

**Utvärdering av partiellt remisskrav för
besök hos sjukgymnast**

Slutrapport

2005-06-08

Innehållsförteckning

Definitioner och begrepp.....	3
Inledning	4
Bakgrund.....	4
Syfte.....	5
Tidsplan.....	5
Effektproblem	5
Organisation	6
Metod.....	7
Enkätstudie	7
Registerstudie.....	7
Intervjustudie	7
Genomförande.....	7
Resultat	8
Kostnadsutvecklingen.....	8
Husläkarnas förstalinjeansvar.....	10
Konsumtionen av sjukgymnastik och husläkarbesök.....	11
Sjukgymnastik	11
Andelen remissbesök.....	12
Husläkarbesök.....	12
Patienteffekter.....	12
Patientsammansättning.....	12
Tillgänglighet.....	13
Åtgärder.....	14
Allmänt	15
Sammanfattning och diskussion.....	16
Bilagor	
Delrapport 1 Registerstudie	
Delrapport 2 Patientenkät	
Delrapport 3 Intervjustudie	
Bilaga 4 Yttrande från referensgruppen	
Bilaga 5 Tabellbilagor	
Kostnadsutveckling 2000-200503	
Frekvenstabeller patientenkät	

Definitioner och begrepp

Följande begrepp kommer att förkomma i denna utvärderingsrapport.

- SLL
Stockholms läns landsting
- VAL
VAL är Stockholms läns landstings Vårddatabas och består av ett antal statistikdatabaser (tabeller) som innehåller data om slutenvård, öppenvård, listningssystem, in och utflyttningar till länet mm.
- ARV
ARV är den statistikdatabas i VAL som innehåller de privata vårdgivare som ersätts via Nationella taxan samt vissa andra privata mottagningar med avtalsetablering
- OVR
OVR är öppenvårdsregistret i VAL. Denna innehåller detaljerade uppgifter om alla registrerade besök vid SLL-drivna sjukhus och primärvårdsmottagningar samt vid privata sjukhus med avtal med SLL som rapporterar uppgifter på samma sätt som SLL-drivna mottagningar.
- Nationella Taxan
Privata läkare och sjukgymnaster som är anslutna till försäkringskassan och som inte har avtal med SLL har rätt att ta ut arvode enligt den sk Nationella Taxan. Denna taxa grundar sig på Genom lagen om läkarvårdsersättning (SFS 1993: 1651) respektive lagen om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993: 1652)
- NÅ och SÅ
Nationella taxan reglerar sjukgymnaster rätt att ta betalt för Enkel Åtgärd, Normal Åtgärd (NÅ) och Särskild Åtgärd (SÅ). I föreliggande rapport belyser vi bara effekterna avseende normal åtgärd och särskild åtgärd.

Inledning

I lagen om sjukgymnastikersättning anges att om det krävs remiss från läkare eller tandläkare för sjukgymnastik inom landstinget, gäller det kravet även för sjukgymnastikersättning enligt denna lag. Varje enskilt landsting avgör således om krav på remiss ska finnas och reglerna varierar mellan olika landsting.

	Antal landsting	varav partiellt krav
Remiss krävs till sjukgymnast	6	5
Remiss krävs inte till sjukgymnast	14	

Källa Svenska kommuner och landsting April 2004

Sex av tjugo landsting och regioner har remisskrav för behandling hos sjukgymnast. Flertal landsting med remisskrav till sjukgymnast har regler som medger mellan tre och tio remissfria besök. År 2000 hade 12 landsting remisskrav till sjukgymnast och endast ett hade ett partiellt remisskrav. Trenden sedan 2000 är att allt fler landsting har infört ett partiellt remisskrav, oavsett om de tidigare haft ett totalt remisskrav eller helt remissfritt.

Många utvärderingar har gjorts på slojade remisskrav såväl inom olika landsting i Sverige såväl som en stort nationell utvärdering i Norge. Ingen har dock hitintills utvärderat vad som händer vid partiellt *införande* av remisskrav från att tidigare haft remissfritt. Däremot gjordes det en utvärdering i Gävle år 2000 av ett försök att från ett totalt remisskrav införa ett partiellt remisskrav. Sammanfattningarna från Gävle utvärderingen samt en rad andra utvärderingsrapporter biläggs denna rapport i Bilaga 6. Den bild som växer fram när man läser dem är att ekonomi, patientsammansättning samt samarbetet mellan läkare och sjukgymnaster påverkas marginellt av remisskrav eller ej. Däremot framgår att patienter, sjukgymnaster och allmänläkare i stort är negativa till remisskrav även om vissa vinster kan ses med dem, samt att väntetiderna förkortas om remisskrav slopas. Utvärderingen av det partiella remisskravet i Gävle ledde till att det infördes ett utökat partiellt remisskrav i hela Landstinget Gävleborg, från 2 remissfria besök till 3 remissfria besök.

I landstingets budgetdokument för 2004 framhävs att husläkarens roll som samordnare bör förstärkas genom att övriga vårdgivare i princip endast ska ta emot patient som först bedömts av sin husläkare. Detta, samt landstingets behov av kostnadsreducerande åtgärder, låg till grund för att landstingsfullmäktiges beslutade att införa ett remisskrav från husläkare för vård hos vissa specialistläkare och hos sjukgymnaster.

Föreliggande rapport avser utvärderingen av införandet av ett partiellt remisskrav till sjukgymnast.

Bakgrund

Det finns vinster med att i vissa fall kunna komma till en sjukgymnast utan remiss. Ett exempel på en sådan vinst är att motverka att ett akut tillstånd blir kroniskt pga att ett extra besök hos läkare kan leda till ett förlängt tidsförlopp mellan det akuta insjuknandet och den insatta behandlingen. Av

det skälet beslutade Landstingsstyrelsen att införa ett partiellt remisskrav. Gränsen för när en remiss skulle krävas sattes utifrån kunskapen om behandlingsseriernas längd och andelen patienter som har långa behandlingsserier. Under 2003 gjorde 62 procent av patienterna högst åtta besök. Ändå svarade antalet besök efter det åttonde besöket för 81 procent av antalet besök och – pga högkostnadsskyddet - för en ännu större andel av de totala kostnaderna. Med denna kunskap som grund ansågs det som en rimlig nivå att införa remiss fr o m det nionde besöket.

Remisskravet infördes fr o m 1 april 2004.

Syfte

Utvärderingen syftar till att ge Landstingsstyrelsen samt berörda tjänstemän på dess förvaltning, information om resultatet av det införda remisskravet i form av kostnadsutveckling och konsekvenser för husläkarnas förstalinjeansvar.

Utvärderingen avser

- att följa kostnadsutvecklingen till följd av remisskravet
- att bedöma remisskravets effekt på husläkarnas förstalinjeansvar
- att följa remisskravets inverkan på antalet besök hos sjukgymnaster och
- att granska effekterna för patienten i form av väntetider och behandlingsseriernas längd

Tidsplan

Arbetet med utvärderingen startade samtidigt som införandet av remisskravet, dvs i april 2004. Till en början planerades en utvärdering i två steg med en delrapport i maj 2005 och en slutgiltig rapport i maj 2006. I och med att Landstingsstyrelsens förvaltning fick ett mer formellt uppdrag från Landstingsstyrelsen genom Budgetdokumentet för 2005, fick tidsplanen ändras och utvärderingsperioden kortades av till att endast avse det första året av remisskrav.

Effektproblem

Att utvärdera effekterna av remisskravet är förknippat med ett antal problem.

1. Jämförelsematerial saknas

Ett första problem vid utvärderingen av remisskravets effekter är att det inte genomfördes någon kartläggning av förhållandena före införandet tex andelen patienter och antalet besök med remiss.. Avseende kostnads- och besöksutveckling har vi goda förutsättningar att i våra register retroaktivt analysera effekterna i förhållande till tidigare års utfall. Beträffande uppgifter som avser effekterna för patienterna som erhålls via patientenkät eller erfarenheter insamlade via intervjuer finns det inga jämförande ingångsdata att värdera resultaten emot.

2. Kontrollsystem saknas för remissflöden

Landstinget har inget eget system för att följa remissflöden. För att kunna analysera antalet inkomna remisser måste vi använda oss av variabeln 'remitterande inrättning' i VAL-databasen. Remitterande inrättning registreras av mottagande inrättning som anger remittentens 'kombikod'

(identifieringskod). Kvaliteten på denna variabel har tidigare år varit mycket bristfällig. Orsakerna till den bristfälliga registreringen anges vara många. Systemen är inte uppbyggda för att registrera remittent på ett enkelt sätt, kombikakoden uppges saknas på remissblanketten mm. I och med införandet av remisskravet har benägenheten att registrera remittent ökat, men det saknas fortfarande kontrollsystem för att säkerställa att en remiss verkligen föreligger vid besök fr o m nionde besöket. Detta har lett till att incitament för att verkligen registrera remittent saknas.

3. *Kort utvärderingsperiod*

Det har när denna utvärdering genomförs gått knappt ett år sedan införandet av remisskravet. Effekterna av remisskravet har inte fått full effekt. I intervjustudien går det bl a att utläsa att vissa problem som fanns i början av remissinförandet börjat avta. Rutiner börjar skapas för att hantera remisskravet. Om utvärderingsperioden varit längre hade mer säkra bedömningar kunnat göras.

4. *Inga kostnadsberäkningar för mottagningar i öppenvårdsregistret*

Beställarens kostnader för sjukgymnaster med primärvårdsuppdrag och sjukgymnaster som inte ersätts via ARV är svåra att beräkna. Vissa rehabavtal avser såväl sjukgymnastik som arbetsterapi och ersätts med anslagsersättning. Vad i anslaget som avser sjukgymnastik och vad som avser arbetsterapi går inte att härleda. Därför kommer nedanstående kostnadsanalyser endast att kunna göras på den sjukgymnastik som ersätts via ARV – dvs de privatpraktiserande sjukgymnasterna med ersättning enligt den nationella vårdtaxan.

5. *Många parallella åtgärder*

Att dra slutsatser om hur remisskravet påverkat husläkarens första linjeansvar kompliceras av att många parallella åtgärder infördes eller planerades under 2004. Ett nytt ersättningssystem planerades som inkluderade ett stort antal husläkarmottagningar fr o m 1 januari 2005. Detta fick effekter redan 2004 i form av bättre registreringar av besöksstatistik.

Under 2004 finns det två separata strukturbesparingsåtgärder riktade mot sjukgymnastiken. Den ena avser remissinförandet och den andra en minskning av antalet sjukgymnaster. Det är svårt att härleda effekterna till den ena eller andra åtgärden.

Organisation

För att genomföra utvärderingen tillsattes en projektgrupp bestående av representanter från samtliga tre beställaravdelningar inom Beställare Vård. Hänsyn togs till att personerna i projektgruppen skulle ha sakkunskap på området eller sakkunskap inom utvärderingsmetodik.

Deltagare i projektgruppen har varit :
 Heléne Spjuth (projektledare), analytiker BAN,
 Anne-Marie Norén, avtalshandläggare BAST,
 Anna-Lena Westman, controller BAST
 Cecilia Nordström, avtalshandläggare BAN,
 Hillevi Wesslén, avtalshandläggare BAS,
 Lena Blom, enhetschef BAN,
 Riitta Sorsa, analytiker BAN,

även Jonas Danielsson, analytiker BAS har bidragit avseende framtagande av underlag för delstudien angående registerdata.

Referensgrupp för utvärderingen har varit representanter utsedda av LSR (Legitimerade sjukgymnasters riksförbund).

Metod

Utvärderingen har genomförts med en sk metodtriangulering, dvs fler än en metod har använts för analyserna för att säkerställa resultatens validitet. Förhoppningen var att resultaten från de skilda metoderna skulle bekräfta varandra.

Enkätstudie

För att ta reda på hur patienterna uppfattade remisskravet genomfördes en enkätundersökning bland patienter som avslutade sin behandling hos sjukgymnast under mars månad år 2005. Patienten fick enkäten vid sista besöket hos sjukgymnasten, besvarade den hemma och skickade enkäten till Inregia för vidare bearbetning. Tjugofem sjukgymnastmottagningar med sammanlagt cirka 75 sjukgymnaster, både privata och landstingsägda, deltog i undersökningen. Cirka 740 enkäter delades ut och besvarades av 321 patienter. Patienter var anonyma och således kunde de inte påminnas att besvara enkäten. Trots att svarsfrekvensen understiger 50 % verkar urvalet vara representativt. Vid jämförelse på bakgrundsvariabler som kön och ålder motsvarar det fördelningen bland sjukgymnastbesök i stort. Dessutom samvarierar många av resultaten i enkätstudien med resultat från intervju- och registerstudierna, vilket stärker antagandet att resultaten speglar helheten av patienter

Registerstudie

Registerstudien innebar analys av statistik ur VAL . Såväl statistik ur ARV och ÖVR användes. Alla nödvändiga uppgifter för denna utvärdering registreras inte i VAL, som t ex remittent och diagnos. Som ett komplement till registerstudien genomfördes därför en insamling av manuell statistik fördelat på remiss resp remissfri patient. Ett urval av sjukgymnastmottagningar som också delade ut patientenkäten fyllde i en sjukgymnastenkät (ett stickprov) för samtliga patienter som besökte mottagningen den 17 mars. Sammanlagt gav detta ett underlag på 630 patienter.

Intervjustudie

Ernst & Young fick i uppdrag att genomföra en intervjustudie med ett urval sjukgymnaster och husläkare under mars 2005. Av intervjuerna genomfördes hälften som besöks- och hälften som telefonintervjuer. Vid urvalet av intervjupersoner beaktades olika aspekter som geografisk placering, driftsform samt storlek på mottagningen. När det gäller sjukgymnastik beaktades även tillgång till bassäng samt behandling av kroniska patienter kontra övriga. Några husläkare och sjukgymnaster inom samma enhet har också intervjuats för att belysa frågeställningarna ur ett vårdkedjeperspektiv.

Genomförande

Metod och resultat för samtliga delstudier finns presenterade i bilagor till denna huvudrapport som sammanfattar och analyseras resultaten för samtliga studier

Resultat

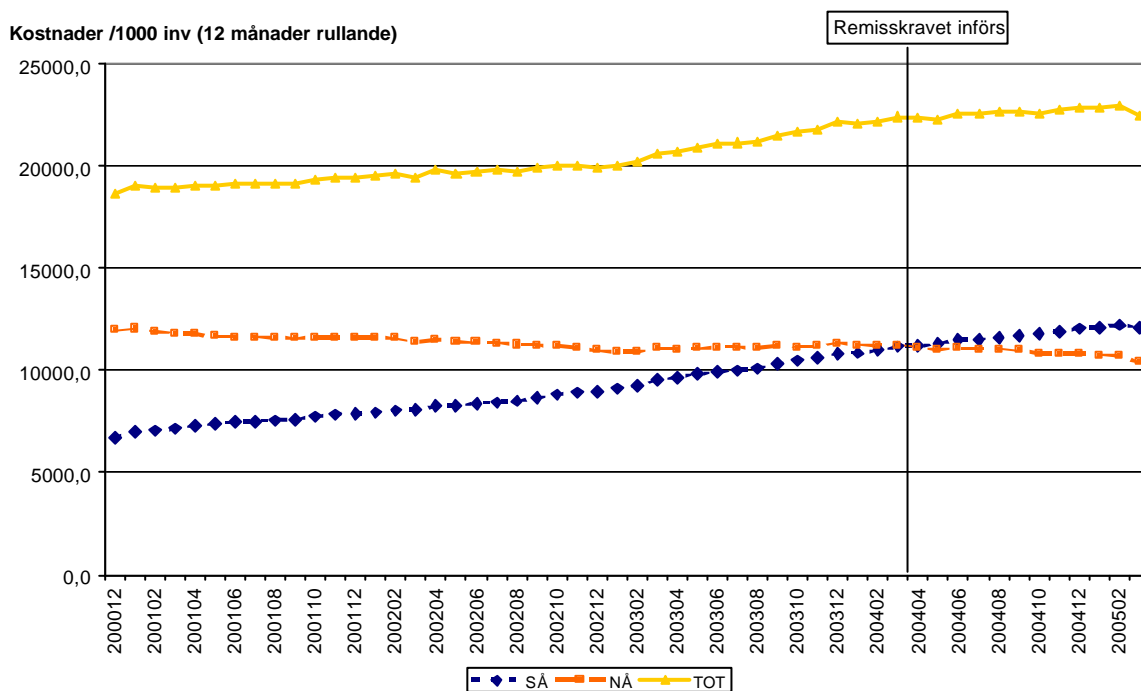
Kostnadsutvecklingen

Ett av skälen till att remisskravet infördes var att minska SLLs kostnader för sjukgymnastik. Totalt sett lades en strukturbesparing på 50 Mkr för 2004 avseende remisskrav till sjukgymnastik. I bokslutet för 2004 framgår det att besparingen under året uppgick till 21,9 Mkr. (Årsredovisning 2004 Hälso- och sjukvårdskottet, Bilaga 9). Remisskravet infördes den 1 april varför full besparingseffekt inte uppnåddes det första året. Om besparingen omräknas till helår uppgår den till 29 mkr. Denna kalkyl bygger på beräkningar på minskat antal besök och fast pris.

Vi har inte haft några möjligheter att följa kostnadsutvecklingen för all sjukgymnastik då de kostnader som är hänförliga till sjukgymnaster som finns i öppenvården och som ersätts på annat sätt än via ARV inte går att särskilja från annan liknande vård. T ex finns rehabavtal med mottagningar som har såväl sjukgymnastik som arbetsterapi och som ersätts med anslag där det inte framgår vilka kostnader som är att härleda till vilken yrkesgrupp.

De analyser vi kunnat göra är således helt grundade på de kostnader som finns i VAL-ARV.

Diagram 1 Kostnadsutveckling ARV 2000-200503



Kostnadsutvecklingen har avstannat under 2004. Även kostnadsutvecklingen avseende kostnad per besök har avstannat. Framst är det kostnader i samband med särskilda åtgärder som avstannar. Det är svårt att säga vad detta beror på. Att kostnaderna ökat så mycket tidigare år har delvis att göra med att nationella taxeersättningen för särskild åtgärd höjts med i genomsnitt 6 % per år samt att allt fler sjukgymnaster i SLL höjt sin kompetens och således fått ta ut arvode enligt ersättning för särskilda åtgärder.

För att analysera den totala kostnadsutvecklingen till följd av remisskravet, ev minskning av kostnad sjukgymnastik i relation till ev ökad kostnad husläkarverksamhet saknas bra underlag. En teoretisk kalkyl visar ändå att nettokostnadsbesparingen avseende remisskravet till sjukgymnaster minskar om man tar hänsyn till ökade kostnader för antalet läkarbesök. Under 2004 ersattes den mesta husläkarverksamheten med kapiteringsersättning, vilket innebär att ökat antal prestationer inte ledde till någon merkostnad för beställaren (även om det ledde till merkostnader för den producerande husläkarmottagningen). Som framkommer längre fram i denna rapport uppskattas ca 34 000 individer räknat för helt år gjort ett extra läkarbesök för att få remiss. Av dessa gjorde 35 % sitt besök till annan läkare än husläkare. Detta innebär en merkostnad för beställaren motsvarande ca 8,5 Mkr. (12 000 individer * 700 kr snittkostnad läkarbesök).
Kostnadsbesparingen reduceras då till ca 20,5 Mkr.

Det första kvartalet 2005 fortsätter besöken att minska jämfört med motsvarande period 2004. Den besöksreduktion som vi sett de senaste åren kommer troligen att bestå under 2005, varför ett antagande om en besparingseffekt för år 2005 på 29 mkr framstår som rimligt. Härifrån bör dras samma belopp som ovan för kostnader för extra besök hos andra läkare än husläkare.

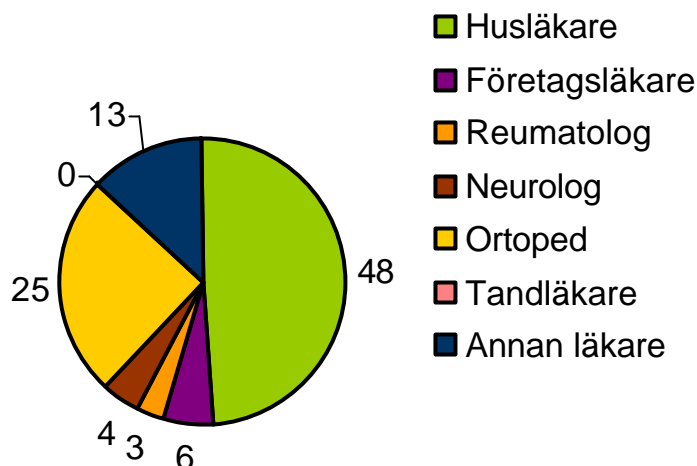
Enligt nya ersättningssystemet för husläkare som infördes 2005 innebär varje nytt läkarbesök på mottagning en merkostnad för beställarna motsvarande 300 kr (inkl patientavgift). Detta innebär att remisskravet för 2005 kommer att medföra en merkostnad även för husläkarna. Det är dock tveksamt hur man i denna utvärdering ska beakta det nya ersättningssystemets effekter eftersom det totalt sett egentligen endast syftar till en omfördelning inom en given ram med sänkta kapiteringsbelopp och mer betalt per besök.

I patientenkät och manuellt insamlad statistik framgår att samtliga som gör över åtta besök inte har remiss samtidigt som andra har remiss redan från första besöket. Detta försvårar uppskattningen av hur mycket av ovanstående reduktion som faktiskt fick genomslag.

Husläkarnas förstalinjeansvar

Av såväl den manuella statistiken som patientenkäten framgår att knappt hälften av alla remisser till sjukgymnast skrivs av husläkare.

Diagram 2 Remitterande läkare enl sjukgymnastenkät



Källa: Patientenkät

Drygt hälften av de intervjuade husläkarna är negativa till remisskravet. Främst anser de att det ökat den administrativa bördan. De som är positiva framhåller att husläkaren många gånger genom remisskravet får kännedom om och kontakt med patienter i sitt upptagningsområde.

Alla intervjuade husläkare uppger att det finns rutiner för hur remisser ska hanteras som i stort överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter. Den svaga punkten är bevakningen av remissvar. I de flesta fall är det varje husläkares ansvar att bevaka att remissvar inkommer vid mer komplicerade patientfall. När det gäller remissvar från sjukgymnast är andelen så låg som en fjärdedel.

För patienter vid mottagningar utan egna sjukgymnaster är det patienten själv som väljer 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 remisshandlingen 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 om remiss. 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.

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.

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.

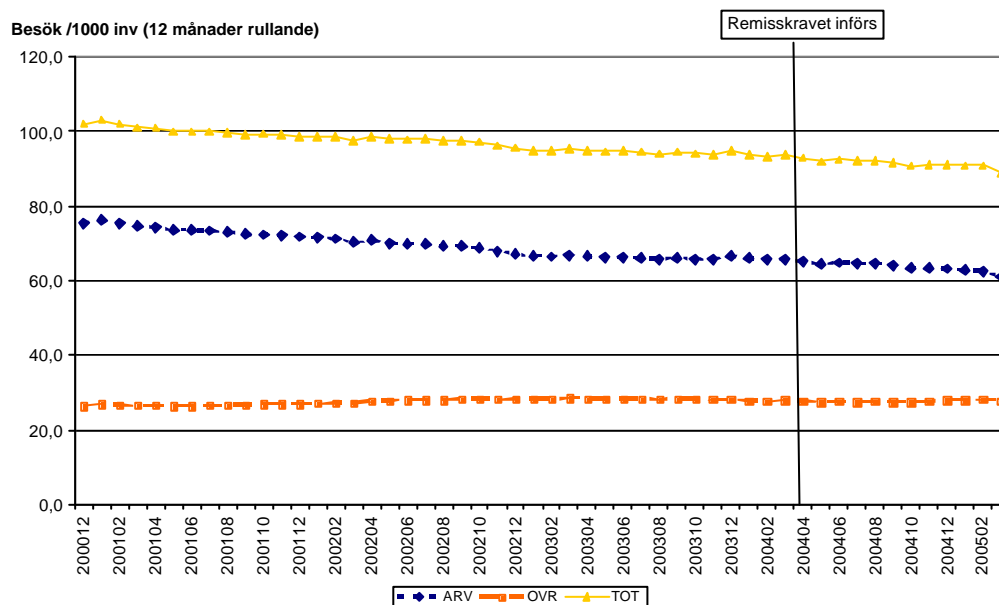
Åsikter finns om att sjukgymnasterna i dag får ta ett stort ansvar för att sätta gränser för behandlingar. Ett ansvar som flera anser att läkarna borde ta, eftersom de skriver remissen. Istället upplever sjukgymnaster att läkare ofta beaktar patientens önskemål och diagnos, istället för att tänka på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

Konsumtionen av sjukgymnastik och husläkarbesök

Sjukgymnastik

Konsumtionen av sjukgymnastik fortsätter att minska. I genomsnitt minskar sjukgymnastbesöken med 3 % varje år.

Diagram 3 Sjukgymnastbesök/1 000 inv i SLL registrerade i VAL-12 månader rullande



Främst är det besöken hos sjukgymnaster ersatta via ARV som minskar, och då främst normalåtgärderna. Under 2003 stannade minskningen upp. Under 2004 minskar besöken igen. Besöken som registreras i ÖVR har snarare ökat något de senaste åren. Om detta beror på ändrat registreringsbeteende kan inte avgöras.

Genom att fler strukturbesparingsåtgärder vidtagits riktade mot sjukgymnastiken under 2004 är det svårt att utläsa hur mycket som är en effekt av remisskravet och hur mycket som är en effekt av ett minskat utbud.

Andelen remissbesök

Vi har haft svårt att analysera hur antalet remisser till sjukgymnaster utvecklats. I de olika studierna framkommer skilda resultat. Vid den manuella insamlingen av patientstatistik framkommer att 88 % av besöken som gjordes på urvalsmottagningarna dagen för mätning hade remiss. Detta är något fler än om vi ser till registerstudien som visar att 80 % av besöken görs i en behandlingsserie som överstiger åtta besök och således enligt remissreglerna kräver att remiss finns. I intervjustudien och patientenkätstudie framkommer att det finns patienter som söker direkt med remiss från första besöket.

I patientenkäten framgick att utav de patienter som avslutade sin behandling vid någon av urvalsmottagningarna under mars månad sökte 59 % av patienterna direkt med remiss. Ytterligare 22 % fick remiss under behandlingens gång. Enligt registerstudien vet vi att ca 35 % av antalet individer som söker sjukgymnastik gör fler än åtta besök vilket innebär att de skulle behöva en remiss. Det är betydligt färre än de som svarat att de haft remiss enligt enkäten.

Åsikterna varierar i intervjustudien bland sjukgymnaster 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.

Husläkarbesök

Antalet husläkarbesök ökade med ca 8 % under 2004. Hur mycket av detta som beror på remisskravets införande är svårt att avgöra. Vi vet att ca 75 000 individer enligt remisskravet ska ha remiss för fortsatt behandling över åtta besök. Vi vet också genom patientenkäten att 44 % av dem som kommer med eller erhåller remiss under behandlingens gång fått denna vid ett extra läkarbesök som inte var ett ordinarie. Detta ger oss i teorin ca 34 000 patienter som gör ett läkarbesök endast för utskrift av remiss. Av dessa gjorde endast 65 %, 22 000 detta läkarbesök hos en husläkare. Om detta skulle motsvara en reell ökning av husläkarbesök skulle det motsvara mindre än en procentenhet av de åtta procent som husläkarbesöken ökat.

Patienteffekter

Det vanligaste var att patienten sökte till sjukgymnasten på eget initiativ. Patienter som hade fast husläkarkontakt hade sökt nästan tre gånger så ofta på husläkares initiativ som patienter utan fast husläkarkontakt. Dessa hade oftare sökt på eget initiativ eller på annan läkares initiativ. Tre av fyra patienter som kom med remiss uppgav att de sökte på läkares initiativ, en av fyra på eget initiativ. Både patienter som fick remiss vid åttonde besöket och patienter som inte behövde remiss hade oftast sökt på eget initiativ (ca 65 procent) och mer sällan på läkares initiativ (25 procent).

I intervjustudien med husläkarna framkommer att vissa patienter visar ilska och irritation över remisskravet. Några husläkare påtalar att patienternas upplevelse främst beror på hur primärvården hanterar remisskravet. De allra flesta husläkare vägrar aldrig remiss till en påstridig patient.

Patientsammansättning

Inga tydliga förändringar av patientsammansättningen går att utläsa. I våra vårddataregister saknas idag uppgifter om sjukdoms- och/eller

funktionsdiagnos, vilket försvårar en analys kring skillnader på besöksorsak för dem som kommer med eller utan remiss. För att ändå undersöka eventuella skillnader bland patienterna bad vi sjukgymnasterna i enkäten den 17 mars ange vilken besöksorsak som föranlett patientbesöket. Där framgick att en något större andel av dem som sökte utan remiss sökte för smärta eller stelhet än de med remiss, medan det var vanligare att de som sökte för träning av funktion kom med remiss. Detta stöds också av resultaten i patientenkäten. Det framgår att det vanligaste skälet till varför man hade gått till sjukgymnast var för smärta och värk. Var tredje patient uppgav stelhet som skäl till besöket, kroniker dubbelt så ofta som övriga patienter. Till träning av funktion efter operation eller skada kom man med remiss, män i högre grad än kvinnor. Framför allt yngre patienter, kvinnor och kroniker sökte sjukgymnast på grund av stress och spänningar.

Patientenkäten visar också att drygt var fjärde patient hade kroniska/långvariga besvär. Det var vanligare att kvinnornas besvär hade samband med någon kronisk sjukdom än att männens besvär hade det (33 resp 13 procent). Patienter som kom med remiss, antingen direkt eller vid åttonde behandling, hade oftare kronisk sjukdom än patienter som kom utan remiss.

De flesta sjukgymnaster anser inte heller att patientsammansättningen har förändrats i och med remisskravet. 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.

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. I patientenkäten framgick att framför allt yngre patienter, kvinnor och kroniker sökte sjukgymnast på grund av stress och spänningar.

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.

Inga förändringar har skett avseende köns och åldersfördelningen mellan patienterna sedan remisskravet infördes.

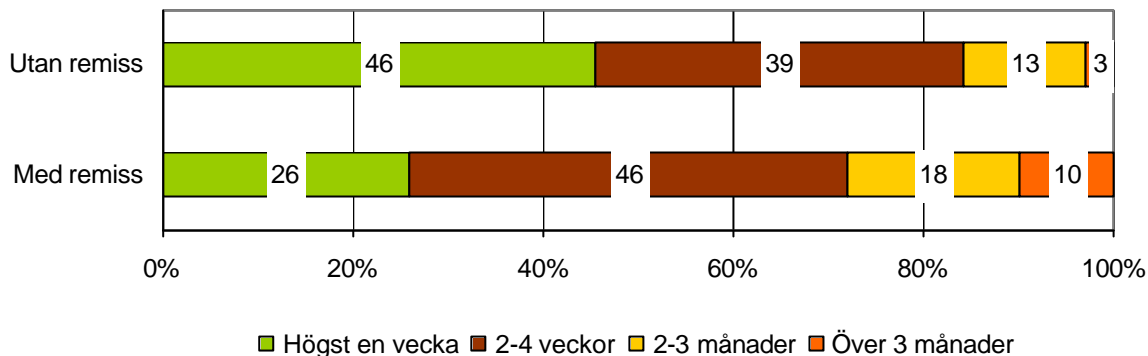
Tillgänglighet

Merparten av patienterna hade högst en veckas väntetid från det de tog kontakt med sjukgymnasten till det de fick komma till första behandling hos sjukgymnasten. Var tionde patient fick vänta över en månad. Män fick i högre grad tid inom en vecka (65 resp 50 procent) och behövde i lägre grad vänta över en månad (4 resp 12 procent). Patienter med kronisk sjukdom fick i lägre grad än övriga tid inom en vecka (40 resp 60 procent) och fick oftare vänta över en månad (25 resp 5 procent). Två tredjedelar av patienterna som kom utan remiss och inte heller behövde det hade en

väntetid på högst en vecka och i stort sett alla fick komma till sjukgymnasten inom en månad.

Den totala väntetiden för patienterna skilde sig beroende på om de kom med eller utan remiss.

Diagram 4 Den totala väntetiden från första kontakt till första sjukgymnast besök (inkl ev väntetid till läkare)



Hälften av patienterna hade gjort mellan 1 och 8 sjukgymnastbesök inom nuvarande behandlingsomgång. Två av tre patienter med någon kronisk sjukdom hade gjort 9 eller fler besök. Patienter som hade fått remiss efter påbörjad behandling hade i högre grad gjort fler än åtta besök än patienter som hade remiss från början.

Var fjärde patient uppgav att anskaffandet av remiss hade lett till uppehåll i behandlingen. Patienter med kronisk sjukdom och de som hade fått remiss efter påbörjad behandling svarade oftare än övriga att så hade skett.

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 har förbättrats.

I patientenkäten framgick att hälften av patienter som sökte med remiss efter läkarbesök hade fått vänta högst en vecka från det de tog kontakt med läkaren till de fick träffa läkaren. Patienter med kronisk sjukdom fick i högre grad vänta över en vecka medan övriga patienter oftare fick tid inom en vecka (27 resp 57 procent). Till företagsläkaren kom närmare 80 procent av patienterna inom en vecka och alla inom en månad. Till husläkare kom ca 65 procent av patienterna inom en vecka och 96 procent inom en månad.

Åtgärder

Individuell behandling, träning med redskap och akupunktur var de vanligaste behandlingsformerna. Patienter med kronisk sjukdom fick akupunktur, bassängträning i grupp och annan behandling i grupp i högre grad än övriga patienter. Kvinnor fick oftare än män träning med redskap i grupp, bassängträning i grupp och annan behandling i grupp.

Vid en stickprovsmätning en dag är det endast 3 % av patienterna som inte kommer med remiss från början som behöver söka läkare för remiss för fortsatt behandling.

Hälften av patienterna i patientenkäten och som sökte med remiss till sjukgymnasten uppgav att läkarbesöket ledde till någon medicinsk åtgärd

utöver remissen medan endast 25 procent av patienterna som fick remiss efter påbörjad behandling svarade så. Var tredje patient som hade fått remiss vid extra läkarbesök svarade att besöket hade lett till medicinsk åtgärd utöver remiss.

Allmänt

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.

Det framgår av intervjustudien att det finns en förm av ”ögontjäneri” 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.

Husläkarnas åsikter kring giltighetstiden för remiss till 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.

Trots att långremisser inte är tillåtet 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.

Majoriteten av patienterna var negativ till remisskravet. Var tionde patient hade ingen åsikt. Yngre patienter tyckte i något mindre grad att remisskravet var dåligt än äldre och de yngsta och äldsta patienterna tyckte i något högre grad att remisskravet var bra. Män var mer positiva än kvinnor och patienter med fast husläkarkontakt mer positiva än övriga. Skillnaden mellan patienter som sökte med remiss, fick remiss efter påbörjad behandling och patienter som inte behövde remiss var inte statistiskt signifikant.

Sammanfattning och diskussion

Trenden de senaste åren är att allt fler landsting går antingen från ett totalt remisskrav eller helt remissfritt till ett partiellt remisskrav. En rad utvärderingar har genomförts angående slopade remisskrav, men inga säkra gemensamma slutsatser går att göra från dessa underlag.

Att bedöma vilka effekter som remisskravet medfört är svårt. Den korta utvärderingstiden innebär att reformen inte nått full effekt. Bristen på bra administrativa rutiner och kontrollsystem gör att viktiga underlag saknas. Det försvårar möjligheterna att dra säkra slutsatser..

Genom en kalkyl på vad besöksminskningen på tre procent inneburit om besökskostnaden varit fast uppges i Årsredovisningen för 2004 att ca 22 Mkr av besparingskravet på 50 Mkr klarades. Omräknat till helår blir besparingen 29 mkr. I denna utvärderingsrapport har vi fört ett resonemang om att denna besparing ev bör reduceras med 8,5 Mkr pga ökat antal läkarbesök till andra läkare än husläkare. Om den nya ersättningsmodellen för husläkarverksamheten som införs 2005 ska påverka kalkylen kan diskuteras eftersom ersättningssystemet inte syftar till någon total ökning av kostnaderna utan omfördelning mellan de olika delarna i ersättningssystemet.

Det finns ingen tydlig bild över att remisskravet leder till att husläkarens förstalinje ansvar förstärkts. Endast hälften av remisserna kommer från husläkarna. Varken sjukgymnasterna eller husläkarna upplever att husläkarnas roll förändrats, men mant framhåller att remisskravet är ett led i husläkarnas samordningsansvar. Det som lyfts som positivt är att husläkarna fått bättre kännedom om patienterna i upptagningsområdet samt att sjukgymnasterna via remissen fått bättre dokumentation om patientens diagnoser mm. Vissa sjukgymnaster önskar dock bilagor till remisserna med röntgenutlåtande och operationsberättelse. En förbättring av remissblanketterna efterfrågas också, som t ex utrymme för remissvar.

Det har länge funnits en trend att sjukgymnastbesöken minskar. Året innan remissinförandet bröts dock denna trend då antalet sjukgymnastbesök varken ökade eller minskade. Under 2004 fortsatte minskningen.

Behandlingsseriernas längd samt patientsammansättningen har inte påverkats av remisskravet. Antalet remissfria besök anses som rimligt. Majoriteten av de intervjuade sjukgymnasterna och husläkaren anser också det.

Remisskravet till sjukgymnaster har endast marginellt påverkat 2004 års ökning av husläkarbesök.

Effekterna för patienterna är att den totala väntetiden (inkl ev väntetid till läkare) för de som kom med remiss var längre än för de utan. Kronikerna uppger utöver en längre väntetid oftare än andra att anskaffandet av remiss lett till ett avbrott i behandlingen. Detta kan i vissa fall vara ett naturligt avbrott då kroniker i större utsträckning gör längre behandlingsserier än andra. Utav de som fått sin remiss genom ett läkarbesök uppger hälften att detta läkarbesök ledde till ytterligare medicinsk åtgärd utöver remissen.

Den allmänna inställningen till remisskravet bland husläkare och sjukgymnaster är delad. Hälften är positiva och hälften negativa. Majoriteten av patienterna är däremot negativa till remisskravet.

Vad som framgått tydligt under utvärderingsperioden är att avsaknaden av anpassade kontrollsystem påverkat effekten av remisskravet såväl som vår möjlighet att följa effekterna. I intervjustudien uppger vårdgivarna själva att de låtit remisskravet påverka vardagen så lite som möjligt med tanke på att beställaren ändå saknar kontrollmöjlighet. Om ett sådant kontrollsystem skulle införas kan effekterna av remisskravet således komma att bli större. Det skulle även underlätta våra möjligheter att följa effekterna.

De första nio månaderna av remisskrav till sjukgymnast kan sammanfattningsvis konstateras ha lett till

- kostnadsbesparing
- husläkarna fått bättre kännedom om patienterna i sitt område samt sjukgymnasterna fått utförligare dokumentation om patientens diagnos mm
- konsumtionen av sjukgymnastik fortsätter att minska igen efter att den 2003 legat still, utan att patientsammansättning och behandlingsseriernas längd förändrats
- såväl negativa som positiva effekter för patienten. Längre totalväntetid för de med remiss samtidigt som hälften av de som söker efter kontakt med läkare fått ytterligare medicinsk åtgärd utöver remissen.