

Stockholms läns landsting
Intervjustudie gällande remisskravet till sjuk-
gymnaster, hud- samt ÖNH- läkare

Anette Carlstedt
Lisbet Larsson
Ernst & Young maj 2005

Innehåll

1	SAMMANFATTANDE KOMMENTARER	1
2	INLEDNING	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte och avgränsning	4
2.3	Metod	4
2.4	Läsanvisning	5
3	HUSLÄKARNAS UPPFATTNING	6
3.1	Övergripande synpunkter	6
3.2	Information och kunskap	6
3.3	Utformning och hantering av remisser	6
3.4	Husläkarnas samordningsansvar	7
3.5	Kontakter mellan vårdgivarna	8
3.6	Patientsammansättning	8
3.7	Tillgänglighet och effekter för patienterna	8
3.8	Remisskravets inverkan på arbetet	9
3.9	Sammanfattning	9
4	SJUKGYMNASTERNAS UPPFATTNING	11
4.1	Övergripande synpunkter	11
4.2	Information och kunskap	11
4.3	Utformning och hantering av remisser	11
4.4	Husläkarnas samordningsansvar	13
4.5	Kontakter mellan vårdgivarna	13
4.6	Patientsammansättning	14
4.7	Tillgänglighet och effekter för patienterna	14
4.8	Remisskravets inverkan på arbetet	15
4.9	Sammanfattning	15
5	SPECIALISTERNAS UPPFATTNING	17
5.1	Övergripande synpunkter	17
5.2	Information och kunskap	17
5.3	Utformning och hantering av remisser	18
5.4	Husläkarens samordningsansvar	20
5.5	Kontakter mellan vårdgivarna	20
5.6	Patientsammansättning	21
5.7	Tillgänglighet och effekter för patienter	21
5.8	Remisskravets inverkan på arbetet	22
5.9	Sammanfattning	22

1 Sammanfattande kommentarer

Under 2004 infördes remisskrav till sjukgymnast samt till ÖNH- och hudspecialister. Remisskravet ska utvärderas under 2005. En del i utvärderingen är föreliggande intervjustudie. Totalt har 34 intervjuer genomförts med husläkare, privata specialister, specialister vid sjukhuskliniker samt sjukgymnaster. Syftet med intervjuerna har varit att belysa hur vårdgivarna uppfattar remisskravet.

Grundläggande inställning

Intervjuerna visar att den övervägande majoriteten av vårdgivarna är negativa till remisskravet. Under flertalet intervjuer har det också framkommit ett allmänt misstroende mot politikernas förmåga att styra sjukvården.

Remisskravet tycks ha utmanat många specialisters professionella status och självkänsla. Samtidigt har professionella revir aktiverats och önskan att ”arbeta efter eget huvud” har förstärkts i specialistgruppen. De privata specialisterna upprörs många gånger av remisskravet som de ser som ett misstroendevotum som minskar arbetsglädjen. Remisskravet har blivit ett hinder i arbetet, eftersom den administrativa bördan har ökat. Det uppfattas också som fel att specialister ska behöva ”be om lov” för att kunna behandla patienter under en längre tid. Specialister vid sjukhuskliniker framför dock att nybesöksremisser behövs för att prioritera patientinflödet. Nybesöksremisser till sjukhusen existerade redan i praktiken innan kravet infördes.

Sjukgymnasterna är något mer positiva till remisskravet än de privata specialisterna. För flera sjukgymnaster har remisskravet inneburit att patientflödet är lättare att hantera, besvären blir mer noggrant dokumenterade och att patienten får ta eget ansvar. Negativt är dock, förutom den administrativa bördan, att läkare indirekt bedömer behandlingstidens längd. Ett antal husläkare framför också att de är positiva till remisskravet. De anser att det är självklart att husläkarna ska ha en roll som ”sluss” i och med sitt förstalinjen ansvar. Några har även sett effekter i form av minskade väntetider för sjukgymnastik och specialistvård.

Överlag visar dock intervjuerna att det finns en form av ”ögotjäneri” hos flera vårdgivare. I väntan på att remisskravet ska hävas låter vårdgivarna det påverka det dagliga arbetet i så liten grad som möjligt. Detta underlättas av att Beställare Vård inte har några kontrollmöjligheter, vilket också framförs flera gånger under intervjuerna.

Information och kunskap om remisskravet

Generellt bedöms informationen kring remisskravet som bristfällig. I mångt och mycket beror detta på förändringar av regler under tiden för införandet. Fortfarande idag efterlyser flera intervjuade tydliga och skriftliga regler. Den muntliga informationen går, enligt intervjuade, inte att lita på eftersom den varierar beroende på vem som ger informationen. Sjukgymnasterna upplever informationen till husläkarna som speciellt bristfällig. Detta är dock inte något som husläkarna själva påtalar.

Effekter för vårdgivarens arbete

Majoriteten av de intervjuade vårdgivarna framför att det administrativa arbetet har ökat sedan remisskravet infördes. Flera av specialisterna, både de privata och på sjukhusen, menar att administration kring remisser tar upp till en timme per dag.

Ungefär hälften av husläkarna ser att deras samordningsansvar har förstärkts i och med remisskravet. Även om de flesta patienter fortsätter att gå hos sin specialist har husläkaren fått större kännedom om befolkningen i sitt upptagningsområde. Likaså har husläkaren ofta skapat en positiv kontakt, vilket förhoppningsvis innebär att patienten tar kontakt med husläkaren då han/hon har bekymmer med någon annan åkomman. Specialisterna och sjukgymnasterna märker dock inte av någon ny roll för husläkarna. Sjukgymnasterna menar att de fortfarande ofta får ta ett allt för stort ansvar för att sätta gränser för patienterna.

De flesta specialister ser ingen skillnad i deras patientsammansättning. Några hudspecialister tar emot färre patienter med acneproblem. Vissa öron-näsahalssspecialister tycker sig kunna se att antalet barnfamiljer minskar. Specialisterna vid undervisningssjukhusen betonar att de inte kan specialisera sig ännu mer, eftersom de på grund av sin undervisning behöver ett antal mer "enkla" fall.

Effekter för patienterna

Överlag kan inte specialisterna och sjukgymnasterna hänföra förändringar i väntetider till remisskravet. Ett antal husläkare tar dock upp att de kan se minskade väntetider för specialister och sjukgymnastik.

De intervjuade som är mer negativt inställda till remisskravet menar att patienterna har hamnat i kläm, framförallt äldre och multisjuka. Det tar tid och uppfattas som bökigt att skaffa en remiss från en husläkare, som också vanligen har dålig tillgänglighet.

Effekter för vårdkedjan

De allra flesta intervjuade menar att samarbetet mellan husläkare och specialister respektive sjukgymnaster inte har förändrats sedan remisskravet. Några framför att det tillkommit ett irritationsmoment och att samarbetet därför försämrats. Ytterligare andra hävdar dock att man har mer kontakt nu, om än oftast skriftligt, vilket är positivt.

Effekter för kostnader

De intervjuade mottagningarna kan inte visa på ökade direkta kostnader. Flera talar dock om ökade kostnader på grund av omläggning av dataprogram och tillkommande porto. Större betydelse har det att patientintäkterna misstänks ha sjunkit, då flera mottagningar hinner behandla färre patienter än tidigare på grund av administrativt merarbete.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Under 2004 infördes remisskrav till sjukgymnast samt till ÖNH- och hudspecialister. Syftet var att stärka husläkarens roll som samordnare och slå vakt om specialistläkarnas kompetens men också att medverka till besparingar inom den specialiserade hud- och öronsjukvården. Valfrihet inom samma vårdnivå gäller fortfarande. Om patienten ber läkaren remittera till viss sjukgymnast/specialist bör läkaren därför respektera patientens val.

2.1.1 Remisskrav till sjukgymnast

Kravet på remiss till sjukgymnast infördes i april 2004, efter några år då det varit möjligt att gå till sjukgymnast utan remiss. Remisskrav har dock funnits tidigare.

Remisskravet gäller från och med det nionde behandlingstillfället. Gränsen sattes utifrån behandlingsseriernas längd och andelen patienter med långa behandlingsserier. Under 2003 gjorde drygt sextio procent av patienterna åtta besök eller färre. Samtidigt svarade antalet besök efter åttonde gången för drygt åttio procent av det totala antalet besök och en ännu större andel av kostnaderna.

2.1.2 Remisskrav till specialist

I maj 2004 infördes krav på remiss till ÖNH- och hudspecialister. På grund av dispenser under omställningsperioden trädde reformen i full kraft först i november.

Patientens första besök med remiss ska göras inom tolv månader från det datum remissen utfärdats. En remiss gäller i arton månader från och med dagen för patientens första besök. Kontrollbesök efter en operation kan göras upp till arton månader efter ingreppet. Specialister kan begära långremiss av aktuell husläkare om patienten har behov av behandling under en längre tid. Långremissen gäller i tre år från och med första besöket.

Patienter som påbörjat behandling innan remisskravet infördes kunde fortsätta behandlingen fram till den 1 november 2005 utan att remiss krävdes.

Specialistläkare kan undanta fem procent av sina besök från remisskravet. Detta ger utrymme för att till exempel ta emot patienter akut.

2.1.3 Rätt att remittera

Rätt att remittera har husläkare, specialister i allmänmedicin med ersättning enligt statliga taxan, läkare som övertagit husläkarens samordningsansvar, läkare inom företagshälsovård med avtal med landstinget och konsultläkare inom ungdomsmottagningar, barnhälsovård och skolhälsovård samt tandläkare. Även övriga specialistläkare har rätt att vidareremittera till sjukgymnast, öron- eller hudläkare för sådana åkommor som är direkt knutna till deras uppdrag.

2.2 Syfte och avgränsning

Under 2005 ska remisskravet utvärderas. Utvärderingen genomförs i två projekt. Den ena av en arbetsgrupp inom Avdelningen för gemensamma vårdbeställningar (GVB), Beställare Vård (BV) som utvärderat remisskravet till specialister inom ÖNH- och hudspecialister. Den andra av en arbetsgrupp bestående av de tre Beställaravdelningarna för närsjukvård och som utvärderat remisskravet till sjukgymnastiken. En del i båda utvärderingarna är föreliggande intervjustudie med husläkare, ÖNH- och hudspecialister samt sjukgymnaster. Syftet med intervjustudien är att *belysa hur vårdgivarna uppfattar remisskravet*.

Möjligheten att besvara den aktuella frågeställningen bör ses i ljuset av att remisskravet har varit i fullt bruk under relativt kort tid, när det gäller specialistläkare egentligen sedan november 2004. Ytterligare en aspekt som komplicerar bedömningen är att hud- och öronklinikerna på Karolinska Huddinge respektive Solna har ett omfattande sparbetning. Remisskrav infördes dessutom för öronpatienter till akutmottagningarna vid Karolinska universitetssjukhuset redan den 1 april 2004 samtidigt som öronjournmottagningen på Huddinge stängde helt nätter och helger.

2.3 Metod

Totalt har 35 intervjuer genomförts, hälften som besöks- och hälften som telefonintervjuer. Vid urvalet av intervjupersoner har olika aspekter beaktas som geografisk placering, driftsform samt storlek på mottagningen. När det gäller sjukgymnastik har även tillgång till bassäng samt behandling av kroniska patienter kontra övriga beaktats. Några husläkare och sjukgymnaster inom samma enhet har också intervjuats för att belysa frågeställningarna ur ett vårdkedjeperspektiv.

Intervjuerna har fördelats bland vårdgivarna enligt följande:

- 9 husläkarmottagningar: 3 husläkare i norra Stockholm, 4 husläkare i centrala Stockholm samt 2 husläkare i södra Stockholm, varav hälften drivs inom SLSO:s regi. Mottagningarnas storlek varierar från 1 husläkare till 13. (En husläkarmottagning svarade inte vid någon av två inbokade telefonid. Mottagningen hann inte ersättas.)
- 10 privata specialister: 5 öron-näsa-hals läkare, varav 3 med och 2 utan avtal. 5 hudläkare, varav 2 med och 3 utan avtal. För båda kategorierna har tre specialister varit stationerade i centrala Stockholm, en i norr och en i söder.
- 6 specialister vid sjukhuskliniker: 2 hudläkare resp 1 chefssjuksköterska vid KS Huddinge, KS Solna samt Södersjukhuset. 3 ÖNH-läkare vid KS Huddinge, KS Solna samt Södertäljesjukhuset
- 10 sjukgymnaster: 5 inom primärvården (två i norr, två i centrala Stockholm och en i söder. En inom varje område med egen bassäng). 5 privata, varav två med avtal (två i centrala Stockholm, två i söder samt en i norr). Skillnaden mellan mottagningsstorlek/antal besök har beaktats. 1 sjukgymnast med patienter med daglig behandling har intervjuats.

2.4 Läsanvisning

Vårdgivarnas uppfattning redovisas i tre kapitel för respektive specialitet; husläkare, sjukgymnaster samt specialister. Varje kapitel avslutas med en sammanfattning.

För att underlätta för läsaren benämns specialister i allmänmedicin "husläkare" och övriga specialister som "privata specialister" respektive "specialister på sjukhuskliniker".

3 Husläkarnas uppfattning

3.1 Övergripande synpunkter

Drygt hälften av de intervjuade husläkarna är negativa till införandet av remisskravet. Anledningen är främst att remisskravet uppges öka tiden för administration. Överlag har husläkarna dock en viss förståelse för remisskravet till privata specialister. Att specialister på sjukhuskliniker måste begära långremiss upplevs emellertid av de flesta som absurt.

De positiva åsikter som förs fram är att remisskravet bedöms vara en viss förstärkning av samordnaransvaret. Kravet innebär att husläkaren många gånger får kännedom och kontakt med patienter i sitt upptagningsområde. För att detta ska få fullt genomslag anser husläkarna att primärvården måste dimensioneras för att kunna ta emot fler patienter. I några fall ser husläkare också att köerna kortats, framförallt till sjukgymnaster, men även inom hudspecialiteten.¹

3.2 Information och kunskap

Alla husläkare fick någon form av information om remisskravet innan det inträdde. Några fick muntlig information från sin chef, flera uppgav att det kom skriftlig information från beställarkontoret. Den riktade informationen föregicks i de flesta fall av information via massmedia.

Informationen gällande remisskravet till sjukgymnaster upplevdes av de flesta vara tydlig från första början. Det var dock inte fallet med remiss till specialisterna, eftersom reglerna ändrades underhand, exempelvis gällande remittenter och giltighetstider.

Flera husläkare berättar att det fortfarande är svårt att hitta samlad skriftlig information. Framförallt finns det problem när det gäller avgränsningen mellan långremiss och besöksremiss. Eftersom det är oklart vilka diagnoser som kan innebära långremisser är det också svårt att vara tydlig gentemot patienter som kräver långremiss.

3.3 Utformning och hantering av remisser

3.3.1 Rutiner

Socialstyrelsen har utarbetat föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera (SOSFS 2004:11). Alla intervjuade husläkare uppgav att det finns rutiner för hur remisser ska hanteras som i stort överensstämmer med Socialstyrelsens.

Den svaga punkten är bevakningen av remissvar. I de flesta fall är det upp till varje husläkare att bevaka att remissvar inkommer vid mer komplicerade patientfall.

¹ Synpunkter om kortare köer framkom till exempel vid intervjuer i Nacka-området.

Remissvar från specialisterna inkommer i ungefär tre fjärdedelar av fallen. När det gäller remissvar från sjukgymnast är andelen så låg som en fjärdedel.

3.3.2 *Blankett och kombikakod*

Husläkarna har generellt inga åsikter om de blanketter som används för nybesöks- respektive långremiss. De flesta specialister använder den utarbetade långremissblanketten, men inte alla. Kombikakoden saknas sällan.

3.3.3 *Giltighetstid*

Giltighetstiden för remiss till *specialister*, både nybesök och långremiss, uppfattas av de flesta intervjuade husläkare som rimlig. Någon menar att specialisterna själva bör avgöra hur lång tid som åkomman ska behandlas, det vill säga att långremiss är en onödig hantering.

Åsikterna kring giltighetstiden för *sjukgymnaster* varierar. Majoriteten anser att det är rimligt att remisskravet inträder först efter åtta behandlingar och att den sedan gäller i sex månader efter det att behandlingen inletts. Att remisskravet inträder efter åtta gånger gör det möjligt att hjälpa sjukgymnasten att avbryta en behandling, eftersom flera menar att det är svårt för sjukgymnasten att själva motivera detta för patienten.

En husläkare framför dock att det borde vara remisskrav redan vid första besöket hos sjukgymnast. Anledningen är framförallt att husläkaren har en bättre diagnostisk kompetens, vilket kan minska företeelsen att sjukgymnastisk används som motion. Flera andra husläkare menar tvärtom att sjukgymnasten själv bäst avgör behovet av behandling.

3.3.4 *Långremiss*

Enligt husläkarna finns det inte alltid en medicinsk grund när långremisser beviljas. Vid åtskilliga tillfällen kräver patienten långremiss på grund av andra mer känslomässiga orsaker. Oftast handlar det om patienter som upplever behov av läkarkontinuitet. Framförallt tycks detta gälla patienter inom ÖNH-specialiten. Långremisser utfärdas således både på grund av både medicinska och humanitära skäl.

Fast långremisser inte finns när det gäller sjukgymnastik, berättar ett par husläkare att det händer att de skriver långremiss. Någon framför också att det borde vara möjligt att rekommendera återkommande behandlingar, exempelvis för vissa typer av kroniskt sjuka.

3.4 **Husläkarnas samordningsansvar**

Majoriteten av de intervjuade husläkarna menar att remisskravet inte påverkat husläkarnas roll i någon nämnvärd utsträckning. Flera husläkare anser dock att remisskravet är ett led i att förstärka husläkarens samordningsansvar. Dessa husläkare för fram att även om patienten oftast vill gå kvar hos sin specialist, så får husläkaren mer kännedom om patienterna i upptagningsområdet. På så sätt kan patienterna lättare söka kontakt med husläkaren i andra ärenden.

Resonemanget bygger, enligt intervjupersonerna, på att husläkarkåren utökas. Eftersom husläkarna upplever sig vara underbemannade, uttrycks det ofta som en lättnad om specialister åtar sig mycket patienter.

3.5 Kontakter mellan vårdgivarna

Generellt uttrycker de intervjuade att kontakterna mellan husläkarna och *specialisterna* inte har förändrats i och med remisskravet, varken när det gäller omfång eller innehåll. En intervjuad hävdar att kontakterna blivit fler, även per telefon. Ett par andra menar att remisskravet tvärtom motverkar gott samarbete, eftersom flera specialister anser att det är kränkande att "be om lov" för att kunna behandla sina patienter.

Flera husläkare berättar att det är svårt att säga nej till en begäran från en kollega. Hellre än att stöta sig, bekräftar man att långremiss behövs.

För patienter vid mottagningar utan egna *sjukgymnaster* är det upp till patienten att hitta en lämplig sjukgymnast, husläkarna remitterar ytterst sällan till en särskild vårdgivare. På samma sätt är det oftast patienten själv som tar kontakt med husläkaren när de åtta besöken är förbrukade. I de fall vårdcentralen har egna sjukgymnaster sker remisshanteringen direkt mellan sjukgymnast och husläkare.

När relationen mellan sjukgymnaster och husläkare kommenteras särskilt, upplevs den som infekterad. Det handlar om fall när läkarna inte funnit någon orsak till sjukgymnastik och avslår begäran. Vissa sjukgymnaster har då känt sig kränkta och ifrågasatta. Husläkarna tar överlag sällan kontakt med sjukgymnaster för att diskutera patientens problem. Likaså uppger husläkarna att de aldrig rekommenderar behandling på remiss till sjukgymnast. Däremot kommenteras ibland diagnosen.

3.6 Patientsammansättning

Patientsammansättningen har, enligt intervjuerna, inte förändrats även om fler patienter tar kontakt endast på grund av remissbehov. Ett exempel är att många patienter inte vet att de kan få sjukgymnastik åtta gånger utan remiss.

Flera husläkare anser att de flesta patienter får vård på rätt nivå. De patienter som är på fel vårdnivå uppges vara svåra att övertyga om detta.

3.7 Tillgänglighet och effekter för patienterna

De flesta intervjuade husläkare säger sig inte kunna bedöma huruvida remisskravet påverkar tillgängligheten och väntetider till vårdcentralen. En gemensam uppfattning är att tillgängligheten är ansträngd, men att den var så även innan remisskravet.

Flera husläkare har märkt att det nu är lättare att få tid hos både specialister och sjukgymnaster.² Upplevelsen av detta varierar dock mellan olika geografiska områden.

² Synpunkter om kortare köer framkom till exempel vid intervjuer i Nacka-området.

Många intervjuade påtalar att remisskravet inneburit en ökning av patienter som enkom tar kontakt på grund av ett remissbehov. Vissa uttrycker irritation över att patienter med etablerade läkarkontakter tvingas till en redan ansträngd husläkarmottagning. Detta skapar problem både för mottagningen och för patienterna som många gånger visar stark ilska.

3.8 Remisskravets inverkan på arbetet

De flesta intervjuade husläkare berättar att remisskravet inneburit en ökad arbetsbelastning, främst när det gäller administration. Däremot har flera svårt att särskilja hur mycket tid som härrör till remissarbetet respektive övrig administration. Åtskilliga uttrycker att en allt större del av fritiden måste läggas på administration. Någon framför att en ny rutin alltid innebär merarbete i början, men att det sedan blir en vana.

En befarad ökad arbetsbelastning utgörs av undersökningar av patienter som vill ha remisser, både nybesöks- och långremisser. Husläkarna har dock olika rutiner för huruvida en remissförfrågan måste leda till ett besök. Det vanligaste är att en patient som per telefon själv vill få en nybesöksremiss tas in för undersökning. En patient som söker om långremiss via den behandlande läkaren undersöks mer sällan. En husläkare berättar dock att hans mottagning nu har tagit ett principbeslut att alla patienter som vill ha remiss, inklusive långremisspatienter, ska komma på ett besök.

Endast ett fåtal husläkare säger sig ha vägrat patienter remisser. Oftast informerar husläkarna patienten om hur vården kan ges på husläkarmottagningen. Flera patienter låter sig då övertygas. De allra flesta husläkare påpekar att de aldrig går i konfrontation med patienten om remisser, utan hellre erbjuder remissen än startar en konflikt. Vid någon husläkarmottagning finns det en rutin att alltid diskutera eventuell remiss med mottagningens chef.

3.9 Sammanfattning

Skiljelinjen mellan negativ respektive positiv *uppfattning om remisskravet* är snarare ideologisk än grundad på vårdens verklighet. Knappt hälften av de intervjuade husläkarna är positivt inställda till remisskravet. Anledningen är främst att husläkarnas samordningsansvar har förstärkts. För att detta ska gå att genomföra fullt ut framförs det att husläkarkåren kraftigt behöver förstärkas. Vissa husläkare har också sett en ökad tillgänglighet till specialister och sjukgymnaster. De negativa synpunkter som framförs kring remisskravet handlar främst om att administrationen har ökat. Likaså att fler patienter ska besöka de redan ansträngda husläkarmottagningarna.

Medan privatläkarna ofta påtalar att det är diskriminerande att just ÖNH och hud är valda för remisskravet, så menar husläkarna att detta är rätt specialiteter om remisskravet ska finnas. Detta på grund av att många söker för åkommor hos dessa specialiteter.

Alla husläkare fick *information* om remisskravet, även om den framhålls som bristfällig i vissa avseenden. Fortfarande efterfrågas samlad skriftlig information.

Vid alla husläkarmottagningar finns någon form av *rutiner* för remisshantering. Den svaga punkten är bevakning och uppföljning av remissvar. Anledningen till detta uppges vara tidsbrist.

Giltighetstiden till specialister är, enligt intervjuerna, rimlig. Flera framför dock att långremisser inte behövs, eftersom det är den behandlande läkaren som bör bedöma behandlingens längd. När det gäller remiss till sjukgymnaster varierar uppfattningen. De flesta tycker att giltighetstid och antalet remissfria besök är rimligt. Någon framför att sjukgymnasterna själva bör göra hela bedömningen, andra att det är husläkaren som ska avgöra. Långremisser beviljas inte enbart av medicinska skäl, utan även av humanitära. Vissa läkare lyfter behovet av långremiss till sjukgymnaster.

Majoriteten av husläkarna hävdar att *kontakterna mellan vårdgivarna* inte har förändrats på grund av remisskravet. Möjligen uppkommer irritation mer ofta.

De flesta husläkare tar upp att remisskravet inneburit *administrativt merarbete*. Med hur mycket går dock inte att uppskatta. Ingen husläkare har resonerat om, och i så fall med hur mycket, remisskravet påverkar *kostnaderna* för husläkarmottagningen. Generellt är den direkta kostnaden antagligen låg och består av porto-kostnader samt omläggning av dataprogram. Den indirekta kostnaden i form av arbetstid, färre antal patientbesök per dag osv. kan dock antas vara betydligt högre.

Tillgängligheten till husläkarmottagningarna är ansträngd enligt de flesta intervjuade. Huruvida detta har förändrats eller inte beroende på remisskravet är svårt att uttala sig om. Däremot påtalar ett antal husläkare att tillgängligheten till sjukgymnastik och specialister markant har förbättrats.

Vissa *patienter* visar ilska och irritation över remisskravet. Precis som någon husläkare också påtalar, beror dock patienternas upplevelse främst på hur primärvården hanterar remisskravet; sätter husläkarmottagningen upp hinder eller underlättar de för patienten? De allra flesta husläkare vägrar aldrig remiss till en påstridig patient.

4 Sjukgymnasternas uppfattning

4.1 Övergripande synpunkter

De intervjuade sjukgymnasterna har olika åsikter om remissens vara eller inte vara. Vissa anser att remisskravet är en onödig administrativ pålaga, medan andra menar att remisser skapar ordning. Några sjukgymnaster vill inte behålla remisskravet, då de anser sig bättre kunna bedöma patienternas behov. Andra tycker att remisskravet kan träda in redan från första behandlingstillfället så att patientflödet lättare kan administreras och hanteras.

Positivt med remisserna är att besvären blir tydligt dokumenterade samt att patienter får ta eget ansvar genom att själva skaffa remissen. Det är bra att sjukgymnasten via remissen får kännedom om läkaren samt hur patientens besvär har undersökts och dokumenterats. Däremot kan det vara negativt att läkaren indirekt bedömer behandlingstidens längd, vilket blir fallet med ett partiellt remisskrav. Att remisserna innebär ett administrativt merarbete framförs också som negativt.

4.2 Information och kunskap

De flesta sjukgymnaster fick skriftlig information om remisskravet från Beställare Vård, men informationen föregicks av artiklar i facktidningar och diskussion mellan kollegor. Information från ledningen saknades av flera intervjuade på de privata mottagningarna. I ett fall kom informationen från en patient som läst om remisskravet på Internet.

Flera av de intervjuade sjukgymnasterna menar att informationen var otydlig. Förändringar skedde underhand, till exempel gällande antal fria besök och giltiga remittenter. Särskilt informationen till husläkarna upplevs som bristfällig, exempelvis har vissa läkare trots att de har betalningsansvar vid remiss till sjukgymnast. Det har därför hänt att sjukgymnaster har skickat utdrag ur bestämmelserna till läkare som vägrat skriva remiss. De intervjuades bedömning är att förändringen gick för fort och att tillämpningen inte var genomtänkt.

Bestämmelserna har dock klarnat efterhand och upplevs nu överlag som tydliga. Fortfarande kvarstår vissa frågor, exempelvis gällande kostnader för hemrehabiliteringspatienter och möjlighet för längre behandlingstider för kroniker.

4.3 Utformning och hantering av remisser

Åsikterna varierar om andelen remisser förändrats sedan kravet infördes. Någon mottagning har nu remiss på nästan alla patienter, medan däremot andra anser att andelen remissfria besök ökat. Skillnaden kan bero på de remitterande läkarna i området eller ökad specialisering bland sjukgymnasterna mot olika patientgrupper.

4.3.1 Rutiner

Majoriteten av sjukgymnastmottagningarna har en rutinpärm eller ett datajournal-system, vilket de likställer med skriftliga rutiner för remisshantering. Ett fåtal saknar dokumenterade rutiner, men menar likväl att de har ett väl utvecklat arbets-sätt. Olika system finns för registrering och påminnelser om antal kvarstående be-sök, från manuell genomgång varje vecka till påminnelser via dataprogram.

De flesta sjukgymnaster uppger att de som rutin frågar patienterna om de har be-sökt någon sjukgymnastmottagning under de senaste tolv månaderna. Antal gång-er som patienten besökt den andra mottagningen tar sjukgymnasten dock inte reda på. Några sjukgymnaster berättar att de har remisspatienter för bassängträning, samtidigt som patienten även får behandling hos annan sjukgymnast.

Sjukgymnasterna upplever att kraven på remissvar har ökat. En sjukgymnast be-riktar att läkarna förr inte ville ha remissvar. Hur sjukgymnasterna hanterar re-missvaren varierar dock. De sjukgymnaster som har datajournal gör journalan-teckningar efter varje besök. Behandlingsserien summeras sällan och behandling avslutas ofta utan att särskilt remissvar skrivs. Kontakt tas med läkaren om de ar-betar inom samma enhet eller om det är något särskilt med patienten. I andra fall görs en prioritering utifrån det enskilda fallet. En positiv aspekt, enligt de inter-juade, på att skriva remissvar är att remissvaren ”bekräftar det arbete som görs”.

4.3.2 Blankett och kombikod

Vilken remissblankett som används varierar bland remittenterna. En sjukgymnast uppskattade att en av fem använder den nya blanketten.

Remissblanketten uppfattas överlag som tydlig av de intervjuade sjukgymnaster-na. Remissen anses vara ett bra samarbetsdokument, om läkarna fyller i den på avsett sätt. Samtliga sjukgymnaster tar dock upp brister i detta. Patientens person-nummer, adress, telefonnummer och även läkarens kombikod kan saknas. Flera sjukgymnaster önskar mer tilläggsinformation till remisserna, exempelvis bilagor såsom röntgenutlåtande och operationsberättelse, vilket skulle underlätta behand-lingen. Remisser från ortopedläkare upplevs genomgående som bättre än från öv-riga läkare. Några sjukgymnaster efterlyser pedagogiskt bättre utformade blanket-ter, exempelvis plats för remissvar.

Få sjukgymnaster tycks egentligen ha reflekterat över kombikoden och de rea-gerar oftast inte om den saknas. Vid kontroll framkommer att den för det mesta finns med bland uppgifterna i läkarens stämpel eller så läggs den automatiskt in via datorn. Det finns dock sjukgymnaster som ringt läkare/mottagningar för att få koden. Problemet med saknade kombikoder upplevs som större med remisser från sjukhus och privata läkare än från husläkare.

4.3.3 Remissernas giltighetstid

Remiss till sjukgymnast gäller i sex månader från det att behandlingen har inletts eller högst nio månader från remissdatum. Det finns inga långremisser. De flesta intervjuade sjukgymnaster anser att remissens giltighetstid är rimlig. Likaså menar majoriteten att det är rimligt med åtta remissfria besök.

Flera sjukgymnaster för dock fram att det behövs längre giltighetstider, ungefär ett år, för vissa patientgrupper. Det handlar om personer med kroniska besvär eller sidodiagnoser som behöver återkommande behandlingar. Ofta tror läkare att långremisser finns, till exempel för reumatiker. I vilken omfattning patienterna skaffar sig ny remiss varierar mellan mottagningarna, från minst hälften till aldrig.

4.4 Husläkarnas samordningsansvar

De intervjuade sjukgymnasterna upplever överlag inte att husläkarnas roll har förändrats i och med remisskravet. Några menar att läkarna nu har ett större ansvar för rehabilitering. Det varierar dock om, och hur, läkarna tar detta ansvar. Vårdkedjan mellan husläkaren och sjukgymnasten har också förändrats, genom att patienterna nu i större utsträckning har haft en läkarkontakt och en bedömning har gjorts av deras besvär.

Åsikter finns om att sjukgymnasterna i dag får ta ett stort ansvar för att sätta gränser för behandlingar. Ett ansvar som flera anser att läkarna borde ta, eftersom de skriver remissen. Istället upplever sjukgymnaster att läkare ofta beaktar patientens önskemål och diagnos, istället för att tänka på nyttan med behandlingen. De flesta sjukgymnaster hävdar att ingen patient blir nekad sjukgymnastik av en läkare.

4.5 Kontakter mellan vårdgivarna

Husläkare skriver den större andelen av remisserna för sjukgymnastik. I norra och södra sjukvårdsområdet står husläkarna för uppskattningsvis 80 procent av remisserna, medan resterande kommer från sjukhus och privata specialister. I Stockholms innerstad bedöms fördelningen vara något annorlunda, eftersom det finns fler privata specialister. En sjukgymnast uppskattar fördelningen till hälften husläkare och hälften övriga vårdgivare. Detta varierar dock mellan sjukgymnasterna beroende på vilka patientgrupper de är specialiserade på att behandla.

Kommunikationen mellan husläkaren och sjukgymnasten har inte förändrats genom remisskravet, förutom att fler remissvar skrivs. Lokala organisationsförändringar har inneburit att kommunikationen har försämrats på vissa håll. Kommunikationen då sjukgymnast och husläkare arbetar på samma enhet beskrivs som mycket god.

De tillfrågade sjukgymnasterna tror inte att det är vanligt att husläkaren skriver ut remiss utan att ha träffat patienten. Det förekommer dock för enstaka kända kroniska patienter som behöver få remissen förnyad.

Det händer att läkare föreslår behandling, till exempel bassängträning. Hur sjukgymnasterna hanterar detta beror delvis på hur remissen uppfattas. Ibland kan det vara bra råd, speciellt om det kommer från ortopedkliniker. Sjukgymnasterna gör dock alltid en egen bedömning av vilken behandling som är lämplig. Problemet är att patienten ofta har bestämt sig för vad som behövs utifrån läkarordinationen.

4.6 Patientsammansättning

Sjukgymnasterna har svårt att uppskatta om antalet besök eller patienter har förändrats efter införandet av remisskravet. Statistik saknas, men de flesta menar att antalet besök inte har påverkats av kravet. Antalet sjukgymnastmottagningar uppges ha minskat i Stockholmsområdet, på grund av förändrad regler för etableringsrätt och nya avtal. Däremot har antalet besök ökat hos de sjukgymnaster som finns kvar. Endast en sjukgymnast tror att antalet besök kan vara färre nu, eftersom det var lättare för patienten att komma tidigare.

De flesta sjukgymnaster anser inte heller att patientsammansättningen har förändrats i och med remisskravet. Endast en sjukgymnast i centrala Stockholm upplever att det är fler specialistfall än tidigare. Uppfattningen är att personer som söker primärvård är sjukare än tidigare, på grund av att fler med stora vårdbehov bor hemma. Det visas bland annat genom att det finns fler kroniker bland sjukgymnasternas patienter än för tio år sedan.

Väntan på att få komma till husläkaren kan leda till att patienter får sjukgymnastisk behandling i ett senare skede och att de då kan vara i sämre skick, vilket gör att behandlingstiden förlängs.

Nästan alla sjukgymnaster uppger att det finns skillnad mellan de patienter som kommer via remiss och de som kommer själv för behandling åtta gånger. De patienter som kommer utan remiss har ofta inte varit till sjukgymnast tidigare. Vanligen är det yngre personer som vill förbättra sin livsstil. Det kan också vara personer med enklare belastningsskador, whiplashskador, spänningshuvudvärk, nackspärr, diskbråck, ont i axlar, bäckenbottenträning osv.

Med remiss kommer däremot kroniker, akutfall, ortopedifall, nyopererade osv. Några sjukgymnaster anser dock att det inte är någon skillnad i diagnoser mellan de som kommer med remiss och övriga. Om remiss krävs för hemrehabiliteringspatienter är flera sjukgymnaster osäkra på.

4.7 Tillgänglighet och effekter för patienterna

Sjukgymnasterna är eniga om att tillgängligheten till sjukgymnastik inte har påverkats av remisskravet. Däremot har alla mottagningar väntetider. Den genomsnittliga behandlingsserien varierar mellan mottagningarna. För några är det 6-7 och för andra 8-10 gånger. Ett par sjukgymnaster anser att remisskravet kan ha påverkat behandlingsseriernas längd så att de tenderar att bli kortare. Det är också lättare att avsluta och begränsa antalet patientbesök, med den naturliga gräns som finns idag. Övriga sjukgymnaster menar dock att behandlingstiden inte förändrats, utan att patienten avslutas när han/hon är färdigbehandlad.

För patienterna innebär remisskravet ofta frustration och oro innan remissen beviljas. Sjukgymnasterna får lägga mycket tid på att förklara remisskravet för patienterna. Patienten skaffar vanligen remissen, men vid förlängning förekommer det att sjukgymnasten skickar ett brev till läkaren med en rekommendation. I de geografiska områdena är det olika lätt för patienten att få kontakt med en läkare för att få remiss. I vissa ytterområden är väntetiden för ett läkarbesök inom primärvården tre månader, medan det i innerstan inte är några problem att få remiss eftersom det finns många privata specialister.

Sjukgymnasterna tror att det endast är få patienter som byter sjukgymnast istället för att skaffa remiss. Att det har hänt bekräftas av en av de intervjuade som har tillgång till sex olika mottagningars journaler och därför kan se att det förekommer i enstaka fall.

Några sjukgymnaster upplever att remisskravet hjälper dem att motivera patienterna att ta ansvar för sin egen träning efter åtta besök. Flera sjukgymnaster nämner dock som ett problem patienter som ser det som sin rättighet att kontinuerligt få sjukgymnastik. Diskussionen är speciellt vanlig om patienten har fått frikort. Det framförs därför som bra att vissa patienter måste skaffa remiss för att kunna gå kvar. Nackdelen är att deras behov av sjukgymnastik blir hårdare förankrat i medvetandet. Remissen blir för patienten en markering om hur allvarliga problem de har och patienten kan bli mer påstridig.

Flera sjukgymnaster uppger också att det kan vara svårare att ge färre behandlingar eller avsluta en behandling om patienten kommer med remiss än annars. Om patienten har remiss vid första besöket är det vanligen inga problem, men svårigheter kan uppstå om olika bedömningar görs av läkaren och sjukgymnast vid t ex behov av varmvattenbassäng.

4.8 Remisskravets inverkan på arbetet

De intervjuade sjukgymnasterna upplever inte att arbetet har förändrats i och med remisskravet, men däremot att administrativa arbetsuppgifter och informationsansvaret har ökat. Mer tid går också åt till att få tag i läkare vid oklarheter eller då remissen ska förlängas.

Det är olika varifrån man tar tiden för att sköta den ökade administrationen. Ett fåtal av sjukgymnasterna skriver i journalen under patientbesöket, vilket gör att patienterna får kortare behandlingstid per gång och istället ökas antalet behandlingstillfällen. De flesta sjukgymnasterna uppger att den extra administrationen sköts på den egna fritiden.

Den stora efterfrågan på sjukgymnastbehandling under de senaste åren har lett till ett ändrat arbetssätt. Behandling i grupp har blivit vanligare för till exempel strokepatienter, långtidssjukskrivna, överviktiga och diabetiker. Ett annat exempel är en mottagning där alla patienter endast behandlas ett bestämt antal gånger på träning i bassäng, oavsett diagnos eller om patienterna har remiss. Flera sjukgymnaster beskriver att de strävar efter så korta behandlingstider som möjligt. Det nämns speciellt av sjukgymnasterna inom primärvården.

4.9 Sammanfattning

Sjukgymnasternas *uppfattning* om remisskravet varierar. Flera tycker att det är negativt och hänför till administrativt merarbete och att läkare dikterar behandlingstiden på ett annat sätt än förr. Flera intervjuade påtalar att Beställare Vård saknar kontrollinstrument och att de därför inte känner sig motiverade att följa vissa regler som skapar merarbete, till exempel kontrollera kombikoder. Men det finns också positiva åsikter. Framförallt handlar det om att patientflödet är lättare att hantera, patienten får ta ett större eget ansvar för sin behandling och att besvären blir ordentligt undersökta och dokumenterade.

Sjukgymnasterna påpekar att *informationen* kring remisskravet var otydlig och otillförlitlig. Fortfarande kvarstår vissa frågor och sjukgymnasterna menar att särskilt husläkarna bör informeras om vad som gäller idag.

De *rutiner* som finns kring remisshanteringen upplevs som tillräckliga, men är inte alltid skriftliga. Remissvar fallerar ofta. Sjukgymnasterna framför också att remissen rätt ifylld kan vara ett bra samarbetsdokument, men att information ofta saknas. Likaså önskar flera sjukgymnaster tilläggsinformation såsom till exempel röntgenutlåtande.

Om remisser ska finnas är dagens *giltighetstider* lämpliga. Dock vill sjukgymnasterna att det ska finnas möjlighet för långremisser åt vissa kronikergrupper.

De flesta sjukgymnaster hävdar att varken *kommunikationen* med andra vårdgivare eller husläkarens *samordningsroll* har förändrats i och med remisskravet. Sjukgymnasterna menar att de får ta ett stort ansvar för att sätta gränser mot patienten, ett ansvar de anser att husläkarna borde ta.

Det är svårt att uttala om, och i så fall hur, de faktiska *kostnaderna* har ökat på grund av remisskravet. Några ekonomiska eller statistiska sammanställningar finns inte för den aktuella tiden på mottagningarna. Om merkostnader uppstått är de troligen dolda. Arbetstiden för den ökade administrationen och de extra behandlingstillfällen som kan bli följden av kortare behandlingstid vid varje patientbesök vägs antagligen upp av kortare behandlingsserier på andra mottagningar. Ett ändrat arbetssättet på mottagningarna och större eget ansvar för patienten skulle kunna leda till kostnadsminskningar. Speciellt gäller det behandlingen av kroniker, där arbetssättet varierar mycket och kostnaderna är höga.

Sjukgymnasterna upplever att *tillgängligheten* inte förändrats sedan remisskravets införande, något som vissa husläkare hävdar. Patienterna beklagar sig ofta över remisskravet till sjukgymnasterna. Ett problem är husläkarmottagningarnas otillgänglighet.

5 Specialisternas uppfattning

5.1 Övergripande synpunkter

Det är svårt att hitta en *privatläkare* bland de intervjuade som är odelat positiv till remisskravet. Den allmänna uppfattningen är att kravet tillkom för att ”komma åt privatläkarna”. Flera uppger att remisskravet har tagit bort arbetsglädjen och skapat stress och frustration. Privatläkarna känner sig misstrodda, och menar att landstinget verkar tro att privatläkare tjuvhåller på enklare patienter. Likaså upplevs det som kränkande att inte bli betrodd att göra bedömningar av egna patienters behov.

De få positiva kommentarer som framkommer handlar om att det finns mer kontakt idag mellan husläkare och privatläkare, främst skriftlig. Detta ger en känsla av mer samordning kring patienterna. En annan positiv kommentar är att det är lättare att styra patienterna till lämpliga besökstider, eftersom akutpatienter nekas tillträde i större utsträckning.

De flesta privatläkare väntar sig att remisskravet ska försvinna inom kort tid. Flera tar upp att beställarkontoret saknar kontrollmekanismer och ställer sig frågan varför remisskravet då ska efterlevas?

Generellt är läkare på *sjukhusklinikerna* positiva till nybesöksremissen, som i princip även fanns tidigare, men negativt till långremissen. Långremissen anses skapa administrativt merarbete. Den rådande uppfattningen är att det borde vara upp till behandlande läkare att besluta tid för behandlingen av den specifika åkomman. Nybesöksremissen är viktig eftersom patienterna då prioriterats i viss utsträckning samt att behandlingar beskrivs.

5.2 Information och kunskap

Överlag anser specialistläkarna att införandet av remisskravet var otillräckligt annonserat. Privatläkarna framför att det var svårt att hantera redan inplanerade patienter och behandlingar. Det finns några få exempel på specialister som tycker att informationen var tillräcklig. Dessa läkare har överlag mer kontakt med Beställare Vård än övriga, exempelvis genom olika former av projektgrupper.

De flesta specialister hörde först talas om remisskravet via massmedia. Därefter kom skriftlig information från Beställare Vård, bland annat i kontorets nyhetsbrev. Merparten av de intervjuade privatläkarna berättar att de deltog på informationsmöte på beställarkontoret. Flera specialister på sjukhusen beskriver att klinikerna fick lägga ner tid på att söka information på egen hand, via exempelvis Internet.

Remisskravet upplevdes också som dåligt förberett. Det märktes inte minst på att reglerna ändrades efterhand, exempelvis gällande andelen akutpatienter, giltighetstider, vem som har rätt att remittera osv. På sjukhusen svävade personalen ett tag i ovisshet om långremisskravet även gällde för klinikerna eller bara för privatläkarna. Generellt upplever de intervjuade att Beställare Vård inte var lyhörda för synpunkter under införandet.

På sjukhusen uppger de intervjuade att man idag har tillräcklig kunskap för att hantera systemet. Privatläkarna menar dock att informationen fortfarande är otillförlitlig. Flera framför att det ges olika besked beroende på vem man talar med vid Beställare Vård. Av den anledningen efterfrågas mer skriftlig information, exempelvis om kostnader vid besök för remiss respektive första besöket hos specialist, listor över godkända remittenter, kombikakoder samt kontaktpersoner vid frågor.

5.3 Utformning och hantering av remisser

Alla intervjuade är överens om att antal remisser har ökat sedan remisskravet. Vissa uppger att de kan visa den exakta ökningen, men de allra flesta har inte några statistiska belägg.

5.3.1 Rutiner

Alla specialistläkare har tidigare hanterat remisser i någon form. Privatläkarna fick ofta remisser från primärvården och alla sjukhus hade i princip krav på remiss för nya patienter. Rutiner för hantering fanns således redan på de flesta mottagningar/kliniker.

Sjukhusklinikerna har väl utarbetade rutiner för nybesöksremisser enligt SOSFS 2004:11. Detsamma har flera privatmottagningar, främst de större. De mindre mottagningarna har inte alltid samma formaliserade rutiner. Följande punkter ger en förenklad bild av hanteringen av nybesöksremisser:

1. Remiss inkommer
2. Medicinsk prioritering görs av vårdpersonal (i de flesta fall läkare)
3. Remiss läggs in i journal/datasystem
4. Patienten kallas per brev (ofta ringer patienten tidsbeställningen och ändrar tiden)
5. Remissen plockas fram till respektive läkare inför besöket
6. Remissvar skrivs, vanligen efter första besöket

Rutiner för långremisser har inte funnits tidigare och har också varit svårare att hitta. Nedan beskrivs schematiskt rutiner för långremisser, innan ovan sex steg infaller:

- a. Behov av långremiss uppstår
- b. Vårdpersonal eftersöker vilken husläkarmottagning som ska ha begäran om remiss
- c. Läkare signerar journal, långremiss osv.
- d. Administratör skriver ut journal, långremiss samt postar denna
- e. Förfrågan kommer tillbaks (datumstämplas, ankomstregistreras)

Både privatläkare och sjukhusläkare uppger att nybesöksremiss samt svar om långremiss ofta fastnar på husläkarmottagningen. I dessa fall måste mottagningen söka husläkaren per telefon för att skynda på processen.

Enligt intervjuerna skrivs alltid remissvar. Däremot sker sällan en återkoppling mellan specialist och husläkare efter det att remissvaret skickats iväg. En privatläkare säger till och med att remissvaren antagligen inte läses, eftersom samma typ av problem skickas på remiss även om remissvaret tydligen anger att detta inte behöver behandlas av specialistläkare.

5.3.2 Blankett och kombikod

Ingen specialistläkare framför någon synpunkt på blankettens utformning, varken när det gäller remiss för nybesök eller långremiss. Formuleringarna uppges dock ofta vara så knapphändig att det är svårt att med remissen som grund prioritera.

Blanketten för långremiss spreds inte på ett systematiskt sätt till alla berörda. Några specialister hittade blanketten av en slump på nätet, andra fick den tillsänd av en husläkare. Idag används den av de flesta intervjuade.

Huruvida kombikoden finns med på remisserna eller inte varierar. I de fall kombikoden inte stämplas eller finns med automatiskt i utskriften, händer det att den är oläslig. Överlag uppger de intervjuade att detta dock har förbättrats under den senaste tiden. Om inte koden finns med tar mottagningen reda på aktuell remittents kod.

5.3.3 Giltighetstid

Giltighetstiden för remisser ändrades i slutet av 2004. Nybesöksremiss är nu giltig i tolv månader från det datum remissen utfärdats och gäller i arton månader från och med patientens första besök. En långremiss som gäller i tre år kan skrivas om patienten har behov av behandling under en längre tid.

Om remisskravet ska finnas kvar menar de flesta intervjuade att giltighetstiden för nybesöksremiss är rimlig. Den giltighetstid som gällde från början var för snäv. Flera framför dock att tre år är för kort tid för kroniker, eftersom dessa med stor sannolikhet behöver behandling under hela livet. Några intervjuade är rädda för att begränsningarna kommer att innebära merarbete för kliniken, eftersom patienterna måste påminnas om att söka långremiss.

5.3.4 Långremiss

De intervjuade vid de flesta större privatläkarmottagningarna samt samtliga sjukhuskliniker uppger att de, med varierande grad av enkelhet, kan ta fram fördelningen mellan långremisser och nybesöksremisser. De flesta mindre privata mottagningarna har svårare för detta.

Andelen långremisser varierar från mottagning till mottagning. Privatläkarna inom *hud* uppger att upp till 60 procent av deras patienter kommer via långremisser. När det gäller hudklinikerna vid sjukhusen är andelen mellan 10 och 30 procent. Av patienterna inom privata *ÖNH*-mottagningarna uppges mellan 20-40 procent ha långremiss. På sjukhusklinikerna är fördelningen annorlunda. I KS Solna har praktiskt taget alla patienter långremisser. Däremot finns det endast ett fåtal

patienter med långremiss på KS Huddinge, eftersom verksamheten är kirurgiskt orienterad. Den intervjuade läkaren på Södertälje sjukhus är osäker på hur fördelningen ser ut.

Det främsta skälet till långremiss är, enligt intervjuerna, medicinska. Dock förekommer att långremisser efterfrågas på grund av andra skäl. Det kan till exempel vara patienter som gått väldigt länge hos samma privatläkare, patienter med psykosociala problem, äldre patienter osv. Det bedöms då inte som rimligt att läkarkontinuiteten ska brytas.

Att efterfråga en långremiss upplevs av sjukhusläkarna samt de flesta privatläkare som ett expeditionsärendet. Endast vid ett sjukhus har det förekommit att husläkare har nekat långremisser. Det har då handlat om efterkontroller av öronkirurgi.

Även privatläkarna inom hud framför att långremisser vanligen beviljas. Privatläkarna inom ÖNH uppger i större utsträckning att långremisser avslås.

Genomgående anser de intervjuade läkarna att det är "kränkande" att behöva motivera behovet av långremiss. Det upplevs som märkligt att patienter som de kanske vårdat i över femton år nu ska behöva gå till en husläkare som de kanske aldrig träffat.

5.4 Husläkarens samordningsansvar

Majoriteten av de intervjuade specialisterna märker inte att husläkarens roll har förändrats i och med remisskravet. Vid diskussioner framkommer dock att specialisterna ser att husläkare hanterar remisskravet på olika sätt. De flesta tror att husläkarna inte träffar de patienter där specialister efterfrågar långremiss. Anledningen är, enligt de intervjuade, att få husläkare skulle sätta sig över en specialists om-döme.

Ibland träffar husläkarna, enligt intervjuerna, inte heller patienter som själva ring-er och vill ha en nybesöksremiss. Ofta bottnar detta i mycket pressade arbetssitua-tioner. Husläkarna tycks mer ofta träffa patienter med öron-näsa-hals bekymmer.

5.5 Kontakter mellan vårdgivarna

Ingen *privatläkare* uppger att kontakterna med husläkarna har förbättrats i och med remisskravet. I flera fall berättar de intervjuade istället att kontakterna har försämrats. Remisskravet ger "grus i maskineriet" och skapar "irritation". Några framför att kravet uppmuntrar revirtänkande.

Relationen mellan husläkare och privatläkare tycks dock mer påverkas av andra förutsättningar än remisskravet. De intervjuade upplever till exempel husläkarkåren som instabil, vilket försvårar kontakterna. Hos flera, framförallt i söderort, finns irritation för att husläkarna har dålig tillgänglighet, både för patienter och för läkare.

En annan förändring som påverkat kontakterna är att privatläkare nu tar emot re-miss från hela landstinget, inte bara mottagningens närområde. Det blir på så vis fler husläkare att ha kontakt med och privatläkare anser att de inte längre kan ge varje husläkare samma service.

Alla intervjuade specialister vid *sjukhusklinikerna* uppger att de har bra kontakter med husläkarna, vilket inte påverkats av remisskravet. Flera specialister träffar regelbundet husläkare på de utbildningar som klinikerna arrangerar för allmänläkare, vilket underlättar samverkan.

5.6 Patientsammansättning

Spontant uttrycker de *privata specialisterna* att patientsammansättningen inte förändrats nämnvärt på grund av remisskravet. Hudspecialisterna framför dock att de sett en minskning av acnepatienter, som de tror beror på att dessa patienter inte längre i samma utsträckning beviljas nybesöksremiss. Inom öron-näsa-hals uppger några läkare att familjer med så kallade ”öronbarn” på samma sätt har fått svårare att vända sig till dem.

Flera intervjuade påpekar att patienternas problem ofta har förvärrats, eftersom det tar längre tid innan de får specialistvård. Andra har intryck av att det är enklare fall nu, eftersom det var lättare att per telefon med patienten avgöra om de kunde få vård hos husläkare i stället.

Även specialisterna vid *sjukhusklinikerna* uppger att patientsammansättningen inte förändrats. Flera intervjuade betonar att undervisningsklinikerna inte kan specialisera sig mer än vad som redan skett. För undervisningssyfte behövs även en viss mängd enkla åkommor.

5.6.1 Utrymme för patienter utan remiss

Det tycks vara svårt, både för privatmottagningarna och för klinikerna, att enkelt ta fram statistik på hur stor andel av deras patienter som inte har remiss. Någon privatläkare tror att det rör sig om ungefär fem procent, någon säger att det är färre, någon att det är fler. Öron-näsa-hals läkarna ger uttryck för ett större behov av att ta emot patienter akut. Det handlar då oftast om barn.

Den genomgående åsikten är att specialisterna hjälper de patienter som de anser behöva hjälp, oavsett om det finns utrymme kvar för patienter utan remiss eller inte. Alla intervjuade, utom en, säger sig tumma på utrymmet av ”humanitära och förnuftsmässiga skäl”.

5.7 Tillgänglighet och effekter för patienter

Även när det gäller väntetider har de *privata specialisterna* olika lätt att ta fram statistik. De flesta intervjuade uppger att väntetiderna minskade inledningsvis, eftersom patienterna behövde vända sig till husläkaren för remiss. Nu är de flesta väntetider dock tillbaks till de ursprungliga nivåerna. För vissa mottagningar har väntetiderna ökat, eftersom personalen lägger så mycket tid på administration att antalet besök per dag har minskats.

För vårdgivare med avtal beror väntetiderna i högre grad på det antal patienter som ersätts, än på remisskravet. Flera hävdar att efterfrågan av vård har ökat, eller till och med upplevs som ”oändligt”.

De intervjuade vid *sjukhusen* uppger att klinikerna kan ta fram statistik över väntetider. En intervjuad läkare säger att kliniken har svårare att bedriva arbetet effek-

tivt, eftersom de inte kan fylla upp återbud med patienter som själva söker sig till sjukhuset. Det är dock svårt att särskilja om förändrade väntetider beror på remisskravet eller på andra förändringar. Flera kliniker har fått förändrade beställningar, både minskade och ökade. Likaså påverkar sammanslagningen till Karolinska sjukhuset samt att dess akutmottagning för ÖNH nu är stängt kvällar, nätter och helger.

Generellt anser de intervjuade läkarna att remisskravet innebär en besvärlig process för patienterna. Framförallt är det ofta svårt för äldre att förstå varför de måste ta kontakt med en husläkare. De yngre patienterna uttrycker frustration, eftersom det innebär att mer tid tas från deras arbetstid.

Specialisterna berättar att patienterna ofta upplever husläkarna som otillgängliga och stressiga. Detta varierar givetvis från husläkare till husläkare och det blir på så sätt en slump hurvida patienten tas om hand av en initierad husläkare eller inte. Likaså påtalar specialisterna att de patienter som kan föra sin talan, lättare får en remiss än patienter som har svårare att ställa krav.

5.8 Remisskravets inverkan på arbetet

Praktiskt taget alla intervjuade specialistläkare uppger att remisskravet innebär administrativt merarbete. Flera uppskattar det till så mycket som en timme extraarbete per dag, något som oftast tas från fritiden. Det finns dock inga belägg för detta i form av exempelvis tidsanvändningsstudier.

Merarbetet består av att göra journalkopior, registrera remisser, kalla patienter, leta kombikoder, besvara remisser osv. Dessutom får personalen ta sig mycket tid för att förklara vad remisser innebär för patienter, som ofta är arga, ledsna och upprörda.

Ökade kostnader har uppkommit på grund av remisskravet i form av omläggning av dataprogram, frimärkskostnader osv. Mer betydelsefullt är dock att patientintäkter har minskat, eftersom specialisterna inte hinner ta emot lika stort antal patienter.

5.9 Sammanfattning

De privata specialisterna är överlag negativa till remisskravet, som man anser dels innebär administrativt merarbete, dels är en missförtroendeförklaring mot läkarnas specialitet. Privatläkarna har olika sätt att hantera remisskravet. Flera menar att kravet inte behöver följas till punkt och pricka eftersom beställarna ändå inte har någon kontrollmöjlighet. Någon annan prioriterar utomlänspatienter, där det administrativa arbetet är avsevärt mindre. De få positiva kommentarer handlar om att samordningen mellan husläkare och specialist har förbättrats samt att det är lättare att planera det egna arbetet.

Specialisterna vid sjukhusklinikerna är positiva till nybesöksremisser som innebär en nödvändig första prioritering av patienter. Däremot är specialisterna negativa till långremisser som innebär administrativt merarbete. Dessutom upplever några det som kränkande att specialisterna inte själva får bedöma behandlingstidens längd.

Genomgående hävdar specialisterna att remisskravet var otillräckligt annonserat, dåligt förberett och att *informationen var undermålig*. Även om reglerna nu klarat, efterfrågar specialisterna fortfarande samlad skriftlig information.

Oftast finns *rutiner* för att hantera remisser på de intervjuade läkarnas mottagningar/kliniker. Specialisterna hävdar att remissvar alltid skrivs, något som husläkarna säger inte görs, se föregående avsnitt. Om nybesöksremisser ska finnas är *giltighetstiden* rimlig. Tre år uppges dock vara för kort tid för vissa kroniker. Alla intervjuande, utom en, säger att de tummar på femprocentnivån på grund av humanitära skäl.

Specialisterna påtalar att *administrativt merarbete* tillkommit på grund av remisskravet. Direkta kostnader finns i form av omläggning av dataprogram och porto. Några uppger att patientintäkterna har minskat, eftersom de inte längre hinner behandla samma antal patienter per dag.

De flesta specialister menar att *kontakterna med husläkarna* inte förändrats i och med remisskravet. Inte heller har husläkarnas samordningsansvar påverkats. Specialisterna påpekar att husläkarna ofta beviljar remisser över telefon.

Patientsammansättningen har enligt intervjuerna inte förändrats nämnvärt. Hudspecialisterna tycker sig ha märkt färre acnepatienter och ÖNH färre så kallade "öronbarn". Inte heller *tillgängligheten* har påverkats i någon större utsträckning. Läkarna berättar att de ofta får höra hur patienterna upplever att remisskravet är besvärligt och frustrerande.