

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Enhed: Primær Sundhed

Sagsbeh.: SUMSEB

Sags nr.: 1111928

Dok. Nr.: 712509

Dato: 9. november 2011

Notat om henvisning til speciallæge og fysioterapeut

1. Baggrund

Forespørgsel F 31 har følgende ordlyd:

"Hvad kan ministeren oplyse om lægehenvi sning til fysioterapeut, hudspecialist og gynækolog, herunder hvorvidt disse lægehenvi sninger med fordel kan afskaffes?"

I forbindelse med folketingsbehandlingen af F 31 opfordrede Folketinget regeringen til fortsat at være opmærksom på, at de praktiserende lægers visitatorfunktion i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen til stadighed er sundhedsøkonomisk hensigtsmæssig og til gavn for patienterne. I forlængelse heraf opfordredes regeringen til at iværksætte en undersøgelse, der skal afdække, om der på enkelte områder – indenfor den eksisterende økonomiske ramme - kan lempes på kravet om lægehenvi sning for gruppe 1 sikrede personer til praktiserende speciallæge.

I vedtagelsesteksten (V 55) opfordres alene til en undersøgelse af, om der kan ændres på henvisningskravet til praktiserende speciallæge, men under folketingsdebatten blev det tilkendegivet, at en undersøgelse også bør omfatte fysioterapiområdet.

I dette notat gennemgås i afsnit 2 almen praksis som henviser, herunder regelgrundlaget og en gennemgang af henvisningsmønstret i almen praksis. Derefter følger afsnit 3 vedrørende henvisning til speciallægepraksis med fokus på gynækologi og hudsygdomme (dermatologi). I afsnit 4 fokuseres på reglerne m.v. for henvisning til fysioterapi. I afsnit 5 følger et afsnit om udgifterne til fysioterapi og speciallægehjælp, herunder en analyse af konsekvenser for aktiviteten i almen praksis ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger. Endelig følger den samlede konklusion på analysen i afsnit 6.

2. Almen Praksis som henviser

Almen praksis er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet, hvor alle almindelige sygdomme og tilstande hos befolkningen varetages. Almen praksis har som den primære indgang en bred berøringsflade med befolkningen. I 2009 var der i alt 41 mio. kontakter til almen praksis svarende til at hver enkelt borger i gennemsnit havde kontakt til almen praksis ca. 8 gange årligt. Enhver med bopæl i Danmark har ret til at tilmelde sig en praktiserende læge eller praksis.

2.1 Lovgivningsmæssige rammer

Sundhedslovens¹ regler om lægevalg samt lægehjælp hos praktiserende læge fremgår af lovens kapitel 15. Det fremgår af § 59, at personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, skal vælge alment praktiserende læge og meddele det til kommunen. Af § 60 fremgår, at regionsrådet yder vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 1, og at regionsrådet til personer, der er omfattet af sikringsgruppe 2, yder tilskud til behandling hos alment praktiserende læge med samme beløb, som afholdes for tilsvarende lægehjælp til personer omfattet af sikringsgruppe 1. I 2009 var 98 pct. tilmeldt gruppe 1, mens ca. ½ pct. var tilmeldt gruppe 2.²

Regionsrådet er endvidere forpligtet til at yde visse forebyggende undersøgelser m.v. Ifølge § 61 yder regionsrådet vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser hos en læge samt vejledning om svangerskabshygiejne til kvinder ved graviditet, og ifølge § 62 skal regionsrådet yde vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til personer uanset sikringsgruppe hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg. I henhold til § 63 skal regionsrådet tilbyde alle børn under

¹ LBK nr. 913 af 1. juli /2010

² De resterende ca. 1 ½ pct. udgøres af institutionsanbragte, værnepligtige og personer med bopæl i udlandet.

den undervisningspligtige alder syv vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læger, herunder tre undersøgelser i barnets første leveår.

Retten til almen lægehjælp for gruppe 1- og gruppe 2-sikrede er yderligere reguleret i *bekendtgørelse om behandling hos læge i praksissektoren*³, men selve detailreguleringen fremgår af landsoverenskomsten om almen praksis⁴. Det fremgår således af § 2 i bekendtgørelsen, at gruppe 1-sikrede personer har ret til vederlagsfri behandling hos den valgte alment praktiserende læge i overensstemmelse med de regler, der er fastsat i landsoverenskomsten om almen lægehjælp, og at disse personer i akutoptståede situationer m.v., kan søge lægehjælp hos enhver alment praktiserende læge, der har tilsluttet sig overenskomsten.

2.2 Overenskomstmæssige rammer

De nærmere vilkår for almen praksis fastlægges i Landsoverenskomsten om almen praksis, der indgås af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Der findes i landsoverenskomsten specifikke regler om, at lægen kan henvise til speciallægeundersøgelse og – behandling (§ 42) og til behandling hos fysioterapeut (§ 44).

2.3 Gruppe 1 og gruppe 2

Gruppe-1 sikrede

Efter den nuværende ordning kræver vederlagsfri behandling for gruppe-1 sikrede personer hos praktiserende speciallæger - som alt overvejende hovedregel - en lægehenvielse fra patientens egen læge⁵. Det indebærer, at den praktiserende læge afgør, om en patient har et medicinsk defineret behov for et videre forløb i det øvrige sundhedsvæsen. Lægen skal sikre, at henvielse sker på den rigtige indikation, på det rette tidspunkt til det rette niveau og den rette instans.

Gruppe 2-sikrede

Personer, der ikke ønsker at være underlagt kravet om lægehenvielse i forbindelse med behandling hos praktiserende speciallæge, kan undgå dette ved at vælge sikringsgruppe 2.

Personer, der har valgt sikringsgruppe 2, har således adgang til at søge behandling hos alment praktiserende læger og hos privatpraktiserende speciallæger uden henvielse fra en alment praktiserende læge. Behandlingen ydes i øvrigt på samme vilkår og med de samme begrænsninger som ved behandling af gruppe 1-sikrede personer.

Gruppe 2 sikrede har ret til delvis dækning af udgifter til behandling hos læge og hos speciallæge svarende til det beløb, som det offentlige betaler for en gruppe 1-sikrets behandling.

2.4 Roller og opgaver i almen praksis

Almen praksis' rolle og opgaver er nærmere beskrevet i et protokollat til overenskomsten⁶. Det fremgår bl.a. heraf, at den praktiserende læge som "*frontlinielæge*" er ansvarlig for alle sine tilmeldte patienter i en uselekteret patientpopulation og håndterer ethvert problem, patienten opfatter som et sundhedsproblem uanset personens alder, køn eller andre karakteristika.

³ Bekendtgørelse nr. 1238 af 5. december 2006

⁴ Overenskomst om almen praksis af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 21-12-2010 (med virkning fra 01-04-2011), indgået imellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation

⁵ Vederlagsfri behandling hos privatpraktiserende øjen- og ørelæger for gruppe 1-sikrede kræver ikke lægehenvielse. For yderligere undtagelser til henvielsekravet se afsnit 3.1.

⁶ Protokollat om roller og opgaver i almen praksis af 21-12-2010

I mødet med patienten afgør den praktiserende læge som *gatekeeper*, om der er et medicinsk behov for, at patienten henvises til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til det sekundære sundhedsvæsen.

Som *tovholder* skal almen praksis bidrage til overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis med sit kendskab til patienten og historikken i patientens forskellige helbredsproblemer samler trådene og sikrer, at der er en logisk sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblem.

2.5 Almen praksis' arbejdsområde

I ovennævnte protokollat beskrives endvidere almen praksis' arbejdsopgaver. Almen praksis varetager en lang række almindelige behandlingsopgaver på en række områder, der falder inden for det almenmedicinske kompetenceområde. Det er opgaver, der endvidere ligger i naturlig forlængelse af almen praksis roller og funktioner. I protokollatet nævnes en række væsentlige opgaver, der er behov for, at almen praksis har fokus på i fremtiden, bl.a. behandling af *akutte sygdomstilfælde* og *mindre skader* og behandling af patienter med *kronisk sygdom*. Det anføres endvidere, at almen praksis beskæftiger sig med den *patientrettede forebyggelse* over for patienter med kroniske sygdomme eller patienter med risikofaktorer. Endeligt gøres der rede for, at almen praksis har en række opgaver relateret til samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen - herunder om særlige patientgrupper, bl.a. den socialmedicinske indsats i forhold til ressourcetsvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.

2.6 Definition af "henvisning".

"Henvisninger" i almen praksis kan defineres som: "når den alment praktiserende læge anmoder en specialist eller anden sundhedsperson om at modtage patienten og levere en særlig specialiseret indsats i forbindelse med udredning, behandling, kontrol eller pleje, for hvilket denne er direkte ansvarlig over for patienten".

2.7 Henvisningsmønsteret i almen praksis⁷

Som borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet varetager almen praksis som nævnt en funktion som gatekeeper til specialiseret behandling i sundhedsvæsenet. Den alment praktiserende læge vurderer, om patienter har et lægefagligt begrundet behov for videre udredning og behandling i det øvrige sundhedsvæsen.

En almen praktiserende læge har i gennemsnit kontakt med 40 patienter om dagen og henviser ca. de 4 af disse til det øvrige sundhedsvæsen. Opgjort i procent betyder det, at ca. 10 pct. af alle kontakter (konsultationer, besøg og telefonkonsultationer) fører til en henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. I ca. 35 pct. af tilfældene henvises til sygehusvæsenet (ambulant eller indlæggelse), og i stort set lige så mange tilfælde henvises til speciallæge. Herudover er ca. 15 pct. af henvisningerne til røntgen i speciallægepraksis eller på sygehus, mens de resterende ca.

15 pct. går til fysioterapeut, fodterapeut, psykolog eller et kommunalt tilbud.

30 % af borgere tilmeldt gruppe 1 henvises til / henvender sig til praktiserende speciallæger i løbet af et år. For de specialer, som kræver en henvisning, henvises den største andel af de tilmeldte borgere til specialerne hudlæge (5,2 %), gynækologi/obstetrik (2,4 %), kirurgi (2,1 %), radiologi (1,5 %) og reumatologi (1,1 %).

⁷ Oplysningerne, herunder de anførte talværdier, i dette afsnit bygger på publikationen: "Henvisningsmønsteret i almen praksis", Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.

Der er som ovenfor nævnt ikke krav om henvisning til praktiserende øjenlæger og øre-næse-hals læger. Ca. 16 % af de tilmeldte borgere påbegynder en behandling hos en øjenlæge og/eller en øre-næse-hals læge i løbet af et år, hvilket således er betydelig mere end til de andre specialer.

Hyppigst henviste

De 10 pct. hyppigst henviste står for 25 pct. af henvisningerne til speciallæger og 20 pct. af henvisningerne til sygehus. Disse hyppigst henviste til speciallæger får i gennemsnit knap 4 henvisninger på et år. Mens de, der henvises hyppigt til sygehuse, får i gennemsnit 3,3 henvisninger pr. år. Hyppigt henviste kan både være henvist flere gange i forbindelse med udredning og behandling for én sygdom, men kan også være henvist flere gange af helt forskellige og uafhængige årsager.

Henvisningsmønster ift. sygdomsgrupper og formål

En tredjedel af alle henvisninger vedrører muskelskeletsygdomme, som dermed er den sygdomskategori, der hyppigst foranlediger en henvisning. Derefter følger sygdomme relateret til mave-tarm, gynækologi og urinveje med 11 pct. og hudsygdomme med 10 pct. af henvisningerne. Kræft og hjerte- karsygdomme er årsagen til henvisning i henholdsvis 7,7 og 6,8 pct. af de tilfælde, hvor der henvises. Hovedformålet med godt halvdelen af alle henvisninger er udredning ved mistanke om sygdom, hvilket er relativt højt sammenlignet med udlandet. En tredjedel af henvisningerne foretages med henblik på behandling og kontrol af sygdommen. Genoptræning, rehabilitering og forebyggelse er formålet med i alt godt en tiendedel af alle henvisninger. Det skal bemærkes, at godt halvdelen af henvisningerne foretages i forbindelse med almen praksis' egen udredning af patienter.

Udviklingen i henvisningsmønsteret over tid

I perioden 2002 til 2006 er der sket et mindre fald på 2 pct. i det samlede antal henvisninger til speciallæger og sygehuse fra almen praksis. Der er samtidig sket en mindre forskydning i henvisningsmønsteret således, at en relativ nedgang i henvisninger til sygehus til dels opvejes af en stigning i henvisninger til speciallæge. Det vides dog ikke, hvorvidt der viderehenvises fra speciallæge til sygehus.

Fra 2002-2006 er det totale antal af henvisninger pr. 1.000 personer i praksispopulation til praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer steget 5 pct. Der ses særligt stigninger inden for specialerne kirurgi med en stigning på 32 pct. psykiatri og intern medicin med hver 15 pct. samt fysioterapi med en stigning på godt 10 pct.

I samme periode har der været et fald på 5,8 pct. i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til ambulante sygehuskontakter og et fald på 11,1 pct. i henvisninger til sygehusindlæggelser fra den alment praktiserende læge.

Variation i henvisningsmønsteret

Der er variation i henvisningsmønsteret fra almen praksis i Danmark til sygehuse og speciallæger (inkl. fysioterapeut, psykolog, fodterapeut og radiologi på private klinikker). Registerstudier viser, at nogle praksis henviser 11 gange oftere end andre praksis til speciallæge. Således foretog nogle praksis omkring 3 henvisninger pr. 100 konfrontationer (konsultationer og hjemmebesøg) til speciallæge, mens andre foretog knapt 30 henvisninger. Det er imidlertid ganske få praksis, der henviser hhv. relativt mange og få patienter. De fleste praksis henviser til speciallæger i nogenlunde samme omfang som gennemsnittet på 14 henvisninger pr. 100 konfrontationer.

En del af denne variation kan umiddelbart forklares ved den forskellighed, der er i den regionale tilrettelæggelse/planlægning af radiologispécialet. Således foretages radiologiske undersøgelser i det tidligere H:S og Københavns samt Århus amter delvist hos privatpraktiserende radiologer (og tæller derfor med som henvisninger til speciallæger), mens de i resten af landet foretages på sygehusambulatorier. Hvis henvisninger til radiologi ikke medregnes, er variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge således

reduceret fra 11 til 4. Beregnes variationen for 90 pct. intervallet er variationen mellem praksis faktor 1,5, når

Variation mellem kommunerne

Opdelt på kommuner ses, at almen praksis i nogle kommuner henviser gennemsnitligt dobbelt så ofte til speciallæge som almen praksis i de kommuner, hvor der gennemsnitligt henvises færrest. Mens der i nogle kommuner blev foretaget ca. 10 henvisninger fra almen praksis til speciallæger pr. 100 konfrontationskontakter, blev der i andre kommuner gennemsnitligt foretaget ca. 20 henvisninger. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,4. De fleste ligger dog tæt på gennemsnittet på knap 14 henvisninger pr. 100 konfrontationer. Dette ses ved at standardafvigelsen er 1,5 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter. Ses på henvisninger til sygehusene henviser almen praksis i nogle kommuner gennemsnitligt 1,3 gange oftere end de kommuner, hvor almen praksis henviser færrest.

Variation mellem regionerne

Opdelt på regioner ses en lille variation i det gennemsnitlige antal henvisninger pr. lægekontakt, hvilket bl.a. skyldes, at der er tale om større enheder, hvor forskellen i lægernes henvisningsmønster til dels udignes. Variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge er ca. 1,3 og for henvisninger til sygehuse er den ca. 1,1. Der foretages gennemsnitligt 15,6 henvisninger til speciallæger pr. 100 konfrontationer i Region Hovedstaden. Det er mere end landsgennemsnittet og ca. 30 pct. flere, end der henvises i Region Nordjylland, som med 12,3 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter er den region, hvor der henvises færrest til speciallæger.

3. Henvisning til speciallægepraksis (fokus på dermatologi og gynækologi)

3.1 Vurdering af mulighederne for ændrede henvisningskrav til speciallægepraksis

Der er lavet en del undersøgelser vedrørende henvisningsmønsteret, bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Henvisningsmønsteret i almen praksis, som også refereres ovenfor. Disse undersøgelser danner bl.a. baggrund for nedenstående beskrivelse af fordele ved at bevare hhv. afskaffe kravet om lægehenvi-
sing til speciallægepraksis. Herudover fremgår det af figur 1, at kravet om henvisning fra alment praktiserende læge allerede i dag fraviges på flere områder i speciallægepraksis.

Figur 1: Områder i speciallægepraksis, hvor der ikke er krav om henvisning fra egen læge

Generelt for specialet:

- **Øjenlægehjælp (oftalmologi)**. Der kræves ikke henvisning fra alment praktiserende læge for behandling ved øjenlæge.
- **Ørelægehjælp (otologi)**. Der kræves ikke henvisning fra alment praktiserende læge for behandling ved ørelæge.

Specifikke ydelser:

- Dermato-venerologi. (1) Patienter, som er henvist til undersøgelse og behandling for **hudkræft** kan, uden fornyet henvisning fra den alment praktiserende læge, indkaldes til nødvendig kontrol. (2) Diagnostik og behandling af **seksuelt overførbare sygdomme** kan gennemføres uden henvisning fra alment praktiserende læge.
- Gynækologi og obstetrik. For **dysplasiudredning og –behandling** samt udredning/behandling af **kroniske lidelser** samt ydelsen **skift af ringpessar** kan indkaldes til nødvendig kontrol uden fornyet henvisning fra den alment praktiserende læge.

Kilde: Overenskomst om speciallægehjælp.

3.1.2 Fordele ved at bevare kravet om lægehenvi sning til speciallægepraksis

Faglig vurdering (gatekeeper)

- Symptomer kan skyldes tilstande i forskellige organsystemer, hvorfor en faglig vurdering er væsentlig i forhold til at sikre, at patienten kommer det rigtige sted hen (f.eks. skyldes mange hudslæt infektionssygdomme, fysiske symptomer som mavesmerter m.v. kan være udtryk for fx en angst- eller depressionslidelse).
- Ved alvorlige symptomer kan den praktiserende læge sikre, at patienten bliver tilset hurtigt af en speciallæge.
- Patienten kan blive informeret om baggrunden for henvisningen, og planen for, hvad der videre skal ske.
- Mange problemstillinger forsvinder uden behandling, hvilket de praktiserende læger har med i deres overvejelser af, om der er behov for en henvisning med det samme eller om man kan "se tiden an". Hermed vil "unødvendige" henvisninger blive undgået.
- De praktiserende læger vurderer symptomerne ud fra hyppigheden af sygdommene i befolkningen, mens de privat-praktiserende speciallæger vurderer hyppigheden af sygdomme i en selekteret gruppe. Uvisiteret adgang til de privatpraktiserende speciallæger kan derfor betyde, at patienterne vil blive udredt for alvorlige lidelser uden grund.
- De praktiserende læger vurderer, at indikationen for deres henvisning til speciallæger er tvivlsom i ca. 5 % af tilfældene. Man må formode, at der vil være flere "tvivlsomme" henvendelser, hvis lægehenvi sningen bortfalder.

Helhedssyn (tovholder)

- Kendskabet til den enkelte patient har betydning for vurderingen af patientens symptomer – og dermed behovet for henvisning.
- Den praktiserende læge har overblik over patientens forløb, herunder evt. henvisninger til flere speciallæger samtidig. Lægen varetager desuden en række opgaver i forhold til særlige patientgrupper, bl.a. den socialmedicinske indsats i forhold til ressourcetsvage patienter, misbrugere, børn/unge med særlige behov og ældre patienter.
- Den praktiserende læge kan være med til at undgå, at nogle patienter ser utallige læger for samme problemstilling (også kaldet "doctor-shopping").

Ventetid

- Ventetiden til praktiserende speciallæger er ofte lang, og specielt øjenlæger (som ikke kræver lægehenvi sning) er kendt for at have lang ventetid. Ventetiden hos de praktiserende speciallæger må forventes at stige, hvis henvisningen forsvinder.

Økonomi

- Hvis patienten søger speciallæge for en problemstilling, som kunne være klaret af den alment praktiserende læge, er udgiften højere. Henvisningskravet er således et vigtigt element til at sikre den bedste ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet i forhold til hvor patienterne behandles/på hvilket specialiseringsniveau. Det er således centralt for den bedst mulige ressourceanvendelse, at patienter behandles på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (det såkaldte LEON-princip).
- Da sundhedsydelse hos speciallægerne er gratis for patienterne, vil fjernelse af henvisningskravet med stor sandsynlighed øge efterspørgslen, idet der ikke findes en "pris" til at regulere denne, som på et almindeligt marked ("gratis" er i princippet lig med uendelig efterspørgsel).
- Undersøgelser tyder desuden på, at der er en økonomisk gevinst ved at bevare lægehenvi sningen til speciallæge, hvilket også er vurderingen i en dansk analyse, hvor det vurderes, at den frie adgang til øre-næse-hals læger og øjenlæger måske får brugen af disse til at stige.

Patientgruppens sammensætning

- Nogle patienter søger læge hurtigere end andre. Denne viden er vigtigt for vurderingen af behovet for henvisning. Dette er med til at sikre en effektiv ressourceudnyttelse.

3.1.3 Fordele ved at fjerne kravet om lægehenvi sning til speciallægepraksis

Faglig vurdering

- De praktiserende speciallæger har en større viden om sygdomme indenfor deres speciale, hvorved patienten får mulighed for en hurtig diagnose og behandling.

Ventetid

- Patienterne undgår både at skulle vente på en konsultation hos den praktiserende læge og hos speciallægen.

Økonomi

- I det omfang patienten opsøger en speciallæge direkte spares det offentliges udgift til egen læges honorar.

Second Opinion

- Patienterne kan få en "second opinion", idet de kan vælge at gå til flere forskellige behandlere for samme problemstilling.

3.2 Gynækologi og obstetrik

Specialet gynækologi og obstetrik er beskrevet i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for gynækologi og obstetrik, 2010.

Det fremgår heraf, at gynækologi omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme og symptomer i de kvindelige kønsorganer, behandling af kvinder med kønshormonrelaterede sygdomme, diagnostik og behandling af infertilitet, svangerskabsforebyggelse, problemer i den tidlige graviditet og svangerskabsafbrydelse. Gynækologi omfatter endvidere diagnostik og behandling af kvinder med sygdomme, der skyldes forandringer i bækkenbund og nedre urinveje.

Obstetrik omfatter sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik og behandling under svangerskab, fødsel og barselsperiode. Desuden varetager specialet den prænatale genetiske rådgivning og de prænatale diagnostiske prøveudtagninger i et nært samarbejde med de genetiske centre.

Almen praksis varetager diagnostik og eventuelt behandling af gynækologisk obstetriske patienter samt henvisning af gynækologisk obstetriske patienter til behandling i speciallægepraksis eller på sygehus. Desuden varetager almen praksis opfølgning og kontrol af gynækologisk obstetriske patienter efter behandling på sygehus. Svangerskabsforebyggelse, svangreomsorg og gynækologiske problemstillinger udgør således en del af aktiviteten hos almen praktiserende læger.

Der fandtes i 2009⁸ 70 fuldtidspraksis og 2 delepraksis indenfor specialet. Hovedparten af disse speciallægepraksis findes i de større byområder, heraf 56 pct. i Region Hovedstaden. Denne uensartede koncentration af praktiserende speciallæger i Danmark har medført, at det ikke nødvendigvis er de samme opgaver, der varetages i hhv. speciallægepraksis og sygehuse i de forskellige dele af landet.

⁸ Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse i speciallægepraksis 2008, Foreningen af speciallæger (FAS), 2008.

Et eksempel er konisationer (keglesnit), der i Østdanmark fortrinsvis laves i speciallægepraksis, mens funktionen i de øvrige dele af landet hovedsageligt udføres på sygehus.

3.3 Aktivitet hos praktiserende speciallæger i gynækologi

Antallet af konsultationer i gynækologisk speciallægepraksis fremgår af nedenstående tabel. Det fremgår således, at kvinder har godt 150.000 førstegangskonsultationer pr. år hos praktiserende speciallæger i gynækologi. Dertil kommer ca. 1.000 førstegangskonsultationer blandt mænd, formentlig i forbindelse med fertilitetsbehandling.

Borgere, der vælger at være tilmeldt gruppe 2, kan frit vælge at gå til en praktiserende speciallæge uden forudgående henvisning fra en alment praktiserende læge. Nogle har formentlig valgt gruppe 2 specifikt for at kunne gå direkte til en praktiserende speciallæge i gynækolog.

Tabel 1: Konsultationer i gynækologisk speciallægepraksis fordelt på kvinder i Gruppe 1 og 2, 2008-2009

| | Gruppe 1 2.769.220 kvinder ⁹ | | Gruppe 2 16.472 kvinder | |
|---|--|------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Samlet antal konsultationer | Pr 1.000 kvinder | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 kvinder |
| 1. konsultation (0110), kun kvinder | 147.938 | 53 | 3.410 | 207 |
| Senere konsultation (0120), kun kvinder | 95.198 | 34 | 1.264 | 77 |

Kilde: Sygesikringsregisteret, gennemsnitstal for 2008 og 2009.

Som det fremgår af ovenstående tabel, har gruppe 2 patienter forholdsmæssigt betydelig flere kontakter til speciallægerne i gynækologi end gruppe 1 patienter har. Der er få patienter i gruppe 2, og Sundhedsstyrelsen kender ikke forskellene på denne gruppe og gruppe 1, men grupperne kan have forskellige profiler, helbredsmæssigt og socioøkonomisk. Sundhedsstyrelsen vil dog ud fra ovenstående forvente, at tendensen vil være, at borgernes adfærd vil udvikle sig mod gruppe 2 patienternes adfærd, hvis henvisningskravet bortfalder. Dvs., at der kommer flere henvendelser til speciallægerne end som situationen er i dag.

3.4 Ydelser, der foretages både i almen praksis og speciallægepraksis

En række ydelser kan foretages både i almen praksis og i gynækologisk speciallægepraksis. Udtagning af prøve fra livmodermunden (betegnet som "smear" i gynækologisk speciallægepraksis) er en sådan ydelse, som alle alment praktiserende læger kan udføre, men som også foretages i gynækologisk speciallægepraksis.

Blandt gruppe 1 patienter foretager gynækologisk speciallægepraksis ca. 18 % af de celleprøver, som foretages i praksissektoren, mens det blandt gruppe 2 patienterne er 76 %, jf. nedenstående tabel.

⁹ Pr. 1. oktober 2009 på baggrund af tal fra Danske Regioner om samlet antal borgere i hhv. gruppe 1 og 2. For begge grupper er andelen af kvinder sat til 50,4 %.

Tabel 2: Udtagning af celleprøve (smear) i almen praksis og gynækologisk speciallægepraksis, 2008-2009

| | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
|----------------------------|----------|----------|
| Almen praksis | 251.565 | 560 |
| Gynækologer | 55.309 | 1.773 |
| Andel udført hos gynækolog | 18 % | 76 % |

Kilde: Som tabel 1.

Hvis kravet om henvisning bortfalder, kan man forestille sig, at gruppe 1 patienterne ændrer deres adfærd i retning af gruppe 2 patienterne. Det vil betyde, at et større antal patienter vil henvende sig til en praktiserende gynækolog, når de skal have udført en celleprøve, selvom den kunne varetages af den alment praktiserende læge. Det vil betyde øgede udgifter til den enkelte prøve (da undersøgelsen er ca. 30 pct. dyrere hos speciallægen), dvs. ringere ressourceanvendelse, og behov for flere speciallæger.

Svangerskabsforebyggelse er også et område, som foregår både i almen praksis og i speciallægepraksis, men her er der i vid udstrækning tale om komplementære opgaver i almen praksis og speciallægepraksis, hvorfor disse næppe vil blive påvirket af ændring i henvisningskravet.

Svangerskabsafbrydelse sker i et samarbejde, hvor det er den praktiserende læge som rådgiver og henviser forud for indgrebet og varetager opfølgningen bagefter, mens selve indgrebet foregår enten på sygehus eller i speciallægepraksis. Denne arbejdsdeling findes hensigtsmæssig, da denne gruppe patienter ofte har behov for anden opfølgning end den rent specialiserede medicinske behandling, som foregår i speciallægepraksis eller på sygehus.

3.5 Dermato-venerologi

Specialet dermato-venerologi er beskrevet i Sundhedsstyrelsens specialevejledning for dermato-venerologi, 2010.

Specialet omfatter forebyggelse, diagnostik, behandling, symptomlindring og rehabilitering af patienter med sygdomme, skader og medfødte misdannelser i huden samt med seksuelt overførte sygdomme.

Almen praksis varetager diagnostik og eventuelt behandling af dermato-venerologiske patienter samt henvisning af dermato-venerologiske patienter til behandling i speciallægepraksis eller på sygehus. Der foretages behandling af ukomplicerede tilfælde, fx sår, hudinfektioner, medikamentelle eksantemer, psoriasis, benigne hudtumorer, kondylomer, chlamydiainfektioner og verrucae vulgaris (vorter). Desuden varetager almen praksis forebyggelse, fx med HPV-vaccine, samt opfølgning og kontrol af dermato-venerologiske patienter efter behandling i speciallægepraksis og på sygehus.

Dermato-venerologisk speciallægepraksis diagnosticerer og behandler patienter inden for alle diagnosegrupper i specialet og varetager størsteparten af hoved-funktionerne inden for dermato-venerologi. Der er 104 praktiserende speciallæger i dermato-venerologi. Fordelingen af speciallægerne er geografisk meget varierende. Desuden varierer opgaverne i speciallægepraksis betydeligt. Speciallægepraksis modtager patienter henvist fra almen praksis eller fra lokale sygehusafdelinger.

Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan henvende sig i speciallægepraksis uden henvisning. Visitation til sygehus med dermato-venerologisk funktion afgøres først og fremmest af sygdommens sværhedsgrad, behandlingsresistens og sjældenhed, men også behovet for kompleks diagnostik og behandling er afgørende. Langt de fleste patienter, som henvises til dermatologisk speciallægepraksis, udredes og færdigbehandles i speciallægepraksis.

3.6 Aktivitet hos praktiserende speciallæger i dermato-venerologi

Antallet af konsultationer i dermato-venerologisk speciallægepraksis fremgår af nedenstående tabeller. Ydelserne er opgjort på fire hovedområder: 1) diagnostik og behandling af hudsygdomme, 2) allergiudredning, 3) eksemudredning og 4) diagnostik og behandling af seksuelt overførbare sygdomme. Det fremgår, at der er over 300.000 førstegangskonsultationer pr. år hos praktiserende speciallæger i dermato-venerologi.

Tabel 3: Konsultationer i dermatologisk speciallægepraksis på hovedområder fordelt på Gruppe 1 og 2, 2008-2009

| Diagnostik og behandling af hudsygdomme | Gruppe 1 5.494.486 personer ¹⁰ | | Gruppe 2 32.683 personer | |
|---|--|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere |
| 1. konsultation (0110) | 294.190 | 54 | 4763 | 146 |
| Anden + senere konsultation (0120+0130) | 693.123 | 126 | 7115 | 218 |

| Allergiudredning | Gruppe 1 5.494.486 personer | | Gruppe 2 32.683 personer | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere |
| 1. konsultation (0210) | 10.734 | 2 | 80 | 2,4 |
| Senere konsultation (0220+0230) | 28.425 | 5,2 | 155 | 4,7 |

| Eksemudredning | Gruppe 1 5.494.486 personer | | Gruppe 2 32.683 personer | |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere |
| 1. konsultation (0240) | 16.281 | 3 | 72 | 2,2 |
| Senere konsultation (0250+0260) | 40.055 | 7,3 | 190 | 5,8 |

| Behandling af seksuelt overførbare sygdomme | Gruppe 1 5.494.486 personer | | Gruppe 2 32.683 personer | |
|---|--------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere | Samlet antal konsultationer | Pr. 1.000 borgere |
| 1. konsultation (6110) | 363 | 0,07 | 3 | 0,09 |
| Senere konsultation (6120+6130) | 628 | 0,11 | 6 | 0,17 |

Kilde: Som tabel 1.

Gruppe 2 patienter har – jf. Tabel 3 – betydelig flere kontakter til speciallægerne i dermato-venerologi end gruppe 1 patienter, når det handler om diagnostik og behandling af hudsygdomme. Ved allergi- og eksemudredning, samt og behandling af seksuelt overførbare sygdomme er tallene nogenlunde ens.

3.7 Samlet vurdering af mulighederne for eventuel fjernelse af henvisningskravet til praktiserende speciallæger i gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en ophævelse af henvisningskravet vil kunne medføre et behov for et øget antal ydelser hos de praktiserende speciallæger. Dette vil resultere i en øget ventetid eller et behov for oprettelse af flere ydernumre, som der vil skulle tages højde for. Denne vurdering bygger dels på ydelsesmønstret hos patienter, der er sikrede i gruppe 2, og dels det høje antal ydelser hos de speciallæger, hvor der allerede er fri adgang, dvs. speciallæger i øjenssygdomme og øre-næse-hals sygdomme.

¹⁰ Pr. 1. oktober 2009, tal fra Danske Regioner

Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan allerede henvende sig i speciallægepraksis uden henvisning. Sundhedsstyrelsen finder det hensigtsmæssigt, at dette fortsætter. Sundhedsstyrelsen kan ikke pege på eventuelle andre områder, hvor henvisningskravet til praktiserende speciallæger i hhv. gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi hensigtsmæssigt kan fjernes.

Hvis patienten søger speciallæge for en problemstilling, som kunne være klaret af den alment praktiserende læge, er udgiften. Henvisningskravet er således et vigtigt element til at sikre den bedste ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet ift. hvor patienterne behandles/på hvilket specialiseringsniveau. Det er således centralt for den bedst mulige ressourceanvendelse, at patienter behandles på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (det såkaldte LEON-princip).

Selvom de praktiserende speciallæger må antages at have en større viden om sygdomme indenfor deres speciale, og patienten dermed får mulighed for en hurtig diagnose og behandling, forudsætter det dog, at borgeren har henvendt sig til en læge inden for det rigtige speciale. Hvis ikke dette er tilfældet, er der risiko for at borgeren skal henvende sig til forskellige sundhedspersoner, før den rigtige findes (dette er en af styrkerne ved at have almen praksis som den lægefaglige vurdering af hvorhen i sundhedsvæsenet borgerne skal).

I det omfang patienten opsøger en speciallæge direkte, spares det offentliges udgift til egen læges honorar, men det må forventes, at en henvisning ofte er forudgået af en lægelig vurdering. Endvidere vurderes det ikke sandsynligt, at alle lægekonsultationer, der har resulteret i en henvisning, kan forventes at bortfalde. Herudover omfatter en lægehenvielse allerede i dag op til 6 konsultationer hos en praktiserende speciallæge (limitering). Patienter behøver derfor ikke at henvende sig til den alment praktiserende læge hver eneste gang de har behov for behandling hos en speciallæge.

4. Henvisning til fysioterapi

En patient kan i medfør af sundhedsloven få:

- Tilskud til fysioterapi, jf. § 67
- Vederlagsfri fysioterapi, jf. § 140a.

Begge former for fysioterapi kræver en lægehenvielse. Henvisningskravet omfatter både gruppe 1- og gruppe 2-sikrede.

Tilskuddet til fysioterapi ydes med samme beløb til gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede. Vederlagsfri fysioterapi ydes med samme ydelser til gruppe 1-sikrede og gruppe 2-sikrede.

Tilskud til fysioterapi og vederlagsfri fysioterapi gives også i begrænset omfang i form af ridefysioterapi.

4.1 Fysioterapi med tilskud

Det er regionen, som yder et tilskud til fysioterapi i praksissektoren. Tilskuddet udgør 39,3 pct. af behandlingsudgiften.

Gruppe 1 sikrede kan vælge blandt de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten. Gruppe 2 sikrede kan herudover vælge blandt fysioterapeuter, der ikke har tilsluttet sig overenskomsten.

4.2 Vederlagsfri fysioterapi

Det er kommunen, som yder vederlagsfri fysioterapi. Den vederlagsfri fysioterapi kan ydes i praksissektoren, men en kommune kan også tilbyde vederlagsfri fysioterapi ved at etablere tilbud på egne institutioner eller ved at indgå aftaler med andre kommuner eller private.

Personer, der er henvist til vederlagsfri fysioterapi, kan frit vælge mellem at modtage vederlagsfri fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut eller i et kommunalt tilbud. Det er også muligt at vælge tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved andre kommuners institutioner.

Gruppe 1 sikrede kan vælge blandt de fysioterapeuter, der har tilsluttet sig overenskomsten. Gruppe 2 sikrede kan herudover vælge blandt fysioterapeuter, der ikke har tilsluttet sig overenskomsten.

Vederlagsfri fysioterapi er rettet mod funktionsnedsættelser relateret til en nærmere afgrænset gruppe af diagnoser. Målgruppen er:

- Patienter med svært fysisk handicap
- Patienter med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Den nærmere afgrænsning af målgruppen er fastlagt i Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi.

For patienter med funktionsnedsættelser skal diagnosen være stillet af sygehusafdeling eller en speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale.

4.3 Vurdering af mulighederne for ændrede henvisningskrav til fysioterapi

Nedenfor beskrives fordele ved henholdsvis at fastholde og afskaffe kravet om lægehenvi-
sing til fysioterapi.

4.3.1 Fordele ved at fastholde krav om lægehenvi- sing til fysioterapi:

Faglig vurdering og patientforløb

- Den praktiserende læges kendskab til den enkelte patient og dennes samlede sygdomsbillede har betydning for vurderingen af patientens symptomer og dermed vurderingen af behovet for henvisning til relevant udredning og behandling.
- Den praktiserende læge fungerer som "tovholder", idet lægen har overblik over patientens forløb, herunder øvrige henvisninger til udredning og behandling i sundhedsvæsenet.
- Symptomer i bevægeapparatet kan skyldes alvorlige tilstande. Den praktiserende læge kan i tvivlstilfælde sikre direkte henvisning til udredning på speciallægeniveau.
- Lægen kan tage stilling til det samlede udrednings- og behandlingsbehov, herunder behovet for medicinsk behandling, fx i forbindelse med akutte lænde- rygsmerter
- Mange smertetilstande, herunder akutte lænderygsmerter, bedres spontant uden behandling, hvilket de praktiserende læger skal have med i deres overvejelser af, om der er behov for en henvisning med det samme, eller om man kan se tiden an. Dermed reduceres risikoen for overbehandling.
- Den praktiserende læge har – typisk - til forskel fra patienten viden om de forskellige tilbud hos praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer, i kommunalt regi og i sygehusregi (fysiurgi), og kan dermed sikre, at der henvises på relevant indikation til relevant tilbud, frem for, at patienten "forsøger sig frem".
- Patienten kan blive informeret om baggrunden for en henvisning og planen for, hvad der videre skal ske.
- Den praktiserende læge kan være med til at undgå, at nogle patienter opsøger utallige læger eller fysioterapeuter for samme problemstilling ("doctorshopping").
- Hvad angår vederlagsfri fysioterapi, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at det kræver en lægefaglig vurdering, om en patient opfylder kriterierne for at modtage vederlagsfri fysioterapi.

Ventetid

- I tilfælde, hvor patientens sygdom efterfølgende lægefagligt viser sig at skulle udredes på specialistniveau, undgås et forsinket udredningsforløb, hvor patienten først og unødvendigt har været hos praktiserende fysioterapeut.
- Henvisningskravet sikrer, at efterspørgslen efter fysioterapi ikke øges på forkerte indikationer, hvilket medvirker til at ventetiderne til fysioterapi ikke forøges unødigt.

Økonomi

- Der vil som følge af en mere begrænset patienttilgang også være mindre pres på kapaciteten og dermed mindre pres for at øge antallet af ydernumre.
- Dermed sikrer henvisningskravet bedre mulighed for overholdelse af en økonomisk ramme for fysioterapi sammenlignet med en situation uden henvisningskrav, som må forventes at medføre øgede udgifter som følge af større efterspørgsel og patienttilgang og overbehandling.
- Patienter med private forsikringsordninger, der dækker selvbetalingsandelen, og hvor en henvisning er påkrævet, vil formentlig i større omfang søge fysioterapi, hvis henvisningskravet bortfalder. Disse patienter har mindre tilskyndelse til at begrænse forbruget af fysioterapiydelser, da forsikringen dækker egenbetalingen, og en øget efterspørgsel vil dermed medføre øgede offentlige udgifter til fysioterapi.
- Hvad angår vederlagsfri fysioterapi har patienter i denne ordning ingen økonomisk tilskyndelse til at fravælge eller ophøre med fysioterapeutisk behandling. Fysioterapeuter har desuden et incitament til at imødekomme patienternes efterspørgsel. Det vurderes, at væsentligt flere patienter vil blive omfattet af den vederlagsfri ordning, hvis der ikke er et krav om henvisning. Henvisningskravet er derfor ud fra et økonomisk hensyn derfor særligt væsentlig for denne gruppe.

4.3.2 Fordele ved at afskaffe kravet om henvisning til fysioterapi*Faglig vurdering og patientforløb*

- For patienter, hvor fysioterapi er den rette behandling, vil der spares et besøg hos egen læge og dermed muligvis blive et kortere sygdomsforløb.¹¹

Økonomi

- I de tilfælde, hvor fysioterapi er den rette behandling, spares konsultationshonoraret til egen læge ved direkte adgang. Der kan spares honorar til den praktiserende læge i tilfælde, hvor konsultationen udelukkende omhandler en henvisning.
- Direkte adgang til fysioterapi og et evt. hurtigere udrednings- og behandlingsforløb kan betyde sparede udgifter til fysioterapeutiske behandlinger, diagnostiske undersøgelser, medicin samt udgifter til sygefravær.¹²

4.4 Erfaringer med direkte adgang til fysioterapi i andre lande

Danske Fysioterapeuter har i notat af 11. maj 2010 beskrevet undersøgelser af erfaringer med direkte adgang til fysioterapi i Storbritannien, Holland og Norge.

Sundhedsstyrelsen har vurderet notatet og har i den forbindelse foretaget en systematisk litteratursøgning vedrørende undersøgelser af selvhenvielse i Norge, Sverige, Holland og Storbritannien. Disse lande blev valgt, da deres sundhedsvæsen har mange ligheder med det danske. Litteratursøgningen omfatter offentliggjorte artikler fra 2005 til 2010.

¹¹ Danske Fysioterapeuter finder, at nogle patienter vil få en kortere sygdomsperiode, som følge af, at de ikke gennemgår overflødige udredninger eller perioder, hvor man ser tiden an. Der er imidlertid ikke evidens for, at de udredninger, som fører til henvisning til fysioterapi, er overflødige, idet konsultationen også kan have andre formål som f.eks. at udelukke sygdomme, som kræver andre former for behandling end fysioterapi mv.

¹² Evidensen herfor er ifølge Sundhedsstyrelsen dog usikker, jf. nærmere herom i afsnit 4.4

Notatet fra Danske Fysioterapeuter er baseret på 12 kilder, hvoraf de 3 er videnskabelige artikler, dvs. beskrivelser af systematiske undersøgelser, som er offentliggjort i "peer-reviewed" tidsskrifter. Sundhedsstyrelsen har herudover fundet 5 videnskabelige artikler vedrørende selvhenvielse til fysioterapi.

Danske Fysioterapeuter konkluderer, at erfaringerne viser, at direkte adgang til fysioterapi medfører kortere sygeforløb for patienter og reducerede udgifter til sundhedsvæsenet og samfundet generelt som følge af:

- Færre kontakter hos fysioterapeut pr. patient.
- Færre diagnostiske undersøgelser og medicinordinationer
- Hurtigere påbegyndelse af fysioterapeutisk behandling
- Hurtigere tilbagevenden til arbejde

De 5 øvrige artikler, som Sundhedsstyrelsen har fundet, modsiger ikke konklusionen fra Danske Fysioterapeuter, men det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at ingen af de kilder, som Danske Fysioterapeuter eller Sundhedsstyrelsen har fundet, giver et tilstrækkeligt grundlag for at konkludere, at direkte adgang til fysioterapi vil medføre reducerede udgifter som følge af færre sygedage mv. De undersøgelser, som artiklerne er baseret på, er ikke kontrollerede forsøg, og det er ikke muligt at afgøre, om de sammenlignede grupper af patienter er ens.

Sundhedsstyrelsen peger på, at der i undersøgelserne ikke er taget stilling til relevansen af henvendelserne til fysioterapi. Det må antages, at generne hos nogle af patienterne ville være forsvundet uden behandling. I en af undersøgelserne, som Danske Fysioterapeuter refererer til, modtager 10 pct. af patienterne kun den indledende undersøgelse hos fysioterapeuten. Denne gruppe patienter kan være blevet rådet til at gå til egen læge eller have afsluttet forløbet, da generne er forsvundet. Det må formodes, at en del patienter, som selvhenvielse sig til fysioterapi, ville være blevet raske af sig selv.

Årsagen til at selvhenviste patienter har færre fysioterapeutiske kontakter, får færre diagnostiske undersøgelser og mindre medicin samt kommer hurtigere tilbage på arbejde end lægehenviste patienter, kan således være, at flere i førstnævnte gruppe er mindre syge eller generelt er mere ressourcestærke.

Danske Fysioterapeuter peger på, at der ifølge analyserne fra England, Skotland og Norge ikke har været et øget antal patienter, når der foretages en sammenligning af en periode før og efter indførelsen af direkte adgang til fysioterapi. Det er dog samtidig Danske Fysioterapeuters vurdering, at kapaciteten generelt var udnyttet i de pågældende lande, hvilket er baggrunden for, at der generelt ikke har været en øget patienttilgang.

4.5 Samlet vurdering vedrørende henvisningskravet til fysioterapi

Den praktiserende læges kendskab til den enkelte patient og lægens funktion som tovholder giver et godt grundlag for at vurdere, om en patient bør henvises til fysioterapi eller anden form for udredning eller behandling.

Det vurderes, at konsekvensen af ophævelse af henvisningskravet bl.a. vil være, at nogle patienter overbehandles eller forsinkes i et udrednings- og behandlingsforløb, der ikke skulle være begyndt hos en fysioterapeut.

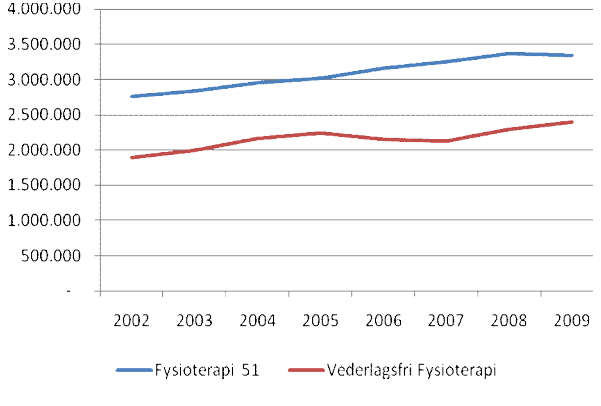
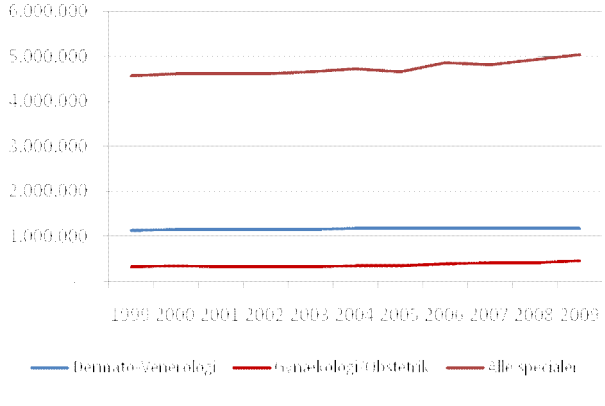
Til trods for eventuelle besparelser som følge af bl.a. sparede lægehonorarer, idet færre patienter ser den praktiserende læge forud for fysioterapeutisk behandling, vurderes der at være en væsentlig risiko for en forøgelse af de samlede offentlige udgifter som følge af bl.a. en øget tilgang af patienter og overbehandling i privat fysioterapipraksis.

5. Udgifter til speciallæger og fysioterapi

5.1 Kontakter

Antallet af kontakter til almindelig fysioterapi (speciale nr. 51) og til vederlagsfri fysioterapi er i perioden 2002-2009 steget fra hhv. 2,8 mio. og 1,9 mio. til 3,3 mio. og 2,4 mio., svarende til stigninger på hhv. 21 og 27 pct., *jf. figur 2.a.*

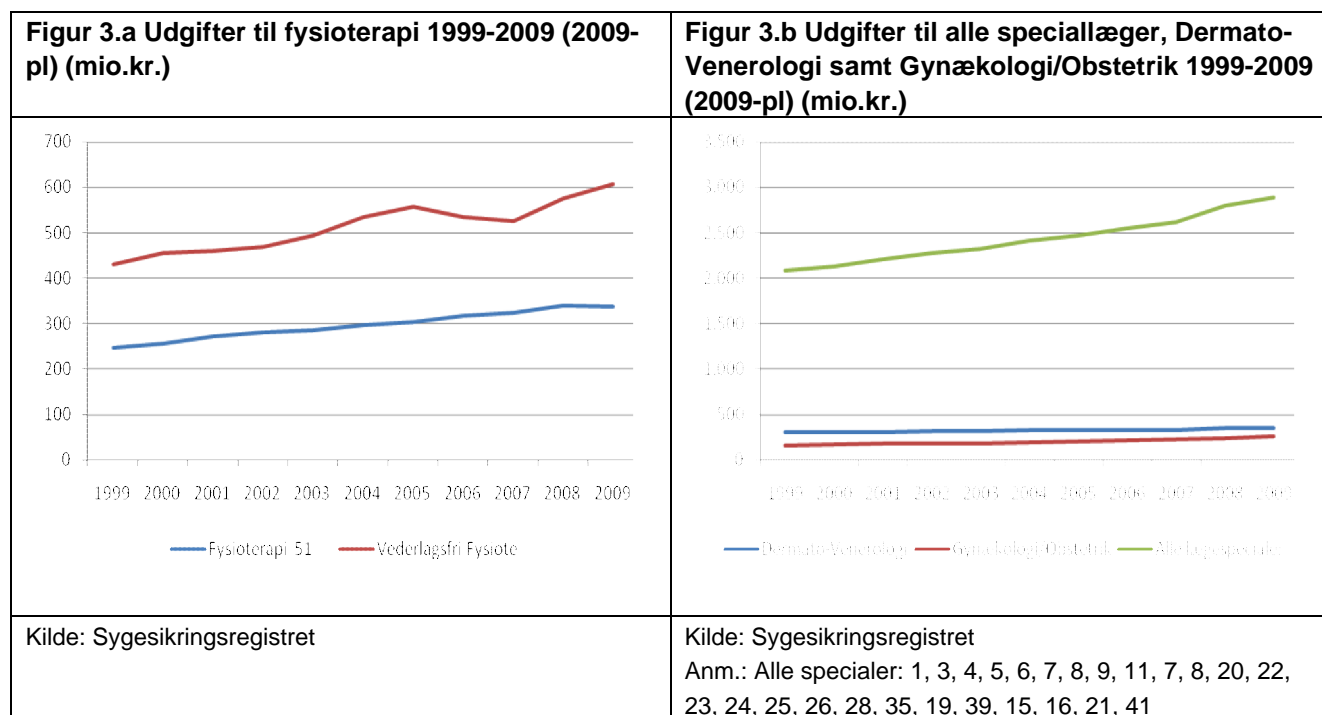
I perioden 1999 til 2009 er antallet af kontakter til speciallæger steget fra 4,6 mio. til 5,0 mio., svarende til en stigning på 10 pct. I samme periode er antallet af kontakter til Dermato-Venerologi (hudlæger) steget fra 1.137.995 til 1.182.672, svarende til en stigning på 4 pct., mens antallet af kontakter til Gynækologi/Obstetrik er steget fra 321.831 til 454.523, svarende til en stigning på 41 pct., *jf. figur 2.b.*

| Figur 2.a Antal kontakter til fysioterapi i perioden 2002-2009 | Figur 2.b Antal kontakter for alle speciallæger, Dermato-Venerologi samt Gynækologi/Obstetrik 1999-2009 |
|---|--|
|  <p data-bbox="245 1209 847 1227">— Fysioterapi 51 — Vederlagsfri Fysioterapi</p> |  <p data-bbox="887 1209 1493 1227">— Dermato-Venerologi — Gynækologi/Obstetrik — alle specialer</p> |
| <p>Kilde: Sygesikringsregisteret Anm.: Som følge af skift i registreringspraksis kan kontakter til fysioterapi først opgøres fra 2002</p> | <p>Kilde: Sygesikringsregisteret Anm.: Alle specialer: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 35, 19, 39, 15, 16, 21, 41.</p> |

5.2 Udgifter

Fra 1999 til 2009 er udgifterne til almindelig fysioterapi (speciale nr. 51) og til vederlagsfri fysioterapi steget fra hhv. 248 og 431 mio.kr. til 339 og 607 mio.kr., svarende til stigninger på 37 og 41 pct., *jf. figur 3.a.*

I samme periode er udgifter til speciallæger steget fra 2.085 mio.kr. til 2.891 mio.kr., svarende til en stigning på 39 pct. Fsva. Dermato-Venerologi (hudlæger) er udgifterne steget fra 304 mio.kr. til 354 mio.kr., svarende til en stigning på 16 pct., mens udgifterne til Gynækologi/Obstetrik er steget fra 160 mio.kr. til 259 mio.kr., svarende til en stigning på 62 pct., *jf. figur 3.b.*



5.3. Illustration af potentielle merudgifter ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger, herunder dermato-venerologi samt gynækologi/obstetrik

Det vurderes sandsynligt, at forbruget af ydelser hos fysioterapeuter og speciallæger, herunder hudlæger og gynækologer vil stige, såfremt kravet om henvisning fra praktiserende læge fjernes, jf. afsnit 2-4. Dels er adgangen lettere, når patienter kan gå direkte og ikke skal bruge tid på at kontakte en læge først. Dels vil nogle patienter gå til fysioterapeut eller speciallæge i de tilfælde, hvor et henvisningskrav ellers ville have medført, at lægen ville henvise til anden udredning/behandling eller anbefale at "se tiden an". Det bemærkes i den forbindelse, at der er et væsentligt større antal henvendelser til de speciallæger, hvor der i dag er fri adgang (øjnlæger og øre-næse-halslæger), jf. notatets afsnit 2.7.

Tabel 6 illustrerer de potentielle merudgifter ved en 10, 20 eller 30 pct. stigning i udgifterne til fysioterapeuter og speciallæger.

En stigning i udgifterne til almindelig fysioterapi (speciale nr. 51) på 10-30 pct. vil indebære potentielle merudgifter i størrelsesordenen 33 til 100 mio.kr., mens en stigning i udgifterne til speciallæger på 10-30 pct. vil medføre merudgifter i størrelsesordenen 285 til 857 mio.kr.

Ses der alene på merudgifter til hudlæger og gynækologer, vil en stigning i udgifterne på 10-30 pct. hertil indebære potentielle merudgifter i størrelsesordenen 35 til 105 mio.kr. for hudlæger og 26 til 77 mio.kr. for gynækologer, jf. tabel 6.

Tabel 6. Potentielle merudgifter ved fri adgang til speciallæger og fysioterapi (mio.kr.)

| | Alm. fysioterapi (speciale nr. 51) | Hudlæge | Gynækolog | Alle speciallæger |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------|-----------|-------------------|
| Nuværende udgiftsniveau (2009) | 334,1 | 348,8 | 255,7 | 2.858,5 |
| 10 pct. stigning | 33,4 | 34,9 | 25,6 | 285,8 |
| 20 pct. stigning | 66,8 | 69,8 | 51,1 | 571,7 |
| 30 pct. stigning | 100,2 | 104,6 | 76,7 | 857,5 |

Kilde: Sygesikringsregistret

Anm.: Der er taget udgangspunkt i nuværende udgifter til sikrede i sygesikringsgruppe 1.

Der må tages forbehold for, at aktivitetsstigningen hos speciallæger og fysioterapeuter formentlig i et vist omfang vil begrænses af kapacitetsproblemer.

5.4 Konsekvenser for aktiviteten i almen praksis ved fri adgang til fysioterapi og speciallæger

Der må ved vurdering af de potentielle merudgifter ved direkte adgang til fysioterapeuter og speciallæger tages højde for, at en sådan adgang vil bidrage til lavere aktivitet i almen praksis, idet patienter i mindre omfang vil opsøge en alment praktiserende læge med henblik på en henvisning til fysioterapeuter og speciallæger.

Det fremgår af rapporten "Henvisningsmønstret i almen praksis – Delanalyse 2. En registerundersøgelse", at hver 1.000 konfrontationskontakter i almen praksis (alm. konsultation, aftalt forebyggelseskonsultation samt hjemmebesøg) i gennemsnit fører til 16,1 henvisninger til fysioterapi, svarende til en honoraromsætning for de pågældende kontakter på anslået 39,4 mio.kr.

Samtidig fører 1.000 konfrontationskontakter i almen praksis til gennemsnitligt 107 henvisninger til speciallæger, heraf 17,1 til hudlæge og 8,3 til gynækolog. Det svarer til en andel af honoraromsætningen for de pågældende kontakter på 258,1 mio.kr., heraf 41,9 mio.kr. til hudlæger og 20,3 mio.kr. til gynækologer, *jf. tabel 7.*

Det kan ikke forventes, at alle besøg hos praktiserende læger forud for henvendelser til fysioterapi og speciallæger bortfalder, såfremt der åbnes op for fri adgang, idet den praktiserende læge i et vist omfang fortsat vil fungere som rådgiver eller videreformidler i forhold til patientens brug af fysioterapi eller speciallæge. I nedenstående er derfor regnet på de potentielle besparelser ved, at 25 pct. og 50 pct. af besøgene i almen praksis forud for henvendelser til fysioterapi og speciallæger bortfalder.

For kontakter inden besøg hos fysioterapi vil det føre til en potentiel besparelse i størrelsesordenen 9,9-19,7 mio.kr, mens det for kontakter inden besøg hos speciallæger vil føre til en potentiel besparelse på 25,2-50,4 mio.kr., heraf 10,5-20,9 mio.kr. for kontakter inden besøg hos hudlæge og 5,1-10,2 mio.kr. for kontakter inden besøg hos gynækolog.

Tabel 7. Potentielle besparelser i almen praksis som følge af fri adgang til fysioterapi og speciallæger

| | Fysioterapi | Hudlæge | Gynækolog | Alle speciallæger |
|---|-------------|---------|-----------|-------------------|
| Henvisninger pr. 1000 konfrontationskontakter i almen praksis (2006) | 16,1 | 17,1 | 8,3 | 107,0 |
| Andel af nuværende honoraromsætning for konfrontationskontakter (2008) (mio.kr) | 39,4 | 41,9 | 20,3 | 258,1 |
| Besparelse ved 25 pct. fald (mio.kr) | 9,9 | 10,5 | 5,1 | 25,2 |
| Besparelse ved 50 pct. fald (mio.kr) | 19,7 | 20,9 | 10,2 | 50,4 |

Kilde: "Henvisningsmønstret i almen praksis – Delanalyse 2. En registerundersøgelse" (juli 2008) og Sygesikringsregistret

Anm.: Konfrontationskontakt defineret som alm. konsultation, aftalt forebyggelseskonsultation samt hjemmebesøg.

Der er taget udgangspunkt i en samlet omsætning for konfrontationskontakthonorarer på 2,45 mia.kr. For "Alle speciallæger" er der taget højde for, at der i dag er fri adgang til øjenlæger - og øre-, næse- og halslæger.

6. Konklusion

Det vurderes, at almen praksis' funktion som *tovholder* bidrager til at skabe overblik og kontinuitet i patientforløbet defineret ud fra patientens behov. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis med sit kendskab til patienten og historikken i patientens forskellige helbredsproblemer samler trådene og bidrager til sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger, så behandlingen forbliver relevant i forhold til patientens helbredsproblem.

I mødet med patienten afgør den praktiserende læge som *gatekeeper*, om der er et medicinsk behov for, at patienten henvises til andre dele af det primære sundhedsvæsen eller til det sekundære sundhedsvæsen, og hvis der er behov herfor, hvilke dele af sundhedsvæsenet, der er fagligt relevant for den videre undersøgelse og behandling..

For så vidt angår spørgsmålet om fjernelse af henvisningskravet til *praktiserende speciallæger* vurderes, at en ophævelse af henvisningskravet vil kunne medføre et behov for et øget antal ydelser hos de praktiserende speciallæger, og at dette vil resultere i en øget ventetid eller et behov for oprettelse af flere ydernumre, som der vil skulle tages højde for. Patienter med seksuelt overførte sygdomme kan allerede i dag henvende sig i speciallægepraksis uden henvisning, og Sundhedsstyrelsen kan ikke pege på eventuelle andre områder, hvor henvisningskravet til praktiserende speciallæger i hhv. gynækologi/obstetrik og dermato-venerologi hensigtsmæssigt kan fjernes.

For så vidt angår henvisningskravet til *Fysioterapi* vurderes det, at den praktiserende læges kendskab til den enkelte patient og lægens funktion som *tovholder* giver et godt grundlag for at vurdere, om en patient bør henvises til fysioterapi eller anden form for udredning eller behandling, og det må antages, at konsekvensen af at fjerne henvisningskravet bl.a. vil være, at nogle patienter overbehandles eller forsinkes i et udrednings- og behandlingsforløb, der ikke skulle være begyndt hos en fysioterapeut.

Som det fremgår af afsnit 5 vurderes det, at de samlede potentielle merudgifter ved at give fri adgang til fysioterapi og speciallæger overstiger de potentielle besparelser i almen praksis.

Hvis patienten søger speciallæge for en problemstilling, som kunne være klaret af den alment praktiserende læge, er udgiften højere. Henvisningskravet er således et vigtigt element til at sikre den bedste ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet ift., hvor patienterne behandles/på hvilket specialiseringsniveau. Det er således centralt for den bedst mulige ressourceanvendelse, at patienter behandles på det laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (det såkaldte LEON-princip).

Det kan herefter hverken på baggrund af faglige eller økonomiske overvejelser på nuværende tidspunkt anbefales at afskaffe kravet om henvisning til speciallægehjælp, herunder indenfor specialerne gynækologi og dermatologi, ligesom det ikke kan anbefales at fjerne henvisningskravet ved fysioterapi.