

Remiss med bild – jämlik och kostnadseffektiv vård

KORTARE TID TILL DIAGNOS OCH FÄRRE LÅNGA PATIENTRESOR

Nirina Andersson,
med dr, ST-läkare
• nirina.andersson@vll.se

Anna Preisler-Häggqvist, med dr,
överläkare

Virginia Zazo Hernanz, överläkare;
samtliga vid hud- och
STD-kliniken, Norr-
lands universitets-
sjukhus, Umeå

Varje månad kommer cirka 500 remisser till hud- och STD-kliniken vid Norrlands universitetssjukhus, merparten från hälsocentraler i Västerbotten. Sedan 2006 finns möjlighet att till remissen bifoga fotografi för bedömning. Dermatologisk diagnostik är helt beroende av att kunna studera hudförändringars utseende. I vissa fall baseras diagnosen enbart på ett typiskt utseende och provtagning är inte aktuell även om patienten är på plats. Remiss med anamnestisk information och bifogad bild kan således möjliggöra dermatologisk specialistbedömning av hudförändringar utan fysiskt patientbesök. Tidigare studier har visat att man med denna typ av bedömning har kunnat bibehålla vårdkvalitet [1, 2] samt underlätta för primärvården genom att få mer lättillgänglig specialistbedömning, vilket gynnar både kunskapsutveckling och patienterna [3].

Syftet med vår retrospektiva studie var att utvärdera om remisser med bild kan öka effektiviteten i dermatologisk specialistvård och minska onödiga kostnader för både sjukvården och patienterna.

METOD

I Västerbottens läns landstings journalsystem registreras åtgärds-koder för varje dermatologisk remissbedömning. Under den aktuella studieperioden (21 september 2009–29 december 2014) inkom totalt 27 198 remisser till hud- och STD-kliniken vid Norrlands universitetssjukhus. 1 504 av dessa var remisser med bild som besvarades direkt. Remisser med bild som besvaras utan besök markeras med en särskild åtgärds-kod (XS008) och de har därför kunnat sammanställas för den aktuella studien. Till den åtgärds-koden räknas inte teledermatoskopi (bedömning av tumörbilder tagna med förstoring), som har en separat åtgärds-kod (UC011). I ett pilotprojekt för teledermatoskopi under 2013 kodades dock 102 teledermatoskopiremissor som remiss med bild och inkluderades därför i studien.

De vårdgivare som bifogade fotografi med remisser-

na lagrar bilderna i sin journal och skriver sedan i remissen att fotografier finns i journalen. Vi saknar information om vilken yrkesgrupp som utfört fotodokumentationen, men hos många remittenter utfördes den av undersköterska. Den remissbedömande specialisten kan gå in i remittentens journal och ta fram bilderna. I de fall remissen kan direktbesvaras skriver hudspecialisten i remissvaret att bedömning har gjorts utifrån fotografierna och vilken behandling och uppföljning som rekommenderas. De allra flesta fotografierna håller god kvalitet, men vid bristande bildkvalitet kan remissbedömaren be inremitterande att ta nya bilder. Vi saknar dock information om hur ofta det sker.

Varje remiss analyserades avseende från vilken vårdinrättning den skickats, vilken diagnos som bedömts, hur lång tid som gått till att remissvar skickats samt hur många av remisserna som resulterat i att patienten ändå erbjudits en besökstid på Norrlands universitetssjukhus för kompletterande bedömning.

Beräkningarna har gjorts i programmet Excel. Vid kostnadsberäkningar för läkarbesök har snittkostnad per läkarbesök utifrån diagnoskod tagits från Sveriges Kommuner och landstings KPP-databas (kostnad per patient) med urvalsår 2014 [4]. Vid resekostnadsberäkningar har bilersättning beräknats med 10 kronor/mil. Busspriser är beräknat utifrån aktuell länstrafiktaxa. Taxipriserna är beräknade för en person som reser sittande i vanlig taxibil och inkluderar således inte tillägg för särskilda behov. För samtliga färd-sätt har medelvärdet av kortaste och längsta reslängden i det aktuella intervallet använts.

Studien är godkänd av den lokala etikprövningsnämnden (EPN) i Umeå, dnr: 2015-468-31M.

RESULTAT

Flertalet av remisserna med bild (73 procent) skickades från vårdinrättningar som ligger mer än 10 mil från hud- och STD-kliniken. Av samtliga direktbesvarade remisser med bild ledde 185 stycken (12 procent) ändå till ett läkarbesök på hud- och STD-kliniken inom 6 månader, medan 1 319 (88 procent) inte behövde komma (Tabell 1). Totalt 273 olika diagnoser bedömdes utifrån remiss med bild, varav psoriasis och seborroiska keratoser hörde till de vanligaste (Figur 1). Merparten av remisserna (71 procent) besvarades inom en vecka (Tabell 2). Utifrån enbart de 20 vanligaste diagnoserna, vilket utgjorde 51 procent av de remisser som inte ledde till något läkarbesök, estimerades utelivna kostnader för läkarbesök till cirka 1,4 miljoner kronor. Det vanligaste färd-sättet var bil (52 procent), följt av taxi (32 procent) och buss/tåg (16 procent). Ute-

HUVUDBUDSKAP

- Remiss med bild möjliggör snabb dermatologisk specialistbedömning.
- Färre långa patientresor sparar tid och pengar och är miljövänligt.
- De resurser som frigörs ökar tillgängligheten för patienter som behöver ett fysiskt besök hos dermatolog.

TABELL 1. Andel remisser med bild som ledde till fysiskt läkarbesök på hud- och STD-kliniken inom 6 månader.

| Läkarbesök | Antal | Andel (procent) |
|------------|-------|-----------------|
| Ja | 185 | 12 |
| Nej | 1319 | 88 |
| Totalt | 1504 | 100 |

TABELL 2. Tid till remissvar.

| Tid | Antal | Andel (%) |
|--------------------|-------|-----------|
| Mindre än en vecka | 1070 | 71 |
| 1-2 veckor | 321 | 21 |
| 3-4 veckor | 71 | 5 |
| 5-6 veckor | 24 | 2 |
| 7-8 veckor | 8 | 0,5 |
| 9-10 veckor | 7 | 0,5 |
| Mer än 10 veckor | 3 | 0 |
| Totalt | 1504 | 100 |

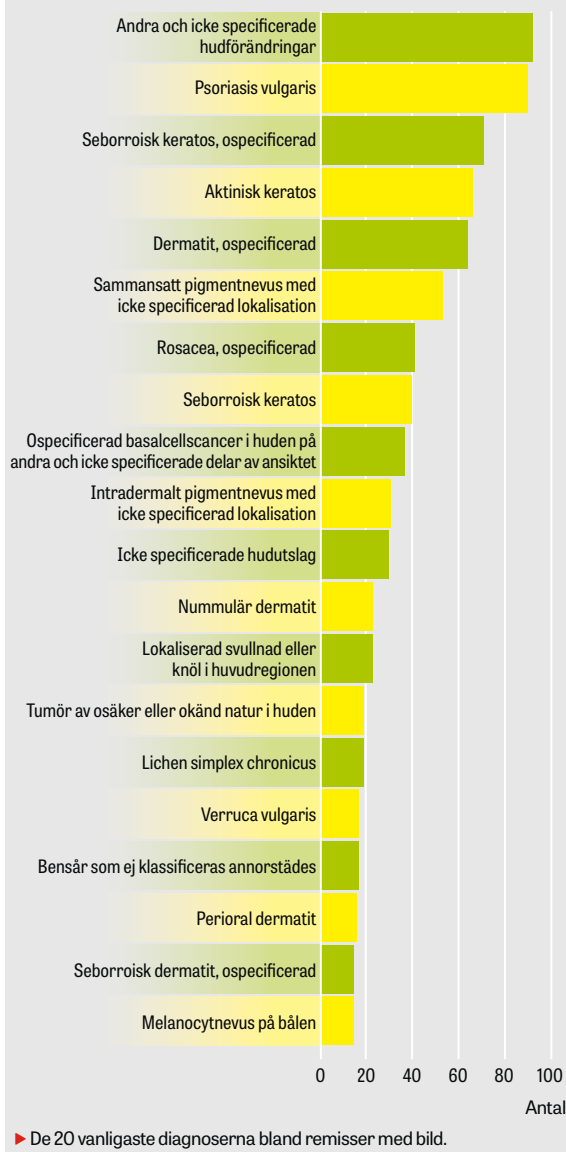
blivna resekostnader uppskattades till ungefär 1,8 miljoner kronor.

DISKUSSION

Denna utvärdering av remisser med bild till hud- och STD-kliniken vid Norrlands universitetssjukhus visade att en dermatologisk specialistbedömning i de flesta fall gjordes inom en vecka. Det innebär betydligt kortare tid till diagnos jämfört med då patienter erbjuds ett fysiskt besök på hud- och STD-kliniken, vilket kan dröja upp till 3 månader för icke-akuta tillstånd. Patienterna kunde via remiss med bild därför snabbare få behandling. Ett flertal studier har tidigare visat att den diagnostiska tillförlitligheten vid remiss med bild är likvärdig med fysiskt besök [5] även om det kan vara svårt att säga att så alltid är fallet. Av våra remisser bedömde dock remittenten att det inte fanns någon anledning till ny remiss till hudkliniken i 88 procent av fallen.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) slås fast att vård ska erbjudas på lika villkor och att de som har störst behov ska ha företräde. Socialstyrelsen har definierat att en jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett exempelvis bostadsort [6]. Hud- och STD-kliniken i Umeå har hela Västerbotten som upptagningsområde, vilket innebär långa avstånd. Det händer också att remisser skickas från hudkliniker

FIGUR 1. Remisser med bild



i Östersund och Sunderbyn. De geografiska förutsättningarna är en utmaning i strävan efter en jämlik hälso- och sjukvård. Att patienter får tillgång till dermatologisk specialistbedömning utan att resa till hud- och STD-kliniken möjliggör en mer jämlik vård och sparar dessutom både tid och pengar. Färre patientresor innebär även en minskad miljöbelastning. I de fall där fysiskt besök behövs för att göra en patientsäker bedömning erbjuds patienterna alltid läkarbesök, vilket gör att vårdkvaliteten bibehålls.

Utifrån uteblivna kostnader för läkarbesök i specialistvård för enbart de 20 vanligaste diagnoskoderna och uteblivna resekostnader beräknades besparingarna för åren 2009–2014 uppgå till 3 196 400 kr. Därutöver tillkommer den tid som patienterna sparar på att undvika ett besök och att de inte behöver ta ledigt från arbetet. I dessa beräkningar har inte hänsyn tagits till den tid det tar att bedöma och svara på remis-

»Utifrån uteblivna kostnader för läkarbesök i specialistvård för enbart de 20 vanligaste diagnoskoderna och uteblivna resekostnader beräknades besparingarna för åren 2009–2014 att uppgå till 3 196 400 kr.«

serna eller eventuell åtgärd av inremitterande läkare. Enligt vår erfarenhet är denna tid dock betydligt kortare än vid ett fysiskt besök. Kostnadsbesparingarna som presenteras i artikeln är behäftade med viss osäkerhet, och kan alltså i verkligheten både vara något större eller något mindre. Vi kan dock konstatera att remiss med bild innebär en långt ifrån obetydlig kostnadsbesparing.

Vi har utvärderat 1504 remisser, vilket är samtliga direktbesvarade remisser med bild till en hudklinik under tre år. Vi kan tyvärr inte utifrån tillgängliga data analysera om remisser med bild är representativa för samtliga remisser, men vår bedömning är att det är ungefär samma fördelning av diagnoser. Sannolikt skulle därför ett liknande remissförfarande kunna fungera väl även på andra hudkliniker. En viss selektion avseende vilka patienter som blir föremål för remiss med bild kan dock finnas utifrån diagnos eller remittentens dermatologiska kunskap. Alla remisser med bild kan heller inte direktbesvaras av olika orsaker, som till exempel bildkvalitet och diagnos. Efter som selektionen av de patienter som remitteras alltså kan tänkas se olika ut beroende på lokala förhållanden finns anledning till att i sådana fall utvärdera metoden på nytt. Den kostnadsbesparande effekten minskar naturligtvis också med kortare avstånd till närmaste hudklinik.

Den tid som med hjälp av remisser med bild sparas genom att undvika fysiska patientbesök kan i stället användas till de personer där ett sådant besök är nödvändigt. Det bör kunna leda till förkortade väntetider, minskad oro hos patienter och möjligheter att behandla svårare sjukdomar tidigare. Remiss med bild ger också läkare i primärvården möjlighet att konsultera en hudläkarkollega utan att behöva skicka patienten till Umeå. Vår slutsats är att remiss med bild möjliggör en mer jämlik vård samt ett effektivare utnyttjande av begränsade resurser. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Studien finansierades delvis med medel från Vård på distans i Västerbottens läns landsting.
- Jennie Walker har bidragit med datainsamling. Annelie Inghilesi Larsson har bidragit med beräkningar. Fredrik Johansson har bidragit med information om resesätt och resekostnader.

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:D6FZ

SUMMARY

This study evaluates the use of teledermatology at Norrland University Hospital in Northern Sweden between 2009 and 2014. In total, there were 27 198 incoming referrals. Of these, 1504 had photo attachments, and could be answered directly without a face-to-face appointment. Most of these referrals (73%) came from health care providers more than 100 kilometres away and 71% were answered within a week. Patients received care sooner and saved both time and money by less travelling. Teledermatology lead to less delay to a face-to-face appointment for patients where teledermatology was not an option.

REFERENSER

1. Pak H, Triplett CA, Lindquist JH, et al. Store-and-forward teledermatology results in similar clinical outcomes to conventional clinic-based care. *J Telemed Telecare*. 2007;13(1):26-30.
2. Lasierra N, Alesanco A, Gilaberte Y, et al. Lessons learned after a three-year store and forward teledermatology experience using internet: strengths and limitations. *Int J Med Inform*. 2012;81(5):332-43.
3. Ludwick DA, Lortie C, Doucette J, et al. Evaluation of a telehealth clinic as a means to facilitate dermatologic consultation: pilot project to assess the efficiency and experience of teledermatology used in a primary care network. *J Cutan Med Surg*. 2010;14(1):7-12.
4. KPP-databasen. <https://stat.skl.se/kpp/index.htm>
5. van der Heijden JP, de Keizer NE, Bos JD, et al. Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol*. 2011;165(5):1058-65.
6. Nationella indikatorer för god vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. Artikelnr 2009-11-5.