



Innehållsförteckning

1.	UPPDRAG	3
2	BAKGRUND	3
2.1	Allmänt	3
2.2	Västra Götalandsregionen	4
3	INRIKTNING	5
4	RESULTAT	6
4.1	Var finns sjukgymnasterna?	6
4.2	Vad kännetecknar patienterna?	7
4.3	Vet patienterna om att remiss inte längre behövs?	7
4.3.1	Utfall	7
4.3.2	Bedömning	8
4.4	Hur vanligt är behandling utan remiss?	8
4.4.1	Utfall	8
4.4.2	Bedömning	9
4.5	Vad tycker patienterna om denna reform?	9
4.5.1	Utfall	9
4.5.2	Bedömning	10
4.6	Vilken betydelse har beslutet haft för vården?	10
4.6.1	Inledning	10
4.6.2	Utfall	11
4.6.3	Bedömning	16
4.7	Hur många nya vårdavtal har slutits?	18
4.7.1	Utfall	18
4.7.2	Bedömning	19
4.8	Hur har reformen påverkat kostnaderna?	19
4.8.1	Utfall	19
4.8.2	Bedömning	20
5.	SAMMANFATTNING	21

1. UPPDRAG

Vid sitt sammanträde 1999.04.20 beslutade hälso- och sjukvårdsstyrelsen att:

- att från och med 1999.09.01 avskaffa remisskravet för behandling hos sjukgymnast inom den offentligt finansierade vården.
- att uppmana HSN att om möjligt sluta vårdavtal mellan regionen och de privata sjukgymnasterna som har ersättning enligt nationell taxa.
- *att uppdra åt Hälso- och sjukvårdsdirektören att följa upp effekterna, vad gäller både vård och kostnad, av de slojade remisskraven inför arbetet med budget 2001.*

2. BAKGRUND

2.1 Allmänt

Före 1996 förelåg remisskrav för behandling hos privatpraktiserande sjukgymnast med offentlig finansiering enligt ”Lag om ersättning för sjukgymnastik” (LOS). Däremot hade de flesta landsting före 1996 inte något krav på remissförfarande för behandling hos offentlig anställd sjukgymnast.

Den 1 januari 1996 genomfördes en ändring i LOS. Den innebär i korthet att de remissbestämmelser som gäller för sjukvårdshuvudmannens egna sjukgymnaster i den öppna vården också ska gälla för privata sjukgymnaster som ersätts enligt LOS. Den sjukvårdshuvudman som inte kräver remiss för behandling hos de egna sjukgymnasterna kan alltså heller inte kräva remiss för behandling hos privat sjukgymnast med offentlig finansiering.

Om man önskar tillämpa remissförfarande eller inte är upp till varje enskilt landsting att själv avgöra. F.n. är man således inte bunden av någon riksomfattande bestämmelse i detta avseende. Samtliga landsting utom A, C, E, F, G, L/M, S och Y (och fr.om 1999.09.01 VGR) tillämpar idag remisskrav för sjukgymnastbehandling.

I regeringens proposition 1996/97 ”Privata vårdgivare” framgår emellertid att regeringen har för avsikt att noga följa effekterna av krav på remiss för såväl specialistläkarvård som sjukgymnastbehandling. Man vill se vilka effekter remisskravet har på patienternas valfrihet, kostnaderna och alternativa driftsformer. Om det visar sig att obligatoriskt remisskrivande får ”omotiverade effekter” på utbudet av privat vård och patienternas möjlighet att välja vårdgivare ”avser regeringen att återkomma till riksdagen med ytterligare förslag om att modifiera bestämmelserna”.

Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård genomförde både 1996 och 1997 en undersökning som syftade till att kartlägga förekomsten av omotiverade effekter p.g.a. remisskrav. Undersökningen visar att 30 % av de offentligt anställda sjukgymnasternas patienter och 50% av de privata sjukgymnasternas patienter behandlas utan föregående remittering i de landsting där det inte föreligger krav på remiss. I landsting med remisskrav visar undersökningen att offentligt anställda läkare tenderar att remittera alltfler

patienter till offentligt anställda sjukgymnaster. Väntetiderna till sjukgymnastik var längre och produktiviteten lägre i landsting med remisskrav än i landsting utan remisskrav. Sjukgymnasternas inställning till remisskrav beskrivs som ”ett kompakt motstånd”.

Patienternas inställning till remisskrav undersöktes 1997, på uppdrag av samverkansdelegationen och HSU 2000. Det skedde i form av en enkät som omfattade patienter i fyra landsting med remisskrav. Svaren visar att över hälften av sjukgymnastpatienterna hade egna önskemål om vart man ville bli remitterad. 70% av de som kom till offentligt anställd sjukgymnast upp gav att de inte hade fått någon information om vilka sjukgymnaster man kunde välja mellan. För patienter hos privat sjukgymnast var motsvarande andel 59%. Det framkom också att en majoritet av patienterna skulle gå direkt till sjukgymnasten - utan remiss - om det hade varit möjligt. Vidare visade det sig att patienterna hos privata sjukgymnaster fann väntetiderna acceptabla i större utsträckning än patienterna hos offentligt anställda sjukgymnaster.

2.2 Västra Götalandsregionen

År 1998 då KVG bildades gällde remisskrav för behandling hos sjukgymnast. I enlighet med den reviderade LOS gällde kravet såväl behandling hos offentligt anställd sjukgymnast som behandling hos privatpraktiserande sjukgymnast med offentligt finansiering.

Remisskravet innebar att remiss till sjukgymnastik kunde utfärdas av läkare eller tandläkare med en giltighetstid på fyra månader. Även kiropraktor var behörig att skriva remiss om denne ingått vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. Kravet på ordinationerna var att de skulle innehålla uppgift om antal behandlingar och att dessa, i normalfallet, inte fick överstiga 10. För patienter med långvarig sjukdom eller skada kunde en remiss gälla under ett års tid och omfatta ett bestämt antal tidsbestämda behandlingar per vecka.

Under våren år 1997 beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mölndal, efter förslag från sjukgymnaster, om en försöksverksamhet innebärande att patienter fick rätt till två remissfria besök hos sjukgymnast. Om ytterligare behandling därefter behövdes gällde remisskravet enligt ovan. Försöket pågick under perioden juni-97 – jan 98. Vårdgivarna fann att det gav positiva effekter. Bl.a pekades på att patienterna fick snabbare hjälp med sina besvär då man inte först behövde uppsöka läkare.

På grundval av försöket i Mölndal beslutade fullmäktige för Kommunalförbundet Västra Götaland 1998.05.05 ”att för återstoden av 1998 medge två remissfria besök hos sjukgymnast”. Och 1998.12.07-08 beslutade VGR's fullmäktige att fr.o.m 1999.01.01 tillskriva detta beslut en mer permanent karaktär, dvs att det skulle gälla tills vidare.

Regionens sjukgymnaster protesterade inte mot detta beslut. Däremot reagerade man starkt negativt något senare då det stod klart att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutat att vårdavtal kunde tecknas med kiropraktiker och naprapater. Detta innebar i praktiken att dessa yrkesgrupper- till skillnad från sjukgymnaster- skulle kunna ta emot patienter helt och hållet utan remiss. Regionens sjukgymnaster ansåg att detta innebar diskriminering av sjukgymnastprofessionen, vilket bl.a. kom till uttryck i ett brev till hälso- och sjukvårdens ledning.

Protesterna ledde till att remissreglerna för sjukgymnastik blev föremål för en förnyad utredning och ett nytt politiskt ställningstagande. Det senare innebar att Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 1999.07.14 beslutade att avskaffa remisskravet för behandling hos sjuk-

gymnastik inom den offentligt finansierade vården fr. o. m. 1999-09-01 (Beslutet i dess helhet se avsnitt: ”1. Uppdrag”) Beslutet vägledades i huvudsak av det förhållandet att det inte kunde anses föreligga någon stor risk att de totala kostnaderna för sjukgymnastik skulle komma att öka i VGR, om remisskravet slopades helt istället för partiellt.

3. INRIKTNING

Föreliggande utvärdering av det slopade kravet på remiss för sjukgymnastikbehandling syftar till att belysa:

hur beslutet uppfattas, i vilken omfattning det tillämpas, i vilken utsträckning det uppnått vissa av sina syften och hur hälso- och sjukvårdens kostnader för sjukgymnastik påverkats.

Vad har då detta beslut för syften ?

Av protokoll fört vid hälso- och sjukvårdsstyrelsen sammanträde den 20 april 1999 kan utläsas att styrelsen vill att antalet vårdavtal med privata sjukgymnaster ökar. I hälso- och sjukvårdsdirektörens protokoll HSDP 1999.09.22 framgår att beslutet kan ses som ett uttryck för styrelsens ambition att stärka patientens ställning och öka vårdens tillgänglighet. Av samma handling framgår att det slopade remisstvånget för sjukgymnastbesök också grundar sig på en strävan att underlätta samspelet mellan olika vårdgivare och vårdnivåer.

Det senare i avsikt att skapa förutsättningar för ett effektivare resursutnyttjande. Detta kan i princip uppnås på tre olika sätt. Fler patienter behandlas lika effektivt som tidigare till samma kostnad, lika många patienter behandlas som tidigare men med större effektivitet och fler patienter behandlas effektivare än tidigare och till samma kostnad.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen vill alltså tillgodose ett flertal olika syften med sitt beslut att slopa kravet på remiss för sjukgymnastikbehandling. En utvärdering med ambition att vara heltäckande i detta avseende skulle omfatta en mängd aktörer och behöva spegla ett flertal olika perspektiv. Varje syfte skulle i princip kunna ligga till grund för en separat utvärdering. Insatsen har därför avgränsats till de syften, aktörer och frågeställningar som uppfattats mest näraliggande uppdraget och uppdragsgivarens primära intresse i ett medborgarperspektiv.

Utvärderingen omfattar en kartläggning av hur patienterna och sjukgymnasterna uppfattar och tillämpar det aktuella beslutet. Vidare ingår en redovisning av hur de finner att reformen påverkat tillgängligheten samt vårdens förutsättningar och resultatet. Ramen rymmer också: en mätning av antalet ingångna vårdavtal, en jämförande studie av hur antalet sjukgymnastbesök och antalet sjukgymnasttjänster utvecklats, samt en därpå grundad beräkning av hur kostnaderna för sjukgymnastbesök utvecklats.

Utvärderingens mål är att söka svar på följande övergripande frågeställningar:

- Vet sjukgymnastikpatienterna om att remiss inte längre behövs?
- Vad tycker patienterna om denna reform?
- Hur vanligt är det att de utnyttjar möjligheten att få behandling utan remiss?
- Vilken betydelse har beslutet haft ur vårdsynpunkt?
- Hur många sjukgymnaster har slutit vårdavtal med lokala HSN med anledning av beslutet?
- Hur har hälso- och sjukvårdens kostnader för sjukgymnastik påverkats av att remisskravet slopats.

Utvärderingen begränsar sig till den del av befolkningen som under februari månad år 2000 fick någon form av sjukgymnastik. Hur befolkningen i gemen uppfattar beslutet om slopat krav på remiss för sjukgymnastik har ej undersökts. Utanför den valda ramen ligger också hur läkarna - de som normalt skriver remisserna – uppfattar det uteblivna kravet. Utvärderingen syftar slutligen inte heller till att ge total bedömning av hur beslutet påverkat kostnadseffektiviteten inom vården i allmänhet eller inom sjukgymnastikverksamheten.

4. RESULTAT

För att få svar på de uppställda frågeställningarna har två enkäter skickats ut - en som vänder sig till sjukgymnaster och en som vänder sig till patienter. Dessutom har driftdata avseende sjukgymnasttjänster och sjukgymnastbesök inhämtats från lokala hälso- och sjukvårdsnämnder och från Landstinget Örebro - som utvalts till kontrollområde.

Enkäten till sjukgymnasterna omfattar ett slumpvist urval om 100 av totalt ca 530 sjukgymnaster verksamma inom öppenvård i Västra Götaland. Enkäten till patienterna har också riktat sig till ett urval. Den har omfattat totalt 304 patienter vilka under vecka 6 år 2000 besökte 10 slumpvist utvalda sjukgymnaster. I båda fallen har det vid urvalsförfarandet beaktats att ca hälften av sjukgymnasterna i Västra Götaland är privatpraktiserande.

Skälet till att Landstinget Örebro valts som kontrollområde är att man här fortfarande tillämpar remisstvang. Det gör det möjligt att få en uppfattning om hur besöks- och kostnadsutvecklingen skulle kunna ha sett ut om VGR haft kvar sitt remisskrav för sjukgymnastbesök.

Svarsfrekvensen för de båda enkätundersökningarna kan betecknas som god. Sjukgymnastenkäten besvarades av 89 % av de tillfrågade (= 89 personer) och patientenkäten av 78% av de tillfrågade (= 237 personer)

4.1 Var finns sjukgymnasterna?

Enligt uppgifter från de lokala hälso-och sjukvårdsnämnderna uppgick totala antalet sjukgymnasttjänster i öppen vård i Västra Götaland till 526 tjänster 1999.03.01 - omräknat till helti-

der. Av dessa var 263 (50%) hänförliga till primärvården, 222 (42%) till privata sjukgymnaster med ersättning enligt nationell taxa och 42 (8%) till privata sjukgymnaster med vårdavtal.

Geografiskt sett visade det sig att ca 40% av sjukgymnasterna var lokaliserade till HSN-område 5, dvs Göteborg. Här var drygt 70% av alla sjukgymnaster privatpraktiserande.

4.2 Vad kännetecknar patienterna?

Såväl de primärvårdsanställda som privatpraktiserande sjukgymnasternas arbete omfattar till 4/5 patienter som har ”funktionsstörningar i rörelse- och stödjeapparaten”. För båda driftformerna gäller vidare att ungefär 2/3 av patienterna är kvinnor och 1/3 män, oavsett vilken åldersgrupp som studeras. Detta enligt SOU 1997:179 sid 97.

Den patientenkät som använts i föreliggande utvärdering bekräftar i allt väsentligt denna bild. 70% av patienterna var kvinnor. Tilläggas kan att patienternas medelålder låg vid 49 år och att nästan hälften av dem är i åldersgruppen 45-64 år och en tredjedel i åldersgruppen 25-44 år.

4.3 Vet patienterna om att remiss inte längre behövs?

4.3.1 Utfall

Av särskilt intresse är att få reda på hur patienterna uppfattar att det slojade remisstvänet fungerat. Ett sätt är att fråga dem vad de tycker om reformen. Mäter då en sådan fråga det som avses? Ja det gör den, under förutsättning att de flesta patienterna känner till reformen och prövat det nya systemet.

Kan man då förutsätta att de flesta patienterna vet om att det inte längre krävs remiss? Vår bedömning var man inte kunde göra detta. Fråga därom ställdes därför i patientenkäten. Formulering och utfall, se nedanstående tabell.

Tabell 1. Vet du om att det finns ett beslut som innebär att man i Västra Götaland kan besöka sjukgymnast utan remiss från läkare?

	Ja	Nej	TOTALT
Antal	143	94	237
%	60%	40%	100%

Tabellen visar att 60% av patienterna, totalt sett, kände till att det inte längre krävs remiss för sjukgymnastikbehandling. Tilläggas bör dock att det var en klar skillnad mellan de patienter som gick hos primärvårdsanställd sjukgymnast och privatpraktiserande sjukgymnast. I den förra gruppen kände 40% av patienterna till beslutet mot 75% i den senare gruppen

En följdfråga visar att hälften av de 60% som hade vetskap om reformen hade blivit upplysta av sin sjukgymnast. Knappt en tredjedel hade blivit informerade av en läkare och ca en fjärdedel hade fått information om det slopade remisskravet via massmedia. Lika många hänvisade till vänner eller familj.

4.3.2 Bedömning

Utfallet visar förvisso att en majoritet av patienterna kände till att det inte längre fordras läkarremiss. Men det var inte någon särskilt stor majoritet. Att hela 40% *inte* kände till reformen förefaller anmärkningsvärt, med tanke på att det vid mättillfället hade gått ett halvår sedan reformen trädde i kraft. Detta tyder på att informationen om det slopade remisstvånget varit bristfällig.

Varför vetskapen var bättre bland de patienter som fick behandling hos privatpraktiserande sjukgymnast är svårt att ha någon bestämd uppfattning om. Det kan bero på att äldre och svårt sjuka patienter inte förekommer lika ofta här som i primärvården, och att denna patientgrupp har svårare att ta till sig ny information, än yngre och mindre allvarligt sjuka patienter.

4.4 Hur vanligt är behandling utan remiss?

4.4.1 Utfall

Uppfylldes då också förutsättningen att de flesta patienterna prövat att gå till sjukgymnast utan remiss?

Enkäten till patienterna visar här att endast 28 % hade prövat det nya systemet. Jämförs de patienter som gick hos primärvårdsanställd sjukgymnast med de patienter som gick hos privatpraktiserande sjukgymnast var motsvarande värden 20% respektive 34%.

Tabell 2. Har din nuvarande sjukgymnastbehandling föregåtts av läkarremiss?

	Ja	Nej	TOTALT
Antal	168	66	234
%	72%	28%	100%

Ungefär en tredjedel av de 28% som prövat det nya systemet svarade att de hade gjort detta på eget initiativ. Var femte angav att det var en läkare som fått dem att pröva utan remiss. Något färre menade att de var anhöriga/ vänner som hade uppmuntrat dem att gå rakaste vägen till sjukgymnasten.

Enkäten till sjukgymnasterna innehöll också en fråga som syftade till att få en bild av reformens genomslag. Utfallet visar att det varierar mellan olika sjukgymnaster. Hos nästan hälften är mer än 30% av de aktuella patienterna föremål för behandling utan åtföljande remiss. Det

betyder att det kan finnas enskilda sjukgymnastmottagningar som motsvarar förutsättningen att mer än hälften av patienterna prövat det nya systemet. Var femte sjukgymnast uppgav att andelen patienter utan remiss understeg 10%.

4.4.2 Bedömning

Att inte mer än 28% av sjukgymnastpatienterna prövat att gå till sjukgymnast utan remiss motsvarar det utfall som ”Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat vård” fick vid sina undersökningar år 1996 och 1997. Detta hindrar inte att 28% framstår som ett lågt värde. Men det är inte överraskande lågt, med tanke på att 40% av patienterna inte kände till reformen. Utfallet ger ytterligare stöd för slutsatsen att informationen om det slojade remisstvånget varit bristfällig.

4.5 Vad tycker patienterna om denna reform?

4.5.1 Utfall

I patientenkäten ställdes frågan: ”Vad tycker du om beslutet att ta bort kravet på läkarremiss för sjukgymnastikbehandling?”.

Utfallet visar att en stor majoritet, 84%, anser att beslutet är ”Mycket bra”/”Bra”. Endast 5 % finner att det är ”Dåligt”/”Mycket dåligt”. Resten har markerat att de anser att beslutet inte spelar någon roll. Se nedanstående tabell

Tabell 3. Vad tycker du om beslutet att ta bort kravet på läkarremiss för sjukgymnastikbehandling?

	Mycket bra	Bra	Spelar ingen roll	Dåligt	Mycket dåligt	TOTALT
Antal individer	124	70	26	8	3	231
%	54%	30%	11%	4%	1%	100%

Skälen till att en så stor majoritet ställer sig positiva till reformen varierar. 69% av de positiva patienterna har svarat att det nya systemet gjort det lättare att få hjälp vid akuta besvär. 49% finner att det betyder ”mindre krångel”, 45% att det spar tid, 44% att det gjort det lättare att välja sjukgymnast. ”Spar pengar” har 27% funnit vara en fördel med det slojade remisskravet.

Bland de 5 % (=11 personer) som tycker att beslutet är negativt dominerar uppfattningarna att remisstvångets borttagande kan leda till/har lett till att det blir/blivit svårare att få tid hos sjukgymnast, och att det ökar risken för felbehandling.

Fråga ställdes också om hur man kommer att göra nästa gång det blir aktuellt att söka hjälp hos sjukgymnast. 77% svarade att man då kommer utnyttja möjligheten att gå utan remiss. Detta kan jämföras med att 28% uppgav att man f.n. behandlades utan stöd av remiss. De

som svarade att de även i fortsättningen kommer att skaffa läkarremiss hänvisade främst till att den egna sjukdomen fordrar detta, och till att man känner sig tryggare med remiss.

Under rubriken ”Övriga synpunkter” gavs patienterna tillfälle att uttrycka sig med egna ord. 39 personer (=16%) utnyttjade denna möjlighet. 24 av dessa valde att kommentera beslutet att slopa remisstvånget. 10 personer uttryckte sig därvid positivt om reformen, i ordalag av mindre byråkrati, självbestämmande, bra reform. Lika många formulerade åsikter som kan karaktäriseras som neutrala eller relativa. Reformen är i princip bra, men typen av besvär måste få avgöra om man ska ha läkarremiss eller inte, kan sammanfatta denna hållning. Fyra kommentarer uttrycker någon form avvisande/oro/liknöjdhet inför den nya ordningen.

4.5.2 Bedömning

Det är ingen tvekan om att en majoritet av patienterna uppfattar det slojade kravet på läkarremiss som ett bra beslut. Reformen förknippas framförallt med förbättrade möjligheter att få snabb hjälp vid akuta besvär. Det är också många som anser att den bidrar till att minska byråkratiskt krångel, spara tid och öka valfriheten.

Det råder knappast heller någon tvekan om att den positiva attityden kommer att leda till att klart fler patienter i fortsättningen prövar att gå direkt till sin sjukgymnast, utan läkarremiss. Men det är typen av besvär som avgör hur man agerar i den enskilda situationen.

Ses patienternas uppfattningar som mått på hur det slojade remisstvånget fungerat finns det anledning att iakttaga en viss försiktighet i bedömningen. Man bör hålla i minnet att 40% procent inte kände till reformen, och att en majoritet inte hade prövat den. Många svar speglar således mer åsikter än insikter. Detta innebär inte att åsikterna är oviktiga. Bara att de detta i avseende inte kan tillmätas samma värde som insikterna. Och att de kan bidra till att ge en snedvriden bild av hur det slojade remisstvånget fungerat i ett patientperspektiv.

4.6 Vilken betydelse har beslutet haft för vården?

4.6.1 Inledning

Vilka effekter det slojade remisskravet haft för själva vårdresultatet är onekligen en mycket stor fråga. Den rymmer en rad olika frågeställningar och skulle kunna bli föremål för ingående mätningar.

Här har ett begränsat antal indikatorer av betydelse för vårdresultatet valts ut.

Först och främst har studerats hur antalet besök utvecklats mellan mars månad år 1999 och mars månad år 2000. Följer gör en redovisning av vilket värde som tillskrivs remissen och hur remissernas kvalitet påverkats. Frågor har ställts för att få reda på om reformen inneburit att patienter felaktigt går till sjukgymnast istället för att uppsöka läkare. Vidare har sjukgymnasternas uppfattning om patienternas nytta av det slojade remisskravet pejlats. I anslutning härtill har undersökts ifall reformen lett till att ett ”dolt vårdbehov” blivit synligt. Sist men inte minst har försök gjorts att utreda om det kan ha uppstått undanträngningseffekter. I den meningen att patienter med svårare funktionshinder drabbats av ökade väntetider.

4.6.2 Utfall

- *Utvecklingen av antalet besök*

Belastningen på en resurs har stor betydelse för dess förmåga fungera optimalt. I detta fall är resursen antal sjukgymnasttjänster - omräknat till heltider - och belastningen uttrycks i form av antalet besök.

Vad gäller utvecklingen mellan mars månad år 1999 och mars månad år 2000 visar utfallet att belastningen på sjukgymnasterna inte ökat, mätt i antal besök/tjänst.

Tabell 4. Sjukgymnastik i Öppenvård mars månad år 1999 och mars månad år 2000. Totalt antal besök, totalt antal sjukgymnasttjänster - omräknade till heltider – och antal besök per sjukgymnasttjänst i Västra Götalands län och Örebro län

	Västra Götalands län*			Örebro län		
	Antal besök	Antal tjänster omräknade till heltid	Antal besök per tjänst	Antal besök	Antal tjänster omräknade till heltid	Antal besök per tjänst
mars månad år 1999	126.123	526,71	239	27.444	101,3	271
mars månad år 2000	124.590	538,99	231	30.602	109,3	280
Förändring	- 1.533 (= 1 %)	+12,28 (=2 %)	- 8 (=3 %)	+ 3.158 (= 12 %)	+8 (= 8 %)	+ 8 (=3 %)

* Antalet besök för HSN-område 4 har skattats med utgångspunkt från antalet tjänster. Detta med undantag för sjukgymnastiken i Ale kommun varifrån erforderliga uppgifter saknas.

Tabellen visar att sjukgymnasterna i Västra Götaland hade en lägre produktivitet än kontrollområdet Örebro län vid båda mättillfällena. Vidare framgår, för Västra Götalands del, att totala antalet sjukgymnastikbesök minskade med 1%, att antalet tjänster ökade med 2% och att produktiviteten minskade med 3%. I Örebro län ökade istället produktiviteten med 3%, trots att antalet tjänster förstärktes med 8 %.

Tilläggas kan att det fanns relativt sett fler sjukgymnaster i öppenvård i Örebro län än i Västra Götalands län. I mars månad år 2000 uppgick antalet invånare per sjukgymnasttjänst till 2.505 respektive 2.759.

Vidare har produktivitetsutvecklingen i Västra Götaland för de olika formerna av sjukgymnastverksamhet studerats. Se nedanstående tabell.

Tabell 5. Sjukgymnastik i öppenvård mars månad år 1999 och mars månad år 2000. Antal besök per sjukgymnasttjänst i Västra Götalands län redovisade för olika former sjukgymnastverksamhet.

	Primärvårds- anställning	Privatpraktik och ersättning enligt nationell taxa	Privatpraktik och ersättning enligt vårdavtal	TOTALT
mars månad år 1999	177	298	324	239
mars månad år 2000	186	250	380	231
Förändring	+ 9 (=5 %)	-48 (= 16 %)	+ 56 (= 17 %)	- 8 (=3%)

Tabellen visar att det var stor skillnad på antalet besök per sjukgymnasttjänst för olika former av sjukgymnastverksamhet vid båda mätillfällena.

Vad gäller utvecklingen visar tabellen att produktiviteten ökat med 5% bland primärvårdsanställda sjukgymnaster och att den minskat med 16% bland privatpraktiker med nationell ersättning. För privatpraktiker med ersättning enligt vårdavtal framkommer däremot en ökning på 17%. Det senare utfallet uppväger dock inte det förra utfallet, då de nationellt ersatta sjukgymnasterna är mycket fler än de som ersätts enligt avtal. (Se avsnitt 4.1) Slås de båda grupperna samman blir nettoeffekten en produktivitetssänkning på 8%.

Örebro län uppvisar ett likartat utvecklingsmönster. Här ökade de primärvårdsanställdas produktivitet också med 5%, medan den sjönk med 14% för statliga ersatta privatpraktiker och ökade med 21% för privatpraktiker med vårdavtal. Här innebär dock utfallet att privatpraktikerna sammantagna ökade sin produktivitet mellan mars månad år 1999 och mars månad år 2000.

- *Det medicinska bedömningsunderlaget*

Den finns olika typer av medicinskt bedömningsunderlag varav remissen är en typ. Remissen innehåller i normalfallet medicinsk information om patienten och är en etablerad kommunikationskanal mellan läkare och sjukgymnast.

Enkäten till sjukgymnasterna omfattar därför en fråga som syftar till att ta reda på om man vanligen saknar remiss, sedan remisstvänet upphörde.

Tabell 6. Är det vanligt att du saknar remiss sedan remisstvänet upphörde?

	Ja, mycket vanligt	Ja, ganska vanligt	Nej, ganska ovanligt	Nej, mycket ovanligt	TOTALT
Antal	4	16	41	28	89
%	5%	18%	46%	31%	100%

Tabellen visar att en stor majoritet av de tillfrågade sjukgymnasterna, 69%, normalt inte saknar remiss.

En typisk uppfattning är att remissen fortfarande fyller en viktig funktion för vissa typer av patienter. En vanlig åsikt är också att läkarna bör skriva remiss om de blir uppsökta av en patient som behöver sjukgymnastik. Att läkare inte skriver remiss ”bara för att det inte längre behövs” är inte populärt.

Vidare tyder kommentarerna på att sjukgymnasterna är måna om att upprätthålla kommunikationen med läkarna. Man menar att remisserna därvid fyller ett behov, och att det kan tillgodoses inom ramen för nuvarande system. Förekommande brister i kommunikationen anses inte motivera en återgång till remisskrav. Problemen är inte större än att de går att lösa - om de inte redan är lösta - är den förhärskande attityden. Några sjukgymnaster uppger t.ex. att patienter som inte har remiss ombuds fylla i ett formulär med några basala frågor.

Den minoritet av sjukgymnasterna som uppgivit att de saknar remisskravet framhåller behovet att få reda på patientens övriga sjukdomar – särskilt när det gäller ”multisjuka” personer. Man hänvisar också till vikten av återkoppling efter behandlingstidens utgång.

Ibland görs bland sjukgymnaster gällande att alltför många remisser är onödiga, felaktiga eller allmänt bristfälliga. Fråga har därför ställts om det slopade remisskravet lett till att de mindre ändamålsenliga remisserna minskat i antal, och om kvaliteten blivit bättre.

Ca hälften av sjukgymnasterna finner att antalet onödiga remisser minskat i hög eller viss utsträckning. Vad gäller felaktiga remisser är utfallet inte lika positivt. Här är det endast en fjärdedel av respondenterna som uppger en förbättring. Att remissernas skulle ha förbättrats till sitt innehåll finner enbart 14 %. Utfallet bör dock tolkas med stor försiktighet. Det är klart lättare att avge ett positivt svar om man tidigare var missnöjd med kvaliteten på remisserna, än om man inte var det.

- *Patientens behov av läkarkontakt*

Enkäten till sjukgymnasterna innehåller även en fråga om det blivit vanligt att patienterna måste hänvisas till läkare sedan remisstvänet upphörde. Detta i ett försök att få en uppfattning om ifall reformen lett till att fler patienter uppsöker sjukgymnast fast de istället borde gå till läkare.

Tabell 7. Är det vanligt att du rekommenderar patient utan läkarremiss att söka kontakt med läkare, sedan remisstvänet upphörde?

	Ja, mycket vanligt	Ja, ganska vanligt	Nej, ganska ovanligt	Nej, mycket ovanligt	TOTALT
Antal	1	21	50	17	89
%	1%	24%	56%	19%	100%

Tabellen visar att det är ganska ovanligt att patienter som borde uppsöka läkare istället vänder sig till en sjukgymnast.

En fjärdedel av sjukgymnasterna anser dock att det är ganska vanligt att man rekommenderar patienterna att uppsöka läkare. Men det är bara i en tredjedel av fallen som åtgärden beror på att patienten bedömts vara i behov av medicinsk vård.

- *Effekter på vårdresultatet*

Tabell 8. Anser du att det slopade remisstvånget varit till nytta för patienten?

	Ja, i hög utsträckning	Ja, i viss utsträckning	Tveksamt	Nej	TOTALT
Antal	41	41	5	1	88
%	47%	47%	5%	1%	100%

Tabellen visar att en stor majoritet, 82 %, av de tillfrågade sjukgymnasterna finner att patienterna haft nytta av det slopade remisstvånget. Hälften av dessa menar att patienterna haft nytta av reformen i hög utsträckning.

57 % av de som hävdar patienternas nytta menar att det i första hand är patienter med akuta besvär som gynnats. 24 % finner däremot att det istället är patienter med kroniska besvär. Resterande 19% tycker att det är de subakuta patienterna som haft mest nytta av reformen. Som subakut räknas en patient om han/hon haft sina besvär 3-12 veckor.

17 sjukgymnaster har valt att kommentera sina svar. De flesta hävdar att patienterna nu har lättare att få behandling i ett tidigt skede, och att det förbättrar behandlingsresultatet. ”Patienten får vård snabbare nu, vilket innebär att färre patienter blir kroniskt sjuka”, skriver en sjukgymnast. En annan framhåller att tidig behandling också ger kortare behandlingsserier, och att reformen därför är till nytta för såväl patienten som sjukgymnasten.

Ett par kommentarer rymmer ifrågasättanden av om de egna patienterna har någon nytta av det borttagna remisskravet. I ena fallet gäller slutsatsen ”återkommande neurologpatienter” och ”en del kroniska ryggpatienter”. I det andra fallet vissa ryggskottspatienter.

Vikten av att patienten söker hjälp i tid aktualiserar också värdet av att personer med dolt vårdbehov ger sig till känna och får hjälp. ”Personer med dolt vårdbehov” är, i detta fall, individer som kan bli hjälpta av sjukgymnastik - men som normalt ändå inte söker sådan hjälp.

Fråga har ställts till sjukgymnasterna i vilken utsträckning borttagandet av remisskravet lett till att det dolda vårdbehovet blivit synligt. Utfall se nedanstående tabell.

Tabell 9. Har du ett intryck av att ett ”dolt vårdbehov” har blivit synligt sedan remisstvånget upphörde?

	Ja, i hög utsträckning	Ja, i viss utsträckning	Tveksamt	Nej	TOTALT
Antal	4	27	34	24	89
%	5%	30%	38%	27%	100%

Tabellen visar att två av tre sjukgymnaster *inte* kan instämma i påståendet att ett dolt vårdbehov blivit synligt sedan remisstvånget togs bort. Drygt var tredje sjukgymnast finner dock ett sådant vårdbehov i viss- eller hög utsträckning givit sig till känna.

- *Undanträngningseffekter?*

En tänkbar effekt av en remissreform av detta slag är att den genererar nya patientgrupper. En grupp - även om den inte förefaller vara stor - skulle kunna vara personer med ”dolt vårdbehov”. En annan tänkbar grupp är personer med tveksamt medicinskt behov av sjukgymnastik, men med stor förmåga att tillgodose sina subjektiva behov.

Detta skulle kunna leda till att patienter svåra funktionshinder trängs undan, i den meningen att de drabbas av längre väntetider. Tre frågor ställdes i syfte att få en uppfattning om ifall en sådan effekt uppstått.

Först efterfrågades om antalet patienter med tveksamt vårdbehov ökat sedan reformen trädde i kraft. Svaren visar här att en stor majoritet av sjukgymnasterna, 92 %, inte anser att denna grupp ökat. Att så skett finner endast 8 % av sjukgymnasterna.

Därefter ställdes frågan om reformen lett till prioriteringssvårigheter. Utfallet visar att 76% finner att sådana svårigheter inte uppstått. 10% är tveksamma. ”Ja, i viss utsträckning” har 13% funnit var det mest passande svarsalternativet. Men ingen sjukgymnast har angivit att det i ”hög utsträckning” skulle ha uppstått prioriteringssvårigheter.

Slutligen ställdes frågan - rakt ut - ifall remisstvånget lett till ökade väntetider för patienter med svårare funktionsstörningar. 69% har uppgivit att inga undanträngningseffekter uppstått och 15% är tveksamma. Inte heller här har någon sjukgymnast markerat svarsalternativet ”Ja, i hög utsträckning”. Se nedanstående tabell.

Tabell 10. Har det slopade remisstvånget inneburit att patienter med svårare funktionsstörningar drabbats av ökade väntetider för sjukgymnastikbehandling?

	Ja, i hög utsträckning	Ja, i viss utsträckning	Tveksamt	Nej	TOTALT
Antal	0	14	13	59	86
%	-	16%	15%	69%	100%

De kommentarer som de tre angivna frågorna gett upphov till tyder på att det i vissa fall kan ha skett en ökad efterfrågan på sjukgymnastik.

Samtidigt ger formuleringarna ett närmast entydigt intryck av att det *inte* uppstått längre väntetider för patienter med svåra funktionshinder. Gällande prioriteringskriterier/vårdavtal upprätthålls och det sker oavsett om patienten har remiss eller inte, hävdas med eftertryck. I vissa fall finner man att frågan t.o.m. saknar relevans. Eller som ett par sjukgymnaster uttrycker det: ”Vi tillämpar inte principen först till kvarn osv”, ”Man måste ju se till att de (med svåra funktionshinder) får sina tider”.

Det är endast en enda sjukgymnast som formulerat sig på sådant sätt att en undanträngnings-effekt kan misstänkas.

Några sjukgymnaster påpekar att det slojade remisstvånget snarare bidragit till att underlätta möjligheterna att prioritera bland patienterna. ”Det är lättare att avsluta patienten när han/hon vet att det är lätt att komma tillbaka. Det är ju bara att ringa till sjukgymnasten! – och så har de inte blivit utlovade 10 behandlingar”.

4.7.3 Bedömning

Ingenting talar för att det slojade remisstvånget ökat antalet sjukgymnastikbesök i Västra Götaland. Det beror sannolikt på att reformen är dåligt känd i befolkning. I övrigt tyder utfallet på att reformen haft en positiv effekt på den behandling som sjukgymnasterna tillhandahåller. Detta främst till följd av ökade möjligheter att erbjuda behandling i ett tidigt skede. Några typiska negativa bieffekter kan inte påvisas.

- *Utvecklingen av antalet besök*

Sammanställningen av antalet besök och antal sjukgymnasttjänster omvandlade till heltider bygger på uppgifter från regionens lokala hälso- och sjukvårdskanslier. Det betyder att källorna och redovisningsrutinerna inte alltid är identiska mellan de olika områdena. Motsvarande skillnader föreligger också i förhållande till kontrollområdet Örebro län.

Administrativa skillnader av detta slag innebär att det är vanskligt att göra jämförelser mellan olika geografiska delområden vid ett och samma tillfälle. Den högre produktivitet som redovisas för sjukgymnastverksamheten i Örebro kan återspegla en verklig skillnad men behöver inte göra det, i alla fall inte helt och hållet.

Samma källor och redovisningsrutiner har dock använts inom respektive områden vid de båda mättillfällena. Det innebär att studiet av förändringen över tid - som utgör redovisningens syfte – bör kunna tillskrivas en god tillförlitlighet. Utfallet i denna del tyder på att antalet besök i Västra Götaland i stort sett inte förändrats alls mellan mars månad 1999 och mars månad år 2000. Det går heller inte att hävda att det skett en förändring vad gäller antalet besök per sjukgymnasttjänst, totalt sett. Båda de framräknade förändringarna om 1% respektive 3% ryms rimligen inom ramen för en normalvariation. Vad gäller Örebro finns det dock anledning att misstänka att det skett en viss ökning av antalet besök. Detta troligen till följd av att antalet sjukgymnasttjänster ökat.

Slutsatsen blir att ingenting tyder på att det slopade remisstvånget skulle ha orsakat en ökning av antalet sjukgymnastbesök i Västra Götaland.

Den stora skillnaden i antalet besök per tjänst, som redovisas mellan primärvårdsanställda och privatpraktiserande sjukgymnasttjänster, kan möjligen förvåna. Den viktigaste orsaken är sannolikt att den förra kategorin har fler tyngre patienter än den senare, generellt sett. Detta kan i sin tur bero på att patienter med tunga och många olika problem - som fordrar kontinuerlig läkarkontakt, arbetsträning och samlade medicinska bedömningar – oftast har lättare att få en samlad hjälp inom primärvården än hos en enskilt lokaliserad privatpraktiserande sjukgymnast.

- *Det medicinska bedömningsunderlaget*

En stor majoritet av sjukgymnasterna saknar oftast inte remisser sedan remisstvånget upphörde. Sannolikt beror det på att de svårbedömda patienterna är relativt få, och på att dessa ofta har remiss. Den omständigheten att hälften av sjukgymnasterna finner att antalet onödiga remisser minskat kan också ha bidragit till denna uppfattning.

Samtidigt förefaller en typisk uppfattning vara att remissen i vissa fall är ett värdefullt instrument. Om läkare hänvisar en patient till sjukgymnast utan att samtidigt skriva remiss bryter detta uppenbarligen mot flera sjukgymnasters förväntningar. Medvetenheten om problemet och redovisade åtgärder tyder på att goda lösningar finns. Men sannolikt fordras här en ökad tydlighet från sjukgymnasternas sida gentemot läkarna, där man klargör sin syn på remissen.

- *Patientens behov av läkarkontakt*

Var femte sjukgymnast uppger att det numer är ganska vanligt att man rekommenderar patienter att ta kontakt med läkare. Detta bör främst uppfattas som en indikation på att sjukgymnasterna kan bedöma var gränserna för den egna kompetensen går. Att se antalet rekommendationer som ett mått behovet av remisstvång ter sig något långsökt.

F.ö. saknas uppgift om hur vanligt det var med rekommendation att uppsöka läkare innan remisstvånget slopades. Informationen är därför svår att ytterligare värdera.

- *Effekter på vårdresultatet*

En mycket stor majoritet av sjukgymnasterna anser att patienterna haft nytta av det slopade remisstvånget. Ett bestämt intryck är att ”nytta” i första hand associeras till den medicinska effekten av sjukgymnastikbehandling – inte till, krångel, tid, pengar mm, som också representerar en form av patientnytta.

Att de flesta sjukgymnasterna finner att det är de akuta patienterna som haft mest nytta av reformen ter sig inte särskilt förvånande. Detta med tanke på att det kan ta ett par tre veckor, ibland längre tid, att få tid hos sjukgymnast via läkarremiss.

Intressant är att långt ifrån alla sjukgymnaster finner att det är de akuta patienterna som gynnas mest. Att var fjärde respondent, tvärtom, anser att patienterna med kroniska besvär vunnit mest talar för att reformen även kan medföra behandlingsvinster för icke-akuta patienter.

Att enbart ca. var tredje sjukgymnast anser sig ha identifierat ett ”dolt” vårdbehov tyder på att reformen varit till mindre nytta för denna målgrupp. Det tyder också på att det slojade remisskravet är dålig känt bland allmänheten. Denna slutsats stöds av att 40% av de aktuella patienterna inte kände till beslutet (se avsnitt 4.3.1).

- *Undanträngningseffekter*

Frågorna kring undanträngningseffekter ter sig något känsligare än de övriga frågorna i enkäten. De kan uppfattas som ett ifrågasättande av sjukgymnasternas förmåga att prioritera – istället för deras möjligheter att prioritera. Det finns därför anledning att fundera över pass tillförlitliga svaren är i denna del.

Gör sig med andra ord en skönmålning gällande, då 69% hävdar att remisstvänet inte inneburit att patienter med svårare funktionsstörningar drabbats av ökade väntetider. Sak samma då 76 % finner att det inte uppstått några prioriteringssvårigheter.

Det är svårt att veta säkert, men det mesta talar ändå för att tillförlitligheten är god. Kommentarer som avgivits under ”Övriga synpunkter” harmonierar med procentsiffrorna. Den enskilda synpunkten att det slojade remisstvänet snarare bidragit till att underlätta möjligheterna att prioritera är kanske extrem, men är ändå intressant i sammanhanget. Tillförlitligheten stöds också av att få nytillkomna patienter redovisas. Det dolda vårdbehovet har inte gjort sig alltför påmint, och nästan alla sjukgymnaster svarar nej på frågan om man fått fler patienter med ett ”tveksamt medicinskt vårdbehov”. Sist, men inte minst, har det inte skett någon ökning av antalet sjukgymnastikpatienter, totalt sett.

4.7 Hur många nya vårdavtal har slutits?

4.7.1 Utfall

I mars månad år 1999 fanns 263,45 privatpraktiserande sjukgymnasttjänster – omräknat till heltider- inom den öppna vården i Västra Götaland. Av dessa var 41.75 tjänster (=16%) hänförliga till vårdavtal med lokala hälso- och sjukvårdsnämnder. I mars månad år 2000 hade antalet tjänster med vårdavtal ökat något. Se nedanstående tabell

Tabell 11. Sjukgymnastik i öppenvård mars månad år 1999 och mars månad år 2000. Antalet privatpraktiserande sjukgymnasttjänster med vårdavtal –omräknat till heltider - med 1999.03.01 och 2000.03.01

	HSN område 1, 2 och 3	HSN-område 4, 5 och 7	HSN-område 6 och 8	HSN-område 9 och 10	TOTALT
1999.03.01	6,75	33	2	0	41,75
2000.03.01	7,50	42	3	0	52,50
Förändring	+ 0,75	+9	+1	0	+10,75 (=26%)

Tabellen visar att antalet privatpraktiserande sjukgymnasttjänster med vårdavtal hade ökat till 52,50, och att ökningen nästan helt hållet ligger i HSN-områdena 4,5,7. Då totala antalet privata sjukgymnasttjänster 2000.03.01 var 272,2 betyder detta att andelen tjänster med vårdavtal hade ökat till 19%.

I Örebro län var 2000.03.01 44% av de privata sjukgymnasttjänsterna ersatta enligt vårdavtal med landstinget.

4.7.2 Bedömning

Andelen privatpraktikertjänster med vårdavtal har ökat i absoluta och relativa tal. Men det är en mycket blygsam ökning trots en låg nivå i utgångsläget. Anmärkningsvärt är också att den i stort sett enbart kan lokaliseras till HSN-områdena 4,5 och 7.

Det förefaller som om antalet vårdavtal med de privatpraktiserande sjukgymnasterna kan bli betydligt fler.

4.8 Har reformen påverkat regionens kostnader?

4.8.1 Utfall

Regionens kostnader för sjukgymnastikbehandlingar kan inte redovisas på ett direkt sätt; de måste beräknas. Beräkningsunderlaget består av antalet behandlingar och en kalkylerad genomsnittskostnad* om 180 kronor per behandling.

Tillämpas detta underlag framkommer att kostnaderna för sjukgymnastbesök uppgick till 22,7 miljoner kronor för mars månad år 1999 och till 22,4 miljoner kronor för mars månad år 2000. Det betyder en kostnaderna minskat 0,3 miljoner kronor (=1 %). Uppräknat till helår motsvarar detta en minskning på 2,8 miljoner kronor (räknat på 44 arbetsveckor).

*

Den kalkylerade kostnaden per behandling utgår från arvodet för en ensampraktiserande sjukgymnast. Det förväntades under år 1999 uppgå till 222 kronor/behandling upp till 2560 behandlingar per kalenderår, och därefter till 83 kronor per behandling. I normalfallet ingår en patientavgift på 80 kronor. Om denna avgift dras ifrån erhålls en preliminär kostnad på 152 kronor/behandling. I vissa fall – vid sk frikortsbesök- betalar dock inte patienten någon avgift alls, varför dessa besök blir 80 kronor dyrare för regionen. En justering för denna merkostnad leder fram till slutliga kalkylen om 180 kronor per behandling.

Tabell 12. Sjukgymnastik i öppenvård mars månad år 1999 och mars månad år 2000. Beräkning av VGR's kostnader för samtliga sjukgymnastbesök.

	Antal besök	Kostnad/besök	Summa kronor
mars månad 1999	126.123	180	22.702.140
mars månad 2000	124.590	180	22.426.200
Förändring			- 275.940 (= 1 %)

Tilläggas kan att den kalkylerade kostnaden per besök är beroende av hur hög den genomsnittliga produktiviteten är per sjukgymnast. Ökar eller minskar den kan kostnaden per besök med andra ord förändras. Då någon säker förändring av produktiviteten inte inträffat mellan de båda mättillfällena föranleder detta påpekande dock ingen översyn av den tillämpade kalkylen.

4.8.2 Bedömning

I och med undersökningen inte kan påvisa någon påtaglig förändring av antalet besök ger detta sätt att räkna heller inte någon nämnvärd förändring av de totala kostnaderna. Utfallet ger med andra ord inget stöd för att det slojade remisstvånget skulle ha påverkat regionens kostnader för sjukgymnastikbehandling.

SAMMANFATTNING

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kostnader för sjukgymnastik har inte ökat sedan remisstvånget slopades.

Antalet sjukgymnastbehandlingar har inte ökat och produktiviteten är i stort sett oförändrad, sedan kravet på läkarremiss upphörde. Därmed har heller inte hälso- och sjukvårdsstyrelsens kostnader ökat.

- Reformen har haft positiva effekter på vården.

Den positiva effekten grundar sig främst på att reformen gett ökade möjligheter att erbjuda behandling i ett tidigt skede.

- Några typiska negativa bieffekter har inte kunnat spåras.

Undersökningen tyder inte på att patienter med svåra funktionshinder trängts undan, i den meningen att de skulle ha drabbats av ökade väntetider.

- Sjukgymnasternas inställning till remissen visavi läkarna behöver i vissa fall klargöras.

De flesta sjukgymnasterna saknar oftast inte remiss och vill inte ha tillbaka kravet på läkarremiss. Men samtidigt tycker man att remissen i vissa fall är ett värdefullt instrument. Det finns också förväntningar som går ut på att läkarna bör skriva remiss, då de föreslår en patient att uppsöka en sjukgymnast, och en besvikelse över att de inte alltid gör det.

- Patienterna anser att det slopade kravet på läkarremiss är ett bra beslut.

Det är ingen tvekan om att de flesta patienterna uppfattar det att det borttagna kravet på läkarremiss är en bra reform

- Många patienter vet inte om att det inte längre krävs remiss för sjukgymnastikbehandling.

40% av patienterna, visste vid mättillfället inte om att det inte fordras läkarremiss för sjukgymnastikbehandling.

- De flesta patienterna har fortfarande remiss.

Vid mättillfället var det 28% av patienterna som erhöll behandling utan stöd av läkarremiss.

- En ökning av andelen patienter utan remiss kan förväntas

77% av patienterna uppgav att de i fortsättningen har för avsikt att utnyttja möjligheten att få sjukgymnastik utan remiss.

- En ökning av totala antalet patienter kan inte uteslutas

Utfallet tyder på att ett dolt vårdbehov ännu inte givit sig tillkänna i någon större utsträckning. I takt med att allmänhetens vetskap om reformen blir mer spridd kan totala antalet patienter därför komma att öka.

- Antalet vårdavtal med privata sjukgymnaster kan ökas

Antalet vårdavtal med privatpraktiserande sjukgymnaster har ökat mycket blygsamt mellan mars månad år 1999 och mars månad år 2000, trots en låg nivå i utgångsläget.