

Kan fysioterapeuters praksis dokumenteres? Erfaringer og utfordringer fra FYSIOPRIM



Anita Formo Bones, fysioterapeut, kunnskapsutvikler/klinisk koordinator i forskningsprosjektet FYSIOPRIM, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. Anita.f.bones@ntnu.no.

Kari Anne I. Evensen, professor ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU. Forsker ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Professor ved Institutt for fysioterapi, OsloMet. Fysioterapeut, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi (MNFF), Enhet for fysioterapitjenester, Trondheim kommune.

Ingebrigt Meisingset, postdoktor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

Fredrik Granviken, fysioterapeut og ph.d.-stipendiat, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, St.Olavs hospital og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

Ottar Vasseljen, professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

Astrid Woodhouse, førsteamanuensis, Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU. Forsker ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Fysioterapeut ved Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser og ved Tverrfaglig smertesenter, St.Olavs hospital, Trondheim.

Sammendrag

- **Bakgrunn:** Det er mangelfull informasjon om fysioterapi i primærhelsetjenesten når det gjelder hvilke pasienter som oppsøker fysioterapeut, hva slags behandling de får og hvordan det går med dem over tid.
- **Hensikt:** Hensikten med prosjektet var å etablere og implementere et system for innsamling av detaljerte og robuste data om pasienter som mottar fysioterapitjenester fra selvstendig næringsdrivende og fastlønte fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.
- **Metode:** Vi beskriver og evaluerer implementeringen av et elektronisk registreringssystem som ble tilbudt alle fysioterapeuter i Trondheim kommune.
- **Resultater:** Mange fysioterapeuter ønsket å delta i prosjektet, men under halvparten av dem opprettholdt en viss grad av registrering gjennom prosjektperioden. Utfordringer med å endre sin kliniske hverdag samt manglende brukervennlighet og klinisk nytte i tidlig fase av prosjektet var hovedårsaken til at så mange strevde med å få det til. Effektene av ulike stimuleringstiltak varierte betydelig.
- **Fortolkning:** Implementering av et elektronisk registreringssystem viste seg å være svært krevende. Vår erfaring tilsier at klinikere tidlig bør oppleve en nytteverdi, og at registrering må forankres i premisene for utøvelse av offentlige helsetjenester dersom det skal lykkes.
- **Nøkkelord:** Elektronisk registrering, fysioterapitjenester, primærhelsetjeneste.

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 30. april 2020. Artikkelen er en del av en studie godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og av Norsk senter for forskningsdata. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Innledning

Norske kommuner er pålagt å ha et fysioterapitilbud for å ivareta kommunehelsetjenestens oppgaver. Det mangler imidlertid kunnskap om hva fysioterapeutene faktisk gjør og hvilke pasientgrupper som oppsøker fysioterapeut. Det samme gjelder målsetting for behandlingen, og hvordan det går

med pasientene på kort og lang sikt. Spesielt mangelfull er kunnskapen om pasientene i privat fysioterapi praksis; det rapporteres kun om diagnose, antall behandlinger og takstbruk til norske helsemyndigheter gjennom Helfo.

Fysioterapeuter behandler pasienter med stor variasjon i symptomer og diagnoser,

alder, funksjonsnivå, arbeidsevne og prognose (1). Fysioterapi tidlig i forløpet har vist positive effekter både i form av lavere forbruk av helsetjenester totalt (2) og lavere medikamentforbruk (3). Direkte tilgang til fysioterapi trådte i kraft 1. januar 2018. Dette stiller større krav til kommunikasjon, samhandling og koordinering av fysioterapi (4). Dersom fysioterapeuten er pasientens første kontakt med helsetjenesten, er det spesielt viktig at terapeuten kartlegger bredt

” Det er mulig at elektronisk registrering lettere lar seg implementere dersom det er obligatorisk, og forankres i premissene for utøvelse av offentlige helsetjenester.

med tanke på faktorer som kan ha betydning for pasientforløpet, og planlegger tiltak ut fra det.

FYSIOPRIM er et forskningsprogram for fysioterapi i primærhelsetjenesten, og er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo, NTNU og Trondheim kommune ved Enhet for fysioterapitjenester. I 2010 så vi et behov for å etablere en mer omfattende systematikk i innsamling av data om pasienter som mottar fysioterapitjenester, hvilke tiltak som gjennomføres og i hvilken grad behandlingsmålene blir oppnådd (5). Standardiserte spørreskjema ble innlemmet i et elektronisk registreringsverktøy (ERV), og vi etablerte en database som inkluderte data om prognostiske faktorer, mål, tiltak og innhold i de mest brukte behandlingsmetodene. Dataene legger til rette for studier om kliniske forløp for pasienter som mottar behandling fra fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. Vi ønsket også at systematiske data skulle være et nyttig verktøy for fysioterapeutene, der de fikk tilgang til innsamlet pasientinformasjon og kunne nyttiggjøre seg denne i behandling, dokumentasjon og samhandling. Til sammen har nærmere 200 fysioterapeuter i ni kommuner i alle landets helseregioner bidratt til systematisk registrering i større eller mindre grad til det som nå har blitt en stor database med pasient- og terapeutrapporterte data og pasientforløp.

I Trondheim kommune fikk samtlige fysioterapeuter tilbud om å delta, både fastlønnede og de som jobber i privat praksis. I denne artikkelen fokuserer vi på implementeringsprosessen i Trondheim; hvilke forberedende tiltak som ble igangsatt, selve rekrutteringsprosessen og hvilke tiltak vi satte i verk for å stimulere fysioterapeuter til å ta i bruk ERV i sin kliniske hverdag. Vi har systematisk samlet inn tilbakemeldinger fra fysioterapeutene som ble med i prosjektet – både de som fortsatte og de som etter hvert sluttet – for å besvare i hvilken grad fysioterapeuter faktisk bruker ERV, hvilken klinisk nytte de har hatt av det og hva som kan være nyttig lærdom for andre som ønsker å innføre ERV for helsepersonell.

Hoveddel

I. Datainnsamling og rekruttering

Vi vil i det følgende først beskrive tiltak vi har iverksatt under *forberedelse, rekruttering og gjennomføring* av prosjektet og dernest hvilke fordeler og ulemper fysioterapeuter har erfart gjennom deltakelse i prosjektet.

Forberedelse i 2015

Arbeidet med utvikling av ERV hadde pågått siden oppstart av FYSIOPRIM i 2010, men det var i utgangspunktet kun tilpasset fysioterapeuter i privat praksis. Vi ønsket i Trondheim å innlemme også fastlønte fysioterapeuter, som primært jobber med barn og eldre. For å involvere hele fagfeltet og få en bred oppslutning om prosjektet, ble det opprettet arbeidsgrupper for videreutvikling av registreringsverktøyet med representanter fra forskningsmiljøet og fra Enhet for fysioterapitjenester i Trondheim kommune. Arbeidsgruppene bestemte hvilke spørreskjema og variabler som skulle inngå i registreringspakken for å få en bred kartlegging av ulike grupper av pasienter/brukere. En protokollartikkel av Evensen et al. (2018) beskriver innholdet i registreringen og hyp-pighet i datainnsamlingen (5).

Rekruttering av fysioterapeuter

Alle fysioterapeuter i Trondheim kommune ble invitert til et felles «KICK-OFF»-møte i oktober 2015 for informasjon om prosjektet og motivasjon til deltakelse. Av totalt 97 privatpraktiserende fysioterapeuter var det 76 fra 22 ulike institutt som ønsket å delta med systematisk registrering i FYSIOPRIM.

De fastlønte fysioterapeutene i Trondheim ble pålagt å registrere alle brukere som samtykket til deltakelse. For de selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene var det derimot frivillig å være med i prosjektet. Det ble rekruttert *superbrukere* blant fysioterapeutene som skulle ha en utvidet funksjon i opplæring og støtte for fastlønte fysioterapeuter, samt være et bindeledd mellom de utøvende fysioterapeutene og forskerne/prosjektledelsen. Blant de selvstendig næringsdrivende ble tre fysioterapeuter fri-

kjøpt fra sine driftstilskudd i 10% stilling. Hovedoppgavene deres var å delta i arbeidsgruppene og påvirke valg av variabler, bistå i opplæring og motivering av fysioterapeuter, svare på henvendelser og besøke de aktuelle fysikalske instituttene. Det ble også rekruttert en *kontaktperson* fra hvert institutt som skulle bistå i opplæring av sine kolleger.

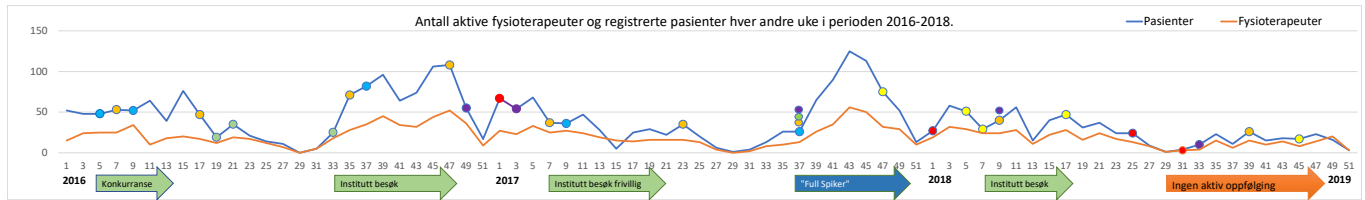
Det ble utviklet opplæringsmanualer og -program til de utøvende fysioterapeutene. Opplæringen ble gjennomført med besøk på alle institutt før oppstart. Alle mottok et nettbrett med ferdig installert software og oppsett av brukerkonto. I tillegg ble det satt opp kobling mellom vårt nyutviklede ERV og de vanligste systemene for elektronisk pasientjournal slik at alle tekniske installasjoner skulle være klare. Oppstart av registrering startet i løpet av første halvår 2016 for både selvstendig næringsdrivende og fastlønte fysioterapeuter.

Gjennomføring i 2016 – 2018

Figur 1 viser at det var store svingninger underveis i registreringen blant fysioterapeuter i privat praksis, både når det gjaldt hvor mange fysioterapeuter som registrerte, og hvor mange pasienter som ble registrert. De fleste fysioterapeutene kom ikke i gang med registreringen ved oppstart. Det ble gjort

Kort sagt

- Systematisk innhenting av kunnskap i fysioterapeuters praksis i primærhelsetjenesten er nødvendig for å få innsikt i hvem pasientene er, hvilke helseutfordringer de har og hvordan det går med dem.
- Implementering av et elektronisk registreringsverktøy for å kartlegge praksis blant fysioterapeuter i Trondheim kommune viste seg å være en krevende prosess.
- Fysioterapeuter som lyktes i å ta i bruk registreringsverktøyet hadde nytte av det i sin kliniske hverdag.



FIGUR 1 ● Forenkling: Ulike datatekniske tiltak som fjerning av obligatoriske kliniske tester, redusert skjema byrde for pasientene, autoutsending av e-poster til pasientene m.m. ● Møte: Informasjonsmøter, fellesmøter for hele prosjektet, opplæring og motivasjonsmøter. ● Motivasjonstiltak: Konkurranser, Facebook side, instruksjonsvideoeer, statistikk på antall registrert pasienter hver måned, økonomisk kompensasjon. ● Forbedring: Statistikk for hver enkelt fysioterapeut, nye samtykkeskriv, bedre tolkningstekster, rapporter og epikrisemaler. ● Ekstern endring: 01.01.2017: Egenandel for alle pasienter innført, merarbeid for fysioterapeutene. 01.01.2018: Direkte tilgang, henvisninger fjernes. Vår-sommer 2018: Overgang til ProMed Cloud førte til utfordringer med integrasjon med ERV. ● Kurs: Data-, skulder-, kne-, og kommunikasjonkurs. Kurs i klinisk nytte av ulike spørreskjema, import til journal, bruk av rapporter og epikrisemaler.

mange tiltak for å øke deltakelsen, og vi så midlertidige oppsving i etterkant av disse. Tidlig i gjennomføringsfasen ønsket flere fysioterapeuter endringer som kunne forbedre brukervennligheten. Videreutvikling av registreringsverktøyet med datatekniske forbedringer og endringer av faglig innhold fortsatte derfor gjennom hele gjennomføringsfasen med fortløpende kommunikasjon mellom prosjektledelsen og de utøvende fysioterapeutene. Vi innførte økonomiske kompensasjoner og konkurranse med premiering for det fysikalske instituttet som i snitt registrerte flest pasienter per fysioterapeut. Vi sendte ut nyhetsbrev på e-post til både fastlønte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i en startfase, men da disse i liten grad ble lest, gikk vi over til SMS og sosiale medier for å informere om endringer og forbedringer. Vi arrangerte møter og kurs, og utarbeidet flere videofilmer for opplæring som ble delt med alle de utøvende fysioterapeutene. Superbrukere og forskere besøkte instituttene i flere runder for å bistå med implementering. Høsten 2016 ble det igangsatt flere tiltak samtidig for å bedre registreringsaktiviteten, og i en periode på ca. 12-14 uker økte rekrutteringen betydelig (Figur 1). I første halvår av 2017 var registreringshyppigheten igjen jevnt over lav på tross av alle tiltak. I privat praksis fungerte ikke ordningen med kontaktpersoner fra instituttene optimalt, da disse formidlet at det var en belastning å måtte «mase» på sine kolleger. En del sluttet etter hvert i prosjektet, og kun et fåtall av fysioterapeutene lyktes med å implementere verktøyet i sin kliniske hverdag. De som fortsatte kom med ønsker om ytterligere forbedringer av brukervennlighet og større klinisk nytte for fysioterapeutene. De ønsket også mer kunnskap om spørreskjemaene, enklere tilgang til fortolkning

av skjemaene og enklere import av fortolkningstekster til journal- og epikriseskriking for bedre å kunne nyttiggjøre seg verktøyet og den tilgjengelige pasientinformasjonen.

«Full spiker» i registrering høst 2017

Høsten 2017 innså vi at det var nødvendig med ytterligere tiltak for å øke registreringen igjen. En siste storsatsning – «Full spiker» – ble planlagt med ytterligere forbedringer av brukervennlighet for å øke rekrutteringen. Det innebar at både fastlønte og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter i en 8-ukers periode skulle gjøre en helhjertet registreringsinnsats. I forkant av denne perioden ble det gjort en rekke tiltak for å forenkle og forbedre systemet. Blant annet ble det lagt inn en mulighet for å hente ut samlerapporter med enkle fortolkninger av spørreskjema data som var hentet inn både ved oppstart og avslutning, slik at disse enkelt kunne implementeres i journal og epikrise. Det ble også utarbeidet maler for epikriser i samarbeid med fastleger. Registrering av pasientdata ved oppstart tok på dette tidspunktet ca. 10 minutter å gjennomføre for fysioterapeuten. I løpet av «Full spiker»-perioden ble det et kraftig oppsving i registreringer.

II. Evaluering og erfaringer

Fastlønte fysioterapeuters evaluering av ERV

For de fastlønte fysioterapeutene ble det foretatt en evaluering i november 2016, etter det første halvåret med registreringer. Teamkoordinatorer ved hver av de fire bydelene i Trondheim kommune sammenfattet erfaringer fra fysioterapeutene med særlig søkelys på hva som fremmet og hemmet registrering.

Faktorer som kunne fremme bruken av

ERV var muligheten til å dokumentere sin egen praksis. Fysioterapeutene opplevde også nytte av å få tilgang til selvrapportert informasjon fra brukerne. Det kunne bedre kommunikasjonen og relasjonen til brukeren, involvere brukeren på en bedre måte og benyttes i samhandling med kolleger. Man hadde mulighet til å visualisere forløpet med grafiske fremstillinger, noe som kunne øke motivasjonen både hos bruker og fysioterapeut. Resultater fra spørreskjemapakken kunne understøtte fysioterapeutens kliniske valg, og mange oppga bedre bevisstgjøring og struktur i arbeidet. Fysioterapeutene opplevde det også som positivt at de kunne bidra inn mot forskning og få resultater direkte fra forskermiljøet.

Faktorer som hemmet bruken av ERV blant de fastlønte fysioterapeutene var den ekstra tidsbruken registreringen innebar. Det var i tillegg en del tekniske utfordringer med systemet. Det var ikke mulig å integrere ERV med de fastlønte fysioterapeutenes elektroniske journalsystem, noe som medførte dobbeltarbeid. Det kunne være vanskelig å holde oversikt over de ulike spørreskjemaene, en del spørsmål kunne oppleves som «rare» og i noen tilfeller kunne dette hemme kommunikasjonen med brukeren. Noen av fysioterapeutene stilte også spørsmål ved om effekten av fysioterapi ble målt på riktig måte.

Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuters evaluering av ERV

De selvstendig næringsdrivende fysioterapeutene (n=96; da noen hadde kommet til underveis) fikk høsten 2018 tilsendt et elektronisk spørreskjema om deres erfaringer med bruk av ERV. Det var 77 som besvarte skjemaet. De som avsluttet registreringen gjorde rede for årsaker, og de som fortsatte

delte både gode erfaringer og utfordringer de hadde hatt underveis. Av de 19 som ikke svarte, var det 13 som aldri hadde kommet i gang og seks som hadde registrert mindre enn fem pasienter. Det var ingen signifikant forskjell i alder, kjønn eller andel med videreutdanning mellom fysioterapeuter som fortsatte registreringen, sammenlignet med de som avsluttet.

Selvstendig næringsdrivende: De som avsluttet registrering

Fysioterapeutene som hadde avsluttet registreringen oppga flere årsaker (Figur 2). Mange mente at prosjektet var for tidkrevende til at det ble prioritert (46%), mens 37% oppga private årsaker (ikke direkte knyttet til registreringen) og 24% kom aldri i gang.

Selvstendig næringsdrivende: De som fortsatte med registrering

Av de 36 som fortsatt registrerte på evalueringstidspunktet var det kun én person som oppga å registrere data fra samtlige av sine pasienter. Over halvparten (53%) oppga at de registrerte ofte, at det ble en del av praksisen, men at de ikke registrerte alle. Noen registrerte av og til, men hadde ikke fått det inn som en rutine (14%), og noen registrerte kun en sjelden gang (25%). Tre personer (8%) besvarte ikke dette spørsmålet.

Det var to muligheter for enkel uthenting av pasientens selvrapporterte data; ved oppstart og avslutning. Til sammen 58% av fysioterapeutene tok i bruk rapporten ved oppstart. De benyttet rapporten som støtte i dialog med pasienter, i samhandling med andre helsepersonell, for å bedre dokumentasjon av praksis og som beslutningsstøtte for tiltak. Avslutningsrapporten ble tatt i bruk av 56% av fysioterapeutene. Den ble brukt til støtte i dialog med pasienter, dokumentasjon i journal, samhandling med annet helsepersonell, i dialogmeldinger og i epikriseskriving. Det var på evalueringstidspunktet fortsatt et gjennomgående ønske om bedre brukervennlighet og bedre opplæring i bruk av registreringsverktøyet og i uthenting av pasientinformasjon.

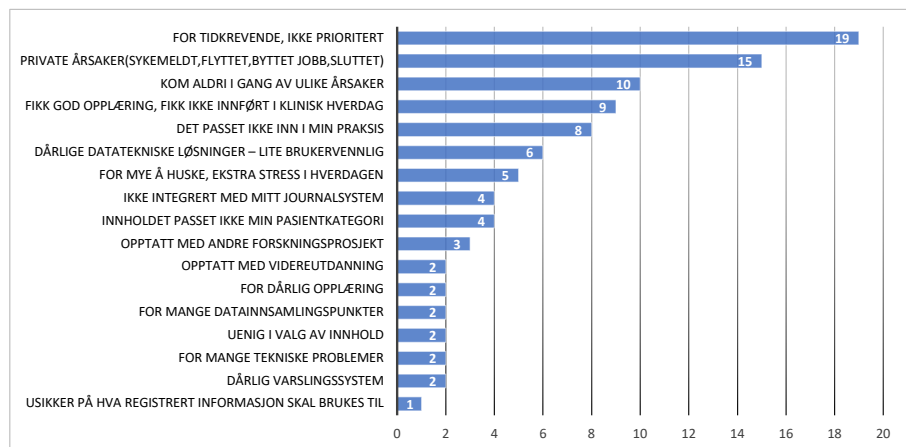
Diskusjon

Vi ønsket gjennom prosjektet å etablere et system for dokumentasjon av fysioterapi-tjenester som kunne være nyttig både for forskere og for utøvende fysioterapeuter. Kombinasjonen av krav til forskningsmessig

TABELL 1 Beskrivelse av fysioterapeutene som har deltatt i FYSIOPRIMs registreringsprosjekt; de som fortsatte med registrering (n=36) og de som valgte å avslutte registreringen (n=41).

	Fortsatte n=36	Avsluttet n=41
Kjønn, n (%) menn	14 (39%)	19 (46%)
Driftstilskudd, n (%)	29 (81%)	26 (61%)
Alder, gjennomsnitt (SD)	47	47
Ansienitet, n (%)*		
0-9 år	2 (6%)	10 (24%)
10-19 år	18 (50%)	6 (15%)
20-49 år	16 (44%)	25 (61%)

*antall år siden avsluttet grunnutdanning



FIGUR 2 Årsaker til at privatpraktiserende fysioterapeuter avsluttet registrering (flervalgsspørsmål).

kvalitet og klinisk nytteverdi var en utfordrende balansegang. En lang rekke faglige diskusjoner, vurderinger og tiltak ble gjennomført for å sikre høyt faglig nivå og relevans på innsamlede data. Det var behov for mye teknisk revidering underveis for å bedre brukervennlighet og øke nytteverdien for klinikerne. Gjennom registreringsperioden ble det brukt mye ressurser på involvering og motivasjonstiltak for fysioterapeutene for å stimulere til registreringsaktivitet. Evaluering av implementeringsprosessen blant de utøvende fysioterapeutene viste at brukervennlighet i tidlig fase burde vært mer vektlagt, og at det var vanskelig for mange å endre sin kliniske praksis tilstrekkelig til å innarbeide jevnlig registrering. De som fortsatte å registrere rapporterte betydelig nytte av prosjektet. De fikk enklere adgang til informasjon om relevante symptomer og viktige prognostiske faktorer hos pasientene som kunne brukes til beslutningsstøtte for tiltak, bedre dokumentasjon av egen praksis og bedre dialog med pasient og samhandlingspartnere.

Forbrukerrådets rapport «Digital Helsehverdag» fra 2018 viser at flertallet av befolkningen (84%) er positive til ny teknologi innen helse og omsorg (6). For å lykkes med innovasjon og implementering av nye rutiner i klinisk praksis er tidlig oppmerksomhet på utfordringer nødvendig for å unngå frustrasjoner og mismot (7). «Innovasjon i omsorg» refererer til et sitat av Dorte Kusk, som hevder at «ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare ca. 20% av de endringene som blir satt i verk. Det meste (80%) dreier seg om endring av arbeidsformer og organisering» (8). I vårt prosjekt var arbeidet med å tilpasse ERV større enn antatt. Fysioterapeutene ga oss tidlig mange nyttige tilbakemeldinger, men mange falt likevel ut av prosjektet i denne fasen. Det viste seg vanskelig å gjennomføre registrering i klinikken dersom de opplevde at det gav dem merarbeid, og til tross for betydelig forarbeid hadde ikke systemet den brukervennligheten som de ønsket. En styrke i prosjektet er at videreutviklingen av verktøyet, som foregikk gjennom hele datainnsam-

lingsfasen, ble gjort i nært samarbeid med de deltakende fysioterapeutene. Det har gjort sluttproduktet mer klinikervennlig. I etterpåklokskapens lys burde nok systemet likevel vært mer «ferdig» før registreringen startet, slik at terskelen for å ta i bruk systemet ble lavere og opplevd nytteverdi og oppslutning om registreringene høyere.

Ledelsen av fysioterapitjenesten i Trondheim kommune var svært positiv til gjennomføring av prosjektet, og fysioterapeutene fikk signaler om at de kunne benytte lengre tid og ha færre pasienter i oppstartsfasen. Dette viste seg vanskelig å gjennomføre, særlig i privat praksis, da mange hadde hektiske hverdager med ventelister og stort trykk. For de som hadde førstegangskonsultasjoner på 30 minutter eller mindre var registreringene vanskelig å gjennomføre. Omtrent halvparten av fysioterapeutene oppga at de ikke hadde tid, at systemet var for omfattende eller at de hadde vanskeligheter med å endre sin kliniske hverdag tilstrekkelig til å ta i bruk de ulike rapportene i systemet.

En utfordring i prosjektet var ulike interesser mellom forskere og utøvende fysioterapeuter når det gjaldt både omfang og innhold av spørreskjemapakkene. Forskerne ønsket å lage en systematisk database med detaljerte opplysninger om prognostiske faktorer, innhold og effekt av de mest brukte behandlingsmetodene. Fysioterapeutene på sin side ønsket å dokumentere sin praksis med et enkelt og effektivt system som ga dem tilgang til pasientdata til bruk i journaler og epikriser. De opplevde den første sammensetningen av spørreskjema som altfor omfattende. En tidlig inngripen med betydelig reduksjon av antall spørsmål hjalp en del, men særlig listen over fysioterapitiltak var vanskelig å sammenstille på en måte som tilfredsstilte alle behov.

En del eksterne faktorer, for eksempel ferier og helligdager, så ut til å påvirke registreringen negativt. Høsten virket som en god periode med få offentlige fridager. Vinter og vår var det langt flere avbrudd, og vi erfarte at det hadde liten hensikt å innføre tiltak kort tid før ferieavvikling. Mange av fysioterapeutene oppga også en økt arbeidsbelastning da regelverket for egenandeler ble endret ved nyttår 2017 og prioriterte ikke elektronisk registrering av den grunn.

I prosjektet la vi vekt på at prosjektledelsen og forskerne skulle ha tett og direkte kontakt med fysioterapeutene, både for å

Title: Can Physiotherapy Practice be Documented; Experiences and Challenges from The FYSIOPRIM project

Abstract

- **Background:** There is insufficient information about physiotherapy in primary care regarding who the patients are, what kind of treatment they receive and their treatment outcome.
- **Objective:** Our objective was to implement a system of collecting detailed and robust data of patients seeking health care from physiotherapists in primary care.
- **Methods:** We describe and evaluate the implementation of an electronic system for patient data registration that was offered to all physiotherapists in the municipality of Trondheim, Norway.
- **Results:** Many physiotherapists wanted to participate in the project, but less than half managed to maintain registration throughout the project period. The physiotherapists found it hard to change their clinical practice, many reported insufficient user-friendliness of the system and lack of clinical benefit as the main reasons for not registering. The effects of various motivational initiatives were highly variable.
- **Conclusion:** Implementation of a new electronic system for patient data registration proved to be demanding. Our findings indicate that clinicians need to experience clinical benefits at an early stage of the process, and that such registrations must be rooted in regulations governing the care in order to succeed with implementation of systematic patient registrations.
- **Keywords:** Electronic registration, physiotherapy, primary care.

sikre at alle hadde tilstrekkelig kompetanse i å bruke verktøyet, og at alle tilbakemeldinger ble hørt. Alle våre tiltak for å forbedre datatekniske løsninger og faglig innhold, samt å motivere fysioterapeutene, synes å ha hatt en kortvarig effekt i form av økt i registreringsfrekvens i kortere perioder (Figur 1). I perioder der vi innførte flere aktive tiltak på samme tid så vi en noe mer langvarig økning i registreringene.

Det er vanskelig å si hvilke enkelttiltak som virket best. Vårt inntrykk er at økonomisk kompensasjon hadde begrenset nytte og ikke fungerte alene. Det er mulig at elektronisk registrering lettere lar seg implementere dersom det er obligatorisk og forankres i premissene for utøvelse av offentlige helsetjenester. Vår erfaring tilsier at klinikerne bør oppleve en nytteverdi ved å gjøre den ekstra innsatsen som kreves dersom en skal lykkes med systematisk kartlegging av klinisk praksis.

Konklusjon

Implementering av et omfattende elektronisk registreringsverktøy for fysioterapeuter viste seg å være svært krevende. Det å endre sin kliniske praksis var hovedårsaken til at det var vanskelig for fysioterapeuter å komme i gang med slik registrering. Man-

glende brukervennlighet og klinisk nytte i tidlig fase av prosjektet ble oppgitt som hovedårsak til at mange sluttet å registrere. Et enklere system med bedre brukervennlighet i oppstartfasen kunne i større grad ha fremmet motivasjon for registrering. Under halvparten av fysioterapeutene i dette prosjektet opprettholdt en viss grad av registrering gjennom prosjektperioden. De som fortsatte registreringene, rapporterte nytte av prosjektet ved at de fikk tilgang til systematiske data om sine pasienter til bruk i dokumentasjon av egen praksis og i dialog med pasienten og samhandlingspartnere. De som klarte å implementere verktøyet i sin hverdag, fant at den kliniske nytten var større enn belastningen og merarbeidet.

Referanser

1. Swinkels ICS, Hart DL, Deutscher D, van den Bosch WJH, Dekker J, de Bakker DH, et al. Comparing patient characteristics and treatment processes in patients receiving physical therapy in the United States, Israel and the Netherlands: Cross sectional analyses of data from three clinical databases. BMC Health Services Research. 2008;8(1):163. DOI: 10.1186/1472-6963-8-163.
2. Horn ME, Fritz JM. Timing of physical therapy consultation on 1-year healthcare utilization and costs in patients seeking care for neck pain: a retrospective cohort. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):887. DOI: 10.1186/s12913-018-3699-0.
3. Sun E, Moshfegh J, Rishel CA, Cook CE, Goode AP, George SZ. Association of Early Physical Therapy With Long-term Opioid Use Among Opioid-Naive Patients With Muscu-

Artrose: NICE anbefaler rehabilitering samme dag som kirurgi

Personer som gjennomgår protesekirurgi bør få rehabilitering samme dag eller innen 24 timer etter operasjonen.

TEKST John Henry Strupstad
js@fysio.no

DETTE er i henhold til en ny klinisk retningslinje, Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder, utgitt av National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Retningslinjen tar for seg behandling av pasienter før, under og etter at de gjennomgår planlagte prosedyrer for erstatning av kne, hofte eller skulder.

Retningslinjen presiserer at pasienter med denne problematikken bør få tilbud om rehabilitering etter operasjon fra fysioterapeut eller ergoterapeut. Videre anbefales spesifikk rehabilitering for personer som gjennomgår hofte- eller knekirurgi. Her fremheves råd om trening før og etter operasjonen, samt veiledning om livsstilssvalg som vektkontroll og røykeslutt.

Tidlig rehabilitering fører til bedre resultat

Association of Trauma and Orthopedic Chartered Physiotherapists (ATOCP) rådførte seg med NICE underveis i utarbeidelsen av retningslinjen.

Retningslinjen sier at intervensjonene skal ledes av en kvalifisert ergoterapeut eller fysioterapeut, men åpner opp for at deler av innledende behandling kan utføres av et annet medlem av helseteamet, dersom «passende» opplæring er gitt.



Råd, trening og mobilisering

I den nye veilederen opplyser NICE at postoperativ rehabilitering for denne typen pasienter bør omfatte:

- Råd om styring av dagliglivets aktiviteter
- Treningsopplegg for hjemmebruk
- Mobilisering av personer som har gjennomgått kne- eller hofteoperasjon
- Ambulerende tjenester for skulderopererte

Klinikere bør følge retningslinjen også bruke sine ferdigheter for å bestemme hva som er passende for pasientene deres; enten selvstyrt rehabilitering/ egentrening eller henvisning til riktig instans/ behandler. Les hele retningslinjen her: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng157>

loskeletal Pain. JAMA Netw Open. 2018;1(8):e185909. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2018.5909
4. Ottesen A. Direkte tilgang - hensikter og realiteter Fysioterapeuten. 2019;8.<https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Direkte-tilgang-hensikter-og-realiteter>
5. Evensen KAI, Robinson HS, Meisingset I, Woodhouse A, Thielemann M, Bjorbaekmo WS, et al. Characteristics, course and outcome of patients receiving physiotherapy in primary health care in Norway: design of a longi-

tudinal observational project. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):936.DOI:10.1186/s12913-018-3729-y
6. Forbrukerrådet RF. Digital Helsehverdag. Forbrukertrender 2018 Forbrukerrådet; 2018. <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/04/20180417-ke-digital-helse-rapport.pdf>
7. Grut L, Reitan J, Hem K-G, Ausen D, Bøthun S, Svagård I, et al. Veikart for innovasjon av velferdsteknologi. 2013. Contract No.: 102001034. Sintef og NOVA <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2379640/SINTEF%2bA24461.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
8. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/dfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>. p. 99.