

*Handläggare:
Göran Rådö*

Remisskrav för vård hos vissa specialistläkare samt sjukgymnaster

Ärendet

Landstingsfullmäktige har beslutat att remiss från husläkaren ska vara en förutsättning för vård hos vissa andra specialistläkare samt hos sjukgymnaster. I detta ärende läggs fram förslag om utformningen av remissregler avseende sjukgymnastik. Vidare anges en inriktning av det fortsatta arbetet med regler beträffande remiss till specialistläkare. Mera konkreta förslag kommer successivt att läggas fram efter det samrådsförfarande med berörda intressenter som inletts. För privata läkare inom specialiteten allmän medicin föreslås att dessa erbjuds vårdavtal som klargör deras rätt att ta emot patienter och remittera till annan specialist och sjukgymnast.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsutskottet föreslår landstingsstyrelsen besluta

- att* remiss från läkare eller tandläkare ska vara en förutsättning för landstingsfinansierad behandling av sjukgymnast från och med den nionde behandlingen i en behandlingsserie
- att* remisskravet för sjukgymnastik ska gälla från och med den 1 april 2004
- att* remiss inte ska krävas vid sjukgymnasts behandling av barn och ungdomar under 18 år
- att* remisskravet avseende specialistläkare införs successivt under 2004 med start tidigast den 1 april och på sätt som senare kommer att fastställas
- att* det fortsatta arbetet med att utarbeta förslag till regler för remisskrav vid behandling hos vissa specialistläkare ska bedrivas med den allmänna inriktning som anges i detta tjänsteutlåtande samt
- att* erbjuda specialister i allmänmedicin med ersättning enligt nationella vårdtaxan vårdavtal.

Vidare föreslås att utskottet omedelbart justerar sitt beslut.

Förvaltningens synpunkter

Budget 2004

I budget 2004 anges följande:

Husläkarens roll som samordnare bör förstärkas och regler införs som innebär att övriga specialisläkare och andra vårdgivare i princip endast tar emot patienter som först bedömts av sin husläkare. Remiss från husläkare skall i princip vara en förutsättning för vård av specialisläkare och sjukgymnast med de undantag som lagen anger och med de principer och regler som landstingsstyrelsen fastställer. Vid utarbetandet av de nya reglerna skall även en annan läkare än en specialist i allmänmedicin under vissa förutsättningar kunna överta husläkarens samordnarroll.

Av budgeten framgår vidare att förändringen av husläkarens roll, förändringar av vårdgarantin samt tillämpning av tydliga prioriteringsprinciper beräknas medföra besparingar om 150 miljoner kronor år 2004 och 200 miljoner kronor fr o m år 2005. Av besparingen avser 50 miljoner kronor indragning av tidigare centralt budgeterade medel för att finansiera vårdgarantiåtgärder. De åtgärder som föreslås i detta tjänsteutlåtande ska sålunda leda till minskade kostnader motsvarande 100 miljoner kronor år 2004.

Allmänna förutsättningar och synpunkter

Tanken att vårdcentralen och husläkaren ska vara den vårdgivare man i första hand vänder sig till vid sjukdom har starkt stöd i olika sjukvårdspolitiska dokument och beslut på nationell och landstingsnivå. Den närsjukvårdsutredning som pågår betonar husläkarens roll som en central aktör i den lokala vården med ett ansvar för att samordna de insatser patienten behöver. I de vårdprogram som tas fram för olika sjukdomsgrupper beskrivs arbetsfördelningen mellan olika vårdgivare. Där anges vilka utredningar och undersökningar som ska ske i primärvården innan den mer specialiserade vården eventuellt kopplas in. I vårdavtal med husläkarmottagningar och specialistmottagningar finns inskrivet att dessa riktlinjer ska följas. För en stor del av vården gäller således redan att fungerande samverkansrutiner finns mellan husläkare och specialisläkare. Det finns ingen statistik som visar hur stor andel av besöken hos specialisläkare och sjukgymnaster som sker efter remiss. Antalet besök hos specialisläkare och sjukgymnast per invånare i Stockholms län är dock betydligt högre än genomsnittet i landet. När de ekonomiska restriktionerna gör en reduktion av kostnaderna nödvändig är det rimligt att en minskning sker av besöken hos specialisläkare och sjukgymnaster. Den fastställda budgeten innebär en minskning av antalet läkarbesök vid akutsjukhusen vilket kommer att leda till att fler patienter söker sig till specialister utanför sjukhusen. Genom remisskrav ökar förutsättningarna för att endast patienter som inte kan tas om hand av husläkaren ges specialistvård. Den ökade arbetsinsats detta medför för husläkarna måste mötas genom en fortsatt

successiv utbyggnad, bättre utnyttjande av privata specialister i allmän medicin samt genom att fler patienter ges rådgivning av sjuksköterska och information om egenvård.

De nya reglerna för remiss bör genomföras parallellt med insatser för att utveckla samarbetet mellan husläkarna och enskilda specialister. Även samarbetet mellan specialisterna på sjukhusen och utanför sjukhusen kan utvecklas ytterligare. Det finns redan idag goda exempel på sådan samverkan t ex mellan Södersjukhuset och Farsta läkarhus.

Formella förutsättningar

Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning anger i 3 § att ett landsting som villkor för att lämna läkarvårdsersättning enligt denna lag får kräva remiss för vård hos en privat verksam läkare med specialistkompetens under förutsättning att remisskrav gäller för motsvarande vård hos en specialist inom landstinget. Remiss får dock inte krävas för läkarvård inom specialistkompetenserna barnmedicin, gynekologi eller psykiatri. I förarbetena till lagstiftningen förutsätts också att remisskrav inte kan vara aktuellt för vård hos specialist i allmän medicin. Alla läkare med rätt till ersättning enligt vårdtaxan har rätt att remittera patienter för laboratorie- och röntgenundersökningar.

Lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik anger i 3 § : Om det krävs remiss från läkare eller tandläkare för sjukgymnastik inom landstinget, gäller det kravet även för sjukgymnastikersättning enligt denna lag.

Lagarna innehåller ingen närmare bestämmelse för vem som ska ha befogenheten att utfärda remiss utan här har landstingen stor frihet att själva bestämma detta. Det finns därför inget som hindrar att landstinget bestämmer att en remiss för att vara giltig skall vara utfärdad av en husläkare eller vissa specialistläkare.

Landstinget kan i reglerna undanta fler specialiteter än de i lagen uppräknade från remisskravet. Det viktiga är dock i så fall att samtliga läkare inom denna specialitet undantas. Det är inte möjligt att göra selektiva undantag för läkare inom visst geografiskt område eller för läkare som har en definierad roll i närsjukvården el dyl. Däremot kan det inte vara något som hindrar att remisskravet t ex inte gäller barn under en viss ålder eller patienter med akuta tillstånd om bara definitionerna är tydliga.

Syftet med att införa remisskrav är att endast patienter som behöver den särskilda kompetens som specialisten besitter ska behandlas av denna. Husläkarens roll är att bedöma om behandlingen kan göras av husläkaren eller om patienten behöver undersökas och behandlas av specialist. Det krävs alltså i regel att patienten undersöks av husläkaren som sedan tar

ställning till vidare åtgärd. Resultatet av undersökningen och beslutet att utfärda remiss ska dokumenteras i patientens journal. En remiss ska innehålla en frågeställning eller en begäran att viss undersökning eller behandling ska genomföras. En remiss förutsätter också att remittenten får svar från specialisten som också ska tillföras patientjournalen. En kungörelse från Socialstyrelsen (SOSF 1979:77) beskriver läkares ansvar för remitterade patienter. Där klargörs såväl mottagande läkares ansvar för inremitterade patienter som den remitterande läkares ansvar. Där framgår bl a att intill dess den remitterande läkaren förvissat sig om att patienten blivit omhändertagen av remissinstansen så kvarstår dennes medicinska ansvar.

Ovanstående regler visar att en remiss är ett relativt klart definierat begrepp som bör användas endast när det verkligen rör sig om en remiss. Det kan vid utformningen av reglerna övervägas ytterligare om det kan vara möjligt och lagligt att andra typer av hänvisningar – t ex från en sjuksköterska vid en sjukvårdsrådgivning, BVC eller liknande - i vissa fall kan ersätta remiss.

Förslag till regler beträffande remiss till sjukgymnast

Det finns stora fördelar med att sjukgymnasten även i fortsättningen ska kunna ta emot patienter utan remiss för bedömning och kortare behandlingsserier. Det finns stora och omotiverade skillnader mellan olika mottagningar när det gäller behandlingsseriernas längd. Idag gör 62 procent av patienterna högst åtta besök. Ändå svarar antalet besök efter det åttonde besöket för 81 procent av antalet besök och – p.g.a. högkostnadsskyddet - för en ännu större andel av de totala kostnaderna. Förvaltningen föreslår därför att remiss ska krävas från det nionde besöket i en behandlingsserie. Då kan mera enhetliga behandlingsprinciper gälla i hela länet och de skillnader som idag finns avseende antal besök per invånare i olika länsdelar minska. Det finns en grupp patienter med olika kroniska sjukdomar - t ex med olika sjukdomar i andningsorganen - som behöver många, regelbundna behandlingar. För andra med många besök torde behandlingsserierna kunna kortas av utan att behandlingsresultatet nämnvärt påverkas. De riktlinjer som utformas i vårdprogramarbetet bör vara vägledande. Särskild information om dessa riktlinjer kommer att spridas till husläkare och sjukgymnaster. Det kan nämnas att många sjukgymnastmottagningar erbjuder sina patienter att köpa ett träningskort som ger dem möjlighet att fortsätta att träna på egen hand och sedan den sjukvårdande behandlingen slutförts. Det finns anledning för landstinget att se positivt på att en sådan möjlighet erbjuds.

Rätten att remittera för fler behandlingar än åtta bör förutom läkare även tillkomma tandläkare. De patienter som får remiss från tandläkare är främst sådana som har bettanomalier, genomgår kirurgiska ingrepp i känen och det finns några sjukgymnaster som specialiserat sig på denna patientgrupp. Sjukhusläkare bör också ha denna rätt i samband med utskrivning till

hemrehab, stroke-team eller av avancerad sjukvård i hemmet (utskrivningsmeddelande är lika med remiss). Specialistläkare vid sjukhus föreslås också få utfärda remiss under vissa förutsättningar som närmare behöver preciseras i det fortsatta arbetet. Sjukgymnast bör ha rätt att ta emot patienter med remiss från läkare som behandlar patient med remiss från annan läkare.

Förvaltningen arbetar med rutiner för att undvika att patienter behandlas för samma åkomma i upprepade behandlingsserier hos olika sjukgymnaster utan remiss.

En noggrann uppföljning avses ske av behandlingsseriernas längd och om antalet patienter som slutbehandlas efter fem och sex besök skulle minska får en sänkning av antalet remissfria besök från åtta till sex övervägas.

Den sjukgymnastik som avser barn och ungdomar föreslås vara undantagen från remisskravet.

Inriktning av arbetet med remisskrav till specialistläkare.

En rad frågor behöver belysas och utredas innan ett mer konkret förslag till regler kan läggas fram för landstingsstyrelsen/hälso- och sjukvårdsutskottet. Det fortsatta arbetet bedrivs i samråd med olika berörda intressenter däribland Stockholms läkarförening. Förvaltningen föreslår följande allmänna inriktning och är öppen för de synpunkter och förslag som kommer fram under det fortsatta samrådet. En utgångspunkt är att de kostnadsreduceringar som budgeten anger kan uppnås.

Det behövs övergångsbestämmelser och tid för vårdgivarna att anpassa sig till de nya reglerna. Mot denna bakgrund föreslås att remisskravet införs successivt. En lämplig tidpunkt kan vara att starta med nybesök inom vissa specialiteter från den 1 april 2004. För de patienter som redan har påbörjat en behandling bör kravet på remiss gälla från en senare tidpunkt.

I den fortsatta beredningen övervägs hur regler för ett undantag från remisskrav för akuta fall ska utformas.

Huvudprincipen bör vara att remisser utfärdas av husläkare men det kan i vissa fall vara aktuellt att även andra läkare kan utfärda remiss. Detta måste klargöras i det fortsatta arbetet.

Vidare övervägs om en remiss under vissa förutsättningar ska kunna utfärdas för ett antal behandlingar under längre tid.

Barnläkare, gynekologer och psykiatriker äger rätt att ta emot patienter utan remiss. Dessa föreslås när så är medicinskt adekvat i sin tur kunna remittera patienter vidare.

Privata specialister i allmänmedicin med ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning.

Alla patienter har rätt till en likvärdig vård oavsett sjukdomstillstånd, ålder och andra förutsättningar. Allmänläkaren är en del i första linjens hälso- och sjukvård. Allmänläkare ska svara för en bedömning av patienten och vid behov vara patientens lots i sjukvårdssystemet. Det är allmänläkaren som är patientens första läkarkontakt när ett medicinskt problem uppkommer. Såväl inhemska som utländska erfarenheter visar att de allra flesta åkommor kan åtgärdas inom denna första linjes hälso- och sjukvård.

De privata allmänläkare som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning utgör en resurs som landstinget behöver ta till vara. Dessa läkare bör ingå i första linjens hälso- och sjukvård med på sikt samma rättigheter och ansvar som primärvårdens husläkare.

Det finns 127 läkare med specialitet i allmänmedicin med ersättning enligt taxa inom landstinget. Av dessa är 85 verksamma inom Stockholms kommun och Ekerö, 12 inom kommunerna i södra länet och 30 inom de norra länskommunerna. Under årets åtta första månader tog dessa läkare emot 211 000 besök, vilka ersattes med 90 Mkr av landstinget. I detta belopp ingår inte kostnader för medicinsk service eller för läkemedel.

Geografiskt är allmänläkarna enligt taxa starkt koncentrerade till Stockholms innerstad, där det finns 65, de allra flesta av dem på Norrmalm och Östermalm. Läkarna där tar dock emot patienter från hela länet. Av 97 000 besök hos allmänläkare enligt taxa i innerstaden kommer patienterna endast i 31 % av fallen från innerstaden, 25 % kommer från norra länet och 15 % från södra länet.

I förhållande till folkmängd har Stockholm en högre frekvens av besök hos de privata allmänläkarna än genomsnittet i länet. Befolkningen inom Stockholm och Ekerö utgör 42 % av befolkningen i länet men svarar för 49 % av besöken hos dessa läkare, södra länet har 26 % av befolkningen och 18 % av besöken. Norra länet har 32 % av befolkningen och 29 % av besöken.

I princip bör avtal slutas med alla som under år 2003 ersatts enligt taxa och som är intresserade. En förutsättning för att landstinget skall kunna sluta avtal med dem är att de uppfyller vissa grundläggande kriterier. Sådana kan vara att de arbetar heltid om de inte har i lagen angivna skäl för deltidsarbete.

De allmänläkare vi sluter avtal med föreslås ges samma rätt som primärvårdens allmänläkare att ha en samordningsroll i sjukvårdssystemet. Att genomföra den förändringen kommer att ta tid. Detta är en grupp läkare som valt att arbeta självständigt. En stor förändring av deras förutsättningar bör därför ske successivt. Det finns även ett mål att komma igång med deras remissarbete så snart som möjligt. Det saknas därför tid att ta fram ett ordentligt regelverk som också är väl förankrat i denna läkargrupp. En övergång i flera steg föreslås därför.

Steg 1

För att snabbt komma igång föreslås några enkla regler under det första året. Avtal sluts med alla som är intresserade och som uppfyller kriterierna ovan.

Avtalet innehåller:

- Att läkarens åtagande är att svara för bedömning, diagnostik, behandling och kontroll av sjukdomar, skador och psykosociala problem som ligger inom allmänläkarens kompetens.
- Läkarens rätt och skyldighet att vid behov svara för remiss till medicinsk service och till annan vårdgivare.
- Läkarens rätt att utfärda remiss för en patient gäller endast patienter som tas emot enligt avtalet med landstinget.
- Läkarens medverkan i rehabiliteringsplanering och utfärdande intyg för att styrka hälsa, sjukdom, skada eller annan funktionsnedsättning.
- Mottagningens öppethållande och telefontider.
- Att läkaren skall följa landstingets läkemedelspolicy och Kbka listan®.
- Faktureringsrutiner (inklusive beställarens skyldigheter).
- Landstingets regler för patientavgifter skall följas.
- Förenklad uppföljning av prestationer, remisser, kostnader för läkemedel och medicinsk service.
- Ingen extra ersättning utgår utöver ersättningen från taxan.

Steg 2

Under första året förs en dialog med läkarna för att utveckla och förtydliga uppdraget för nästa år. Uppdraget för steg 2 fastställs under hösten 2004. Inriktningen är att verksamheten efter ett år skall bli mer lik primärvårdens husläkaruppdrag.

Avtal till steg 2 erbjuds i första hand dem som haft avtal i steg 1 och som inte har kostnader för medicinsk service och läkemedel som i väsentlig grad utan skäl原因 överstiger genomsnittet för gruppen.

Inriktningen på verksamheten i steg 2 skall förutom vad som ingår i steg 1 vara:

- Det skall finnas sjuksköterska/(distriktssköterska) på mottagningen.
- Telefonrådgivning skall finnas.
- Tillgänglighet för planerade och akuta besök på samma sätt som till primärvårdens husläkarmottagningar.
- Hembesök av läkare och sköterska skall vara möjliga.
- Samverkan med sjukhus, andra vårdgivare och kommun/stadsdel.
- Systematisk fortbildning.
- Inget eget betjäningsområde.
- Utvecklad uppföljning av verksamhet, kvalitet, kostnader för medicinsk service och läkemedel.
- Ersättningssystemet kan utvecklas.

Steg 3

Ett tredje steg kan behöva tas i utvecklingen av uppdraget. Detta behöver ytterligare tid att diskuteras med läkarna. Inriktningen i detta steg skall vara att verksamheten har samma uppdrag som primärvårdens husläkare. De skall då kunna arbeta under samma villkor och ha samma ersättningssystem.

Det bör vara möjligt för äldre läkare att ”stanna” på nivå 2 fram till sin pension.

Jämnare geografisk fördelning

Som ovan beskrivits finns en kraftig överetablering av privata allmänläkare på Norrmalm och Östermalm. För att dessa läkare ska kunna ingå i när-sjukvården med dess krav på samverkan med andra vårdgivare och kommun/stadsdel är en jämnare geografisk fördelning angelägen. Det kan därför vara motiverat att med en differentierad ersättning stimulera dem som kan vara intresserade av att flytta till ny lokal i områden med låg andel allmänläkare.

Företagsläkarnas roll

I det fortsatta arbetet måste också klargöras om specialistläkare ska ha rätt att ta emot patient med remiss från företagsläkare och vilka regler som ska gälla för läkare med taxeanslutning som också är företagsläkare.

Annan specialist övertar husläkarens samordningsroll

Om första linjens uppdrag i sin helhet övergått till annan vårdgivare skall denna ha rätt att utfärda remiss. Sådana fall kan vara läkare vid särskilda

boenden, i basal eller sjukhusansluten hemsjukvård. Det bör klargöras i vilken mån även en annan specialistläkare ska kunna ta över denna samordningsroll.

Utomlänsvården

En konsekvens av remisskravet är att remiss kommer att behövas även när invånare i Stockholms län söker planerad vård hos specialistläkare och sjukgymnast i annat landsting. Regler och rutiner för detta avses utarbetas och delges övriga landsting.

Konsekvenser och uppföljning

Införandet av remisskravet och de inskränkningar som budgeten innebär för den specialiserade öppna vården kommer att innebära att fler patienter söker sig till husläkarmottagningarna. Förutsättningarna för att möta denna ökade efterfrågan varierar i olika delar av länet. Om de allmänläkare som idag har ersättning enligt nationella vårdtaxan är beredda att förlägga sin verksamhet till idag underförsörjda områden ökar förutsättningarna för en mer jämlik vård.

Med de nya reglerna kan informationen om patienternas valfrihet förtydligas. Valfriheten gäller inom en vårdnivå - t ex vilken husläkare man vill välja. Idag har många patienter uppfattningen att de kan söka en specialist direkt vilket endast gäller vid vissa mottagningar medan andra endast tar emot patienter efter remiss.

Genom remisskravet ökar förutsättningarna för att de patienter som bäst behöver specialistbehandling också får sådan. Genom remisskravet kan också samarbetet utvecklas mellan husläkarmottagningarna och de specialistläkare som idag inte har vårdavtal med landstinget. För samarbetet mellan de specialistläkare som har vårdavtal och husläkarmottagningarna innebär remisskravet ofta ingen väsentlig förändring eftersom man redan idag som regel har väl utvecklade samarbetsrutiner och följer gemensamma vårdprogram. En konsekvens av remisskravet är att fler specialistläkare kan komma att önska vårdavtal med landstinget vilket bör tillgodoseas av landstinget om de verkar inom en specialitet och ett geografiskt område där ett behov finns.

När det gäller sjukgymnastiska behandlingar förutses att antalet långa behandlingsserier minskar och begränsas till sådana patienter som har behov av detta enligt fastställda vårdprogram och behandlingsriktlinjer. En annan effekt förväntas bli att samverkan mellan husläkare och sjukgymnaster utvecklas.

Det kan nämnas att av de besök som sker hos privata sjukgymnaster görs 71 procent av kvinnor vilket sammanhänger med den kvinnliga översjukligheten i rörelseorganens sjukdomar. Här kan tilläggas att

besöksfrekvensen hos sjukgymnast ofta är högre i områden med låga ohälsotal varför det är angeläget att verka för att minskningen av vårdutbudet i första hand sker i sådana områden. Hos privata specialistläkare svarar kvinnorna för 66 procent av besöken.

Uppföljningsrutiner kommer att utarbetas för att studera effekterna och säkerställa att de förutsatta kostnadsreduceringarna om 100 miljoner kronor uppnås. Minskningen av antalet besök och därmed kostnadsminskningen förväntas i första hand att ske hos privata specialistläkare och sjukgymnaster. Även kostnaderna för medicinsk service och läkemedel förväntas minska. Det kan nämnas att prognosen för kostnaderna för privatpraktiserande sjukgymnaster år 2003 är 463 miljoner kronor (en ökning med 9,2 procent jämfört med år 2002) och för privatpraktiserande specialistläkare 1244 miljoner kronor (ökning med 9,6 procent jämfört med år 2002). Läkarna genererar dessutom medicinsk service för 619 miljoner kronor.

De olika faktureringsrutinerna kompletteras för att medge kontroll av att endast besök med remiss ersätts.

Informationsinsatser

Informationsinsatser riktade till befolkningen och vårdgivare förbereds och Vårdguiden på nätet, telefon och som tidning kommer att utnyttjas liksom Uppdragsguiden.

Förvaltningen återkommer med ytterligare rapporter och förslag vid kommande sammanträden med hälso- och sjukvårdsutskottet.

Samråd

Samråd sker med Stockholms läkarförening, med Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund samt med de samverkansorgan som finns med privata läkare och sjukgymnaster. Samråd sker också med handikapp- och patientorganisationerna samt med personalorganisationerna.

Lars-Bertil Arvidsson

Sören Olofsson