om ventetid og venteliste bare er til ulempe og gir en dårligere helsetjeneste. Ut i fra fysioterapeutenes «begrunnelse for prioritering», synes det å komme frem at flere år med presset fysioterapitjeneste også har medført utvikling av en praksis der fysioterapeutene må vurdere hva som gir best mulig utnyttelse av ressursene som er til rådighet.

Hvilke konsekvenser kan ingen ventelister hos avtalefysioterapeutene gi? En betydelig del av avtalefysioterapeutenes inntjening er variabel og avhengig av antall pasientbehandlinger. Avtalefysioterapeutene må derfor ha et jevnt tilsig av henvendelser for å opprettholde det økonomiske grunnlaget. For lang ventetid kan gi et dårlig inntrykk av tjenesten og at pasienter i større grad bruker private tjenester. Ingen ventelister derimot, vil gi avtalefysioterapeutene et usikkert økonomisk driftsgrunnlag. Med bakgrunn i dette kan kort eller ingen venteliste føre til overbehandling av pasienter, eller at pasienter som ville kunne greid seg med egentrening eller trening i gruppe likevel blir tilbudt individuell behandling? Noen vil også kunne ha en spontan bedring av plagene i ventetiden og ikke lenger ha behov for fysioterapi etter f.eks. 3 uker ventetid. Ventelister holder oppe spørsmålet når behandling bør avsluttes og det kan skjerpe fysioterapeutene til å gjøre prioriteringer av hvilke pasienter som kan avslutte eller redusere behandling slik at nye får slippe til.

### Mulige endringer og utvikling i tjenesten

Ut i fra resultatene som fremkommer der ventetid til fysioterapi i stor grad overskrider anbefalt maks ventetid, presses det frem noen nødvendige endringer i tjenesten. Arbeid med materialet har gitt oss noen tanker underveis på aktuelle endringer som skisseres under. Det påpekes at tiltakene er forslag og at listen verken er uttømmende eller at alle tiltakene nødvendigvis passer for hvert enkelt institutt eller kommune.

#### Tilpasning av prioriteringsnøkklene

Resultatene i dette prosjektet kan tyde på at prioriteringsnøkkelen bør vurderes på nytt. Både med tanke på om det er naturlig med 4 prioriteringsnivå, hvilke grupper som skal prioriteres hvor og hva som bør være maks ventetid for de ulike nivåene. Man kunne sett på om fysioterapeuter med spesialkompetanse burde utvikle sin egen prioriteringsnøkkel som er mer tilpasset pasienter på deres venteliste? Man kunne også sett på om vurderingstimer, i forkant av grupper eller etter forespørsel fra andre, burde vært spesifisert i prioriteringsnøkkelen.

#### Ansvarsfordelingen

Fysioterapitjenesten som helhet med tydelig ansvarsfordeling av brukergrupper mellom avtalefysioterapeuter, ansatte fysioterapeuter og andre overlappende deler av

helsetjenesten bør ses på igjen. Hvilke endringer og nye oppgaver er kommet til i de ulike delene av fysioterapitjenesten og er kapasiteten i hver enkelt del regulert i samsvar med dette? Hvem i tjenesten har best kompetanse på hvilke brukergrupper og hvor i tjenesten bør det eventuelt utvikles nye tiltak for hvilke brukergrupper?

Avtalefysioterapeutenes rolle i kommunehelsetjenesten som en viktig aktør i det forebyggende arbeidet med bl.a. å opprettholde deltakelse i arbeid og skole, bør komme tydeligere frem. Hvilke samfunnsøkonomiske konsekvenser vil ventetid hos fysioterapi ha med tanke på denne oppgava?

### Vurderingstimer

Kan vurderingstimer benyttes i større grad og på hvilken måte? Direkte tilgang til fysioterapi kan medføre behov for raskere vurdering av f.eks. alvorlighetsgrad. Bruk av vurderingstimer kan gi raskere inntak til gruppetiltak og gjøre fysioterapeutenes kompetanse mer tilgjengelig i et tverrfaglig samarbeid.

### Forbedring av kommunens nettsider

Kommunens fysioterapitilbud bør komme tydelig fram med tanke på hvor man skal henvende seg for aktuell problematikk. De bør være brukervennlige på den måten at det er oversiktlig og lett å finne fram til de ulike tjenestene.

### Mer lik praksis ved henvendelse

Instituttene bør ha gode og standardiserte prosedyrer for hva som skal innhentes av informasjon ved nye henvendelser og på prioriteringer ved ventetid. Den som mottar henvendelsene til instituttet må ha kompetanse til å gjøre gode faglige vurderinger og prioriteringer. De som henvender seg eller henviser til fysioterapi, bør kunne få informasjon om ca. ventetid ut i fra prioriteringstall. På hvert institutt bør det videre være prosedyrer for hvordan inntak og ventelistene med prioriteringer, skal håndteres. Skal det være inntaksmøte, ansvarsperson, fordeling av henvendelser osv.? Avslutning av pasienter må hele tiden vurderes med tanke på å overholde maks ventetid for nye henvendelser. For å overholde maks ventetid i prioriteringsnøkkelen forutsettes det også at avtalefysioterapeutenes ressurser står i samsvar med de oppgavene kommunen pålegger dem å gjøre og at avtalefysioterapeutene rapporterer avvik til kommunen der ventetid ikke overholdes. Felles venteliste vil ikke nødvendigvis gi bedre kvalitet og mer effektiv tjeneste og vil også kunne redusere brukernes valgmuligheter for behandling.

Prosedyrer kan være viktig for å utvikle god kvalitativ fysioterapitjeneste. Samtidig må det være rom for skjønn og fleksibilitet i arbeidshverdagen til avtalefysioterapeutene og at hvert institutt kan ha sine egne rutiner som fungerer bra. Avbestillinger fylles ofte opp av andre som har mulighet til å ta timer på kort varsel og grupper som har ledig kapasitet bør fylles opp selv om det er en prioritet 3 eller 4.

### Interkommunale utfordringer

Fysioterapeuter med spesialistkompetanse får flere henvendelser fra mindre nærliggende kommuner som ikke har kompetansen i egen kommune. Fysioterapeutenes ansvar er å

prioritere ut i fra alvorlighetsgrad og behov for tjenesten. Vurdering og utvikling av eventuelt interkommunalt samarbeid rundt disse spesialisttjenestene, ligger under kommuneledelsens ansvarsområde.

## Styrker og svakheter ved studien

### Pålitelighet

Det er en styrke ved resultatene i denne studien at de fleste som ble forespurt takket ja til deltakelse. Dette genererte et stort datamateriale i løpet av datainnsamlingperioden noe som øker påliteligheten og generaliseringspotensialet av resultatene, spesielt for de to kommunene, men også generelt.

Styrkende for påliteligheten er også at vi i hovedsak har brukt kvantitativ metode for å innhente data. Deler av dette materialet er derfor tenkelig at ville være mulig å reprodusere hvis studien har blitt gjort igjen på den samme populasjonen. Styrkende er også at det ble brukt et standardisert skjema for hvilken informasjon som skulle innhentes ved nye henvendelser, samt standardiserte skjema for elektronisk innsending av informasjon fra klinikerne til databasen.

Noe som kan sies å svekke påliteligheten til resultatene i studien er at deler av det som ble innhentet av informasjon ved pasienthenvendelse var deskriptive data. Disse vet man kan bli farget av måten spørsmålene ble stilt og av personen som stiller spørsmålene og de ytre omstendighetene i situasjonen når spørsmålene ble stilt. En svakhet kan også tenkes å være at det ikke bare var avtaleterapeutene selv, men også sekretærer som fylte ut skjema ved henvendelse. Det kan tenkes at de som ikke har bakgrunn som klinikere eller fysioterapeut ikke har den samme begrepsforståelsen som de som selv er klinikere.

Det at vi som prosjektledere måtte bearbeide og kategorisere de deskriptive dataene i etterkant innebærer subjektive fortolkninger som nødvendigvis blir farget av vår erfaringsbakgrunn og som vil kunne gi et annet resultat om andre terapeuter skulle fortolket det samme materialet.

Innhenting av data fra fokusgruppeintervjuet med utgangspunkt i en intervjuguide med noen få overordnede temaer utgjør også en svakhet. Retningen slike samtaler går er veldig avhengig av personen som leder intervjuet, personene som deltar og selve konteksten rundt. Disse resultatene vil dermed være vanskelig å reprodusere.

### Gyldighet

Når det gjelder resultatenes gyldighet er det sannsynlig at vi i dette prosjektet har fremskaffet mer kunnskap om hvem som står på ventelistene på fysikalske institutt i de to deltakende kommunene. Det er også sannsynlig at disse resultatene kan være representative for andre kommuner med sammenlignbar størrelse, sammenlignbar ressursfordeling og demografi. Det har i dette prosjektet kommet fram resultater som i stor grad stemmer med informasjonen som kom fra ASSS kommunene når det gjelder ventetid og ventelistepraksis ved fysikalske institutter samt annen bakgrunnsinformasjon vi innhentet i forkant av prosjektet. En svakhet i denne studien kan være resultatene som kom fram under hvilket tilbud pasientene får når de blir tatt ut av ventelisten. Det at relativt få



«Vondt å vente» - et prosjekt om venteliste hos fysioterapeuter med driftsavtale

pasienter ble tatt inn i gruppetilbud i begge kommunene kan som tidligere nevnt i drøftingen være at terapeutene handler i tråd med ASA4314 som sier at alle skal tas inn til individuell vurdering før oppstart i gruppe.

## KONKLUSJON

Hovedfunn i studien er at ventetid for å komme til avtalefysioterapeuter i de to kommunene i stor grad overskrider maks anbefalt ventetid i prioriteringsnøkkelen for alle grupper. Personer som henvises til psykomotorisk fysioterapi og de som prioriteres lavt venter lengst utover maks anbefalt ventetid.

De fleste som står på ventelistene til avtalefysioterapeuter prioriteres høyt og bør inn til vurdering eller behandling innen kort tid. Mesteparten av de som venter er kvinner, har muskel-skjelettplager, er i arbeidsaktiv alder eller yngre og bor eller oppholder seg i kommunen.

Avtalefysioterapeutene prioriterer i stor grad i samsvar med gitt prioriteringsnøkkel. Veiledende prioriteringsnøkkel synes på noen områder å ikke være entydig slik at det kan være vanskelig å gjøre klare prioriteringer. Den generelle prioriteringsnøkkelen med anbefalt maks ventetid kan synes på noen områder å være lite hensiktsmessig og ikke bra nok tilpasset avtalefysioterapeutenes pasientgruppe og praksis. I avtalefysioterapeutenes begrunnelse for prioritering, blir vurderinger også gjort med bakgrunn i å utnytte kapasiteten best mulig for å få en mest mulig effektiv tjeneste.

Studien viser at det er behov for å gjennomgå både fysioterapitjenesten i sin helhet og hver enkelt del av tjenesten for å redusere ventetid til fysioterapi. Det bør vurderes kapasitet i hver enkelt del av tjenesten, men også se på om det er behov for kvalitetsutvikling i tjenesten, både på systemnivå og i tilbudet til pasientene. Med tanke på å møte fremtidens behov for helsetjenester, må alle deler av tjenesten være mest mulig effektiv utnyttet, samtidig som kvalitet må ivaretas. Nye tiltak og endringer i tilbudet må samsvare med fysioterapeutenes funksjon i helsetjenesten, brukergruppens behov og kravet om å bruke ressursene der de kommer til best nytte.

## REFERANSELISTE

1. Kløvstad, K. (2013) Skal behandle dobbelt så mange mennesker som i 1984. *Østlandets Blad* [Internett] 3. mai. Tilgjengelig fra: <https://www.oblad.no/ski/tema/temaer/skal-behandle-dobbelt-sa-mange-mennesker-som-i-1984/s/2-2.2610-1.7872944> [Lest 16.03.18].
2. Innbyggernes behov større enn tilbudet (30.11.11), i: *Østlandets Blad Nyheter* [internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.oblad.no/nyheter/innbyggernes-behov-storre-enn-tilbudet/s/2-2.2610-1.6639389> [Lest 16.03.18].
3. Skiphamn, S. S. (2014) Lang ventetid på fysioterapi. *Dagsavisen* [Internett] 10.okt. Tilgjengelig fra: <http://www.dagsavisen.no/fremtiden/lokalt/lang-ventetid-pa-fysioterapi-1.304480> [Lest 16.03.18].
4. Undseth, R (2015) Venter i måneder på fysioterapi. *Østlendingen* [Internett] 16. nov. Tilgjengelig fra: <https://www.ostlendingen.no/venter-i-maneder-pa-fysioterapi/s/5-69-145876> [Lest 16.03.18]
5. Helsedirektoratet (2016) *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten* IS-2467. Oslo: Helsedirektoratet.
6. Forstrøm, F. A. (2013) *Utredning av utviklingstrekk i helsetjenesten*. Sluttrapport 15. febr. 2013. Agenda Kaupang AS
7. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester mm.
8. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter.
9. ASA 4313 for perioden 2017- 2018. *Rammeavtale mellom KS og Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) om drift av privat fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten* jf. Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven).
10. Statistisk sentralbyrå (2018) *Statistikk. Helsetjenester. Befolkningstall* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11926?rxid=c077e531-b47b-40f3-bf3e-69d4a4f451bd> [Lest 16.03.2017].
11. Lian, O (2012) *Etter Gullalderen: Nye utfordringer for helsetjenesten*. I: Melberg, HO & Kjekshus, LE red. *Fremtidens Helse-Norge*, Fagbokforlaget
12. Næss, Ø (2012) *Sykdomsmønsteret i 2050. Utviklingen av kroniske sykdommer*. I: Melberg, HO & Kjekshus, LE: *Fremtidens Helse-Norge*, Fagbokforlaget.
13. Sundell, T (2017). Utviklingen i sykefravær, 2. kvartal 2017. NAV notat av 21.09.17. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar/Sykefravar+Statistikknotater> [Lest 16.03.18]
14. Hem K-G, Eide AH, Lippestad J (1998). *Helsekøer og sykefravær: tre spørreundersøkelser*. Oslo: SINTEF Unimed; 1998.
15. Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted -til rett tid (Meld St 47, 2008-2009). Oslo: Depertementet.
16. Dølvik, T. (2009) *Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten*. Rapport 6302 Helse- og omsorgsdepartementet 23. febr 2009. Agenda Utvikling &Utredning AS.

17. Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav i kommunale fysioterapitjenester. Forskrift 1. januar 2018.
18. ASS-KS (2015) Prioriteringsnøkkel for ergo- og fysioterapitjenesten. [Internett]. Tilgjengelig fra:  
[https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwji76zCz\\_PZAhWDFJoKHdCOA\\_4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ks.no%2Fglobalassets%2Fvedlegg-til-hvert-fagomrader%2Futvikling%2Feffektiviseringsnettverkene%2Fass-kommunehelse-host-2015%2Fass-fysio-ergo-prioriteringsnøkkel-fysio-og-ergo-revidert--15-10-13-siste.doc&usg=AOvVaw27ENvKX393gQeogwFLw-Ls](https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwji76zCz_PZAhWDFJoKHdCOA_4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ks.no%2Fglobalassets%2Fvedlegg-til-hvert-fagomrader%2Futvikling%2Feffektiviseringsnettverkene%2Fass-kommunehelse-host-2015%2Fass-fysio-ergo-prioriteringsnøkkel-fysio-og-ergo-revidert--15-10-13-siste.doc&usg=AOvVaw27ENvKX393gQeogwFLw-Ls) [Lest 16.03.18].
19. Hovden, K. (2017) Interkommunalt spesialistsamarbeid. *Fysioterapeuten* 14.06.17  
<http://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Interkommunalt-spesialistsamarbeid>
20. Helsedirektoratet (2016) Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse.  
Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arbeid-og-helse-et-tettere-samvirke> [Lest: 16.03.18] Helsedirektoratet IS-2535

## ETTERORD

Fysioterapitjenesten i begge kommunene er i stadig endring og utvikling. Rapporten bygger på data som ble samlet inn og registrert løpet av 2017, og det er ikke tatt med arbeid og tiltak for ventelistesituasjonen som har pågått under og i etterkant av denne perioden. I gruppeintervjuet kom det frem erfaringer og endringer ved praksis som følge av deltakelse i prosjektet. Her beskrives noen av de endringene som er kommet til underveis og som berører temaet i dette prosjektet.

Fysioterapeutene gir tilbakemelding på at deltakelse i prosjektet har vært bevisstgjørende for hvordan de prioriterer og fører venteliste. De har fått et bevisst forhold til prioriteringsnøkkelen og bruken av den, og har tanker om både fordeler og utfordringer med den utarbeidede prioriteringsnøkkelen. Noen har fått mer system på ventelisteregistrering og ryddet opp i ventelista. Flere av instituttene har fortsatt med en redigert utgave av malen for ventelisteregistrering.

I diskusjonen og tilbakemelding om prioritering av pasienter og lang venteliste, kommer ofte tema om avslutning av pasienter frem. I intervjuet ble det diskutert betydningen av målrettede behandlingsforløp, overføring til grupper, bruk av hverandres kompetanse og hvordan få til gode avslutninger av behandlingsforløp.

I en av kommunene har ett enkeltpersonforetak blitt tilknyttet en fellespraksis, der 60 % av en 100% hjemmel er avsatt til vurderingskonsultasjoner. Etter 2 mnd. meldte instituttet at det ikke lenger hadde venteliste.

I den andre kommunen ble det i 2017 opprettet en 100% avtalehjemmel innen allmennfysioterapi, hvorav inntil 40% er på barn og unge. Denne ble tiltrådt i januar 2018.

Ett institutt med psykomotorisk praksis har etter prosjektperioden utarbeidet en tilpasset prioriteringsnøkkel for henvendelser til psykomotorisk fysioterapi. Denne er under utprøving.

I den ene kommunen er to enkeltpersonpraksiser lagt ned som følge av pensjonering. Disse to hjemlene er lagt til to av instituttene med lang ventetid og skal prøves ut som prosjektstillinger i 2018, som et ledd i å finne frem til gode løsninger på venteliste-problematikken. Foreløpige tilbakemeldinger fra de to instituttene, er at ventelista reduseres og ventetiden går ned.

## **VEDLEGG**

Prioriteringsnøkler, Ski kommune

Prioriteringsnøkler, Lørenskog kommune

Skjema for ventelisterregistrering

Vedlegg 1 Prioriteringsnøkler, Ski kommune

PRIORITERINGSNØKSEL For avtalefysioterapeuter i Ski			
Prioritet	Problemstilling	Max ventetid	Ventetid
<b>1</b> <i>Rask intervensjon vurderes å ha særlig stor betydning for brukerens funksjonsnivå, lindring og livskvalitet</i>	Personer med brått funksjonstap og/eller akutte behov  Akutte overgangsfaser  Personer med kort forventet levetid  Personer som står i fare for å bli sykmeldt	<b>7 dager</b>	
<b>2</b> <i>Tidlig intervensjon vurderes å ha stor betydning for å sette brukeren i stand til å gjenvinne, utvikle eller opprettholde funksjonsnivå og hindre ytterligere funksjonstap</i>	Personer med <u>akutt sykdom/ skade/ lidelse</u> , der funksjon eller smertetilstand vil bli vesentlig forverret dersom iverksetting av tiltak utsettes  Ved alvorlig sykdom når tiltak er rettet mot lindring i betydelig grad, egenaktivitet eller sosial deltakelse Personer med <u>brått funksjonstap</u>  Personer som er i overførings faser mellom Spesialisthelsetjenesten og Kommunehelsetjenesten, <u>der tiltak må påbegynnes raskt</u>  Personer som er nylig sykmeldte	<b>14 dager</b>	
<b>3</b> <i>Intervensjon forventes å ha betydning for brukeren for å forbedre og/eller opprettholde funksjonsnivå og livskvalitet.</i>	Personer med <u>begynnende funksjonstap</u>  Personer med kronisk sykdom/ funksjonsproblemer i faser med forverring  Personer i <u>overføringsfaser der tiltak kan vente</u> Personer som er langtidssykmeldte	<b>30 dager</b>	
<b>4</b> <i>Intervensjon ansees som hensiktsmessig for bruker, men kan vente.</i>	Personer med funksjonsproblemer/ kronisk sykdom i <u>stabil fase</u>  Personer i <u>planlagte overføringsfaser</u> . Oppfølging er nødvendig, men kan planlegges i god tid	<b>90 dager</b>	

## Vedlegg 2 Prioriteringsnøkler, Lørenskog kommune

### Prioriteringsnøkkel for avtalefysioterapeuter i Lørenskog

PRIORITET	PROBLEMSTILLINGER	VENTETID
<p><b>Pri 1</b></p> <p>Rask intervensjon er nødvendig for brukerens funksjonsnivå, lindring og livskvalitet</p>	<p>Personer med brått funksjonstap og/eller akutte behov</p> <p>Personer med akutt/nydiagnostisert sykdom, skade, nyopererte og personer i overføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, der tiltak må påbegynnes raskt.</p> <p>Personer som står i fare for å bli sykemeldt. Personer som er nylig sykemeldt.</p>	innen 1 uke
<p><b>Pri 2</b></p> <p>Tidlig intervensjon vil ha stor betydning for å sette brukeren i stand til å utvikle, gjenvinne og funksjonsnivå</p>	<p>Personer med nylig, betydelig funksjonsfall der det er gode muligheter for å gjenvinne aktivitetsfunksjon.</p> <p>Personer som står i fare for å bli sykemeldt. Personer som er nylig sykemeldt.</p>	2 uker
<p><b>Pri 3</b></p> <p>Intervensjon forventes å ha betydning for brukeren for å forbedre og/eller opprettholde funksjonsnivå og hindre ytterligere funksjonstap og livskvalitet.</p>	<p>Personer med langvarig nedsatt funksjonsnivå i faser med forverring.</p> <p>Personer i overføringsfaser der tiltak kan vente inntil 1 måned.</p>	30 dager
<p><b>Pri 4</b></p> <p>Personer der intervensjon anses som hensiktsmessig for at personen kan opprettholde/bedre funksjon i daglige aktiviteter.</p>	<p>Personer med langvarig nedsatt funksjonsnivå i stabil fase</p> <p>Oppfølging er nødvendig, men tiltakene kan vente uten større konsekvenser.</p> <p>Kan nyttiggjøre seg gruppebehandling og- eller veiledet egenaktivitet</p> <p>Fått behandling siste 12 mnd. for samme problemstilling</p>	90 dager

Utarbeidet nov. 2016 i samarbeid med SU og med utgangspunkt i ASSS prioriteringsnøkler. Dette er gjort i forbindelse med FYSIOPRIMs venteliste-prosjekt 'Vondt å vente' (2016-2018).



