

# RAPPORT

***”Selv om vi ikke kom dit vi skulle,  
er vi i hvert fall ikke der vi var”***

## **Evaluering av Henvisningsprosjektet Sluttrapport**

UNIMED  
November 2003

www.sintef.no

### **Trondheim**

Adresse: 7465 Trondheim  
Oslo  
Telefon: 40 00 25 90  
Telefaks: 93 07 05 00  
E-post: [helse@sintef.no](mailto:helse@sintef.no)  
Url: [www.sintef.no/helse](http://www.sintef.no/helse)

### **Oslo**

Adresse: Postboks 124, Blindern, 0314  
Telefon: 40 00 25 90  
Telefaks: 22 06 79 09  
E-post: [helse@sintef.no](mailto:helse@sintef.no)  
Url: [www.sintef.no/helse](http://www.sintef.no/helse)



# RAPPORT

***"Selv om vi ikke kom dit vi skulle,  
er vi i hvert fall ikke der vi var"***

**Evaluering av Henvisningsprosjektet  
Sluttrapport**

Jan-W. Lippestad, Ingrid Eitzen, Trond Harsvik, Mitch Loeb  
og Karl-Gerhard Hem

**Unimed**

November 2003



**SINTEF Unimed**

Postadresse: Boks 124, Blindern  
0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1  
Telefon: 22 06 73 00  
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

*"Selv om vi ikke kom dit vi skulle,  
er vi i hvert fall ikke der vi var"*

**Evaluering av Henvisningsprosjektet**

**Sluttrapport**

FORFATTER(E)

Jan-W. Lippestad, Ingrid Eitzen, Trond Harsvik, Mitch Loeb og Karl-Gerhard Hem

OPPDRAGSGIVER(E)

Rikstrygdeverket

RAPPORTNR. STF78 A034514	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Nanna Stender og Mari K. Rollag	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03245-8	PROSJEKTNR. 78352601	Antall sider og bilag 91 + vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLÉDER (NAVN, SIGN.) Jan-W. Lippestad <i>Jan-W. Lippestad</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Arne H. Eide <i>Arne H. Eide</i>
ARKIVKODE	DATO 2003-11-17	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H. Eide, forskningssjef <i>Arne H. Eide</i>	

SAMMENDRAG

SINTEF Unimed legger med dette fram sluttrapporten i prosjektet "Evaluering av henvisningsprosjektet". Sluttrapporten omfatter resultatene fra delutredningene:

- *Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*
- *Mer fornøyde brukere*
- *Samfunnsøkonomiske besparelser*

Rapporten omfatter presentasjon, analyse og drøfting av resultatene fra de undersøkelsene som er gjennomført gjennom hele forsøksperioden (fra 1. mai 2001 – 17. november 2003).

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Evaluering	Evaluation
EGENVALGTE		

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Bakgrunn</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Målet med evalueringen</b> .....	<b>12</b>
<b>3 Design og metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Henvisningsprosjektet generelt .....	13
3.1.1 Utvalg av forsøksfylker og kontrollfylker.....	13
3.1.2 Metodetriangulering .....	14
3.1.3 Nivåproblematikk.....	14
3.1.4 Tidsperspektivet .....	14
3.1.5 Antall respondenter .....	14
3.1.6 Organisering av prosjektet .....	15
3.2 Delutredning: Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet. Design og metode	15
3.2.1 Registreringsundersøkelsen.....	15
3.2.2 Spørreskjemaundersøkelsen .....	16
3.3 Delutredning: Mer fornøyde brukere. Design og metode .....	16
3.4 Delutredning: Samfunnsøkonomiske besparelser. Design og metode .....	16
<b>4 Delutredning: "Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet" – Resultater fra registreringsundersøkelsen</b> .....	<b>18</b>
4.1 Innledning.....	18
4.2 Om registreringsskjemaet.....	18
4.3 Utvalg .....	19
4.4 Antall behandlede pasienter .....	19
4.5 Kjønnfordeling.....	19
4.6 Aldersfordeling.....	19
4.7 Pasientenes hovedaktivitet .....	20
4.8 Nye pasienter eller pasienter til oppfølgende behandling/ undersøkelse .....	21
4.9 Lokalisering av skade .....	22
4.10 Vurdering av skade/funksjonsproblem.....	22
4.11 Kontakt med andre behandlere .....	23
4.12 Henvisning fra lege .....	25
4.13 Tiltak iverksatt av andre behandlere .....	27
4.14 Sykmelding.....	27
4.15 Tiltak iverksatt av manuellterapeut og kiropraktor .....	29
4.16 Oppsummering av resultatene fra registreringsundersøkelsen.....	31
<b>5 Delutredning: "Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet" – Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen</b> .....	<b>33</b>
5.1 Innledning.....	33
5.2 Om spørreskjemaet.....	34
5.3 Utvalg og svar .....	34
5.4 Bakgrunnsvariablene .....	34
5.5 Beskrivelse av samarbeidet mellom faggruppene .....	34
5.6 Vurdering av samarbeidet mellom faggruppene .....	36
5.7 Holdninger til tiltakene i Henvisningsprosjektet.....	36
5.8 Antatte resultater av henvisningsprosjektet.....	39

5.9	Faggruppens bruk av rettighetene som følger av Henvisningsprosjektet.....	41
5.10	Henvisningsprosjektet og betydningen for behandlernes arbeidsdag .....	41
5.11	Kiropraktorer og manuellterapeuters arbeidsdag.....	45
5.12	Oppsummering av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen .....	46
<b>6</b>	<b>Delutredning: "Mer fornøyde brukere". Resultater .....</b>	<b>47</b>
6.1	Innledning.....	47
6.2	Målsetting.....	47
6.3	Metode .....	48
6.3.1	Fokusgrupper.....	48
6.3.2	Utprøving av spørreskjema .....	48
6.3.3	Spørreskjemaundersøkelse .....	49
6.3.4	Metodekritikk .....	51
6.4	Resultater.....	53
6.4.1	Spørreskjemaundersøkelsen .....	53
6.4.2	Sammenligning forsøk og kontroll.....	57
6.4.3	Spesifikke tabeller kun for forsøksfylkene.....	63
6.4.4	Fokusgruppediskusjoner.....	68
6.5	Diskusjon.....	70
6.5.1	Raskere til "behandling"?.....	71
6.5.2	Samarbeid og kommunikasjon .....	72
6.5.3	Kiropraktorer og manuellterapeuters rett til å sykmelde.....	73
6.5.4	Kiropraktorer og manuellterapeuters rett til å henvise videre.....	74
6.5.5	Brukernes syn på øvrige følger av forsøksordningen.....	74
6.6	Konklusjoner og anbefalinger .....	74
<b>7</b>	<b>Delutredning: "Samfunnsøkonomiske besparelse" .....</b>	<b>76</b>
7.1	Innledning.....	76
7.2	Datakilder .....	76
7.3	Usikkerhetsanalyse .....	77
7.4	Samlet legemeldt sykefravær .....	78
7.4.1	Fravær knyttet til muskel-skjelettdiagnoser .....	79
7.4.2	Fravær for alle diagnosegrupper samlet .....	80
7.5	Trygdens utgifter til sykepengar.....	81
7.5.1	Fravær knyttet til muskel-skjelettdiagnoser .....	81
7.5.2	Fravær for alle diagnosegrupper samlet .....	81
7.6	Endring i pasientflyt og bruk av primærlege – pasientenes utgifter.....	82
7.7	Sykmeldinger, henvisninger og aktivitet for manuellterapeuter og kiropraktorer .....	83
7.8	Oppsummering – økonomiske analyser .....	85
7.9	Drøfting .....	86
7.10	Oppsummering og konklusjoner .....	88
<b>8</b>	<b>Diskusjon og konklusjon .....</b>	<b>89</b>
<b>9</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>92</b>

## Sammendrag

### Bakgrunn

SINTEF Unimed har på oppdrag for Rikstrygdeverket gjennomført prosjektet "Evaluering av Henvisningsprosjektet". Arbeidet er utført av forskerne Jan-W. Lippestad, Ingrid Eitzen, Trond Harsvik, Mitch Loeb og Karl-Gerhard Hem. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Arbeidet er gjennomført i perioden 1. mai 2001 – 17. november 2003.

Den 9. juni 1999 vedtok Stortinget en forsøksordning, her kalt Henvisningsprosjektet, der kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter) og deres pasienter fikk følgende utvidede rettigheter (Innst. S. nr. 202 (1998-99), dokument nr. 8:34 (1998 – 99) datert 1. juni 1999):

- *kravet om at pasienten måtte være henvist fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få trygderefusjon falt bort*
- *kiropraktorer og manuellterapeuter fikk anledning til å sykmelde sine pasienter for inntil åtte uker, og til å henvise til spesialist på nærmere angitte vilkår*
- *kiropraktorer og manuellterapeuter fikk anledning til å rekvirere fysikalsk behandling*
- *manuellterapeuter fikk anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse*

Forsøksordningen ble satt i verk 1. september 2001 i Vestfold, Hordaland og Nordland, og skulle gjelde i to år. I underkant av 900.000 mennesker, eller om lag 20 prosent av befolkningen, har vært omfattet av ordningen. Østfold, Rogaland og Troms ble valgt ut som kontrollfylker. For å komme inn under ordningen, måtte pasienten bo i ett av prøvefylkene, og kiropraktorene og manuellterapeutene måtte ha sin praksis i samme fylke. Det var videre satt som krav at kiropraktorene og manuellterapeutene hadde avtale om direkte oppgjør med trygden.

### Mål

Det ble ikke formulert eksplisitte mål for forsøksordningen under stortingsbehandlingen. Ut fra Dokument 8:34 (1998-99), Innst. nr. 22 (1998-99) og behandlingen av innstillingen, definerte Rikstrygdeverket følgende målsettinger med ordningen:

1. Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet
2. Mer fornøyde brukere
3. Samfunnsøkonomiske besparelser

I tråd med denne inndelingen er evalueringen delt opp i tre delutredninger:

Målet med delutredningen "*Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*" har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan og i hvilken grad de tiltakene som er skissert i forsøksordningen har innvirkning på brukeradferd og samarbeidet mellom kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister. Videre har målet vært å belyse hvorvidt tiltakene bidrar til mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell. I denne delutredningen er det gjennomført spørreskjemaundersøkelser og registreringsundersøkelser i fagapparatet. Disse undersøkelsene ble gjennomført i 2001, i 2002 og i 2003. Den første undersøkelsen beskriver situasjonen forsøket ble satt i verk, de to neste er undersøkelser henholdsvis et og to år etter starten av forsøket.

Målet med brukerundersøkelsen – delutredningen: "*Mer fornøyde brukere*" – har vært å fremskaffe kunnskap om brukernes erfaringer med og vurderinger av forsøksordningen, med særlig vekt på å avdekke hvorvidt tilgjengeligheten til tjenestene er blitt bedre, og på brukernes

opplevelser og vurderinger av ulike kvalitetsaspekter ved tjenestetilbudet. Det er her gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant brukerne i forsøket, dvs. pasienter som har vært til undersøkelse og behandling hos manuellterapeuter og kiropraktorer i de seks aktuelle fylkene.

Målet med delutredningen "*Samfunnsøkonomiske besparelser*" har vært å kartlegge eventuelle endringer som kan synliggjøres som følge av forsøksordningen når det gjelder trygdens utgifter, bedriftenes kostnader i forbindelse med sykefravær, og pasientenes utgifter. Delutredningen består av en presentasjon og en analyse av statistikk og regnskapsdata fra Rikstrygdeverket for perioden 2001 til 2003.

## Resultater

### Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet

*Registreringsundersøkelsen* er gjennomført både i forsøksfylkene (Vestfold, Hordaland og Nordland) og i kontrollfylkene (Østfold, Rogaland og Troms), og har omfattet samtlige kiropraktorer og manuellterapeuter i de aktuelle fylkene. En av intensjonene med Henvisningsprosjektet har vært å få igangsatt raskere behandling og få redusert sykmeldingsperioden. Med dette som utgangspunkt, viser registreringsundersøkelsen følgende:

- Andelen av pasientene som har vært i *kontakt med lege* før de oppsøker kiropraktor eller manuellterapeut er redusert i perioden – en reduksjon som har vært betydelig, særlig blant manuellterapeutpasientene. Reduksjonen har vært mest markert fra 2001 til 2002, og forsterkes ytterligere i 2003.
- Andelen av pasientene som har *henvisning fra lege* er redusert i perioden – en reduksjon som har vært betydelig, særlig blant manuellterapeutpasientene. Også på dette området var reduksjonen mest markert fra 2001 til 2002, og ble forsterket ytterligere i 2003.
- Registreringsundersøkelsen viser at kiropraktorene og manuellterapeutene i liten grad benytter seg av muligheten til å *sykmelde* pasientene.

I vurderingen av disse hovedresultatene er det viktig å ta med seg at evalueringen viser at pasientprofilen i forsøksfylkene (kjønnsfordeling, alder, hovedaktivitet, andelen nye pasienter og skadepanorama) er uendret både for kiropraktorpatientene og manuellterapeutpatientene gjennom hele prøveperioden. Endringer i pasientadferden har med andre ord funnet sted uten at dette kan forklares med endringer i pasientprofilen.

Resultatene viser at bortfallet av henvisningskravet fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få trygderefusjon har ført til at langt flere av pasientene nå oppsøker kiropraktor/manuellterapeut direkte uten å gå veien om lege. En større andel av pasientene kommer dermed raskere til behandling hos kiropraktor/manuellterapeut. På dette området synes med andre ord en av intensjonene i Henvisningsprosjektet å være oppnådd. Det ligger imidlertid ikke i vårt mandat å vurdere om pasientene med dette kommer raskere til "*rett behandler*" eller til "*rett behandling*".

### Spørreskjemaundersøkelsene

Hovedmålet med Henvisningsprosjektet har bl.a. vært "*å få en mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell*", samt å få et "*bedre utviklet samarbeid mellom kiropraktorer, manuellterapeuter og andre grupper helsepersonell*". Målet med spørreskjemaundersøkelsen har vært å kartlegge eventuelle endringer av samarbeidsrelasjonene mellom kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister, endringer i faggruppens egen arbeidssituasjon/arbeidsdag og holdninger til de tiltakene som omfattes av Henvisningsprosjektet. I forhold til de skisserte hovedmålene, viser resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen følgende:

- Det har ikke skjedd vesentlige endringer i samarbeidsrelasjonene mellom kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister i løpet av forsøksperioden (2001 – 2003)
- Det har ikke skjedd vesentlige endringer i de ulike faggruppens holdninger til de tiltakene som omfattes av Henvisningsprosjektet. De klart positive holdningene blant kiropraktorer og manuellterapeuter holder seg og forsterkes i perioden, samtidig som allmennleger og legespesialister er mer tilbakeholdne og tildels negative til tiltakene.
- Kiropraktorene og manuellterapeutene mener gjennom hele forsøksperioden at pasientene vil komme raskere til rett behandler for skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet som en følge av Henvisningsprosjektet. Allmennlegenes og legespesialistenes skepsis til at dette vil bli resultatet holder seg uendret i perioden.
- Allmennlegene og legespesialistene er gjennom hele forsøksperioden mer enige enn uenige om at de tiltakene som følger av Henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen, mens kiropraktorene og manuellterapeutene er samstemt i at dette ikke vil bli en effekt av Henvisningsprosjektet.

### **Mer fornøyde brukere**

Resultatene fra brukerundersøkelsen kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det henvises og sykmeldes lite i Henvisningsprosjektet. Brukerne uttrykker at de har tillit til at kiropraktor eller manuellterapeut kan sykmelde og/eller henvise, og at det er praktisk at de har denne rettigheten. Men de har få erfaringer, og heller ikke sterke synspunkter på dette. Den viktigste endringen for brukerne er at de kan gå direkte til kiropraktor eller manuellterapeut uten å gå til lege først. Dette oppleves praktisk, effektivt og tidsbesparende.
- Et meget stort flertall av de som har erfaring med ordningen ønsker at den skal fortsette. Det at informanter i en undersøkelse av denne type responderer positivt på endring, er ikke overraskende, især ikke når det dreier seg om introduksjonen av et nytt tilbud informantene ikke hadde tidligere. Generelt vil et stort flertall i slike situasjoner gjerne si at de er positive. For å kunne anvende resultatene fra denne delutredningen konstruktivt i den videre vurderingen av ordningen, bør man derfor vektlegge de enkelte faktorer ved ordningen informantene fremhever, så vel som dette overordnede positive inntrykket.
- Rollene til lege, kiropraktor og manuellterapeut ser ut til å endres noe, gjennom at legens rolle som primærkontakt i forhold til denne spesifikke diagnosegruppen tones ned. Brukerne synes imidlertid likevel at legen bør ha oversikt over den undersøkelse og behandling de får hos øvrige behandlere. De mener imidlertid ikke at det er viktig at legen selv også gjennomfører undersøkelse og eventuell behandling/henvisning til annen behandler.
- I sammenheng med ovenstående punkt, fremheves kommunikasjon og samarbeid som viktig. Brukerne gir imidlertid inntrykk av at de ikke vet hvorvidt dette ivaretas godt nok. Dette gir en usikkerhet for brukerne, og kan samtidig representere en trussel mot intensjonen i fastlegeordningen med tanke på fastlegens koordinatorfunksjon. En eventuell videreføring av forsøksordningen til en permanent løsning må derfor sikre rutiner for informasjonsutveksling begge veier, som ivaretar fastlegens funksjon med å ha oversikt over den enkelte pasients behandlingsforløp.

### **Samfunnsøkonomiske besparelser**

Utbetalingene til sykepenger totalt viser en vekst i forsøksfylkene som er 2,4 prosentpoeng lavere enn på landsbasis. Utviklingen i de tre andre indikatorene som er undersøkt viser en mindre forskjell enn dette. Oppsummeringsvis vil vi anslå at Henvisningsprosjektet kan ha bidratt til å redusere de totale utbetalingene til sykepenger med mellom en og to prosent i forsøksperioden.



### Hovedfunn:

- Utviklingen i sykefraværet i forsøksfylkene viser en mindretvikling i forhold til landsgjennomsnittet, både målt ved totalt, legemeldt sykefravær (3-365 dager) og ved sykepenges (17-365 dager).
- Dette funnet går i den samme retning som vist i en tidligere rapport, men utslagene er mindre. Fordi vi nå har data fra en lengre tidsperiode, kan vi trekke sikrere konklusjoner.
- Utviklingen i legemeldt sykefravær (4-365 dager) knyttet til muskel-skjelettsykdommer viser en tilnærmet identisk utvikling i forsøksfylkene relatert til landsgjennomsnittet.
- Utviklingen i trygdens utbetalinger til sykepenges (relatert til det lengre sykefravær 17-365 dager) viser en noe lavere vekst i forsøksfylkene, når det gjelder den del som er knyttet til muskel-skjelettsykdommer. Dette er ikke statistisk signifikant.
- Totalt sykefravær, der vi inkluderer alle diagnosegrupper, vokser noe mindre i forsøksfylkene enn for landet totalt. Forskjellen er på 1,4 prosentpoeng, men heller ikke stor nok til at man kan kalle det en signifikant forskjell.
- Sykepengene – relatert til alle diagnosegrupper samlet – viser mindre vekst i de tre forsøksfylkene. Prosentdifferansen er her 2,4 prosentpoeng.
- Det er til dels store ulikheter mellom fylkene når det gjelder utviklingen i sykefraværet, dette gjelder også for forsøksfylkene. Det er også fylker som har en lavere vekst i sykefraværet enn forsøksfylkene.

### Hovedkonklusjon:

- Henvisningsprosjektet kan ikke vise til en stor virkning på sykefravær direkte knyttet til muskel-skjelettsykdommer. Likevel har det samlede sykefraværet i forsøksfylkene hatt en vekst som er mellom en og to prosentenheter lavere enn i resten av landet, regnet over en toårsperiode. Dette er en statistisk signifikant forskjell, og det gir en indikasjon på en sammenheng med forsøket.

### Konklusjon

Det ble ikke formulert eksplisitte mål for forsøksordningen under stortingsbehandlingen. Ut fra Dok. nr. 8:34 (1998-99), Innst. nr. 202 (1998-99) og behandlingen av innstillingen, definerte Rikstrygdeverket følgende målsetninger:

- *Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*
- *Mer fornøyde brukere*
- *Samfunnsøkonomiske besparelser*

Følgende synspunkter og intensjoner kom til uttrykk i innstillingen og stortingsdebatten:

- *nødvendig med utnyttelse av knappe helsekroner*
- *målrettet og effektiv utnyttelse helsepersonell*
- *helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for*
- *tidsbesparelse for lege dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut bortfaller*
- *tidsbesparelse for lege dersom kiropraktor og manuellterapeut kan henvise direkte til spesialist*
- *innsparinger for pasient (egenandel) og for folketrygden (refusjoner i forbindelse med legehonorar)*
- *raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller*
- *raskere igangsatt behandling fører til at man unngår kroniske tilstander*
- *raskere igangsatt behandling fører til færre sykmeldingsdager*
- *færre sykmeldingsdager betyr besparelser i sykkelønn og sykepenges*

- primærlegen skal ha den faglige oppgaven med å vurdere pasienten i en bredere medisinsk sammenheng
- primærlegen kan ivareta sin portvaktrolle også når pasienten kan oppsøke kiropraktor eller manuellterapeut direkte

Resultatene fra evalueringen viser at det i forsøksperioden har skjedd små endringer med hensyn til innholdet i og omfanget av samarbeidet mellom de faggruppene som omfattes av forsøksordningen (kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister innen gitte spesialiteter). Med begrepet samarbeid forstår vi i denne evalueringen såvel muntlig som skriftlig kontakt og informasjonsutveksling både før og etter at pasienten har vært til undersøkelse og/eller behandling hos kiropraktor eller manuellterapeut.

I intensjonene som ble lagt til grunn for Henvisningsprosjektet het det bl.a. at en ville oppnå en "målrettet og effektiv utnyttelse av helsepersonell" og at "helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for". Den første intensjonen dekker store deler av de målene en hadde satt seg for Henvisningsprosjektet, og er nærmere omtalt nedenfor. Når det gjelder intensjonen om at helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for, beveger vi oss over i en profesjonsdiskusjon som blir liggende på siden av det mandatet som er gitt for vår evaluering. Diskusjonene i referansegruppen, presseoppslag og tilbakemeldinger fra de ulike faggruppene gjennom spørreskjemaundersøkelsene, viser med all tydelighet at det er stor uenighet profesjonene i mellom med hensyn til valg av behandlingstiltak i forbindelse med muskel- og skjelettplager, hvem som har de største faglige forutsetningene for å iverksette nødvendige tiltak osv.

Ved innføring av Henvisningsprosjektet fikk kiropraktorene og manuellterapeutene anledning til å sykmelde inntil 8 uker, henvisse til spesialist, samt å rekvirere fysikalsk behandling. Videre fikk manuellterapeutene anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse. Tanken bak å gi kiropraktorene og manuellterapeutene slike utvidede rettigheter, var dels at en mente at de to faggruppene hadde faglige forutsetninger for å kunne ta dem i bruk, dels at det ville gi et bedre tjenestetilbud til pasientene og dels at det ville gi en mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i helsevesenet. Evalueringen viser at de rettighetene som følger av forsøksordningen blir benyttet i meget begrenset grad.

Videre ble det som et grunnlag for gjennomføring av Henvisningsprosjektet bl.a. argumentert med at ordningen ville innebære "tidsbesparelse for lege dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut bortfaller". Resultatene fra evalueringen har vist at andelen pasienter som oppsøker manuellterapeut eller kiropraktor direkte uten å gå veien om allmennlege, har økt betydelig i forsøksperioden. For legene skulle tidsbesparelsen være knyttet til at pasienter med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet i mindre grad oppsøker allmennlege i forkant av at de tar kontakt med kiropraktor/manuellterapeut. Det undersøkelsene imidlertid ikke sier noe om, er i hvilken grad pasientene tar kontakt med allmennlege i etterkant av undersøkelse/behandling hos kiropraktor/manuellterapeut. Undersøkelsen viser også at allmennlegene mener det ikke har skjedd noen endringer med hensyn til antallet pasienter med muskel- og skjelettplager som de har til behandling. Her er det grunn til å påpeke at vår undersøkelse ikke omfatter de pasientene som kun oppsøker allmennlege med sine muskel- og skjelettplager. For allmennlegene kan derfor endringene i pasienttilgangen oppleves som marginal.

En av intensjonene med Henvisningsprosjektet var at ordningene ville føre til at pasientene kom "raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller". Resultatene fra evalueringen viser endringer i adferd for en relativt stor andel av pasientene. Etter at forsøksordningen ble igangsatt, er det en betydelig lavere andel av pasientene som oppsøker allmennlege med sine muskel- og skjelettplager før de kommer til undersøkelse og behandling hos kiropraktor og manuellterapeut.

Det er her viktig å presisere følgende: Resultatene viser, slik vi ser det, at pasientene kommer *raskere til behandling hos kiropraktor og manuellterapeut*, men *ikke* at de kommer *raskere til behandling*. Uten en slik presisering legger en til grunn en antagelse om at pasientenes møte med allmennlege ikke er å forstå som behandling eller en del av behandlingen. Fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført som en del av brukerundersøkelsen, viste imidlertid at brukerne først og fremst knyttet begrepet behandling til de tiltak som ble iverksatt av manuellterapeut eller kiropraktor, og at de ikke omtalte de tiltak som ble iverksatt i forbindelse med en konsultasjon hos lege som behandling.

I intensjonene som ble lagt til grunn for Henvisningsprosjektet, het det bl.a. at ordningen ville innebære *"tidsbesparelse for lege dersom kiropraktor og manuellterapeut kan henvide direkte til spesialist"*. Resultatene fra evalueringen viser at kiropraktorer og manuellterapeuter i svært liten grad henviser sine pasienter til spesialister eller sykehus. Tilbakemeldingene fra legespesialistene viser også at antallet henvisninger til dem ikke har økt i perioden, til tross for at kiropraktorene og manuellterapeutene har fått henvisningsrett som en del av Henvisningsprosjektet. For allmennlegene kan derfor denne endringen oppleves som marginal.

En av intensjonene med Henvisningsprosjektet var at *"raskere igangsatt behandling fører til at man unngår kroniske tilstander"*. Det er også i denne forbindelse grunn til å presisere at resultatene fra evalueringen viser at pasientene kommer *raskere til behandling hos kiropraktor og manuellterapeut*, men *ikke* at de kommer *raskere til behandling*. Når det gjelder eventuelle sammenhenger mellom raskt igangsatt behandling hos kiropraktor eller manuellterapeut og utvikling av kroniske tilstander, så ligger det utenfor vårt mandat å gå nærmere inn på en slik problemstilling.

I intensjonene som ble lagt til grunn for gjennomføring av Henvisningsprosjektet, het det bl.a. at *"primærlegen skal ha den faglige oppgaven med å vurdere pasienten i en bredere medisinsk sammenheng"* og at *"primærlegen kan ivareta sin portvaktrolle også når pasienten kan oppsøke kiropraktor eller manuellterapeut direkte"*. Fastlegeordningen, som ble innført i 2001, formaliserer tilknytningen mellom lege og pasient. I dette ligger at fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. I forskriften om forsøksordningen (Henvisningsprosjektet) heter det i § 4 – tredje ledd at etter medlemmets samtykke, så skal det oversendes informasjon om utført behandling til medlemmets allmennlege med mindre det er åpenbart unødvendig. I merknadene heter det at det ikke er noe krav at legen holdes løpende orientert under en behandlingsserie, men at det vil være tilstrekkelig at informasjon oversendes etter at pasienten er ferdig behandlet. Med informasjon forstås her epikrise eller kopi/utskrift av journal der dette gir de relevante opplysningene på en tilstrekkelig oversiktlig måte.

Fastlegeordningen ble innført i juni 2001, og Henvisningsprosjektet startet i september samme år. I våre analyser har vi sammenlignet resultatene fra undersøkelser foretatt i 2003 med resultater fra en forundersøkelse som vi gjennomførte i mai/juni 2001. Sett i lys av de presiseringer som følger av fastlegeordningen med hensyn til allmennlegenes rolle når det gjelder å ha en samlet oversikt over det som blir gjort av undersøkelser og behandlinger, samt det informasjonskravet som følger av Henvisningsprosjektet, så har vår evaluering avdekket at situasjonen med hensyn til kontakt og informasjonsutveksling er lite endret etter vel to år både med fastlegeordning og Henvisningsprosjekt. Faggruppene er imidlertid uenige på dette området. Der allmennlegene mener det ikke har skjedd noen endring, mener både kiropraktorene og manuellterapeutene at de bl.a. sender epikriser og annen informasjon oftere nå enn de gjorde i 2001. Når det gjelder brukerne, så er de lite kjent med i hvilken grad faggruppene samarbeider og utveksler informasjon seg i mellom, samtidig som de peker på at de synes et slikt samarbeid er viktig.

Utviklingen når det gjelder *sykepenger* betalt av folketrygden viser tilsynelatende små, men likevel signifikante forskjeller i forsøksfylkene, relatert til landet som helhet. Intensjonen med færre sykmeldingsdager og derved besparelser i sykepenger må derfor karakteriseres som delvis innfridd. Vi kan ikke uten videre påvise noe særlig annerledes utvikling i det *totale* sykefravær knyttet til muskel-skjelettsykdommer for forsøksfylkene. Men hvis vi ser på det trygden reelt sett utbetaler i sykepenger, kan man tale om en besparelse på en til to prosent. Dette gjelder enten man ser på sykefravær knyttet til muskel-skjelettsykdommer eller om man ser på alle diagnoser samlet. Våre analyser viser at dette resultatet neppe kan skyldes tilfeldigheter.

Endringen i pasientflyten ved at pasientene ikke lenger oppsøker lege før undersøkelse og behandling hos manuellterapeuter og kiropraktorer innebærer både en innsparing for *pasient* i form av redusert *egenandel* og en innsparing for folketrygdens utbetalinger til refusjoner. Denne intensjonen må således også anses som innfridd.

Vi vurderer at den tiden som har gått siden forsøksordningen ble satt i gang, er tilstrekkelig når det gjelder å vurdere enkelte effekter av ordningen mens andre sider ved forsøksordningen nok trenger mer tid før eventuelle virkninger kan spores. Registreringsundersøkelsen har vist at det kom en umiddelbar reaksjon da henvisningskravet ble fjernet i forsøksfylkene. Både antallet pasienter med henvisninger og antallet pasienter som hadde oppsøkt allmennlege viste en betydelig reduksjon. Spørreskjemaundersøkelsen har imidlertid vist at samarbeidet mellom de berørte helseprofesjonene og holdningene til hverandre ikke er gjenstand for større endringer i løpet av forsøksperioden. Slike endringer vil kunne ventes å ta tid, og to år kan i denne sammenhengen betraktes som noe kort tid. Her kan vi også tilføye at en forsøksordning som Henvisningsprosjektet kun er ett element som kan antas å påvirke samarbeidsforhold mellom profesjonene. Det en ut fra evalueringen kan konkludere med, er at brukerne er fornøyd med de endringene som følger av Henvisningsprosjektet, og at systemet er blitt enklere å forholde seg til.

## 1 Bakgrunn

Den 9. juni 1999 vedtok Stortinget en forsøksordning, her kalt Henvisningsprosjektet, der kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter) og deres pasienter ble gitt visse utvidede rettigheter (Innst. S. nr. 202 (1998-99), dokument nr. 8:34 (1998 – 99) datert 1. juni 1999). Forsøksordningen ble satt i verk 1. september 2001 i fylkene Vestfold, Hordaland og Nordland, og skulle gjelde i to år. I underkant av 900 000 mennesker, eller om lag 20 prosent av befolkningen, har vært omfattet av ordningen. I valget av forsøksfylker la en vekt på å sikre en geografisk spredning – minst en større by, tettbygde strøk og mer sprettbygde strøk i hvert fylke – i tillegg til å inkludere et område (Nordland) med høy hyppighet av L – diagnoser (muskel- og skjelettlidelser). Videre var antallet behandlere relativt høyt i alle de tre fylkene, noe som ville sikre at man kunne trekke konklusjoner fra forsøksordningen med relativt høy grad av sikkerhet. I utvalget av forsøksfylker la en til grunn antall innbyggere, antall sykepengetilfeller pr. fylke, antall tilfeller av L- diagnoser pr. 1.000 innbyggere (16 - 68 år), gjennomsnittlig varighet for sykmeldingstilfellene og antall behandlere pr. 1.000 innbyggere. I tillegg la en vekt på at de utvalgte fylkene skulle ha godt fungerende kontorer for oppgjør med behandlere, noe en anså som en klar fordel for gjennomføringen av forsøksordningen, og ikke minst evalueringen. I tillegg ble det valgt ut kontrollfylker, som i utgangspunktet skulle være mest mulig like forsøksfylkene på de variablene som skulle vektlegges i forsøksordningen:

- *Østfold* som kontrollfylke for *Vestfold*
- *Rogaland* som kontrollfylke for *Hordaland*
- *Troms* som kontrollfylke for *Nordland*

For å komme inn under ordningen, måtte pasienten bo i ett av prøvefylkene, og kiropraktorene og manuellterapeutene måtte ha sin praksis i samme fylke. Det var videre satt som krav at kiropraktorene og manuellterapeutene hadde avtale om direkte oppgjør med trygden.

I forsøksordningen ble det gjort følgende endringer i regelverket:

- *kravet om at pasienten måtte være henvist fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få trygderefusjon falt bort*
- *kiropraktorer og manuellterapeuter fikk anledning til å sykmelde sine pasienter for inntil åtte uker, og til å henvise til spesialist på nærmere angitte vilkår*
- *kiropraktorer og manuellterapeuter fikk anledning til å rekvirere fysikalsk behandling*
- *manuellterapeuter fikk anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse*

Det ble ikke formulert eksplisitte mål for forsøksordningen under stortingsbehandlingen. Ut fra Dokument 8:34 (1998-99), Innst. nr. 22 (1998-99) og behandlingen av innstillingen, definerte Rikstrygdeverket følgende målsettinger med ordningen:

- *bedre ressursutnytting og samarbeid i helsevesenet*
- *mer fornøyde brukere*
- *samfunnsøkonomiske besparelser*

SINTEF Unimed har på oppdrag for Rikstrygdeverket gjennomført en evaluering av Henvisningsprosjektet i perioden fra 1. mai 2001 til 17. november 2003. Evalueringen har bestått av tre delutredninger - en for hver av målsettingene definert av Rikstrygdeverket.

## 2 Målet med evalueringen

Målet med delutredning 1 ("*Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*") har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan og i hvilken grad de tiltakene som er skissert i forsøksordningen "Henvisningsprosjektet" har innvirkning på brukeradferd og samarbeidet mellom kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister. Videre har målet vært å belyse hvorvidt tiltakene bidrar til mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell.

Målet med delutredning 2 ("*Mer fornøyde brukere*") har vært å fremskaffe kunnskap om brukernes erfaringer med og vurderinger av forsøksordningen, med særlig vekt på å avdekke hvorvidt tilgjengeligheten til tjenestene er blitt bedre, og på brukernes opplevelser og vurderinger av ulike kvalitetsaspekter ved tjenestetilbudet.

Målet med delutredning 3 ("*Samfunnsøkonomiske besparelser*") har vært å kartlegge eventuelle endringer som kan synliggjøres som følge av forsøksordningen når det gjelder trygdens utgifter (sykepenger og refusjon til helsetjenester), bedriftenes kostnader i forbindelse med sykefravær, og pasientenes utgifter.

I henhold til avtalen med Rikstrygdeverket (oppdragsgiver) er sluttrapporten gitt en slik form og et slikt innhold at den skal kunne danne en del av beslutningsgrunnlaget for en vurdering av om de tiltakene som følger av Henvisningsprosjektet skal bli en permanent ordning. I sluttrapporten er det, i tillegg til en oppsummering av erfaringer og utviklingstrekk i forsøksperioden, gitt en drøfting av fordeler og ulemper knyttet til de endringer av gjeldende ordning som er blitt gjennomført i Henvisningsprosjektet.

Sluttrapporten er gitt følgende struktur. I *kapittel 3* presenteres en drøfting av styrker og svakheter ved design og metode på generelt og overordnet nivå, samt en beskrivelse av design og metodevalg innenfor hver av de tre delutredningene. I *kapittel 4* presenteres resultater og analyser fra registreringsundersøkelsen i delutredningen "*Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*", som bl.a. omfatter kartlegging av pasientprofil, pasientbevegelser, tiltak og skadepanorama. I *kapittel 5* presenteres resultater og analyser fra spørreskjemaundersøkelsen i delutredningen "*Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*", som bl.a. omfatter kartlegging av samarbeidsrelasjoner, holdninger til de tiltak som følger av Henvisningsprosjektet, samt faggruppenes arbeidssituasjon. Resultater og analyser fra delutredningen "*Mer fornøyde brukere*" presenteres i *kapittel 6*. Datamaterialet består av en spørreskjemaundersøkelse blant brukere av tjenestene til kiropraktorer og manuellterapeuter i forsøksfylkene og kontrollfylkene i forsøksperioden. "Brukere" er avgrenset til de brukere av tjenesten som faller inn under de diagnosegrupper som er inkludert i forsøksordningen. I *kapittel 7* presenteres og analyseres resultatene fra delutredningen "*Samfunnsøkonomiske besparelser*". Her analyseres utviklingen i totalt, legemeldt sykefravær i de deltakende fylkene og folketrygdens utgifter til sykepenger. Videre gis en presentasjon av tall fra Rikstrygdeverket for antall henvisninger, takstbruk etc. fra manuellterapeuter og kiropraktorer. Avslutningsvis i rapporten gis det en samlet drøfting (*kapittel 8*) og konklusjon (*kapittel 9*) hvor vi tar utgangspunkt i resultatene fra alle de tre delutredningene.

## 3 Design og metode

### 3.1 Henvisningsprosjektet generelt

#### 3.1.1 Utvalg av forsøksfylker og kontrollfylker

I kapittel 1 ovenfor har vi redegjort for grunnlaget for utvalg av forsøksfylker og kontrollfylker i Henvisningsprosjektet. Til grunn for utvalget av kontrollfylker la man en forutsetning om at de skulle være like forsøksfylkene på de variablene som skulle vektlegges i forsøksordningen. Utvalget av fylker baserte seg med andre ord kun på likhet på et utvalg variabler. Slik sett kan evalueringen av Henvisningsprosjektet forstås som en kvasiekperimentell undersøkelse – et undersøkelsesopplegg som likner et klassisk eksperiment, men der det ikke er mulig å få til en randomisering – hvor en sikrer seg at de utvalgte gruppene er like når det gjelder alle mulige variabler og kombinasjoner av variabler, også slike som en ikke har vært i stand til å måle eller ikke har tenkt på. I evaluering av Henvisningsprosjektet har vi hatt som målsetting å undersøke virkningen av tiltak som er blitt tatt i bruk i enkelte fylker. Men dersom forskeren eller evaluatoren ikke kan bestemme hvor tiltaket blir innført (hvilke fylker som blir valgt ut), slik at han kan bruke en tilfeldighetsmekanisme til inndeling i en eksperiment (forsøks)- og en kontrollgruppe, får vi ikke et eksperiment i streng forstand. Uansett hvor mye en anstrenger seg for å finne fylker som er mest mulig like de som er blitt eksponert for årsaksvariabelen (tiltakene i Henvisningsprosjektet), kan forskeren eller evaluatoren ikke utelukke at det likevel finnes forskjeller som kan forklare en eventuell forskjell i fordelingen på effektvariabelen. På tross av dette byr et kvasiekperimentelt opplegg på klare fordeler. Fordi vi kjenner til hvordan årsaksvariabelen varierer (vi vet hvem som manipulerer den), vil det ikke være noe problem med tidsrekkefølgen dersom vi måler effektvariabelen før og etter manipulasjonen. For det andre vil det være mindre fare for målefeil når det gjelder verdi på årsaksvariabelen, vi vet nøyaktig hvem som er blitt eksponert for hvilken verdi (Hellevik, 2002).

Det er viktig å ha klart for seg at henvisningsprosjektet som forsøk eller forsøksordning ikke lever i et vakuum upåvirket av andre tiltak og reformer som vil berøre de aktuelle faggruppens virksomhet, forbruk av helsetjenester, pasientbevegelser, sykefravær, sykepengeutbetalinger oa. Sett i forhold til de variablene som er lagt til grunn i denne undersøkelsen, er det grunn til å anta at såvel innføring av fastlegeordningen sommeren 2001 og sykehusreformen som trådte i kraft ved årsskiftet 2001/2002, har hatt betydning bl.a. for pasientbevegelser og bruk av helsetjenester. Endringer som vi har avdekket i våre undersøkelser kan med andre ord finne sin forklaring i helt andre forhold enn det som følger av henvisningsprosjektet. Til en viss grad kan en si at dette kompenseres for gjennom en sammenligning av utviklingstrekk i kontrollfylkene. På den annen side kan kombinasjonen av fastlegeordningen og Henvisningsprosjektet i forsøksfylkene ha hatt betydning for befolkningens bruk av helsetjenestene, og da på en måte som ikke fanges opp av vår evaluering.

Det knytter seg enkelte mulige svakheter ved sammenligningen mellom forsøks- og kontrollfylkene. Selv om RTV har lagt vekt på å finne kontrollfylker som matcher forsøksfylkene så godt som mulig, er det likevel mulig at ulikheter kan påvirke resultatene. Eksempelvis kan dette være andre tiltak og prosjekter som går parallelt med denne forsøksordningen og som har overlappende målgrupper. Andre eventuelle forsøk i fylker som ikke inngår i denne evalueringen verken som kontroll- eller forsøksfylke, kan imidlertid vanskelig ha noen innvirkning på resultatene.

### 3.1.2 Metodetriangulering

Sammenligningene mellom forsøksfylker og kontrollfylker er ikke uproblematisk (se over). Det vil derfor være usikkerhet knyttet til hvilke endringer som kan forklares eller delvis forklares av Henvisningsprosjektet. Denne svakheten ved designet er ikke noe særskilt for denne evalueringen, men snarere vanlig i evalueringer av forsøk som foregår i en kompleks virkelighet. En vanlig måte å kompensere for dette på er å benytte et sett av ulike metoder og samle inn data fra ulike kilder for å belyse det samme fenomenet og de samme problemstillingene (Grønmo, 1985). Dette er også benyttet som strategi i denne evalueringen, der fire ulike undersøkelser med til dels ulike metodikk er gjennomført, og der respondentene både består av brukere og utøvere av de aktuelle tjenestene. På denne måten forsterkes grunnlaget for å trekke konklusjoner av funnene som gjøres i de ulike delundersøkelsene. Selv om hver enkelt delundersøkelse kan leses og vurderes for seg, er det viktig å være klar over dette når evalueringen av Henvisningsprosjektet skal brukes.

### 3.1.3 Nivåproblematikk

Utgangspunktet for evalueringen er en sammenligning mellom tre forsøksfylker der det har blitt gjennomført en intervensjon (Henvisningsprosjektet) og tre utvalgte kontrollfylker. Håndteringen av de to analytiske nivåene vil være noe ulik i de foreliggende delundersøkelsene på grunn av ulikheter mellom disse undersøkelsene når det gjelder bl.a. antall respondenter på fylkesnivå og robusthet i tallene på aggregert nivå. I analysene av de samfunnsøkonomiske konsekvensene i kap. 7 er det dessuten benyttet både data fra de tre kontrollfylkene og tilsvarende tallmateriale for hele landet. Siden dette allikevel var tilgjengelig, er det klart at tallmateriale for hele landet er mer robust enn for tre utvalgte kontrollfylker. I prinsippet kan forsøksfylkene oppfattes som tilfeldig utvalgt og analyseres som en enhet – "forsøksfylker". Analyser av endringer på dette aggregerte nivået skiller seg fra analyser av og sammenligninger mellom enkeltfylker. På det første nivået er det forventninger om endringer i gjennomsnitt som ligger til grunn for testingen, på fylkesnivå er det de observerte tallene. Dermed bør det utvises forsiktighet med å overdimensjonere tilfeldige endringer på fylkesnivå som ikke er overensstemmende med det aggregerte nivået. På den andre siden må en også ta hensyn til hva som er substansen i slike ulikheter i vurderingen av resultatene også på det aggregerte nivået. Når de målte verdiene på fylkesnivå har en tendens til å bevege seg mye og tildels ulikt i forhold til en eventuell overordnet trend, er det grunn til å være noe forsiktig med å trekke altfor bastante slutninger av endringer på aggregert nivå over en relativt kort tidsperiode.

### 3.1.4 Tidsperspektivet

Det er foretatt innsamling av data ett og to år etter at forsøksordningen ble iverksatt. En kan i den forbindelse stille spørsmål om dette er et tilstrekkelig tidsrom for å fastslå om en har oppnådd effekter av Henvisningsprosjektet. Vi vurderer at den tiden som har gått siden forsøksordningen ble satt i gang er tilstrekkelig når det gjelder å vurdere enkelte effekter av ordningen mens andre sider ved forsøksordningen nok trenger mer tid før eventuelle virkninger kan spores. Registreringsundersøkelsen har vist at det kom en umiddelbar reaksjon da henvisningskravet ble fjernet i forsøksfylkene. Både antallet pasienter med henvisninger og antallet pasienter som hadde oppsøkt allmennlege viste en betydelig reduksjon. Spørreskjemaundersøkelsen har imidlertid vist at samarbeidet mellom de berørte helseprofesjonene og holdningene til hverandre ikke er gjenstand for større endringer i løpet av forsøksperioden. Slike endringer vil kunne ventes å ta tid, og to år kan i denne sammenhengen betraktes som noe kort tid. Her kan vi også tilføye at en forsøksordning som Henvisningsprosjektet kun er ett element som kan antas å påvirke samarbeidsforhold mellom profesjonene.

### 3.1.5 Antall respondenter

Antallet kiropraktorer, manuellterapeuter og legespesialister i hvert av fylkene er ikke stort. I enkelte fylker er det snakk om bare fire respondenter innenfor den enkelte yrkesgruppe. Dette bør



leserne være oppmerksomme på i forbindelse med tolkning av resultatene, både når det gjelder registreringsundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen. I fylker der det er få respondenter vil svarene fra hver enkelt respondent ha stor innvirkning på resultatet (gjennomsnittet) fra det aktuelle fylket. Antall respondenter har også betydning for om eventuelle forskjeller mellom fylkene er signifikante eller ikke. Graden av signifikans er avhengig av både antall i utvalget og spredningen (eller variansen) i svarene innenfor hver av informantgruppene. Med andre ord kan stor differanse i gjennomsnittsverdi ikke gi noen signifikant sammenheng hvor det er stor spredning i svarene (stor heterogenitet), eller veldig få individer i en eller begge informantgruppene. Samtidig som en relativt liten differanse i gjennomsnittsverdi kan gi en signifikant sammenheng hvis spredningen er veldig liten (dvs. at gruppene er relativt homogene) eller antall individer er veldig stort.

### 3.1.6 Organisering av prosjektet

Evalueringen har vært organisert med en prosjektgruppe i SINTEF Unimed bestående av forskerne Jan- W. Lippestad, Ingrid Eitzen, Trond Harsvik, Mitch Loeb og Karl-Gerhard Hem. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. I tillegg har det vært opprettet en referansegruppe med følgende sammensetning:

<i>Peter Chr. Lehne</i>	<i>Norsk Fysioterapeutforbund</i>
<i>Hanne Dagfinrud</i>	<i>Norsk Fysioterapeutforbund</i>
<i>Eli Magnesen</i>	<i>Norsk Kiropraktorforening</i>
<i>Inger Scheel</i>	<i>Norsk Kiropraktorforening</i>
<i>Gustav Roland</i>	<i>Kommunenes sentralforbund</i>
<i>Vera Christensen</i>	<i>Norsk Pasientforening</i>
<i>Gunhild Sundal</i>	<i>Den norske lægeforening</i>
<i>Håkon Lie</i>	<i>Den norske lægeforening</i>
<i>Hildegunn Rafdal</i>	<i>Helsedepartementet</i>
<i>Elisabeth Rue</i>	<i>Helsedepartementet</i>

Referansegruppen har gjennom hele prosjektperioden kommet med innspill til planlegging, gjennomføring og analyse av resultatene i de tre delutredningene. I tillegg er referansegruppen gitt anledning til å gi skriftlige tilbakemeldinger til rapportutkast i hele perioden.

Det er tidligere i prosjektet gjennomført en forundersøkelse (Lippestad og medarb. 2001) og to delundersøkelser i 2002 (Lippestad og medarb. 2002 og Hem 2002).

Evalueringen består av 3 delutredninger. Jan-W. Lippestad har vært prosjektleder for delutredningen "Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet". Ingrid Eitzen har vært prosjektleder for "Mer fornøyde brukere" mens Karl-Gerhard Hem har vært prosjektleder for "Samfunnsøkonomiske besparelser".

## 3.2 Delutredning: Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet. Design og metode

### 3.2.1 Registreringsundersøkelsen

I registreringsundersøkelsen har vi kartlagt pasientprofil, pasientbevegelser, tiltak og skadepanorama (registreringsskjemaet følger vedlagt i appendiks til rapporten). Undersøkelsen ble gjennomført i uke 24 og 25 både i 2001, 2002 og 2003, og har omfattet samtlige manuellterapeut- og kiropraktorpasienter i forsøksfylkene og kontrollfylkene. I forbindelse med utsendelse av registreringsskjemaene, benyttet vi oversikter (navn og adresse) som vi fikk oversendt fra Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Kiropraktorforening.

De aktuelle kiropraktorene/manuellterapeutene mottok et brev som presenterte bakgrunnen for og hensikten med registreringsundersøkelsen. I brevet presenterte vi følgende instruks for hvordan vi ønsket at registreringen skulle gjennomføres:

- *Registreringen skulle gjennomføres i tre hele arbeidsdager i uke 24 og 25. Behandlerne kunne selv velge hvilke tre dager de ville gjennomføre undersøkelsen.*
- *Registreringen skulle omfatte alle pasientene de tre dagene som ble valgt.*
- *Det skulle fylles ut ett skjema for hver pasient.*
- *Dersom samme pasient hadde flere behandlinger i løpet av de aktuelle arbeidsdagene, skulle han/hun registreres hver gang.*
- *Spørsmålene skulle besvares med utgangspunkt i den dagen pasienten var hos behandleren.*

### **3.2.2 Spørreskjemaundersøkelsen**

I spørreskjemaundersøkelsen har vi kartlagt samarbeidsrelasjoner mellom aktuelle faggrupper, faggruppens vurderinger av egen arbeidssituasjon/arbeidsdag og holdninger til de tiltak som omfattes av Henvisningsprosjektet. Undersøkelsen omfattet samtlige manuellterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og legespesialister (innen nevrologi, fysikalsk medisin, revmatologi og ortopedi) i forsøksfylkene og kontrollfylkene. Spørreskjemaene ble sendt ut i henhold til adresselister vi fikk tilsendt fra Den norske Legeforening, Norsk Kiropraktorforening og Norsk Fysioterapiforbund – Faggruppe for manuellterapi. Spørreskjemaene ble besvart i løpet av september både i 2001, 2002 og 2003.

Vi utarbeidet åtte ulike spørreskjemaer hvor vi har skilt mellom de fire faggruppene, samt gjort et skille mellom forsøksfylke og kontrollfylke innenfor hver av faggruppene. I spørreskjemaene benyttet vi i hovedsak en form hvor informantene ble bedt om å ta stilling til utsagn. Flere av temaene var gjennomgående for alle faggruppene både i forsøksfylkene og kontrollfylkene, og noen temaer var spesifikke for hver av gruppene.

### **3.3 Delutredning: Mer fornøyde brukere. Design og metode**

Brukerundersøkelsen har tatt sikte på å kartlegge brukernes erfaringer med og oppfatninger av henvisningsprosjektet, for å se hvorvidt intensjonene om bedret tilgjengelighet og en mer positiv opplevelse av tjenestene ble oppfylt. Brukerundersøkelsen ble lagt opp som en postal spørreundersøkelse blant brukere av tjenestene til kiropraktorer og manuellterapeuter i forsøksfylkene og kontrollfylkene. "Brukere" er avgrenset til de brukere av tjenestene som faller inn under de diagnosegrupper som er inkludert i forsøksordningen

Forut for spørreundersøkelsen ble det foretatt fokusgruppeintervjuer. Informasjonen som fremkom i fokusgruppediskusjonene ga et godt grunnlag for utviklingen av spørreskjemaene. Fokusgruppediskusjonene ga også tilleggsinformasjon i form av utdypende kommentarer, som viste seg å ha verdi som supplement til tolkningen av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. Det ble videre foretatt en mindre pilotstudie for å teste spørreskjemaet.

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i april/mai 2003. Det ble sendt ut spørreskjemaer til manuellterapeuter og kiropraktorer i forsøks- og kontrollfylkene basert på medlemslistene til Norsk Kiropraktorforening og Norsk Fysioterapeutforbund – Faggruppe for manuellterapi. Manuellterapeutene og kiropraktorene delte deretter ut skjemaene til brukerne.

### **3.4 Delutredning: Samfunnsøkonomiske besparelser. Design og metode**

Analysene baserer seg på tilgjengelige regnskaps- og registerdata fra Rikstrygdeverket og fra noen av resultatene fra registreringsundersøkelsen (se punkt 3.2.1. ovenfor). Det presenteres også data fra Rikstrygdeverket om antallet sykmeldinger fra leger, kiropraktorer og manuellterapeuter.

For å analysere det totale sykefravær benyttes sykefraværstatistikken fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå, som viser totalt sykefravær med legeerklæring, dvs. i praksis sykefravær utover egenmeldingsperioden på tre dager<sup>1</sup>. Tall for første halvår 2001 benyttes som sammenligningsgrunnlag. Dernest presenteres en beregning av sykefraværet fra og med fjerde kvartal 2001 til og med andre kvartal 2003, i alt syv kvartaler. Sykefravær for forsøksperioden er beregnet som "gjennomsnittlige halvårstall" for å kunne sammenligne med baseline.

Foruten å vurdere det samlede sykefraværet presenteres Folketrygdens utbetalinger til sykepenges. Denne statistikken er en indikasjon på det lengre sykefraværet på 17 dager eller mer, og viser altså trygdens direkte utgifter ved sykefravær.

Omlag halvparten av sykefraværet er knyttet til muskel-skjelett lidelser (L-diagnoser<sup>2</sup>). Analysene baserer seg på den delen av sykefraværet som er knyttet til disse diagnoser, fordi det er disse sykdommer manuellterapeuter og kiropraktorer behandler. Det er også reist spørsmål om sykefravær knyttet til mer sammensatte lidelser kan bli påvirket på noen måte, det er derfor gjennomført analyser basert på alle registrerte sykefravær.

Utviklingen i utbetalinger til sykepenges benyttes som en indikasjon på det lengre sykefraværet (17 dager eller mer), og sykefraværstatistikken som en indikasjon på det totale fraværet. Ulikheter i utviklingen mellom disse to kildene vil i all hovedsak skyldes utvikling i det kortere fraværet (mindre enn 17 dager).

---

<sup>1</sup> Se pressemelding <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/>

<sup>2</sup> Årsaken til sykefravær kodes etter International Classification of Primary Care (ICPC)

## 4 Delutredning: "Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet" – Resultater fra registreringsundersøkelsen

### 4.1 Innledning

Dette kapittelet er utarbeidet av forskerne Jan-W. Lippestad (prosjektleder), Trond Harsvik og Mitch Loeb.

Hensikten med registreringsundersøkelsen har vært å fremskaffe kunnskap om eventuelle endringer i pasientprofilen blant de som oppsøker kiropraktor og manuellterapeut som kan tilskrives de tiltakene som inngår i Henvisningsprosjektet. Pasientregistreringen omfatter kjønn, alder, hovedaktivitet, og lokalisering og vurdering av skade/funksjonsproblem. Videre omfatter registreringen om pasientene har henvisning fra lege, eventuell kontakt med annen behandler før pasienten kom til kiropraktor/manuellterapeut, sykmelding, samt hvilke tiltak som ble iverksatt på registreringstidspunktet. Registreringsundersøkelsen er gjennomført både i forsøksfylkene (Vestfold, Hordaland og Nordland) og i kontrollfylkene (Østfold, Rogaland og Troms), og har omfattet samtlige kiropraktorer og manuellterapeuter i de aktuelle fylkene. Registreringsskjemaet som er benyttet i undersøkelsen, er identisk med det som ble brukt i undersøkelsen i juni 2002. Registreringsundersøkelsen ble i 2003, som i 2001 og 2002, gjennomført i ukene 24 og 25.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres dels i form av tabeller og dels i form av tekst. Vi har i hovedsak lagt vekt på eventuelle endringer i perioden 2001 – 2003 innenfor hver av pasientgruppene i hvert fylke, samt samlet for forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper. I tolkningen av tallmaterialet er også resultatene fra 2002 tatt hensyn til. Vi gjør oppmerksom på at det i enkelte fylker er snakk om relativt få behandlere og relativt mange pasienter pr. behandler. Dette kan gi skjevheter i datamaterialet bl.a. ved at forskjeller i registreringspraksis og tolkning av spørsmålene hos enkeltbehandlere kan gi utslag i resultatene. Vi har derfor gjennomgående lagt oss på en konservativ tolkning av resultatene. Kji-kvadrat er benyttet for å teste sammenhenger mellom svarene mellom forskjellige uavhengige variabler og faggruppene på den ene siden, og forsøks-/ kontrollfylkene innenfor hver faggruppe på den andre. Vi har valgt et signifikansnivå på 0,05 ( $p \leq 0.05$ ), som gjør at vi med 95% sikkerhet kan si at påviste forskjeller i datamaterialet ikke er tilfeldig.

### 4.2 Om registreringsskjemaet

Resultatene fra registreringsundersøkelsen tyder på at instrumentet som ble utviklet i samarbeid med referansegruppen har fungert når det gjelder å kartlegge endringer vedrørende intensjonene i Henvisningsprosjektet om at pasientene skulle komme raskere til behandling. En av svakhetene ved registreringsundersøkelsen er knyttet til variablene som skulle vise eventuelle endringer i pasientsammensetning og behandling etter at forsøksordningen trådte i kraft. Mens det ikke kunne vises til noen større endringer med hensyn til pasientenes alder, kjønn og hvor skaden/funksjonsproblemet var lokalisert, viste undersøkelsen at det var til dels markerte forskjeller i tiltakene som ble satt i verk av behandlerne. Det har ikke vært mulig å finne noen klare sammenhenger mellom lokalisering av skade/funksjonsproblem og tiltakene som ble iverksatt. Dette kan ha flere årsaker, og vi vil her peke på tre av disse. For det første kan det være at kategoriene, som skal beskrive lokaliseringen av skade og tiltakene, ikke har vært utformet presist nok. For det andre kan det være slik at skadene/funksjonsproblemene som pasientene har, gjerne er av en sammensatt og/eller diffus karakter som gjør at disse ikke lett passer inn i på forhånd oppsatte kategorier. Dermed kan forskjellige tilstander registreres innen samme tiltakskategori. For det tredje kan behandlingsideologi og praksis variere mellom behandlerne slik at samme skade/funksjonsproblem kan være gjenstand for forskjellig tiltak.

I undersøkelsen har vi bl.a. kartlagt i hvilken grad bortfallet av henvisningskravet har ført til rekruttering av nye brukergrupper som følge av økt tilgjengelighet. En slik effekt skulle en i hovedsak forvente å finne blant manuellterapeutpasientene som hadde en klart større andel med henvisning fra lege før forsøksordningen trådte i kraft. Til tross for at andelen med henvisning reduseres betydelig i perioden, kan det ikke spores noen reell økning i andelen nye pasienter i forsøksfylkene. Det er imidlertid store fylkesvise variasjoner, og spesielt blant kontrollfylkene. En forklaring på dette kan være at skillet mellom begrepene "ny pasient" og "pasient til oppfølgende behandling/undersøkelse" har vært uklart, noe som har gitt rom for individuelle tolkninger og kan med dette ha blitt forstått forskjellig fra fylke til fylke og fra år til år. Det at variasjonene er mindre blant forsøksfylkene enn kontrollfylkene kan forklares med forskjeller i opptatthet omkring ulike problemstillinger som følger av henvisningsprosjektet, variasjoner i informasjonsspredning, samt en klar bevissthet i forsøksfylkene om at ordningen evalueres.

### 4.3 Utvalg

I henhold til de navn og adresselistene vi hadde fått tilsendt fra fagforbundene, er det 199 behandlere i forsøksfylkene og kontrollfylkene fordelt på 115 kiropraktorer (100 i 2001 og 104 i 2002) og 84 manuellterapeuter (70 i 2001 og 75 i 2002). Ved svarfristens utløp hadde vi mottatt 116 svarsendinger, hvorav 42 fra manuellterapeuter (det samme som i 2001 og 2002) og 74 fra kiropraktorer (72 svar i 2001 og 74 i 2002). Dette utgjør totalt en svarprosent på 58 (64 % for kiropraktorene og 50 for manuellterapeutene). Skjemaene ble lest optisk. Dette arbeidet er utført av firmaet Capture Data as. Registreringsskjemaet ble tilpasset Captures skjemadesign for optisk lesning. Resultatene ble oversendt oss på en SPSS-fil. Det totale antallet skjemaer var 6.026 i 2003 (6.665 i 2001 og 5.451 i 2002). Kvaliteten på avkrysningene har variert også i årets undersøkelse, noe som har ført til at enkeltskjemaer og enkeltspørsmål har falt ut i den optiske lesningen. Dette har imidlertid ikke vært av et slikt omfang at det har hatt betydning for resultatene. Etter at mangelfullt utfylte skjema er forkastet, utgjør datamaterialet 5.921 pasienter (6.574 i 2001 og 5.358 i 2002).

### 4.4 Antall behandlede pasienter

For *kiropraktorene* er det stor variasjon i antall behandlede pasienter pr. dag (fra 9 til 36). Dette kan indikere at noen enkelte dager har jobbet mindre enn full dag. Videre rapporterer flere behandlere om enkeltdager med godt over 30 pasienter. Dette kan bety at det av og til jobbes lange dager og/eller at flere behandlere fra samme behandlingssenter har sendt inn registreringsskjemaet samlet. Oppsummert betyr dette at en må ta forbehold med hensyn til å anslå antallet behandlede pasienter pr. behandler pr. dag. I 2003 finner vi at *kiropraktorene* i gjennomsnitt behandler ca. 19 pasienter pr. dag. Dette gjelder både i forsøks- og kontrollfylkene. Tallene for *manuellterapeutene* viser, som for kiropraktorene, store variasjoner – fra 6 til 25 behandlede pasienter pr. behandler pr. dag. Med de forbehold som er nevnt ovenfor, er det i forsøksfylkene registrert i gjennomsnitt ca. 14 pasienter pr. dag mens det i kontrollfylkene er registrert 12,5 pasienter pr. dag.

### 4.5 Kjønnfordeling

Kvinneandelen blant *kiropraktorpasientene* i forsøksfylkene er relativt stabil (58,1 % i 2001 og 56,9 % i 2003), og den har økt noe i kontrollfylkene (51,6 % i 2001 og 55,4 % i 2003). Blant *manuellterapeutpasientene* i forsøksfylkene er kvinneandelen også relativt stabil på omlag 60 % (62,1 % i 2001 og 60,5 % i 2002), mens den samlet sett har økt noe i kontrollfylkene (fra 61,8 % til 67,9 %). Økningen er størst i Østfold og Rogaland.

### 4.6 Aldersfordeling

Gjennomsnittsalderen for hele utvalget i 2001 var 45,1 år, mens den var 45,4 år i 2003. *Manuellterapeutpasientene* har en gjennomsnittsalder på 47,3 år (47,8 år i 2001), mens

gjennomsnittet for *kiropraktorpasientene* er 44,3 år (44,1 år i 2001). For kiropraktorpasientene er det ikke noen signifikante forskjeller mellom forsøks- og kontrollfylker. Manuellterapeutpasientene er gjennomgående noe eldre i forsøksfylkene (47,9 år i 2003) enn i kontrollfylkene (45,7 år i 2003). Denne forskjellen er uendret fra 2001 til 2003.

#### 4.7 Pasientenes hovedaktivitet

I registreringsskjemaet skulle det krysses av for *pasientenes hovedaktivitet*. Vi oppga følgende svaralternativer: Yrkesaktiv, under utdanning, pensjonist, attføring/uføretrygdet og annet. Vi har valgt å presentere andelen *yrkesaktive* i tabellform av to grunner. For det første utgjør de yrkesaktive den klart største pasientgruppen (vel 75 % av kiropraktorpasientene og vel 65 % av manuellterapeutpasientene). For det andre har diskusjonen omkring henvisningsprosjektet dreiet seg mye om hvilken betydning tiltakene i forsøksordningen vil ha for sykefravær/sykemeldinger – tiltak som i hovedsak omfatter de yrkesaktive.

**Tabell 4.1. Andelen yrkesaktive kiropraktorpasienter fordelt på fylke. (% av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	69,6	687	73,8	541	71,5	478
Østfold	70,2	363	77,2	412	72,9	420
Hordaland	73,6	1.394	76,9	956	78,6	756
Rogaland	73,3	1.243	77,7	892	75,6	890
Nordland	73,3	720	73,3	491	74,6	698
Troms	73,1	331	70,6	235	73,4	394
Samlet for forsøksfylkene	72,5	2.751	75,2	1.988	75,4	1.932
Samlet for kontrollfylkene	72,7	1.987	76,5	1.539	74,4	1.704

Andelen yrkesaktive blant kiropraktorpasientene har økt noe fra 2001 til 2003 både i forsøks- og kontrollfylkene ( $p < 0.05$ ), men endringen er ikke stor og indikerer slik sett ikke noe skifte i pasientsammensetningen. Ser vi på de øvrige svaralternativene, viser resultatene at heller ikke her har det skjedd noen nevneverdige endringer i løpet av forsøksperioden.

**Tabell 4.2. Andelen yrkesaktive manuellterapeutpasienter fordelt på fylke. (% av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	57,3	532	55,9	365	58,2	619
Østfold	53,5	256	59,2	338	63,6	250
Hordaland	71,6	162	64,7	337	70,7	420
Rogaland	67,2	122	72,5	109	68,6	153
Nordland	67,1	453	65,7	397	67,1	535
Troms	75,3	182	78,8	189	67,3	199
Samlet for forsøksfylkene	63,2	1.147	62,1	1.099	64,5	1.571
Samlet for kontrollfylkene	63,6	560	67,3	636	66,1	602

Tabellen viser at også for manuellterapeutpasientene er situasjonen relativt stabil når det gjelder yrkesaktivitet. Den mest markerte endringen finner en i Østfold (kontrollfylke). For de øvrige svaralternativene er det ikke endringer av nevneverdig karakter.

#### 4.8 Nye pasienter eller pasienter til oppfølgende behandling/ undersøkelse

Vi ba kiropraktorene/manuellterapeutene krysse av for om pasienten var *ny* eller *var* hos behandler for *oppfølgende behandling og/eller undersøkelse*. Kartlegging av dette skillet i pasientgruppene er av interesse for å måle om bortfall av henvisningskravet og dermed økt tilgjengelighet på denne typen tjenester fører til "rekruttering" av nye brukergrupper, og om pågangen på denne typen tjenester dermed vil øke.

**Tabell 4.3. Andelen nye pasienter til behandling/undersøkelse hos kiropraktor fordelt på fylke. (% av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	17,2	673	17,1	525	16,2	474
Østfold	30,0	363	14,8	405	15,2	422
Hordaland	14,4	1.389	16,8	952	16,3	761
Rogaland	13,6	1.222	12,5	872	12,9	852
Nordland	19,7	706	19,2	495	22,2	681
Troms	16,7	330	15,9	232	14,5	400
Samlet for forsøksfylkene	16,4	2.768	17,5	1.972	18,4	1.916
Samlet for kontrollfylkene	17,2	1.915	13,7	1.509	13,9	1.674

Økningen i andelen nye pasienter samlet sett i forsøksfylkene fra 2001 til 2003 er ikke signifikant.

Derimot er reduksjonen i kontrollfylkene signifikant ( $p \leq 0.05$ ). Resultatene for kontrollfylkene påvirkes i særlig grad av endringen i Østfold.

**Tabell 4.4. Andelen nye pasienter til behandling/undersøkelse hos manuellterapeut fordelt på fylke. (% av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	11,5	547	17,3	370	16,6	610
Østfold	16,0	256	10,4	337	16,5	252
Hordaland	11,6	164	16,0	326	17,4	420
Rogaland	34,1	126	11,9	109	10,4	154
Nordland	29,0	451	36,5	392	26,4	526
Troms	22,0	182	8,8	194	21,6	199
Samlet for forsøksfylkene	18,3	1.162	23,8	1.088	20,1	1.556
Samlet for kontrollfylkene	22,0	564	10,2	640	12,2	606

Andelen nye pasienter i forsøksfylkene viser ikke noen signifikant endring fra 2001 til 2003. Derimot er det også her en signifikant reduksjon i kontrollfylkene ( $p \leq 0.05$ )<sup>3</sup>.

Det er flere måter å betrakte andelen nye pasienter på. For det første kunne en ha forventet at kjennskapet til bortfall av henvisningskravet ville øke over tid, og at en derfor ville se en økning i andelen nye pasienter etter hvert som tiden gikk. I den grad en skulle anta at bortfall av henvisningskravet og at økt tilgjengelighet til denne typen tjenester skulle føre til en større "gjennomtrekk" av pasienter målt som en økning i andelen av nye brukere, så gir ikke resultatene presentert i tabellene 4.3. og 4.4. grunnlag for å hevde dette. En annen forklaring, som trekker i motsatt retning, er at i den grad en ville få en nyrekrutteringseffekt så ville dette inntreffe tidlig i forsøksperioden – da tiltakene og de nye ordningene hadde "nyhetens interesse". Siden den første målingen av eventuelle virkninger av Henvisningsprosjektet ble foretatt 10 måneder etter oppstart, kan det være grunn til å anta at en på dette tidspunktet allerede var tilbake til det en kan kalle en normaltilstand – hvor forholdet mellom nye brukere og brukere til oppfølgende behandling/undersøkelse hadde stabilisert seg. En tredje måte å se dette på er knyttet til forholdet mellom forsøks- og kontrollfylker. Andelen nye pasienter er redusert i kontrollfylkene mens den er stabil i forsøksfylkene. Dette kan bety at Henvisningsprosjektet har motvirket en reduksjon i nyrekrutteringen i forsøksfylkene.

#### 4.9 Lokalisering av skade

En av hensiktene med forundersøkelsen i 2001 var å beskrive en pasientprofil for pasienter som oppsøker manuellterapeuter og kiropraktorer før Henvisningsprosjektet trådte i kraft, for siden å kunne spore eventuelle endringer som følge av Henvisningsprosjektet. Kiropraktorene/manuellterapeutene ble bedt om å oppgi hvor pasientens aktuelle skade/funksjonsproblem var lokalisert. Det ble i registreringsskjemaet presisert at vi var ute etter årsak og ikke symptom. Undersøkelsen viser at det i perioden ikke har skjedd reelle endringer verken blant kiropraktorpasientene eller manuellterapeutpasientene med hensyn til lokalisering av skade. Vi kan for eksempel trekke frem at andelen med skade/funksjonsproblem lokalisert i ryggen, varierer fra 70,4 % til 71,7 % blant kiropraktorpasientene, og fra 48,9 % til 51,9 % blant manuellterapeutpasientene i perioden.

#### 4.10 Vurdering av skade/funksjonsproblem

Vi ba kiropraktorene/manuellterapeutene krysse av for om de vurderte pasientens skade/funksjonsproblem som *akutt* (under 1 uke), *sub-akutt* (1 – 6 uker), *kronisk* (over 6 uker) eller *periodisk*. Andelen *kiropraktorpasienter* med skade/funksjonsproblem som vurderes som akutt/sub-akutt er så og si uendret i forsøksfylkene i perioden (41,4 % i 2001 og 42,1 % i 2003). Når det gjelder kontrollfylkene, er situasjonen også stabil (41,9 % i 2001 og 41,6 % 2003). Andelen kronikere og pasienter med periodisk skade/funksjonsproblem har heller ikke endret seg nevneverdig. To år med henvisningsprosjektet synes med andre ord å ha hatt liten eller ingen betydning for pasientsammensetningen når det gjelder vurdering av skade/funksjonsproblem.

For *manuellterapeutpasientene* viser resultatene at det har skjedd endringer både i forsøksfylkene og i kontrollfylkene, om enn i forskjellig retning. Ser en på gruppene akutt/sub-akutt samlet har andelen i forsøksfylkene økt fra 24,2 % (2001) til 37,2 % (2003). Det er særlig andelen sub-akutt som har økt. I kontrollfylkene har andelen akutt/sub-akutt blitt redusert fra 23,4 % til 14,1 %. Samtidig er andelen skader/funksjonsproblemer som defineres som kroniske redusert i forsøksfylkene (fra 64,2 % til 54,9 %), mens andelen har økt i kontrollfylkene (fra 64,6 % til 76,9

<sup>3</sup> Her er stiller vi spørsmål om registreringen av "nye pasienter" var lik i Rogaland som i de øvrige fylkene i 2001, jf. det som er anført ovenfor med hensyn til andelen nye kiropraktorpasienter i Østfold.



%). Forskjellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper er signifikant i 2003 ( $p \leq 0.05$ ), noe den ikke var i 2001.

Vi har sett nærmere på om det er en sammenheng mellom endringer i andelen pasienter med akutt/sub-akutt skade/funksjonsproblem, og endringer i andelen pasienter som har vært i kontakt med andre behandlere før de kontaktet kiropraktor eller manuellterapeut (se punkt 4.12. nedenfor). Andelen manuellterapeutpasienter og kiropraktorpasienter i forsøksfylkene som ikke har vært i kontakt med annen behandler (med andre ord andelen som kommer rett til kiropraktor eller manuellterapeut) øker i perioden, og den øker mest blant manuellterapeutpasientene.

*Manuellterapeutpasientene* i forsøksfylkene er den gruppen med den sterkeste reduksjonen i andelen med legekontakt i forkant av terapeutkontakt. Samtidig er det også denne pasientgruppen som kan vise til den mest markerte økningen i andelen pasienter hvor skade/funksjonsproblem vurderes som akutt/sub-akutt. Resultatene fra kontrollfylkene viser imidlertid en reduksjon i andelen akutt/sub-akutt skade/funksjonsproblem, samtidig med at andelen med legekontakt er uendret. Situasjonen blant *kiropraktorpasientene* i forsøksfylkene viser at til tross for redusert legekontakt, så er andelen med akutt/sub-akutt skade/funksjonsproblem uendret. I kontrollfylkene er andelen hvor skade/funksjonsproblem vurderes som akutt/sub-akutt og legekontakten uendret.

Under punkt 4.11. nedenfor vil vi blant annet se nærmere på om pasienter innenfor de ulike kategorier av skade/funksjonsproblem kan sies å ha endret sin atferd når det gjelder bruk av andre behandlere.

#### **4.11 Kontakt med andre behandlere**

Vi ba kiropraktorene og manuellterapeutene oppgi om pasienten hadde vært hos andre behandlere i løpet av de siste tre månedene for aktuell skade/funksjonsproblem før vedkommende kom til behandling. Hensikten med dette spørsmålet var å få et bilde av pasientbevegelsene. En av intensjonene med Henvisningsprosjektet er at pasientene skal komme raskere til behandling hos manuellterapeut eller kiropraktor. Det har derfor vært sentralt å få kartlagt hvilke behandlere pasientene har vært i kontakt med før den aktuelle behandlingen, og om bl.a. bortfall av henvisningskravet har ført til at en større andel av pasientene henvender seg direkte til kiropraktor/ manuellterapeut.

Andelen pasienter som har vært hos allmennlege før undersøkelse/behandling hos *kiropraktor* er redusert i alle de tre forsøksfylkene. Samlet sett er andelen allmennlegebesøk reduserte fra 36,4 % i 2001 til 25,1 % i 2003, og hvor den mest markerte endringen skjedde fra 2001 (36,4 %) til 2002 (26,4 %). Situasjonen i kontrollfylkene samlet er uendret. Forskjellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper er signifikant i 2003 ( $p \leq 0.05$ ), noe den ikke var i 2001. I forsøksfylkene har andelen som har krysset av for "ingen andre behandlere" økt fra 53,6 % til 62,4 %, noe som følger av endringene som er beskrevet ovenfor. Det er ingen forskjeller mellom forsøks- og kontrollfylker med hensyn til andelen pasienter som har vært hos legespesialist og pasienter som har vært i kontakt med manuellterapeut, fysioterapeut og andre.

Resultatene viser en reell endring i forsøksfylkene med hensyn til kontakt med allmennlege før undersøkelse/behandling hos *manuellterapeut*. Mens andelen som hadde vært i kontakt med allmennlege i 2001 var 71,1 %, er den i 2003 redusert til 46,0 %. Også her inntraff den mest markerte endringen fra 2001 (71,1 %) til 2002 (47,3 %). I kontrollfylkene har det ikke skjedd signifikante endringer fra 2001 til 2003. Forskjellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper er signifikant i 2003 ( $p \leq 0.05$ ), noe den ikke var i 2001. Når det gjelder kontakt med legespesialist, er det ikke noen signifikant forskjell mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene i

2003. I forsøksfylkene har andelen hvor det er krysset av for "ingen andre behandlere" økt fra 15,4 % til 36,8 % - et resultat som er en naturlig følge av det som er presentert ovenfor.

Vi har også i brukerundersøkelsen (jf. kapittel 6) kartlagt pasientenes legekontakt i forkant av konsultasjonen hos kiropraktor og manuellterapeut. 17 % av kiropraktorpasientene og 50 % av manuellterapeutpasientene oppgir å ha vært innom lege først<sup>4</sup>. Disse resultatene underbygger funnene ovenfor.

Reduksjonen i legekontakt er en generell trend for begge pasientgruppene i forsøksfylkene, og mest fremtredende blant manuellterapeutpasientene målt i prosentpoeng. Mye av forklaringen på dette finner en i bortfallet av henvisningskravet, et tiltak som slår spesielt ut for manuellterapeutpasientene som hadde en legekontaktandel og en henvisningsandel på henholdsvis 71 % og 95 % før ordningen trådte i kraft 1. september 2001 (andelen for kiropraktorpasientene i 2001 var henholdsvis 36 % og 33 %). Fortsatt er det imidlertid slik at 46,0 % av manuellterapeutpasientene og 25,1 % av kiropraktorpasientene i forsøksfylkene har vært i kontakt med lege. En forklaring kan være at mange med lidelser i muskel- og skjelettsystemet har andre lidelser i tillegg, noe som vil gjøre det naturlig å kontakte lege. En annen forklaring kan være at ikke alle pasienter er kjent med bortfallet av henvisningskravet og at det tar tid før pasientenes atferd endres.

Som nevnt ovenfor, har vi i vår analyse sett nærmere på hvem som har vært i kontakt med allmennlege sett i forhold til variabelen "Vurdering av skade".

**Tabell 4.5. Andelen kiropraktorpasienter og manuellterapeutpasienter i forsøksfylkene som har vært hos allmennlege for aktuelle skade/funksjonsproblem i forhold til vurdering av skade/funksjonsproblem. (% av N)**

Kiropraktor- pasienter	2001		2002		2003	
	%	n	%	n	%	n
Akutt	22,7	361	14,0	308	8,6	302
Sub-akutt	32,7	773	27,9	523	24,5	502
Kronisk	49,2	1138	35,9	287	38,3	762
Periodisk	23,1	467	10,4	327	13,2	342

Manuellterapeut- pasienter	2001		2002		2003	
	%	n	%	n	%	n
Akutt	65,5	55	23,4	64	27,4	113
Sub-akutt	81,9	221	47,9	267	42,4	472
Kronisk	67,3	730	50,5	658	51,4	864
Periodisk	78,6	131	37,6	93	40,3	124

Både for manuellterapeut- og kiropraktorpasienter finner vi at det er langt færre pasienter hvor skaden er vurdert som akutt som har oppsøkt allmennlege i 2003 enn i 2001. Nedgangen i bruk av allmennleger er relativt sett minst for kronikere, noe som ikke er overraskende da det er nærliggende å anta at disse kan ha et mer sammensatt sykdomsbilde enn pasientene innenfor de øvrige kategoriene og at det derfor kan være behov for tiltak fra ulike typer helsepersonell.

<sup>4</sup> Spørsmålene i pasientregistreringsundersøkelsen og brukerundersøkelsen er formulert noe forskjellig og kan forklare forskjellene mellom de oppgitte prosentandelene i de to undersøkelsene.

Tabellene ovenfor viser også at bruken av allmennleger er større blant manuellterapeutpasientene innenfor alle skade/funksjonsproblemkategoriene. I kontrollfylkene finner vi ikke tilsvarende endringer verken for pasienter hos manuellterapeuter eller kiropraktorer.

Vi har videre analysert spørsmålet om ”kontakt med annen behandler” i forhold til bakgrunnsvariabler som pasientenes alder, kjønn og hovedaktivitet, samt i forhold til lokalisering av skade/funksjonsproblem ut fra en antagelse om at endringer i andelen som oppsøker annen behandler har ført til endringer i pasientsammensetningen. Analysen viser ingen slike endringer. Ser en på gruppen av pasienter som har vært i kontakt med allmennlege før de kom til behandler, så har det skjedd ubetydelige endringer med hensyn til alder, kjønn, hovedaktivitet og lokalisering av skade/funksjonsproblem.

#### 4.12 Henvisning fra lege

Et sentralt tiltak i Henvisningsprosjektet er at henvisningskravet for å få refusjon ved behandling hos kiropraktor og manuellterapeut faller bort. Vi ønsket å få kartlagt andelen pasienter som har henvisning fra lege. Dette ville gi oss et bilde av pasientbevegelsene i systemet, samtidig som det ville si noe om i hvilken grad allmennlegene fortsatt skriver ut henvisninger til tross for at dette strengt tatt ikke er nødvendig med tanke på å utløse trygderefusjon.

**Tabell 4.6. Andelen kiropraktorpasienter henvist fra lege fordelt på fylke (% av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	26,3	677	14,9	537	9,0	467
Østfold	21,4	360	26,4	409	24,5	420
Hordaland	32,9	1.368	14,2	958	7,3	743
Rogaland	25,2	1.222	18,6	876	22,0	861
Nordland	39,1	713	9,5	486	6,3	696
Troms	48,0	321	54,2	238	52,8	405
Samlet for forsøksfylkene	32,9	2.758	13,2	1.981	7,3	1.906
Samlet for kontrollfylkene	28,3	1.903	26,3	1.523	30,0	1.686

Andelen kiropraktorpasienter med henvisning fra lege viser en reell reduksjon i alle forsøksfylkene, mens den samlet sett er tilnærmet uendret i kontrollfylkene (i to fylker har andelen økt, mens den er redusert i ett fylke). Endringen i forsøksfylkene var markert fra 2001 til 2002, og forsterkes ytterligere fra 2002 til 2003. Forskjellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper er signifikant i 2003 ( $p \leq 0.05$ ), noe den ikke var i 2001.

**Tabell 4.7. Andelen manuellterapeutpasienter henvist fra lege fordelt på fylke  
( % av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	95,1	532	42,0	371	27,3	623
Østfold	96,5	254	96,8	341	96,9	256
Hordaland	97,5	163	33,6	327	24,5	416
Rogaland	91,4	128	91,7	109	99,3	151
Nordland	94,4	449	29,6	388	24,9	523
Troms	98,4	182	98,4	189	97,4	196
Samlet for forsøksfylkene	95,2	1.144	35,1	1.086	25,7	1.562
Samlet for kontrollfylkene	95,9	564	96,4	639	97,7	603

Andelen pasienter med henvisning er redusert fra 95,2 % til 25,7 % i forsøksfylkene, mens den er tilnærmet uendret i kontrollfylkene. Forskjellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper er signifikant i 2003 ( $p \leq 0.05$ ), noe den ikke var i 2001. Endringen i forsøksfylkene var også her markert fra 2001 til 2002, og forsterkes ytterligere fra 2002 til 2003.

Registreringsundersøkelsen har vist at endringene har vært mest markert på to områder: Andelen som har hatt legekontakt og andelen som har henvisning. Disse endringene har vi illustrert i samletabellen nedenfor.

	Har vært i kontakt med allmennlege siste 3 måneder		Har henvisning fra allmennlege	
	2001	2003	2001	2003
Kiropraktorpasienter	36,4	25,1	32,9	7,3
Manuellterapeutpasienter	71,1	46,0	95,2	25,7

Tabellen illustrerer betydelige endringer i pasientadferd i perioden. Andelen som har vært i kontakt med lege før de kommer til kiropraktor eller manuellterapeut er redusert med vel 1/3 i begge pasientgruppene, noe som skulle bety at for relativt mange pasienter så er legenes rolle i behandlingen av muskel/skjelettplager endret. En skal imidlertid være klar over at undersøkelsen sier ingenting om og i hvilken grad pasientene oppsøker lege i etterkant av besøket hos kiropraktor eller manuellterapeut. Undersøkelsen sier heller ikke noe om pasienter som oppsøker lege for behandling av muskel/skjelettplager og som ikke benytter seg av kiropraktor eller manuellterapeut.

Det at fortsatt 25,7 % av manuellterapeutpasientene har henvisning fra lege kan ha flere forklaringer. En forklaring kan være at det fortsatt etter 1. september 2001 er leger som skriver ut henvisninger bl.a. for å formidle informasjon til manuellterapeuten om funn, igangsatte tiltak o.a. Videre kan det være slik at legen har skrevet en henvisning fordi pasienten av ulike grunner har ønsket dette. En annen forklaring kan være at legen ikke kjenner til innholdet i Henvisningsprosjektet og tror at henvisning fortsatt er nødvendig. Henvisning kan også skrives ut av gammel vane. Leger og pasienter har i mange år vent seg til at henvisning er nødvendig for å få trygderefusjon, og dette ekan være vanskelig å endre på i løpet av to år med forsøksordning. Dersom vi inkluderer tallene fra 2002 (35,1 %), ser vi likevel at det over tid er en fallende tendens (25,7 % i 2003) i løpet av disse to årene.

#### 4.13 Tiltak iverksatt av andre behandlere

Kiropraktorene/manuellterapeutene ble bedt om å krysse av for hvilke tiltak som de visste hadde vært iverksatt av andre behandlere for aktuell skade/funksjonsproblem i løpet av de siste tre månedene. I tillegg til hvem pasienten hadde vært i kontakt med, var det i arbeidet med å kartlegge pasientbevegelsene i systemet viktig å få et bilde av hvilke behandlingstiltak som var blitt satt i verk.

Ser en på gruppen *kiropraktorpasienter* som har fått medikamentell behandling, så reduseres andelen i forsøksfylkene samlet sett fra 19,9 % i 2001 til 15,5 % i 2003. Dette er en liten, men signifikant endring ( $p \leq 0.05$ ). Kontrollgruppen kan også vise til en liten, men signifikant reduksjon (fra 20,7 % til 18,1 %). Det er i 2003 en liten, men signifikant forskjell ( $p \leq 0.05$ ) mellom forsøks- og kontrollfylkene, noe det ikke var i 2001. Det er ingen reelle endringer verken når det gjelder tiltaket generell fysioterapi eller RTG/MR/CT(bilddiagnostikk).

Når det gjelder *manuellterapeutpasienter* hvor det er iverksatt medikamentell behandling, er det signifikante forskjeller ( $p \leq 0.05$ ) mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene både i 2001 og 2003. Forsøksfylkene og kontrollfylkene beveger seg imidlertid i hver sin retning i perioden: I forsøksfylkene reduseres andelen hvor det er iverksatt medikamentell behandling fra 36,9 % til 29,7 %, mens den i kontrollfylkene øker fra 29,7 % til 34,9 %. Andelen hvor det er iverksatt RGT/MR/CT er betydelig redusert i perioden (reell endring), men dette gjelder i begge fylkesgruppene.

Ser vi utviklingen blant manuellterapi- og kiropraktorpasienter under ett, kan det indikere at når færre pasienter er inntil lege før de kommer til manuellterapeut eller kiropraktor i 2003, gir dette seg utslag i at det er færre pasienter som er under medikamentell behandling. Dette sier imidlertid ikke noe om disse pasientene *burde* hatt medikamentell behandling i tillegg til den behandlingen de får i dag.

#### 4.14 Sykmelding

Et sentralt tiltak i Henvisningsprosjektet er at kiropraktorer og manuellterapeuter gis anledning til å sykmelde i inntil åtte uker. Et av argumentene for å iverksette dette tiltaket var at det ville bidra til å redusere sykefraværet (jf. bl.a. Stortingsforhandlingene i forbindelse med behandling av Dok. nr. 8: 34 (1998- 1999)). I registreringsundersøkelsen kartlegges eventuelle forandringer når det gjelder hvilke pasienter som oppsøker kiropraktor og manuellterapeut, før og etter oppstart av Henvisningsprosjektet, men den gir ikke grunnlag for å trekke slutninger med hensyn til målsetningen om reduksjon i sykefraværet. Når det gjelder betydningen for sykefraværet, viser vi til delutredningen "Økonomiske besparelser". I tabellene har vi presentert de samlede tallene for andelen sykmeldte (helt sykmeldt, delvis sykmelding, og pasienter med aktiv sykmelding) innenfor hvert fylke.

**Tabell 4.8 Andelen sykmeldte kiropraktorpasienter fordelt på fylke (% av N)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	14,7	639	14,2	534	8,8	479
Østfold	18,6	365	19,2	412	18,6	420
Hordaland	18,9	1.393	20,1	953	19,3	755
Rogaland	14,3	1.238	11,1	879	10,4	868
Nordland	21,1	714	22,5	498	11,9	703
Troms	31,3	326	26,7	236	24,7	405
Samlet for forsøksfylkene	18,4	2.746	19,1	1.985	14,0	1.937
Samlet for kontrollfylkene	18,0	1.983	15,7	1.527	15,8	1.693

Tabellene viser andelen pasienter som var sykmeldt da de kom til undersøkelse/behandling hos kiropraktor. Forskjellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper er ikke signifikant verken i 2001 eller i 2003.

**Tabell 4.9. Andelen sykmeldte manuellterapeutpasienter fordelt på fylke (% av n)**

	2001		2002		2003	
	%	N	%	N	%	N
Vestfold	27,6	511	19,8	348	19,0	605
Østfold	28,5	242	31,0	332	44,3	237
Hordaland	41,2	165	28,2	308	31,3	400
Rogaland	33,6	122	36,8	106	39,6	149
Nordland	30,0	446	26,2	393	30,4	529
Troms	51,6	159	47,1	189	35,8	190
Samlet for forsøksfylkene	30,6	1.122	24,7	1.049	26,1	1.534
Samlet for kontrollfylkene	36,7	523	36,8	627	40,3	576

Forskjellene mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene er signifikante både i 2001 og 2003 ( $p \leq 0.05$ ), og forskjellen øker i perioden. Det har vært en reduksjon i andelen sykmeldte i forsøksfylkene samlet sett mens endringen i andelen i kontrollfylkene ikke er signifikant. Utviklingen i kontrollfylkene fører likevel til at forskjellen mellom forsøks- og kontrollfylkene er større i 2003 enn i 2001.

I undersøkelsen ønsket vi å danne oss et bilde av hvem som hadde sykmeldt pasienten før vedkommende kom til kiropraktor/ manuellterapeut.

**Tabell 4.10. Hvem som har sykmeldt kiropraktorpasientene fordelt på fylke<sup>5</sup>. (% av n)**

	Almlege 2002	Almlege 2003	Kiro 2002	Kiro 2003	Andre <sup>6</sup> 2002	Andre 2003	n 2002	n 2003
Vestfold	63,2	78,3	36,8	21,7	0	0	76	46
Østfold	100	100	0	0	0	0	86	78
Hordaland	66,7	61,5	33,3	37,8	0	0,7	201	143
Rogaland	95,4	98,9	3,4	0	1,1	1,1	87	88
Nordland	72,6	67,9	27,4	27,4	0	1,2	113	84
Troms	100	98,9	0	1,1	0	0	68	94
Samlet for forsøk	67,7	66,3	32,3	33,0	0	0,7	390	273
Samlet for kontroll	98,3	99,2	1,2	0,4	0,5	0,4	241	260

Resultatene viser at 1/3 av kiropraktorpasientene i forsøksfylkene som er sykmeldt, er sykmeldt av kiropraktor før pasienten kom til behandling på registreringstidspunktet. For øvrig er det ingen endringer av betydning fra 2002 til 2003.

Sett i lys av den relativt store andelen av pasientene som er sykemeldt av kiropraktor (33 % i 2003), finner vi grunn til å minne om at dette utgjør 1/3 av de totalt 14 % som var sykmeldt da de kom til undersøkelse/behandling. Andelen som er sykmeldt av kiropraktor utgjør med andre ord 4,7 % av det totale antallet kiropraktorpasienter. Vi viser forøvrig til punkt 4.16. nedenfor.

**Tabell 4.11. Hvem som har sykmeldt manuellterapeutpasientene fordelt på fylke. (% av n)**

	A.lege 2002	A.lege 2003	Kiro 2002	Kiro 2003	Manu 2002	Manu 2003	Andre 2002	Andre 2003	n 2002	n 2003
Vestfold	90,0	89,5	0	0	7,1	7,0	2,9	3,5	70	114
Østfold	98,3	99,1	0	0	0	0	1,7	0,9	117	108
Hordaland	85,7	83,7	1,2	0	11,9	12,2	1,2	4,1	84	123
Rogaland	97,5	100	0	0	0	0	2,5	0	40	60
Nordland	68,9	83,2	0	0	19,8	11,8	11,3	5,0	106	161
Troms	100,0	96,0	0	0	0	1,3	0	2,7	93	75
Samlet for forsøksf.	80,0	85,2	0,4	0	13,8	10,6	5,8	4,3	260	398
Samlet for kontrollf.	98,8	98,4	0	0	0	0,4	1,2	1,2	250	243

Tabellen viser at manuellterapeutene i beskjedne grad ser ut til å sykmelde pasientene. Av pasienter som er sykmeldte i det de er til behandling, er det kun 1 av 10 som er sykmeldte av manuellterapeut. Andelen pasienter som er sykmeldte av manuellterapeut er vesentlig lavere enn andelen pasienter hos kiropraktor som er sykmeldt av kiropraktor, jf. tabell 4.10.

#### 4.15 Tiltak iverksatt av manuellterapeut og kiropraktor

Vi ba kiropraktorene og manuellterapeutene oppgi hvilke tiltak behandleren utførte overfor den enkelte pasient på registreringsdagen i forbindelse med aktuell skade/funksjonsproblem. Det var anledning til å oppgi flere tiltak knyttet til den enkelte pasient. Vi har i tabellene 4.12 og 4.13

<sup>5</sup> Det er ikke registrert noen sykmeldinger av manuellterapeuter i 2002 eller 2003.

<sup>6</sup> Gruppen "andre" omfatter sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

valgt ut tre tiltak som i hovedsak utgjør de vanligste tiltaksformene behandlerne har igangsatt overfor sine pasienter.

**Tabell 4.12. Noen tiltak iverksatt overfor kiropraktorpasienter på registreringstidspunktet fordelt på fylke. (% av n)**

	2001 (n= 4.822)			2003 (n= 3.715)		
	Mani- pulasjon	Spesifikk mobilisering	Bløtvevs- behandling	Mani- pulasjon	Spesifikk mobilisering	Bløtvevs- behandling
Vestfold	87,9	30,6	64,0	92,4	66,5	87,3
Østfold	80,5	20,6	72,6	89,1	49,1	80,3
Hordaland	92,3	22,3	79,0	93,7	11,6	88,7
Rogaland	95,0	4,4	51,9	95,8	13,6	73,0
Nordland	73,4	4,1	33,8	88,7	3,4	36,5
Troms	93,8	5,9	79,9	88,6	25,2	86,2
Samlet for forsøksfylkene	86,4	19,7	63,7	91,6	22,2	69,6
Samlet for kontrollfylkene	92,1	7,7	60,5	92,4	25,1	77,9

Resultatene viser endringer fra 2001 til 2003 med hensyn til tiltak som er satt i verk overfor kiropraktorpasientene. Det er fylkesvise variasjoner. Sammenligner en disse resultatene i forhold til skadepanoramaet for 2001 og 2003, er det imidlertid lite som tyder på at endringene i tiltak kommer som en følge av endringer i lokalisering av skade.

**Tabell 4.13. Noen tiltak iverksatt overfor manuellterapeutpasienter på registreringstidspunktet fordelt på fylke. (% av n)**

	2001 (n= 1.752)			2003 (n= 2.206)		
	Mani- pulasjon	Spesifikk mobilisering	Bløtvevs- behandling	Mani- pulasjon	Spesifikk mobilisering	Bløtvevs behandling
Vestfold	40,0	61,4	64,9	49,1	74,2	62,0
Østfold	22,3	66,9	65,4	23,3	66,3	64,3
Hordaland	43,4	54,2	83,1	59,3	62,6	65,9
Rogaland	59,4	71,1	82,0	42,6	72,3	65,2
Nordland	53,6	28,5	51,2	54,2	34,9	32,7
Troms	73,4	58,2	38,0	64,5	54,0	29,5
Samlet for forsøksfylkene	45,8	47,6	54,3	53,5	57,8	53,1
Samlet for kontrollfylkene	47,0	65,0	60,3	41,6	63,8	53,2

Sammenligner en disse resultatene med skadepanoramaet for 2001 og 2003 er det lite som tyder på at endringene i tiltak kommer som en følge av endringer i lokalisering av skade. Skadepanoramaet varierer mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene, og mellom fylkene innenfor hver av gruppene. Videre kan vi fastslå at noe av de samme endringene gjør seg gjeldende både blant kiropraktorpasientene og manuellterapeutpasientene. Når det gjelder de tiltakene som kiropraktorene/manuellterapeutene rådet pasienten å oppsøke allmennlege for å få (sykmelding, henvisning til kiropraktor/manuellterapeut, henvisning til spesialist/sykehus eller annet), viste undersøkelsen at dette kun var aktuelt overfor en meget beskjeden andel av pasientene (1 – 3 %).



Som en følge av tiltakene i Henvisningsprosjektet, ble det i undersøkelsene i 2002 og 2003 lagt inn følgende svaralternativer i registreringsskjemaet:

- *Jeg sykmelder*
- *Jeg henviser til kiropraktor/manuellterapeut*
- *Jeg henviser til spesialist/ sykehus*
- *Jeg henviser til fysioterapeut*

Resultatene viser at kiropraktorene og manuellterapeutene iverksetter disse tiltakene i meget begrenset grad. 0,4 % av kiropraktorpasientene og 1,4 % av manuellterapeutpasientene henvises til spesialist eller sykehus. Situasjoner hvor kiropraktor henviser pasienter til manuellterapeut er beskjedne 0,1 %. Manuellterapeuter som henviser pasienter til kiropraktor er 1,3 %. 0,8 % av kiropraktorpasientene og 1,6 % av manuellterapeutpasientene henvises til fysioterapeut.

I og med at kiropraktorenes/manuellterapeutenes mulighet til å sykmelde er blitt viet stor oppmerksomhet i Henvisningsprosjektet, har vi gjort en nærmere analyse av tiltaket ”*jeg sykmelder pasienten*”. Resultatene viser at kiropraktorene sykmelder 1,6 % av pasientene på registreringsdagen (1,9 % i 2002), hvorav 4,3 % av de nye pasientene og 1,0 % av pasientene som var til oppfølgende behandling/undersøkelse. Tallene for 2002 var henholdsvis 4,1 % og 1,4 %. Av de 30 pasientene som ble sykmeldt av kiropraktoren på registreringsdagen i 2003, hadde 12 pasienter også sykmelding ved ankomst. Alle disse hadde sykmelding fra kiropraktor.

Når det gjelder manuellterapeutene, sykmelder de 2,0 % av pasientene på registreringsdagen (2,1% i 2002), hvorav 4,5 % av de nye pasientene og 1,4 % av pasientene som var til oppfølgende behandling/undersøkelse. Tallene for 2002 var henholdsvis 4,6 % og 1,3 %. Av de 29 pasientene som ble sykmeldt av manuellterapeuten på registreringsdagen i 2003, hadde 21 pasienter også sykmelding ved ankomst. Alle disse hadde sykmelding fra manuellterapeut.

#### **4.16 Oppsummering av resultatene fra registreringsundersøkelsen**

Registreringsundersøkelsen er gjennomført både i forsøksfylkene (Vestfold, Hordaland og Nordland) og i kontrollfylkene (Østfold, Rogaland og Troms), og har omfattet samtlige kiropraktorer og manuellterapeuter i de aktuelle fylkene. En av intensjonene med Henvisningsprosjektet har vært å få igangsatt raskere behandling og få redusert sykmeldingsperioden. Med dette som utgangspunkt, viser registreringsundersøkelsen følgende:

- Andelen av pasientene som har vært i *kontakt med lege* før de oppsøker kiropraktor eller manuellterapeut er redusert i perioden – en reduksjon som har vært betydelig, særlig blant manuellterapeutpasientene. Reduksjonen har vært mest markert fra 2001 til 2002, og forsterkes ytterligere i 2003.
- Andelen av pasientene som har *henvisning fra lege* er redusert i perioden – en reduksjon som har vært betydelig, særlig blant manuellterapeutpasientene. Også på dette området var reduksjonen mest markert fra 2001 til 2002, og ble forsterket ytterligere i 2003.
- Registreringsundersøkelsen viser at kiropraktorene og manuellterapeutene i liten grad benytter seg av muligheten til å *sykmelde* pasientene.

I vurderingen av disse hovedresultatene er det viktig å ta med seg at evalueringen viser at pasientprofilen i forsøksfylkene (kjønnsfordeling, alder, hovedaktivitet, andelen nye pasienter og skadepanorama) er uendret både for kiropraktorpasientene og manuellterapeutpasientene gjennom hele prøveperioden. Endringer i pasientadferden har med andre ord funnet sted uten at dette kan forklares med endringer i pasientprofilen og i pasientpopulasjonen.

Resultatene viser at bortfallet av henvisningskravet fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få trygderefusjon har ført til at langt flere av pasientene nå oppsøker kiropraktor/manuellterapeut direkte uten å gå veien om lege. Det registreringsundersøkelsen imidlertid ikke sier noe om, er om pasientene oppsøker lege etter at de har vært hos kiropraktor/manuellterapeut. Videre er det viktig å presisere at resultatene viser at en større andel av pasientene kommer raskere til behandling hos kiropraktor/manuellterapeut. På dette området synes med andre ord en av intensjonene i Henvisningsprosjektet å være oppnådd. Det ligger imidlertid ikke i vårt mandat å vurdere om pasientene med dette kommer raskere til ”rett behandler” eller til ”rett behandling”.

## 5 Delutredning: "Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet" – Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

### 5.1 Innledning

Dette kapittelet er utarbeidet for forskerne Jan-W. Lippestad (prosjektleder), Trond Harsvik og Mitch Loeb.

Hensikten med spørreskjemaundersøkelsen var å kartlegge samarbeidsrelasjoner mellom aktuelle faggrupper, faggruppens vurderinger av egen arbeidssituasjon/arbeidsdag og holdninger til de tiltak som omfattes av Henvisningsprosjektet. Undersøkelsen omfattet samtlige manuellterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og legespesialister (innen nevrologi, fysikalsk medisin, revmatologi og ortopedi) i forsøksfylkene og kontrollfylkene. Spørreskjemaene ble sendt ut i henhold til adresselister vi fikk tilsendt fra Den norske Legeforening, Norsk Kiropraktorforening og Norsk Fysioterapiforbund – Faggruppe for manuellterapi. Spørreskjemaene ble sendt ut den 30. august, og adressatene ble bedt om å fylle ut skjemaet innen 12. september. Ferdig utfylte skjemaer skulle returneres til SINTEF i vedlagt, ferdigfrankert svarkonvolutt. Det ble sendt ut 1.732 spørreskjemaer. Vi utarbeidet åtte ulike spørreskjemaer hvor vi har skilt mellom de fire faggruppene, samt gjort et skille mellom forsøksfylke og kontrollfylke innenfor hver av faggruppene. I spørreskjemaene benyttet vi i hovedsak en form hvor informantene ble bedt om å ta stilling til utsagn. Flere av temaene var gjennomgående for alle faggruppene både i forsøksfylkene og kontrollfylkene, og noen temaer var spesifikke for hver av gruppene.

Innenfor hvert av spørsmålene eller utsagnene har vi gjennomført en *kji-kvadrattest* og en *t-test* for å avdekke eventuelle statistisk signifikante sammenhenger i svarene fra fylkene. Vi har valgt et signifikansnivå på 0,05 ( $p \leq 0.05$ ), som gjør at vi med 95 % sikkerhet kan si at påviste forskjeller i datamaterialet ikke er tilfeldig. Med en *kji-kvadrattest* settes søkelyset på svarfordeling, mens vi med en *t-test* fokuserer på sammenligning av gjennomsnittsverdier. I tillegg har vi gjennomført en ikke-parametrisk test (*Mann Whitney*) i de situasjonene hvor det er grunn til å anta at datamaterialet ikke er normalfordelt. I våre analyser har vi i hovedsak sammenlignet (signifikanstestet) utviklingstrekk mellom de to fylkesgruppene (forsøksfylkene og kontrollfylkene) fra 2001 til 2003. Det er her grunn til å gjøre oppmerksom på at det ikke uten videre er noen direkte sammenheng mellom differansen mellom to gjennomsnittsverdier, og om sammenhengen er signifikant. Graden av signifikans er avhengig av både antall i utvalget og spredningen (eller variansen) i svarene innenfor hver av informantgruppene. Med andre ord kan stor differanse i gjennomsnittsverdi ikke gi noen signifikant sammenheng hvor det er stor spredning i svarene (stor heterogenitet), eller veldig få individer i en eller begge informantgruppene. Samtidig som en relativt liten differanse i gjennomsnittsverdi kan gi en signifikant sammenheng hvis spredningen er veldig liten (dvs. at gruppene er relativt homogene) eller antall individer er veldig stort. Det er viktig å ha disse momentene med seg når en skal lese resultatene som presenteres i rapporten.

Resultatene presenteres i tekstform, mens tabellene følger vedlagt i appendiks til rapporten. I resultatpresentasjonen har vi lagt hovedvekt på resultatene for henholdsvis forsøksfylkene og kontrollfylkene som grupper. Vi har holdt oss til gruppenivå fordi antallet svar på fylkesnivå er så lavt at resultatene vil være beheftet med en stor grad av usikkerhet. I analysen opererer vi med gjennomsnittsverdier som er beregnet ut fra det antallet informanter som har svart på det enkelte spørsmål. I de spørsmålene hvor det har vært anledning til å svare "ingen erfaring", "har ikke noe samarbeid" eller "har ingen mening om dette" så er dette spesifisert særskilt. De som har krysset av for et slikt svaralternativ, er ikke tatt med i beregningen av gjennomsnittsverdien.

Vi har presentert hovedfunnene i analysen hvor vi har lagt vekt på å presentere resultater som er av betydning for evalueringen og de mål og intensjoner som er lagt til grunn for forsøksordningen. Når vi i teksten trekker frem endringer fra 2001 til 2003, så er dette endringer som analysen viser er reelle (signifikante). For en mer detaljert presentasjon, viser vi til tabellvedlegget.

## 5.2 Om spørreskjemaet

Det er foretatt noen språklige endringer i spørreskjemaet fra 2001. Utsagnene er omformulert slik at de skal være relevante for det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført. Endringen i noen av utsagnene består i at der hvor informantene i 2001-undersøkelsen ble bedt om å gi uttrykk for hva de mente "vil skje/ vil bli resultatet" av Henvisningsprosjektet, så ble de i 2002 og 2003 bedt om å si hva som "skjer/har blitt resultatet". Videre er det i 2002 og 2003 lagt til utsagn som ikke forekom i 2001-undersøkelsen, men som erfaringer etter ett år med prøveordningen viste seg å være viktig å fange opp i undersøkelsen. Samtidig har vi fjernet utsagn hvor 2001-undersøkelsen viste at resultatene hadde liten eller ingen informasjonsverdi. I den grad det er foretatt endringer i spørsmålsformuleringene, er dette gjort oppmerksom på i tabellene (se appendiks til rapporten).

## 5.3 Utvalg og svar

Spørreskjemaene ble i 2003 sendt ut i slutten av august, med svarfrist 12. september. Svarprosenten var ved svarfristens utløp lav i samtlige faggrupper, og det ble gjennomført en purring. Ny svarfrist ble satt til fredag 26. september 2003. Antall svar og svarprosent er vist i tabell 5.1.

**Tabell 5.1. Svar fordelt på faggruppe og fylke. Antall svar (N) og % av antall utsendte skjemaer**

	Kiropraktorer		Manuellterapeuter		Allmennleger		Legespesialister	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sum forsøk	50	79 (87)	40	87 (88)	281	40 (35)	70	56 (36)
Sum kontroll	43	81 (59)	25	66 (76)	217	35 (35)	45	42 (34)
Totalt	93	80 (74)	65	77 (83)	498	38 (35)	115	50 (35)

Svarprosent i 2002 er satt i parentes

Vi mottok 781 svar, noe som gir en samlet svarprosent på 45, mot 39 % både i 2001 og 2002. I rapporten presenteres resultatene i hovedsak i form av tekst. En samlet tabelløversikt følger som vedlegg i appendiks til rapporten. I analysen har vi lagt vekt på eventuelle endringer i perioden 2001 – 2003 og korrigerer for resultatene i 2002. I tolkingen av tallmaterialet skal en være klar over at det for enkelte fylker er snakk om relativt få behandlere. Vi har derfor gjennomgående lagt oss på en konservativ og forsiktig tolkning av resultatene på dette nivået.

## 5.4 Bakgrunnsvariablene

Som bakgrunnsvariabler har vi valgt kjønn, alder, antall år i praksis, samt om en arbeider heltid eller deltid. Videre skulle det krysses av for om en hadde sin praksis i større by, liten by, større tettsted eller mindre tettsted. Legespesialistene ble i tillegg bedt om å oppgi spesialitet (nevrologi, fysikalsk medisin, revmatologi, ortopedi eller annet). Bakgrunnsvariablene er lagt til grunn i analysearbeidet og er kommentert i teksten der analysen viser variasjoner i forhold til en eller flere av variablene. Analysen av resultatene fra de tre undersøkelsene (2001, 2002 og 2003) viser ubetydelige forskjeller innenfor hver av faggruppene på de utvalgte bakgrunnsvariablene, noe som styrker grunnlaget for å kunne sammenligne resultatene fra de tre undersøkelsene.

## 5.5 Beskrivelse av samarbeidet mellom faggruppene

Denne delen av spørreskjemaundersøkelsen inneholdt utsagn som informantene ble bedt om å ta stilling til. For at vi skulle få et bilde av situasjonen etter to år med Henvisningsprosjektet, skulle

informantene beskrive type og omfang av samarbeid mellom de ulike faggruppene. Hensikten var å danne et bilde av eventuelle endringer i samarbeidskonstellasjonene som en følge av tiltakene i Henvisningsprosjektet. Informantene skulle krysse av på en femdelt skala fra 1 (aldri) til 5 (ofte/alltid) om de samarbeidsformene vi hadde skissert forekom i den enkelte behandlers praksis.

---

*Undersøkelsen viser at kiropraktorene:*

- *i forsøksfylkene kontakter allmennlege like ofte i 2003 som i 2001 vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient.*
- *i forsøksfylkene kontakter legespesialist og radiolog oftere vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient i 2003 enn i 2001.*
- *i forsøksfylkene sender oftere epikriser og annen informasjon til henvisende lege i 2003 enn i 2001.*
- *vurderer kvaliteten på henvisningene fra allmennlegene som like god i 2003 som i 2001.*

Se forøvrig tabellene 1 – 3 i vedlegget

Etter to år med Henvisningsprosjektet har det skjedd relativt små endringer i kiropraktorenes samarbeid med andre faggrupper. Når det gjelder kontrollfylkene, viser resultatene at det ikke har skjedd reelle endringer på de områdene som omfattes av undersøkelsen.

---

*Undersøkelsen viser at manuellterapeutene:*

- *i forsøksfylkene kontakter allmennlege like ofte i 2003 som i 2001 vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient*
- *i forsøksfylkene oftere kontakter legespesialist og radiolog vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient i 2003 enn i 2001*
- *i forsøksfylkene sender epikriser og annen informasjon like ofte til henvisende lege i 2003 som i 2001*
- *vurderer kvaliteten på henvisningene fra allmennlegene som like god i 2003 som i 2001*

Se forøvrig tabell 4 – 6 i vedlegget

Etter to år med Henvisningsprosjektet har det, som for kiropraktorene, skjedd relativt små endringer i manuellterapeutenes samarbeid med andre faggrupper. Når det gjelder kontrollfylkene, viser resultatene at heller ikke blant manuellterapeutene har det skjedd reelle endringer på de områdene som omfattes av undersøkelsen.

---

*Undersøkelsen viser at allmennlegene:*

- *i forsøksfylkene mener kontakten med kiropraktorer og manuellterapeuter er upåvirket av de tiltakene som følger av Henvisningsprosjektet. Kontakt mellom allmennlege og manuellterapeuter og kiropraktorer forekommer fortsatt meget sjelden på flere områder.*
- *i forsøksfylkene mener behandlingen pasientene får hos manuellterapeut og kiropraktor er like god i 2003 som i 2001, samtidig som legene verken henviser eller anbefaler undersøkelse/behandling noe oftere i 2003 enn i 2001.*
- *i forsøksfylkene mener at kvaliteten på epikrisene de mottar fra kiropraktorer og manuellterapeuter er like god i 2003 som i 2001*

Se forøvrig tabellene 7 – 10 i vedlegget

Også når det gjelder allmennlegene, viser undersøkelsen at det ikke har vært noen endringer i samarbeidet med andre faggrupper i forsøksperioden. I motsetning til kiropraktorene, synes

allmennlegene ikke å ha opplevd noen økt grad av informasjonsflyt mellom de to faggruppene i forsøksperioden.

---

*Undersøkelsen viser at legespesialistene:*

- *i forsøksfylkene samarbeider i liten grad med kiropraktorer og manuellterapeuter, og det er ingen reell endring fra 2001 til 2003.*

Se forøvrig tabellene 11 – 14 i vedlegget

---

Resultatene viser at på en rekke av de områdene som omfattes av våre undersøkelser, så svarer legespesialistene at de ikke har erfaring med noe samarbeid med kiropraktorer og manuellterapeuter. På de områdene hvor kiropraktorene og manuellterapeutene mener å kunne se en større grad av samarbeid med legespesialistene, mener legespesialistene på sin side at de ikke har opplevd en slik utvikling.

### **5.6 Vurdering av samarbeidet mellom faggruppene**

Faggruppene ble bedt om å gi sin vurdering av samarbeidet med de andre faggruppene. I denne delen av undersøkelsen var det også anledning til å svare at en ikke hadde noe form for samarbeid.

---

*Undersøkelsen viser at:*

- *et flertall av kiropraktorene og manuellterapeutene svarer at de ikke har noe form for samarbeid med hverandre og at det ikke har skjedd noen reelle endringer på dette området i forsøksperioden.*
- *kiropraktorene i forsøksfylkene mener samarbeidet med legespesialistene er blitt bedre, og at samarbeidet med allmennleger og radiologer er uendret.*
- *manuellterapeutene i forsøksfylkene mener samarbeidet med allmennleger, legespesialister og radiologer reelt sett er blitt bedre i forsøksperioden.*
- *allmennlegene og legespesialistene mener samarbeidet dem i mellom og med kiropraktorer og manuellterapeuter ikke har blitt verken bedre eller dårligere i forsøksperioden.*

Se forøvrig tabellene 15 – 18 i vedlegget

---

To år med Henvisningsprosjektet har med andre ord hatt liten betydning for hvordan de ulike faggruppene vurderer samarbeidet dem i mellom. Også på dette området ser vi en tendens til at der kiropraktorene og manuellterapeutene mener å se en bedring i samarbeidet med allmennleger og legespesialister, så har ikke legegruppene den samme opplevelsen av endring i perioden.

### **5.7 Holdninger til tiltakene i Henvisningsprosjektet**

Som en del av forundersøkelsen i 2001 fikk vi kartlagt de ulike faggruppenes holdninger til de tiltakene som omfattes av Henvisningsprosjektet. Holdningsspørsmålene ble videreført i 2002 og i 2003 for å få et bilde av i hvilken grad og på hvilken måte forsøksperioden hadde virket inn på de ulike faggruppenes holdninger til disse tiltak.

---

*"Henvisningskravet fra lege til kiropraktor og manuellterapeut  
for å få refusjon har falt bort"*

Undersøkelsen viser at:

- *holdningene reelt sett ikke har endret seg blant noen av faggruppene i forsøksperioden.*
- *manuellterapeutene er positive til at henvisningskravet har falt bort både for dem selv og for kiropraktorene, mens kiropraktorene er mer negative til at dette tiltaket også gjelder for manuellterapeutene*
- *allmennlegene har samlet sett en holdning som kan beskrives som nøytral (verken positiv eller negativ), mens legespesialistene er mer negative enn positive. Kvinnelige allmennleger er noe mer positive til dette tiltaket enn mannlige.*
- *holdningene er i hovedsak like både i forsøksfylkene og kontrollfylkene for alle faggruppene.*

Se forøvrig tabellene 19 og 20 i vedlegget

En av intensjonene bak dette tiltaket var at dette vil innebære en "tidsbesparelse for lege dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut faller bort". Videre ville det innebære "innsparinger for pasient (egenandel) og for folketrygden (legerefusjon i forbindelse med legehonorar)". Den første holdningskartleggingen ble foretatt før Henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september 2001, og resultatene fra evalueringen viser at holdningene er uendret selv etter to år med forsøksordning. Det kan synes som om argumentene om tidsbesparelse og økonomiske innsparinger ikke har hatt noen virkning på de etablerte holdningene selv etter at tiltaket har vært prøvet ut i praksis i en toårsperiode. Et annet argument som ble fremført i forbindelse med stortingsbehandlingen var at pasientene ville komme "raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller". Som vist til annet sted i rapporten, viser evalueringen at en større andel av pasientene kommer "raskere til behandling hos kiropraktor/manuellterapeut" (opp søker disse behandlerne direkte uten å gå veien om allmennlege), men den viser ikke at de kommer "raskere til behandling". En slik slutning ville innebære at legekontakt ikke ble definert som behandling eller som en del av behandlingen. Argumentet om "raskere til behandling" synes heller ikke å ha hatt betydning for holdningene i de aktuelle faggruppene.

---

*"Kiropraktorer og manuellterapeuter har anledning til  
å sykmelde inntil åtte uker"*

Undersøkelsen viser at:

- *allmennlegene og legespesialistene er i forsøksperioden blitt mindre negative til kiropraktorenes og manuellterapeutenes adgang til å kunne sykmelde. Kvinnelige allmennleger er noe mer positive til dette tiltaket enn mannlige.*
- *kiropraktorene er blitt mer positive til at manuellterapeutene er gitt denne rettigheten.*

Se forøvrig tabellene 21 og 22 i vedlegget

Kiropraktorenes og manuellterapeutenes adgang til å sykmelde pasientene inntil 8 uker var et av stridsspørsmålene i debatten før forsøksordningen trådte i kraft. Argumentene varierte fra at dette tiltaket ville undergrave intensjonene med fastlegeordningen, at det ville være uheldig at ulike faggrupper ble gitt anledning til å sykmelde for de samme lidelsene og at bruk av sykmelding måtte baseres på et bredere medisinsk grunnlag enn den kompetanse kiropraktorer og manuellterapeuter innehar. På den annen side ble det argumentert med at kiropraktorer og manuellterapeuter hadde den nødvendige kompetanse og at tiltaket dermed ville innebære en bedre utnyttelse av personellressursene, og at det å sykmelde burde være et tiltak som kiropraktorer og manuellterapeuter burde kunne benytte innenfor den samlede spesialkompetanse

i muskel- og skjelettlidelser som disse faggruppene besitter. Resultatene fra evalueringen viser reelle endringer i begge de to legegruppens holdninger til dette tiltaket, i betydningen at de er mindre negative. Det er interessant at dette også gjør seg gjeldende i kontrollfylkene. Det vil imidlertid være å trekke konklusjonene vel langt å hevde at legene er positive til tiltaket. Vi vil i denne sammenheng også vise til punkt 5.8. i rapporten hvor faggruppene ble bedt om å ta stilling til hvilken betydning Henvisningsprosjektet ville få for antall sykmeldingsdager knyttet til skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet. I 2001 var det et flertall av legene som mente at antallet sykmeldingsdager ville øke som en følge av Henvisningsprosjektet. I 2003 var det et like klart flertall som mente at antallet sykmeldingsdager var uendret, og hvor holdningsendringen var mest markert blant allmennlegene i forsøksfylkene. Når det gjelder adgangen til å sykmelde, viste forøvrig registreringsundersøkelsen at kiropraktorene og manuellterapeutene benytter denne i meget liten grad (se punkt 4.14. ovenfor).

---

*”Kiropraktorer og manuellterapeuter har anledning til  
å henvise til legespesialist”*

Undersøkelsen viser at:

- *det ikke har skjedd reelle endringer i holdningene blant faggruppene, bortsett fra legespesialistene som er blitt mindre negative til at manuellterapeutene er gitt adgang til å henvise til spesialist.*
- *kiropraktorene og manuellterapeutene er generelt sett positive til tiltaket, samtidig som allmennlegenes holdninger faller inn under kategorien ”verken positiv eller negativ”. Kvinnelige allmennleger er noe mer positive til dette tiltaket enn mannlige, samtidig som yngre leger er mer positive enn eldre.*

Se forøvrig tabellene 23 og 24 i vedlegget

---

En av intensjonene som ble lagt til grunn for Henvisningsprosjektet var *”tidsbesparelse for lege dersom kiropraktor og manuellterapeut kan henvise direkte til spesialist”*. Som for de øvrige tiltakene i henvisningsprosjektet, var også her uenigheten knyttet til kiropraktorenes og manuellterapeutenes faglige forutsetninger for å kunne ivareta denne oppgaven, samt at dette ville frata allmennlegens eller fastlegens muligheter til å kunne holde oversikten over og ha ansvaret for den helhetlige pasientbehandlingen. Det at det har skjedd endringer i legespesialistene holdninger er interessant i og med at denne faggruppen så direkte blir berørt av tiltaket. Vi vil i denne sammenheng også vise til punkt 5.8. i rapporten hvor bl.a. legespesialistene ble spurt om Henvisningsprosjektet ville ha noen betydning for antallet henvisninger til dem som spesialister. I 2001 (før forsøksordningen trådte i kraft) var det en like stor andel som mente at antallet henvisninger ville øke, som mente at situasjonen ville forbli uendret. I 2003 var det et klart flertall som mente at det ikke hadde skjedd noen endringer med hensyn til antallet henvisninger. Videre har resultatene fra registreringsundersøkelsen (se punkt 4.14 ovenfor) vist at kiropraktorene og manuellterapeutene benytter anledningen til å henvise til legespesialist i svært liten grad (0.4 % av kiropraktorpasientene og 1.4 % av manuellterapeutpasientene).



---

*”Kiropraktorer og manuellterapeuter har anledning til å rekvirere fysikalsk behandling”*

Undersøkelsen viser at:

- *det ikke har skjedd reelle endringer i holdningene blant faggruppene, bortsett fra legespesialistene som er blitt mindre negative til at manuellterapeutene er gitt adgang til å rekvirere fysikalsk behandling.*
- *kiropraktorene og manuellterapeutene er generelt sett positive til tiltaket, samtidig som allmennlegenes holdninger faller inn under kategorien ”mer positiv enn negativ”. Kvinnelige allmennleger leger er mer positive til dette tiltaket enn mannlige.*

Se forøvrig tabellene 25 og 26 i vedlegget

---

Holdningene til dette tiltaket holder seg i hovedsak stabile gjennom hele forsøksperioden, og de holdningene som ble registrert før forsøksordningen trådte i kraft synes med andre ord å ha holdt seg upåvirket av de erfaringene en har høstet i perioden. Unntaket gjelder legespesialistene. Registreringsundersøkelsen viste forøvrig at kun 0.8 % av kiropraktorpasientene og 1.6 % av manuellterapeutpasientene henvises til fysioterapeut.

---

*”Manuellterapeuter har anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse”*

Undersøkelsen viser at:

- *det ikke har skjedd reelle endringer i holdningene blant faggruppene. Manuellterapeutene er positive til at de har denne adgangen, mens både kiropraktorene, allmennlegene og legespesialistene havner i svarkategorien ”verken positive eller negative” – med spesialistene som de mest negative. Kvinnelige allmennleger er noe mer positive enn mannlige, samtidig som yngre leger er mer positive til dette tiltaket enn sine eldre kolleger.*

Se forøvrig tabell 27 i vedlegget

---

Holdningene til dette tiltaket holder seg i hovedsak stabile gjennom hele forsøksperioden, og de holdningene som ble registrert før forsøksordningen trådte i kraft synes med andre ord å ha holdt seg upåvirket av de erfaringene en har høstet i perioden.

### **5.8 Antatte resultater av henvisningsprosjektet**

Vi ba informantene gi sine vurderinger av tre utsagn, som var basert på sentrale elementer i diskusjonen omkring gjennomføring av henvisningsprosjektet:

- *Utsagn 1: Pasientene vil komme raskere til rett behandler for skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet*

Dette utsagnet tar utgangspunkt i og er en omformulering av en av intensjonene som ble lagt til grunn for Henvisningsprosjektet, hvor det ble argumentert for at tiltak i forsøksordningen ville føre til at pasientene kom raskere til behandling.

---

Undersøkelsene viser at:

- *det er ingen reelle endringer i holdningene i de ulike faggruppene, verken i sammenligning mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene, eller i sammenligning av resultatene i 2001 med 2003.*
- *enigheten om at dette vil bli et av resultatene av henvisningsprosjektet ("raskere til rett behandler") holder seg blant kiropraktorene og manuellterapeutene, samtidig som både allmennlegene og legespesialistene ligger i svarkategorien "verken enig eller uenig". Kvinnelige allmennleger er noe mer enige enn mannlige i at dette vil bli et resultat av Henvisningsprosjektet. Det er ingen forskjeller i holdninger mellom de ulike aldersgruppene.*

Se forøvrig tabell 28 i vedlegget

---

Resultatene fra undersøkelsene i henholdsvis 2001, 2002 og 2003 viser en meget stor grad av stabilitet i holdningene i samtlige faggrupper. Som tidligere nevnt, viser registreringsundersøkelsen at andelen pasienter som oppsøker manuellterapeut/kiropraktor direkte øker i perioden. Den uenigheten som eksisterer med hensyn til utsagnet om "raskere til rett behandler" gjenspeiler nok i stor grad uenighet faggruppene i mellom om det å oppsøke manuellterapeut/kiropraktor er ensbetydende med å komme til rett behandler. Stor grad av enighet blant legene vil jo bety at de definerer legekontakt som noe annet enn rett behandler.

- *Utsagn 2: Henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen*

Utsagnet er tatt med i undersøkelsen fordi det har stått sentralt bl.a. i legeforeningens argumentasjon mot de tiltakene som settes i verk i Henvisningsprosjektet. Vi ønsket å få kartlagt i hvilken grad de ulike faggruppene er enige eller uenige i at dette kunne bli en effekt av Henvisningsprosjektet.

---

Undersøkelsene viser at:

- *det ikke har vært noen reelle endringer i noen av faggruppene i forsøksperioden. Legegruppene er mer enige enn uenig i at dette vil bli resultatet av Henvisningsprosjektet, mens kiropraktorene og manuellterapeutene er samstemt i at dette ikke vil bli en effekt av Henvisningsprosjektet. Kvinnelige leger er mer uenige enn mannlige i at Henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen. Det er ingen forskjeller i holdninger mellom de ulike aldersgruppene.*

Se forøvrig tabell 29 i vedlegget

---

Fastlegeordningen, som ble innført i 2001, formaliserer tilknytningen mellom lege og pasient. I dette ligger at fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Både i forbindelse med stortingsbehandlingen og i høringsuttalelser fra Den norske Legeforening ble det hevdet at de foreslåtte tiltakene ville øke avstanden mellom pasient og fastlege, samt bidra til å fjerne legen fra rollen som sentral koordinator for utredning og behandlingstiltak. Resultatene fra evalueringen viser at det er ingen bevegelse i noen av faggruppene, verken i forsøksfylkene eller kontrollfylkene, når det gjelder holdningene til dette utsagnet. I forskriftene som ble utarbeidet i forbindelse med Henvisningsprosjektet, ble det bl.a. lagt til grunn at en forutsatte kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling mellom kiropraktor/manuellterapeut og allmennlege/fastlege. Våre undersøkelser viser at det er uenighet faggruppene i mellom med hensyn til om en i forsøksperioden har kunnet registrere noen endringer i omfang og kvalitet på samarbeidet (jf. punkt 5.3 ovenfor). På de områdene hvor kiropraktorene/manuellterapeutene mener at det har blitt

både mer og bedre samarbeid med legene, opplever legene på sin side at det ikke har skjedd noen endring verken kvantitativt eller kvalitativt. Disse forskjellene i virkelighetsopplevelse kan nok forklare en del av hvorfor det ikke har skjedd noen endringer i holdningene til det aktuelle utsagnet.

- *Utsagn 3: Henvisningsprosjektet vil totalt sett føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppens kompetanse.*

Dette har vært en av de sentrale målsettingene i Henvisningsprosjektet, og ble bl.a. fremført i forbindelse med Stortingets behandling av forslaget om en forsøksordning.

#### Undersøkelsene viser at:

- *holdningene reelt sett er uendret i samtlige faggrupper gjennom hele forsøksperioden. Kiropraktorene og manuellterapeutene er entydig enige om at Henvisningsprosjektet vil føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppens kompetanse.*
- *allmennlegene og legespesialistene er "verken enig eller uenig" i at Henvisningsprosjektet vil føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppens kompetanse, med en mer markert uenighet blant legespesialistene. Kvinnelige leger er mer enige i dette utsagnet enn mannlige. Det er ingen forskjeller i holdninger mellom de ulike aldersgruppene.*

Se forøvrig tabell 30 i vedlegget

Resultatene fra undersøkelsene i henholdsvis 2001, 2002 og 2003 viser en meget stor grad av stabilitet i holdningene i samtlige faggrupper. Forklaringene på dette resultatet ligger innbakt i det som er trukket fram i de to foregående utsagnene.

### **5.9 Faggruppens bruk av rettighetene som følger av Henvisningsprosjektet**

De innledende intervjuene før forsøksordningen trådte i kraft 1. september 2001 viste at det ikke uten videre var klart at kiropraktorer og manuellterapeuter ville benytte seg av de rettighetene som fulgte av Henvisningsprosjektet. I 2002 og 2003 ønsket vi å danne oss et bilde av om behandlerne faktisk benyttet seg av disse rettighetene.

Undersøkelsene viser at både manuellterapeutene og kiropraktorene benytter seg av alle de mulighetene og rettighetene som følger av Henvisningsprosjektet (vi viser til tabellene 31 og 32 i vedlegget). Registreringsundersøkelsen viser imidlertid at de to faggruppene benytter de ulike tiltakene i svært liten grad (se punkt 4.14 ovenfor): 0.4 % av kiropraktorpasientene og 1.4 % av manuellterapeutpasientene henvises til spesialist eller sykehus, henholdsvis 0.8 % og 1.6 % henvises til fysioterapeut, mens henholdsvis 1.6 % og 2 % sykmeldes.

### **5.10 Henvisningsprosjektet og betydningen for behandlerens arbeidsdag**

En av intensjonene med Henvisningsprosjektet er at ved bortfall av henvisningskravet antar man at pasienten vil komme "raskere til behandling", noe som i sin tur skal gi som resultat et redusert antall sykmeldingsdager. Informantene ble derfor bedt om å ta stilling til om de trodde tiltakene i Henvisningsprosjektet ville føre til at antall sykmeldingsdager ville øke, forbli uendret, eller ville bli redusert. Spørsmålene i denne delen av undersøkelsen var rettet mot hva de aktuelle og berørte faggruppene i 2001 mente ville bli resultatet av tiltakene i Henvisningsprosjektet. I 2002 og 2003-undersøkelsen ba vi informantene svare ut fra de erfaringene en hadde høstet etter et år med Henvisningsprosjektet.

---

*”Endringer i antall pasienter som henvender seg til allmennlege med skade/funksjonsproblem i muskel/skjelettsystemet”*

Undersøkelsen viser at:

- *det har vært en reell endring i holdningene blant allmennlegene og legespesialistene; fra en enighet om at antallet pasienter ville bli redusert (2001), til at antallet har forblitt uendret (2003).*
- *meningene blant kiropraktorene og manuellterapeutene om at antallet pasienter vil bli redusert, har holdt seg stabile gjennom hele forsøksperioden.*

Se forøvrig tabellene 33 i vedlegget

---

Det har skjedd markerte endringer både blant allmennlegene og legespesialistene i perioden. Blant allmennlegene i forsøksfylkene skjedde endringen fra 2001 til 2002, mens endringen i kontrollfylkene inntrådte fra 2002 til 2003. Et flertall av legespesialistene i kontrollfylkene har gjennom hele forsøksperioden ment at antallet pasienter vil forbli uendret, mens endringer i holdningene blant legespesialistene i forsøksfylkene skjedde fra 2001 til 2002. Alle de fire faggruppene var før forsøksordningen trådte i kraft enige om at antallet pasienter som henvendte seg til allmennlege med muskel- og skjelettlidelser ville bli redusert som en følge av Henvisningsprosjektet. Kiropraktorene og manuellterapeutene tror fortsatt det i 2003, samtidig som allmennlegenes erfaringer synes å tilsi at det ikke har skjedd noen endringer. Resultatene fra registreringsundersøkelsen viste at andelen pasienter som hadde vært i kontakt med allmennlege før de oppsøkte manuellterapeut/kiropraktor, er betydelig redusert i perioden. Denne tilsynelatende motsetningen i resultatene fra ulike deler av evalueringen kan ha flere forklaringer. For det første fanger registreringsundersøkelsen opp kun de som har eller ikke har oppsøkt allmennlege i forkant av kontakten med manuellterapeut/kiropraktor, og ikke de pasientene som oppsøker lege etter at de har vært til behandling hos manuellterapeut/kiropraktor. For det andre er det grunn til å anta at det vil være pasienter med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet som kun oppsøker allmennlege, uten at kiropraktikk eller manuellterapi vurderes som aktuell behandling i etterkant. Denne pasientgruppen fanges heller ikke opp av registreringsundersøkelsen. For allmennlegene kan derfor endringen i pasienttilgangen oppleves som marginal.

---

*”Endringer i antall sykmeldingsdager knyttet til skade/funksjonsproblem i muskel/skjelettsystemet”*

Undersøkelsene viser at:

- *blant kiropraktorene og manuellterapeutene, er det gjennom hele forsøksperioden et flertall som mener at antallet sykmeldingsdager vil bli redusert som en følge av Henvisningsprosjektet.*
- *blant allmennlegene er det en klar reduksjon i antallet og andelen som mener at antallet sykmeldingsdager vil øke, og en tilsvarende sterk økning av de som mener at situasjonen vil forbli uendret.*
- *blant legespesialistene har det skjedd en klar reduksjon i andelen som mener at antallet sykmeldingsdager vil øke, og en tilsvarende økt andel som mener at situasjonen vil forbli uendret.*

Se forøvrig tabell 34 i vedlegget

---

Det har skjedd markerte endringer både blant allmennlegene og legespesialistene i perioden. Blant allmennlegene i forsøksfylkene skjedde endringen fra 2001 til 2002, mens endringen i kontrollfylkene inntrådte fra 2002 til 2003. Et flertall av legespesialistene i kontrollfylkene har

gjennom hele forsøksperioden ment at antallet sykmeldingsdager vil øke. I forsøksfylkene mente et klart flertall i 2001 at antallet sykmeldingsdager ville øke, mens det i 2003 er like mange som mener antallet vil øke og som mener situasjonen er uendret. For nærmere analyse av Henvisningsprosjektets betydning for sykefravær og sykmeldinger viser vi til kapittel 7 i rapporten.

Vi ba faggruppene i forsøksfylkene om selv å vurdere hvilken betydning henvisningsprosjektet vil få for egen arbeidsdag og samarbeidet med andre faggrupper.

---

Undersøkelsen blant manuellterapeutene viser at de mener:

- *samarbeidet med allmennleger, legespesialister og fysioterapeuter har økt, noe som er i tråd med det manuellterapeutene mente ville skje før Henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september 2001.*
- *samarbeidet med kiropraktorene er uendret – et samarbeid en større andel av manuellterapeutene tidligere mente ville øke som en følge av Henvisningsprosjektet.*
- *de behandler flere pasienter som en følge av Henvisningsprosjektet, samtidig som andelen som mener at situasjonen vil bli uendret har økt gjennom hele forsøksperioden.*
- *ventetiden for behandling hos manuellterapeut er redusert, mens det før Henvisningsprosjektet trådte i kraft var et flertall som mente at ventetiden ville forbli uendret.*
- *det fortsatt er stor grad av enighet om at det administrative arbeidet har økt.*

Se forøvrig tabell 35 i vedlegget

---

Manuellterapeutene har i hele forsøksperioden ment at samarbeidet med allmennleger og legespesialister har økt, noe som ikke er i tråd med legegruppens egne vurderinger (se nedenfor). Slike forskjeller i virkelighetsopplevelser lar seg ikke forklare ut fra foreliggende datamateriale. En forklaring kan være ulike holdninger til Henvisningsprosjektet som sådan, og at dette kan gi seg utslag i hvordan en opplever og beskriver sin arbeidsdag. Når det gjelder enigheten om at det administrative arbeidet har økt, er dette nærmere beskrevet under punkt 5.9. nedenfor. Hovedkonklusjonen er her at det ikke uten videre kan leses noe effekt av Henvisningsprosjektet ut av resultatene, bl.a. fordi utgangspunktet for forsøksfylkene og kontrollfylkene med hensyn til fordeling av arbeidstid på ulike aktiviteter var meget forskjellig. Manuellterapeutenes tro på et økt samarbeid med kiropraktorene, har vist seg ikke å bli noen effekt av Henvisningsprosjektet. Som vist nedenfor, hadde ikke kiropraktorene noe tro på at dette ville bli resultatet.

---

Undersøkelsene blant kiropraktorene viser at de mener:

- *samarbeidet med allmennleger, legespesialister og fysioterapeuter har økt, noe som er i tråd med det kiropraktorene mente ville skje før Henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september 2001.*
- *samarbeidet med manuellterapeutene er uendret – noe et flertall mente også ville bli resultatet før Henvisningsprosjektet trådte i kraft.*
- *antallet behandlede pasienter vil forbli uendret, og at ventetid for behandling også vil forbli uendret. I 2001 var det en relativt stor andel som mente av ventetiden ville øke som en følge av Henvisningsprosjektet.*
- *det fortsatt er stor grad av enighet om at det administrative arbeidet har økt.*

Se forøvrig tabell 36 i vedlegget

---

Kiropraktorene har i hele forsøksperioden ment at samarbeidet med allmennleger og legespesialister har økt, noe som ikke er i tråd med legegruppens egne vurderinger (se nedenfor). Slike forskjeller i virkelighetsopplevelser lar seg ikke forklare ut fra foreliggende datamateriale. En forklaring kan være ulike holdninger til Henvisningsprosjektet som sådan, og at dette kan gi seg utslag i hvordan en opplever og beskriver sin arbeidsdag. Når det gjelder enigheten om at det administrative arbeidet har økt, er dette nærmere beskrevet under punkt 5.9. nedenfor. Hovedkonklusjonen er her at det blant kiropraktorene har skjedd en reell endring i perioden i retning av at en mindre andel av arbeidsdagen brukes med pasient til stede, og at mer tid går med til skriving og utsendelse av brev og notater til andre behandlere, behandlingsvurderinger og journalføring. Endringen har imidlertid skjedd både i forsøksfylkene og kontrollfylkene, noe som svekker Henvisningsprosjektets forklaringskraft, og at det i større grad kan forklares med et mer generelt økt dokumentasjonskrav.

---

Undersøkelsene blant allmennlegene viser at:

- *andelen som svarer at situasjonen er uendret øker, og endringen er reell både når det gjelder samarbeid med andre faggrupper, antall behandlede pasienter, ventetid og administrativt arbeid. Både de som trodde på en økning og de som trodde på en reduksjon på disse områdene, beveger seg i retning av at situasjonen er uendret.*

Se forøvrig tabell 37 i vedlegget

---

Allmennlegens opplevelse av endringer i samarbeidet med kiropraktorer og manuellterapeuter er ikke helt i tråd med det som er anført ovenfor. Allmennlegene, i motsetning til kiropraktorene og manuellterapeutene, mener at de i 2003 samarbeider verken mer eller mindre enn de gjorde i 2001. Troen på og antagelsene om en endring på disse områdene som en følge av tiltakene i Henvisningsprosjektet, har ut fra erfaringer med to års forsøksperiode vist seg ikke å inntreffe. Slik vi tolker tilbakemeldingene fra allmennlegene, har Henvisningsprosjektet med andre ord hatt liten eller ingen betydning for deres arbeidsdag.

---

Undersøkelsene blant legespesialistene viser at :

- *de gjennom hele forsøksperioden har ment at situasjonen vil forbli uendret når det gjelder samarbeidet med kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og fysioterapeuter.*
- *de i 2001 var delt i synet på om Henvisningsprosjektet ville føre til en økning i antallet henvisninger til spesialist eller om en ikke ville få noen endring som følge av forsøksordningen. I 2003 er det bred enighet om at det ikke har skjedd noen endring i antallet henvisninger.*
- *et flertall har ment og mener at antallet behandlede pasienter, ventetid og administrativt arbeid vil forbli uendret som en følge av Henvisningsprosjektet.*

Se forøvrig tabell 38 i vedlegget

---

Legespesialistenes opplevelse av endringer i samarbeidet med kiropraktorer og manuellterapeuter er ikke helt i tråd med det som er anført ovenfor. Spesialistene, i motsetning til kiropraktorene og manuellterapeutene, mener at de i 2003 samarbeider verken mer eller mindre enn de gjorde i 2001. Videre er det bred enighet om at en ikke mottar noen flere henvisninger i 2003 enn i 2001. Dette siste poenget bekreftes langt på vei av registreringsundersøkelsen som viser at kiropraktorene og manuellterapeutene henviser kun henholdsvis kun 0.4 % og 1.4 % av sine pasienter til spesialist eller sykehus.

### 5.11 Kiropraktors og manuellterapeuters arbeidsdag

I undersøkelsen ønsket vi å danne oss et bilde av hvor mye tid ulike arbeidsoppgaver opptok av kiropraktorenes og manuellterapeutenes arbeidsdag. Hensikten med dette var å få avdekket om og i hvilken grad de tiltakene og rettighetene som følger av henvisningsprosjektet virker inn på f.eks., hvor mye tid som blir brukt til direkte pasientarbeid, om ordningen har ført til mer administrativt arbeid, osv. I spørreskjemaet ble behandlerne bedt om å for opp andel av arbeidsdagen som gikk med til følgende aktiviteter:

- Tid med pasient – oppgaver som utføres med pasient til stede: Undersøkelse og behandling, anamnese, tiltaksvurdering, sykdoms- og behandlingsforklaring, betaling, skriving av rekvisisjoner, forklaring av refusjonsordninger osv.
- Annet pasientarbeid uten pasient til stede: Skriving og utsendelse av brev og notater til andre behandlere (bl.a. fastlegen), behandlingsvurderinger og journalføring.
- Faglig oppdatering/videreutvikling: Deltakelse på kurs, seminarer og konferanser, studier, samt lesing av fagartikler.
- Administrativt arbeid: Økonomi og administrasjon inkl. papirarbeid av mer generell karakter.

Resultatene viser en reell endring i retning av at kiropraktorene bruker mindre tid med pasient til stede. Andelen som bruker mer enn 80 % av arbeidstiden med pasient til stede er redusert i perioden i begge fylkesgruppene, og mest markert i forsøksfylkene (fra 41 % til 13.7 %). Samtidig har det vært en reell økning når det gjelder tid som går med til skriving og utsendelse av brev og notater til andre behandlere, behandlingsvurderinger og journalføring. Den mest markerte endringen skjedde fra 2001 til 2002, og den har skjedd både i forsøksfylkene (fra 7.7 % til 30 %) og kontrollfylkene (fra 12.9 % til 27.3 %). De påviste endringene må med andre ord forklares med andre faktorer enn Henvisningsprosjektet, og da først og fremst et generelt økt dokumentasjonskrav. Undersøkelsen viser totalt sett små endringer med hensyn til hvor mye tid som går med til administrativt arbeid. Tid brukt til administrativt arbeid varierer fra år til år i perioden, og variasjonene er å finne både blant forsøksfylkene og kontrollfylkene. Som vist til i punkt 5.8 ovenfor og i tabell 36 i vedlegget, oppgir 49 av 51 kiropraktorer i forsøksfylkene at deres administrative arbeid har økt i perioden. I punkt 5.8. er det imidlertid ikke gjort noe skille mellom "Administrativt arbeid" og det vi ovenfor har kalt "Annet pasientarbeid uten pasient til stede". Svarene må med andre ord sees i sammenheng. Vi viser forøvrig til tabellene 39 – 42 i vedlegget.

Andelen av manuellterapeutene som oppgir å bruke mer enn 80 % av sin arbeidstid med pasient tilstede reduseres i begge fylkesgruppene, og mest markert i kontrollfylkene (fra 21.1 % til 4.2 %). Samtidig reduseres andelen som bruker mindre enn 70 % av tiden med pasient til stede både i forsøksfylkene (fra 29.4 % til 25.6 %) og i kontrollfylkene (fra 52.6 % til 41.7 %). Manuellterapeutene i forsøksfylkene bruker mer av sin arbeidstid til skriving og utsendelse av brev og notater til andre behandlere, behandlingsvurderinger og journalføring i 2003 enn i 2001, samtidig som dette arbeidets andel av arbeidstiden reduseres i kontrollfylkene i perioden. Det er imidlertid må ta med i betraktningen er at utgangspunktet for de to fylkesgruppene (før forsøksordningen trådte i kraft 1. september 2001) var meget forskjellig: Andelen som brukte mer enn 10 % av sin arbeidstid til "Annet pasientarbeid uten pasient tilstede" var høyere i kontrollfylkene enn i forsøksfylkene (henholdsvis 44.4 % og 21.9 %). I forsøksfylkene reduseres andelen som bruker mer enn 5 % av sin arbeidstid til administrativt arbeid i perioden (fra 25 % i 2001 til 18.4 % i 2003), mens den øker i kontrollfylkene (fra 35.3 % til 52.2 %). Som vist til i punkt 5.8 ovenfor og i tabell 35 i vedlegget, oppgir 37 av 39 manuellterapeuter i forsøksfylkene at deres administrative arbeid har økt i perioden. I punkt 5.8. er det imidlertid ikke gjort noe skille mellom "Administrativt arbeid" og det vi ovenfor har kalt "Annet pasientarbeid uten pasient til stede". Svarene må med andre ord sees i sammenheng. Vi viser forøvrig til tabellene 43 – 46 i vedlegget.

### 5.12 Oppsummering av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen

Hovedmålet med Henvisningsprosjektet har bl.a. vært "å få en mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell", samt å få et "bedre utviklet samarbeid mellom kiropraktorer, manuellterapeuter og andre grupper helsepersonell". Målet med spørreskjemaundersøkelsen har vært å kartlegge eventuelle endringer av samarbeidsrelasjonene mellom kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister, endringer i faggruppens egen arbeidssituasjon/arbeidsdag og holdninger til de tiltakene som omfattes av Henvisningsprosjektet. I forhold til de skisserte hovedmålene, viser resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen følgende:

- Det har ikke skjedd vesentlige endringer i samarbeidsrelasjonene mellom kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister i løpet av forsøksperioden (2001 – 2003)
- Det har ikke skjedd vesentlige endringer i de ulike faggruppens holdninger til de tiltakene som omfattes av Henvisningsprosjektet. De klart positive holdningene blant kiropraktorer og manuellterapeuter holder seg og forsterkes i perioden, samtidig som allmennleger og legespesialister er mer tilbakeholdne og tildels negative til tiltakene.
- Kiropraktorene og manuellterapeutene mener gjennom hele forsøksperioden at pasientene vil komme raskere til rett behandler for skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet som en følge av Henvisningsprosjektet. Allmennlegenes og legespesialistenes skepsis til at dette vil bli resultatet holder seg uendret i perioden.
- Allmennlegene og legespesialistene er gjennom hele forsøksperioden mer enige enn uenige om at de tiltakene som følger av Henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen, mens kiropraktorene og manuellterapeutene er samstemt i at dette ikke vil bli en effekt av Henvisningsprosjektet.



## 6 Delutredning: "Mer fornøyde brukere". Resultater

### 6.1 Innledning

Dette kapitlet omhandler delutredning 2, "Mer fornøyde brukere", og er utarbeidet av forskerne Ingrid Eitzen (prosjektleder) og Karl-Gerhard Hem.

Brukerundersøkelsen består av en spørreskjemaundersøkelse blant brukere av tjenestene til kiropraktorer og manuellterapeuter i forsøksfylkene og kontrollfylkene. "Brukere" er avgrenset til de brukere av tjenestene som faller inn under de diagnosegrupper som er inkludert i forsøksordningen. Undersøkelsen ble gjennomført mot slutten av prøveperioden. Forberedende arbeid, utvikling og utprøving av spørreskjema ble gjennomført i perioden august 2002 - februar 2003, og datainnsamlingen gjennomført i april/mai 2003. Utgangspunktet for undersøkelsen har vært brukernes erfaringer med og oppfatninger av henvisningsprosjektet, for å se hvorvidt intensjonene om bedret tilgjengelighet og en mer positiv opplevelse av tjenestene ble oppfylt.

Prosjektgruppen har vært i tett dialog med referansegruppen gjennom hele prosjektperioden, pr telefon, e-post og i møter. Spesielt i forbindelse med avviklingen av fokusgruppediskusjoner høsten 2002 og utarbeidelse og utsendelse av spørreundersøkelsen våren 2003 var referansegruppens bidrag av stor betydning, både for den faglige kvalitet og den praktiske gjennomføringen.

### 6.2 Målsetting

Rikstrygdeverkets målsetninger for denne delutredningen var å framskaffe kunnskap om brukernes erfaringer med og vurderinger av forsøksordningen, med særlig vekt på å avdekke hvorvidt tilgjengeligheten til tjenestene har blitt bedre, og på brukernes opplevelser og vurderinger av ulike kvalitetsaspekter ved tjenestetilbudet.

SINTEF Unimed operasjonaliserte ut fra dette målsetningen for delutredningen i to delmål:

#### *Delmål 1: Mer tilgjengelige tjenester*

Det viktigste spørsmålet relatert til dette delmålet er hvorvidt, og eventuelt i hvilken grad, bortfall av henvisningskravet fører til at brukere kommer raskere til "rett" behandler. Med "rett" behandler menes den behandler den enkelte bruker selv anser det er hensiktsmessig å oppsøke for sine muskel-skjelettplager. Det er altså ikke forsøkt å definere hvilken profesjon som er "rett" behandler for pasientgruppen som helhet. SINTEF Unimed har videre bevisst unngått å etterspørre og/eller vurdere de enkelte yrkesgruppers faglige bidrag, da dette *ikke* er en utredning som har til hensikt å evaluere effekt av tiltak gitt av de ulike behandlere.

#### *Delmål 2: Mer positiv opplevelse av tjenestetilbudet*

Dette delmålet vil omfatte en rekke underliggende spørsmål. Igjen er det brukernes erfaringer som ligger til grunn for de funn delutredningen kan legge frem. Ulike aspekter ved tjenestetilbudet vil berøres, som hvordan brukerne opplever:

- Sykemeldingsordningen
- Praksis med henhold til henvisning til spesialist
- Praksis med henhold til rekvirering av fysikalsk behandling
- Samarbeidet mellom kiropraktor og/eller manuellterapeut og allmennlege
- Samarbeidet mellom kiropraktor og/eller manuellterapeut og annet helsepersonell
- I hvilken grad fører de utvidete rettigheter til økonomiske besparelser for brukerne
- I hvilken grad er brukerne (totalt sett) fornøyd med virkningen av forsøksordningen

Til tross for at begrepet ”fornøyd” er brukt om brukernes totale opplevelse av forsøksordningen, er det viktig å presisere at det ikke er et mål for denne delutredningen å dokumentere hvilken behandler eller profesjon brukerne er mest tilfreds med eller liker best. Snarere er hensikten å påvise brukernes erfaringer med bruk av tjenestene, og eventuelle ulikheter mellom forsøks- og kontrollfylkene og/eller endringer i forsøksfylkene som kan sees som en følge av forsøksordningen. Ved å ta utgangspunkt i ulike temaer (f.eks. sykmelding, ventetid, samarbeid mellom fagfolk etc.), og stille spørsmål rundt disse, får vi en langt mer utfyllende informasjon enn ved å stille kun et overfladisk spørsmål om brukerne generelt er fornøyd. Å stille mer spesifikke spørsmål øker interessen hos de som svarer, og dermed også informasjonens verdi.

## 6.3 Metode

### 6.3.1 Fokusgrupper

Som et ledd i utviklingen av spørreskjemaene, ble det gjennomført fokusgruppediskusjoner med brukere i hvert av de tre forsøksfylkene<sup>7</sup>. Fokusgruppediskusjonene ble gjennomført i desember 2002. Deltagerne ble rekruttert via Norsk Kiropraktorforening (NKF) og Faggruppen for Manuell Terapi i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF), ved at forbundene kontaktet behandlere i de tre forsøksfylkene, som igjen forespurte et lite utvalg av sine brukere om de kunne tenke seg å delta i en fokusgruppe. Kriteriet for deltagelse var at brukerne måtte ha erfaring i å gå til behandling både før og etter at forsøksordningen ble iverksatt 1. september 2001. Hver behandler ble forespurt om å rekruttere 3-5 deltagere. Etter at deltagerne hadde gitt sitt samtykke til å delta, ble det formidlet kontakt med SINTEF Unimed, som deretter var ansvarlig for avtaler, informasjon og praktisk gjennomføring av gruppediskusjonene.

Informasjonen som fremkom i fokusgruppediskusjonene ga et godt grunnlag for utviklingen av spørreskjemaene. Fokusgruppediskusjonene ga også tilleggsinformasjon i form av utdypende kommentarer, som viste seg å ha verdi som supplement til tolkningen av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. Et utdrag av den informasjon som fremkom gjennom fokusgruppediskusjonene er presentert i avsnitt 6.3.4.

### 6.3.2 Utprøving av spørreskjema

I etterkant av fokusgruppediskusjonene ble det utarbeidet et første utkast av spørreskjemaer til bruk i forsøksfylker og kontrollfylker. Referansegruppen deltok aktivt i utarbeidelsen av spørreskjemaene. Disse skjemaene ble prøvet ut i forsøksfylkene i mars 2003. NKF og NFF bistod igjen med formidling av kontakt til behandlere som kunne forespørre noen av sine brukere om de kunne tenke seg å delta i denne pilotundersøkelsen. Andre behandlere, og dermed andre brukere, enn de som deltok i gjennomføringen av fokusgruppediskusjonene, ble forespurt. Totalt ble det sendt ut 30 spørreskjemaer til brukere, fem til brukere av manuellterapitjenester og fem til brukere av kiropraktortjenester i hvert av de tre forsøksfylkene. Av de 30 utsendte skjemaene fikk vi tilbake 26. I tillegg til å besvare spørsmålene i spørreskjemaet, ble deltagerne oppfordret til å notere på skjemaet eller i følgebrev eventuelle spørsmål de fant vanskelige å svare på, som de ikke forstod, som ikke var aktuelle for dem og eventuelle andre kommentarer de måtte ha. Den videre bearbeidelsen av spørreskjemaene tok hensyn til både kommentarer fra deltagerne i forundersøkelsen og innspill fra deltagerne i referansegruppen.

---

<sup>7</sup> En fokusgruppe er et semistrukturert gruppeintervju som gjennomføres for å samle informasjon, gjerne i en tidlig fase i et prosjekt (Greenbaum 1998). Hver deltaker får tilsendt informasjon om emnet på forhånd.

### 6.3.3 Spørreskjemaundersøkelse

#### Distribusjon av spørreskjemaer, bakgrunn for utvalg

Spørreskjemaundersøkelsen, som utgjør det viktigste datagrunnlaget i denne delundersøkelsen, ble gjennomført i april/mai 2003. De endelige versjonene av spørreskjemaer til behandlere i forsøks- og kontrollfylkene var utarbeidet i mars 2003, og foreligger som vedlegg<sup>8</sup>. Gjennom medlemslistene til NKF og NFF ble aktuelle behandlere i forsøks- og kontrollfylkene kartlagt.

På grunn av ulikt antall behandlere i de ulike yrkesgrupper i forsøks- og kontrollfylkene, kunne det ikke sendes ut et identisk antall skjemaer totalt sett til hver behandlergruppe. Dersom vi f.eks. totalt hadde sendt 1000 spørreskjemaer til hver av behandlergruppene i forsøks- og kontrollfylkene, ville dette kunne gitt skjevheter i utvalget gjennom at hver behandler ville delt ut et ulikt antall spørreskjemaer til sine brukere. Enkelte brukeres oppfatning og erfaring hos sin behandler ville således fått en større innvirkning på resultatet. Eksempelvis ville hver manuellterapeut i kontrollfylkene (totalt 38 behandlere) delt ut betydelig flere skjemaer til sine brukere enn hver kiropraktor i forsøksfylkene (totalt 60 behandlere). For å unngå denne potensielle skjevheten i utvalget, ble det utsendt samme antall, 25 spørreskjemaer, til hver behandler.

Fordi man her foretar et trinnvist utvalg kan det hevdes at man har en noe større usikkerhet i de statistiske testene enn ved et rent tilfeldig utvalg av brukere. Det er derfor i resultatavsnittet for brukerundersøkelsen også presentert signifikanstester på 1 % nivå.

Etter utsendelsen ga fire kiropraktorer i forsøksfylkene og tre av manuellterapeutene i kontrollfylkene tilbakemelding på at det av ulike grunner var uaktuelt for dem å delta i undersøkelsen. Totalt omfattet dermed utsendelsen 190 behandlere. Antall skjemaer man derfor skulle forvente ville bli delt ut av behandlerne ble totalt 4750 skjemaer.

Tall for distribusjon av spørreskjemaer er vist i tabell 6.1.

**Tabell 6.1: Distribusjon av spørreskjemaer**

	Forsøksfylker		Kontrollfylker	
	Kiropraktorer	Manuellterapeuter	Kiropraktorer	Manuellterapeuter
Antall behandlere i utgangspunktet aktuelle for deltagelse i undersøkelsen	60	46	53	38
Antall skjemaer sendt ut til behandlerne	1500	1150	1325	950
Justert antall behandlere aktuelle for deltagelse i undersøkelsen	56	46	53	35
Justert antall skjemaer som kunne forventes delt ut til brukere	1400	1150	1325	875

#### Registreringsundersøkelse blant behandlerne

I tillegg til 25 konvolutter inneholdende informasjonsskriv, spørreskjema og svarkonvolutt, forelå det i forsendelsen til hver behandler et registreringskjema (se vedlegg). Gjennom registreringskjemaet ble det innhentet bakgrunnsinformasjon om de brukerne hver behandler rekrutterte til undersøkelsen. Behandlerne skulle fortløpende fylle ut dette skjemaet etter hvert som de distribuerte spørreskjema til brukerne. På denne måten fikk vi en kontroll på hvor mange

<sup>8</sup> Spørreskjema til kiropraktorer og manuellterapeuter i hhv. forsøks- og kontrollfylkene er identiske, med unntak av betegnelse for hovedbehandler og andre behandlere, der manuellterapeut/kiiropraktor er byttet om.

av behandlerne som i realiteten deltok i undersøkelsen, hvor mange av de 4750 skjemaene som ble distribuert, samt noen enkle bakgrunnsvariabler som kjennetegnet brukerne som fikk utdelt skjema. Sistnevnte informasjon kunne vi så se opp mot bakgrunnsvariabler på returnerte besvarte skjemaer. Tall relatert til behandlernes deltagelse er gjengitt i tabell 6.2.

**Tabell 6.2: Behandlernes deltagelse**

	<i>Kiropraktorer</i>		<i>Manuellterapeuter</i>	
	<i>Forsøk</i>	<i>Kontroll</i>	<i>Forsøk</i>	<i>Kontroll</i>
Antall behandlere som mottok skjema	56	53	46	35
Antall behandlere som deltok i undersøkelsen	49 (87,5%)	40 (75 %)	41 (89 %)	26 (74 %)
Antall skjemaer totalt delt ut av behandlerne (25 hver)	1225	1000	1025	650
Antall skjemaer returnert og benyttet i rapporten	825 (67 %)	709 (71 %)	438 (78 %)	438 (67 %)

Deltagelsen fra behandlere i kontrollfylkene var altså noe mindre enn fra behandlere i forsøksfylkene. Vi ser også at ikke alle behandlere delte ut samtlige skjemaer de hadde fått tilsendt. Totalt ble 3900 av 4750 utsendte skjemaer delt ut (82 %).

### Deltagelse og svarprosent

Samtlige spørsmål i spørreskjemaene skulle fylles ut av alle som svarte. Det vil alltid i slike undersøkelser være manglende utfyllinger, men i denne undersøkelsen har dette vært et lite problem. Med noen få unntak er svarene utfylt i mer enn 90 % av tilfellene. Vi presenterer derfor kun tabellene i prosentform nedenfor.

Totalt er det benyttet svar fra 2773 brukere (tabell 6.3), hvilket innebærer en total svarprosent på 71. Svarprosenten varierer noe, fra 78 for pasientene til manuellterapeutene i forsøksfylkene til 67 for pasientene til manuellterapeutene i kontrollfylkene. Fylkesvis er det også noe variasjon.

**Tabell 6.3: Antall svar benyttet i brukerundersøkelsen**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	
FK	Forsøk	825	801	1626
	Kontroll	709	438	1147
Total		1534	1239	2773

Både svarprosent og totalt antall svar gir gode muligheter for å utføre de nødvendige statistiske tester med akseptable styrke- og følsomhetsnivåer<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Om man antar at undersøkelsen representerer et tilfeldig utvalg, vil for eksempel en base på 500 svar ha en ren statistisk usikkerhet ( $\pm$  to standardavvik) i et prosenttall på pluss minus ca fem prosentpoeng, ved et observert tall på 20 %. Det betyr at det riktige tallet med 95 % sannsynlighet ligger mellom 15 og 25 %.

### 6.3.4 Metodekritikk

#### Fokusgruppediskusjoner

Rekrutteringen av deltagere til fokusgruppediskusjonene var ikke tilfeldig. Behandlerne ble bedt om å forespørre noen av sine brukere om de kunne tenke seg å delta, og det kan ikke utelukkes at brukerne som ble forespurt var spesielt positive til forsøksordningen. Dette kan ha innvirket på kommentarene som kom frem under gruppediskusjonene og som er presentert i avsnitt. 6.3.2. Imidlertid var det essensielt at deltagerne i fokusgruppene hadde erfaringer med å gå til behandling både før og etter at forsøksordningen trådte i kraft 1. september 2001. Vi kunne derfor ikke be behandlerne gjøre et tilfeldig utvalg blant alle brukere som benyttet tjenesten på det aktuelle tidspunkt. Denne eventuelle positive bias i fokusgruppediskusjonene anses imidlertid ikke å være av betydning for resultatet av spørreundersøkelsen. Fokusgruppediskusjonene hadde først og fremst til hensikt å identifisere aktuelle spørsmål og temaer for den kommende spørreundersøkelsen. Selv om informasjon fremkommet gjennom fokusgruppediskusjonene benyttes for å eksemplifisere og utdype erfaringer, er dette kun et supplement til hovedundersøkelsen.

#### Utprøving av spørreskjema

Utvalget som ble gjort i forbindelse med gjennomføring av pilotundersøkelsen i forkant av hovedundersøkelsen kan heller ikke sies å være tilfeldig. Behandlerne i forsøksfylkene ble igjen bedt om å distribuere skjemaene til brukere de anså egnet til å delta. Bakgrunnen for dette var å sikre at deltagerne kunne besvare og returnere skjemaet på kort varsel, og at de også kunne gi kommentarer og innspill utover kun å besvare spørsmålene.

Igjen ble det derfor viktig at deltagerne hadde en viss erfaring med tjenestene. Eventuell positiv bias vil imidlertid også her være av liten betydning. Pilotundersøkelsen hadde til hensikt å identifisere spørsmål som var tvetydige og/eller vanskelige å besvare; samt å avdekke eventuelle mangler ved skjemaet. Svarene fra pilotundersøkelsen er ikke inkludert i det endelige datamaterialet.

#### Spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen består hovedsakelig av en sammenlignende studie mellom forsøks- og kontrollfylkene. Samtidig har spørreskjemaundersøkelsen i forsøksfylkene elementer av en retrospektiv undersøkelse. Ulike alternative metodevalg ble vurdert for brukerundersøkelsen. Et aktuelt alternativ var en ren retrospektiv undersøkelse kun i forsøksfylkene. Dette ble valgt bort fordi delutredningen ikke hadde til hensikt å være en ren fornøydhetsundersøkelse, men et forsøk på å få frem eventuelle ulikheter mellom fylkene forårsaket av forsøksordningen. Retrospektive undersøkelser løper en større fare for at det er de seneste erfaringene brukerne husker best – enten det er positivt eller negativt (Smith, 1981 og Lilienfield, 1994). Slik sett ville en ren retrospektiv undersøkelse gi færre nyanserte svar enn en sammenliknende studie, der vi spør om brukernes opplevelse her og nå. Videre ville en ren retrospektiv undersøkelse ikke gi flere eller bedre svar på de spørsmålene evalueringen hadde til hensikt å besvare. Det ble, etter innspill fra DNLF, også vurdert å inkludere en delundersøkelse blant brukere av kun legetjenester. Dette ble, i samråd med oppdragsgiver, forkastet fordi det ikke ble funnet nødvendig for undersøkelsen – da evalueringen ikke innebærer en sammenligning av kvaliteten i selve behandlingen hos de ulike profesjonene. Dessuten inngår spørsmål om bruk av legetjenester i stor grad i undersøkelsen blant brukere av manuellterapi- og kiropraktortjenester.

Deltagelsen i spørreundersøkelsen totalt sett var god, både med tanke på hvor mange behandlere som deltok i undersøkelsen, og hvor mange brukere som besvarte. Deltagelsen fra behandlerne i kontrollfylkene var imidlertid noe mindre enn i forsøksfylkene (72,8 % i kontrollfylkene mot 88,3

% i forsøksfylkene). Sannsynligvis reflekterer dette en noe høyere interesse for evalueringen i forsøksfylkene, hvilket er en naturlig konsekvens av at det er mer oppmerksomhet rundt forsøksordningen i disse fylkene. Forskjellene er ikke dramatiske, og vil, siden svarprosenten i begge tilfeller er relativt høy, med stor sannsynlighet ikke ha noen merkbar innvirkning på resultatene. Derimot kan det relativt lave antall respondenter i første ledd (manuellterapeuter og kiropraktorer) i utgangspunktet representere en mulig feilkilde. Det kritiske her er hvorvidt pasienter med samme behandler har en tendens til å svare likt. Dersom dette er tilfelle, vil det føre til noe økt usikkerhet i resultatene. Vi regner imidlertid med at dette ikke er et problem i vår undersøkelse fordi det er liten/ingen kontakt mellom pasientene.

For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen, var vi avhengige av å rekruttere informanter via behandlerssystemet. Det at det er behandlerne selv som har distribuert spørreskjemaene til brukerne, representerer en potensiell svakhet ved metoden, fordi man kan tenke seg at behandlerne bevisst har valgt ut brukerne de ga skjemaet til. Til tross for at behandlerne ble eksplisitt instruert i følgeskriv at skjemaene skulle deles ut til tilfeldige brukere, kan vi ikke utelukke denne muligheten. I praksis vil problematikken omhandle utvalget i forsøksfylkene. En behandler som f.eks. har egeninteresse av at forsøksordningen blir permanent, kan således i utgangspunktet forsøke å påvirke resultatet ved at han/hun kun gir ut skjemaet til de brukerne behandleren tror vil være positive til forsøket. Denne form for skjevheter i utvalg er en potensiell fare ved alle undersøkelser der en involvert part også er involvert i datainnsamlingen. Imidlertid kan man kontrollere for slike skjevheter ved å sammenlikne bakgrunnsvariabler fra informantene i forsøksfylkene med kontrollfylkene. Denne viser en meget høy grad av likhet i profil for informanter i alle fylker. Videre har vi sett de samme variablene i sammenheng med data fra registeringsundersøkelsen i kapittel 4. Når vi sammenligner pasientprofilene<sup>10</sup> i disse to undersøkelsene, viser analysen at pasientprofilene i det store og hele like.

Den enkle registreringen av bakgrunnsvariabler behandlerne foretok og returnerte til oss, gir en ytterligere indikasjon på at behandlerne fulgte instruksjonen i følgeskrivet. Langt de fleste registreringsskjemaene fra behandlerne ble nemlig returnert i løpet av 2 uker etter at forsendelsen var sendt fra SINTEF. Dette tyder på at behandlerne, i både forsøks- og kontrollfylkene, distribuerte spørreskjemaene til brukerne i løpet av få dager. Sett ut fra antall behandlinger og pasienter kiropraktorer og manuellterapeuter har per uke, minsker dette sannsynligheten for at de har bedrevet et bevisst utvelgelse av informanter betydelig.

<sup>10</sup> Dette gjelder opplysninger om brukernes kjønn, alder, yrkesaktivitet og lokalisering av skade/symptom.

## 6.4 Resultater

Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres først, etterfulgt av et kort utdrag av relevante utdypninger fra fokusgruppediskusjonene. Det presiseres at det er data fra spørreskjemaundersøkelsen som danner grunnlag for konklusjonene som er trukket i devalueringen. Utdragene fra fokusgruppediskusjonene fungerer kun som supplement, for å eksemplifisere eller utdype meninger som senere viste seg å være gjennomgående også i spørreskjemaundersøkelsen.

### 6.4.1 Spørreskjemaundersøkelsen

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen vil i hovedsak presenteres i tråd med rekkefølgen av spørsmål i spørreskjemaene (vedlegg). Evalueringen vil primært se nærmere på eventuelle forskjeller mellom forsøks- og kontrollfylkene, dernest forskjeller eller likheter mellom type behandler. Det er viktig å presisere at alle spørsmål i spørreskjemaene *kun* refererer til konsultasjon, undersøkelse og behandling av plager i muskel-skjelettsystemet (L-diagnoser).

Innledningsvis presenteres relevante bakgrunnsvariabler for sammenlignbarheten mellom de ulike deltagerfylker og brukergrupper. Deretter er tabellene kategorisert i to undergrupper; tabeller som viser resultatet av sammenligning mellom forsøks- og kontrollfylkene, og tabeller som viser resultatet av spørsmål stilt kun i forsøksfylkene (avsnitt 6.3.1). For fullstendig spørsmålstekst der det ikke fremgår av tabellene, henviser vi til vedlegget.

Det er foretatt signifikanstesting på om de observerte forskjeller mellom resultatene i forsøksfylkene og kontrollfylkene kan være tilfeldige eller ikke for hver av behandlergruppene separat. Ved signifikanstesting er det benyttet en tosidig kji-kvadrat test, og signifikante forskjeller er utledet på to nivåer;  $p < 0,01$  (1 % nivå) og  $p < 0,05$  (5 % nivå). Signifikante funn er uthevet i resultatpresentasjonen.

## Bakgrunnsspørsmål

**Tabell 6.4: Bakgrunnsspørsmål I. Prosent**

		Faggruppe				Total n
		Kiropraktor		Manuellterapeut		
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Kjønn	Kvinne	61	59	65	70	1698
	Mann	39	41	35	30	990
Alder	Under 20	1	2	1	0	37
	20-30	13	12	8	14	315
	31-40	21	24	22	26	628
	41-50	28	26	29	25	752
	51-60	23	24	23	22	636
	61+	14	12	17	13	390
Arbeid	Yrkesaktiv	75	73	64	69	1919
	Utdanning	4	5	4	5	116
	Pensjonist	8	8	10	8	231
	Attf/ufør	9	9	18	14	336
	Annet	5	6	3	5	125
Inntekt	-150 000	20	21	21	21	553
	150-250	29	31	34	31	827
	250-350	33	29	31	33	845
	350-450	10	12	9	11	279
	450+	8	6	6	4	169

Tabell 6.4 representerer sammenligning mellom brukerprofilene i de fire gruppene i utvalgene i forsøks- og kontrollfyllkene, og viser en meget høy grad av overensstemmelse. Generelt viser resultatene at nesten to av tre brukere av kiropraktor- og manuellterapeut tjenester er kvinner. Aldersfordelingen er nokså jevn, men det er få i yngste og eldste kategori. Mer enn to av tre brukere er yrkesaktive.

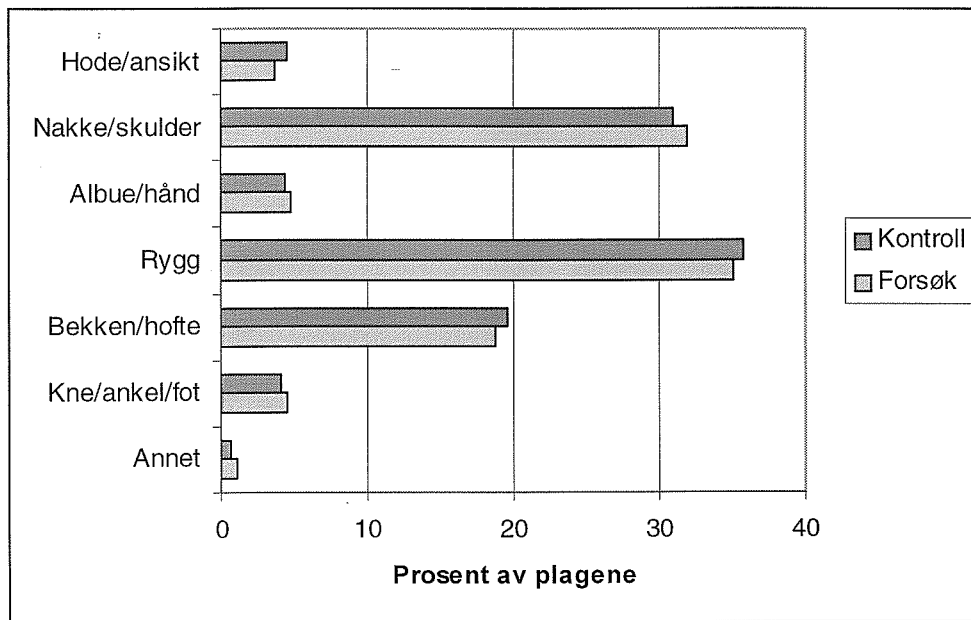


**Tabell 6.5: Bakgrunnsspørsmål II. Prosent**

		Faggruppe				Total
		Kiropraktor		Manuellterapeut		
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	n
Tid på reisevei	Under 10 min	32	32	39	32	933
	10-30 min	49	52	49	56	1398
	30-60 min	13	10	9	8	282
	60-90 min	3	2	2	2	60
	Mer enn 90 min	4	4	2	3	84
Første gang	Ja	19	20	31	31	677
	Nei	81	80	69	69	2071
Lenge siden første kontakt	Mindre 1 mnd	10	14	12	12	329
	1-3 mnd	8	10	14	15	304
	3-6 mnd	4	2	7	6	130
	6-12 mnd	4	3	7	6	136
	1-2 år	9	5	12	7	232
	2 år+	64	66	48	55	1585
	Lenge gått til behandling	Mindre 1 mnd	36	42	33	25
	1-3 mnd	21	25	25	32	675
	3-6 mnd	9	6	9	11	237
	6-12 mnd	6	3	7	7	152
	1-2 år	8	4	6	6	169
	2 år+	21	19	20	19	546
Lenge hatt plage	Under 1 uke	8	7	2	1	138
	1-6 uker	21	26	13	6	481
	6 uker+	71	67	85	94	2116

Det kan observeres noen forskjeller i disse bakgrunnsvariablene, men mest mellom brukere av kiropraktor- og manuellterapitjenester, og ikke så mye mellom forsøks- og kontrollfylkene. En noe høyere andel av kiropraktorenes brukere ser ut til å ha hatt sine plager i 1-6 uker, jamfør manuellterapeutenes brukere.

Respondentene ble spurt om hvor deres plage(r) var lokalisert. De kunne besvare spørsmålet med ett eller flere svar. I alt ble det oppgitt 5.524 "plager", noe som innebærer at hver pasient oppgav 1,9 "plager" (figur 6.1).



**Figur 1: Lokalisering av plager. Prosent**

Figur 1 viser at en majoritet av brukerne av kiropraktor- og manuellterapitjenester har sin plage lokalisert til rygg og/eller nakke/skulder, fulgt av bekken/hofte. Fordelingen av plagene var tilnærmet lik mellom forsøks- og kontrollfylkene. Denne fordelingen er også i samsvar med tallene som er hentet inn i forbindelse med registreringsundersøkelsen, jf. kapittel 4<sup>11</sup>. Vi har også undersøkt om det er forskjeller mellom brukere av kiropraktor- og manuellterapitjenester. Vi finner at rygglidelser er noe mer utbredt blant brukere av kiropraktortjenester mens nakke/skulderlidelser er mer utbredt blant brukere av manuellterapitjenester.

Bakgrunnsvariablene i tabell 6.4 og 6.5, samt figur 1, tilsier at datamaterialet er innhentet fra godt sammenlignbare utvalg. Dette innebærer at vi i stor grad taler om de samme grupper av brukere i henholdsvis forsøks- og kontrollfylkene. Eventuelle (systematiske, signifikante) forskjeller som vi vil observere mellom forsøk og kontroll vil derfor indikere en forskjell som skyldes forsøket, og ikke en forskjell som skyldes andre ulikheter mellom populasjonene. Vi kan dog ikke helt utelukke andre mulige forklaringsfaktorer – det vil alltid være en viss usikkerhet knyttet til datainnsamlinger av denne type (Almås, 1990).

Som beskrevet ovenfor ble det også foretatt en registreringsundersøkelse blant behandlerne som delte ut spørreskjemaene. Denne registreringen ga anledning til å kontrollere hvorvidt profilen til de som besvarte skjemaet var i samsvar med de som fikk det utdelt hos sin behandler. Sammenligningene viser at fordelingen på alder og kjønn var tilnærmet identisk mellom brutto- og nettoutvalget, dvs. mellom de som fikk skjema og de som besvarte. I forhold til plagenes varighet, er det imidlertid noen ulikheter. En større andel av brukerne oppgir at de har hatt plagen over 6 uker enn hva tilfelle er for behandlernes registrering. Som en naturlig konsekvens leses det fra behandlernes svar at det er et noe høyere antall brukere som har hatt sine plager enten i under 1 uke eller 1-6 uker. Det er flere mulige forklaringer på dette. Spørsmålet i seg selv kan tolkes på litt ulike måter. Man kan f.eks. angi hvor lenge det er siden symptomer i det hele tatt oppstod, eller hvor lenge det er siden symptomene ble av en slik art at man oppsøkte behandling. Dette kan

<sup>11</sup> Tallene for lokalisering av plage/lidelse er presentert på en annen måte i kapittel 4 (antall pasienter med den aktuelle lidelsen oppgitt i %), men når vi analyserer tallmaterialet på samme måte (dvs. med pasient som enhet), finner vi at lokaliseringen av plager fordeler seg omtrent likt.

gi helt ulike tidsperspektiver. Det kan også ligge en tidsmessig forsinkelse fra pasienten fikk skjemaet utdelt til han/hun fylte det ut og sendte det inn. Selv om en bruker fylte ut skjemaet bare noen dager etter at han/hun fikk det hos sin behandler, kan dette gi en forskyvning fra en kategori til en annen. Det er likevel samsvar i det viktigste funnet; nemlig at hovedvekten av brukere av kiropraktor- og/eller manuellterapeut tjenester har hatt sin plage i 6 uker eller mer. Denne andelen er videre noe høyere blant brukere av manuellterapeut enn kiropraktor. Som en naturlig følge har kiropraktorene en høyere andel akutt pasienter.

#### 6.4.2 Sammenligning forsøk og kontroll

Nedenfor presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen for de spørsmål som var identiske for pasienter i forsøksfylkene og kontrollfylkene.

**Tabell 6.6: Erfaringer med å oppsøke behandler. Hvem vil du oppsøke først? Prosent**

		Faggruppe				Total
		Kiropraktor		Manuellterapeut		n
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Oppsøke først ny plage	Lege	23	37	24	54	864
	Manuellterapeut	2	1	74	42	796
	Kiropraktor	75	61	2	3	1068
	Annet	1	1	0	1	16
Oppsøke først endring	Lege	18	21	25	37	651
	Manuellterapeut	1	1	72	61	843
	Kiropraktor	79	77	2	2	1212
	Annet	1	1	1	1	32
Oppsøke først samme plage	Lege	4	8	10	28	292
	Manuellterapeut	1	0	87	69	998
	Kiropraktor	95	91	2	1	1427
	Annet	0	1	1	1	25

Man kan her observere signifikante forskjeller ( $p < 0,01$ ) for brukere av både manuellterapi- og kiropraktortjenester mellom forsøks- og kontrollfylkene i forhold til hvem brukerne vil oppsøke først ved en ny plage, og hvem de vil oppsøke først dersom samme plage skulle oppstå på ny. Når det gjelder hvem brukerne vil oppsøke først dersom en eksisterende plage endrer seg, er det kun signifikant forskjell ( $p < 0,01$ ) for brukerne av manuellterapeut tjenester. Pasientene "holder seg til sin behandler", de er lojale. Tre av fire pasienter i forsøksfylkene vil oppsøke samme behandler om de får "nye" muskelskjelettplager, i forhold til 60 % og 42 % i kontrollfylkene.

Færre av pasientene i forsøksfylkene vil, som en naturlig konsekvens av det ovennevnte, oppsøke lege først. Dette gjelder – i noe ulik grad – ved nye plager, ved endring av eksisterende plage og ved en ny forekomst av de samme plagene.

**Tabell 6.7: Synspunkter på behandlerapparatet. Prosent**

		Faggruppe				Total
		Kiropraktor		Manuellterapeut		n
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Ønsker legen skal vurdere	Helt enig	5	11	10	19	275
	Litt enig	13	16	17	21	429
	Hverken eller	20	18	19	19	513
	Litt uenig	16	15	14	14	393
	Helt uenig	46	40	41	28	1079
Viktig at legen har full oversikt	Helt enig	26	30	38	50	929
	Litt enig	21	24	24	27	645
	Hverken eller	22	17	13	11	441
	Litt uenig	9	11	8	7	242
	Helt uenig	21	18	16	5	440
Legen er viktigste kontaktperson	Helt enig	10	13	16	19	368
	Litt enig	10	15	18	21	406
	Hverken eller	20	16	21	17	500
	Litt uenig	18	16	15	21	461
	Helt uenig	43	40	30	22	938
Går til lege kun for rekv/sm	Helt enig	35	48	37	64	1154
	Litt enig	18	22	20	19	520
	Hverken eller	22	13	21	5	444
	Litt uenig	6	4	7	4	148
	Helt uenig	17	13	16	8	382
KP/MT er viktigste kontaktperson	Helt enig	75	66	66	57	1821
	Litt enig	15	13	20	22	466
	Hverken eller	8	9	9	11	246
	Litt uenig	1	2	4	4	71
	Helt uenig	0	9	1	5	100
Viktig at lege undersøker først	Helt enig	7	11	12	21	310
	Litt enig	10	14	14	23	388
	Hverken eller	21	17	20	17	518
	Litt uenig	15	15	14	15	398
	Helt uenig	46	43	40	24	1073

Resultatene presentert i tabell 6.7 viser en del ulikheter, både mellom forsøks- og kontrollfylkene og mellom de to profesjonene. Et flertall er uenig i at legen først bør vurdere deres plager, før de oppsøker manuellterapeut eller kiropraktor. Andelen uenige er størst blant brukere av kiropraktortjenester, og større i forsøks- enn kontrollfylkene ( $p < 0,01$ ). Et flertall er imidlertid enige i at legen bør ha full oversikt over deres behandling (summen av "Helt enig" og "Litt enig"), selv om andelen som mener dette er lavere i forsøks- enn i kontrollfylkene. Flertallet er større blant brukere av manuellterapi enn kiropraktikk, og større i kontroll- enn forsøksfylkene (MT:  $p < 0,01$ ; KP:  $p < 0,05$ ). Et flertall er uenig i at legen er deres viktigste kontaktperson i forhold til muskelskjelettplager. Uenigheten er størst blant kiropraktorenes brukere, og større i forsøks- enn kontrollfylkene. I samsvar med dette er brukerne av både manuellterapi og kiropraktortjenester i stor grad enige i at kiropraktoren eller manuellterapeuten er deres viktigste kontaktperson i

forhold til muskel-skjelettplager. Det er en større andel som er helt enig i dette i forsøks- enn kontrollfylkene.

Et flertall opplyser at de går til lege kun for å få rekvisisjon til behandling eller sykemelding. Her er andelen større i kontrollfylkene – og klart størst for brukere av manuellterapitjenester i kontrollfylkene. Til sist er flertallet uenige i at det er viktig at legen undersøker dem før de går til annen behandler, med unntak av brukere av manuellterapitjenester i kontrollfylkene. Uenigheten er størst blant brukere av kiropraktortjenester. Samtlige av disse funn er signifikante for begge brukergruppene ( $p < 0,01$ ).

**Tabell 6.8: Kommunikasjon og samarbeid I. Prosent**

		Faggruppe				Total
		Kiropraktor		Manuellterapeut		n
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Sender lege skriftlig dok til KP/MT	Ja	8	12	21	33	455
	Nei	45	60	28	24	1103
	Vet ikke	36	28	44	42	1002
	Ikke relevant	11		7		144
Kommuniserer lege muntlig med KP/MT	Ja	5	2	15	12	228
	Nei	49	66	30	37	1233
	Vet ikke	36	32	49	50	1104
	Ikke relevant	10		6		128
Spør legen om behandling hos KP/MT	Ja	24	22	39	38	813
	Nei	52	65	37	52	1370
	Vet ikke	12	13	13	10	328
	Ikke relevant	12		10		169
Sender KP/MT skriftlig info til legen	Ja	15	9	32	24	538
	Nei	32	41	13	12	689
	Vet ikke	47	51	52	64	1406
	Ikke relevant	6		3		71
Spør KP/MT om behandling hos lege	Ja	42	45	58	50	1295
	Nei	44	54	32	45	1158
	Vet ikke	5	4	5	5	128
	Ikke relevant	9		6		119

De største forskjellene ligger her mellom type behandler, og ikke mellom forsøks- og kontrollfylker. Manuellterapeuter og leger synes, etter brukernes erfaring, å være mer opptatt av kommunikasjon med hverandre enn kiropraktorer og leger. Det samme mønsteret finner vi både i forsøks- og kontrollfylkene. Funnene er likevel signifikante for alle spørsmål, relatert til forskjell mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene ( $p < 0,01$ ).

Det er imidlertid verdt å legge merke til den høye andelen blant brukere av begge typer tjenester i både kontroll- og forsøksfylkene som oppgir at de ikke vet hvorvidt legen og manuellterapeuten eller kiropraktoren utveksler skriftlig og muntlig informasjon og dokumentasjon med hverandre.

**Tabell 6.9: Kommunikasjon og samarbeid II. Prosent**

		Faggruppe				Total
		Kiropraktor		Manuellterapeut		n
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Viktig at lege sender skriftlig info til KP/MT	Helt enig	24	28	34	48	852
	Litt enig	21	19	22	22	557
	Hverken eller	35	31	26	20	780
	Litt uenig	4	7	5	3	131
	Helt uenig	16	15	12	5	344
Stoler på at legen får info av KP/MT	Helt enig	41	38	62	62	1322
	Litt enig	17	16	15	17	423
	Hverken eller	33	31	18	15	668
	Litt uenig	3	6	3	3	95
	Helt uenig	6	10	3	3	152
Viktig at KP/MT sender info til lege	Helt enig	34	35	49	55	1113
	Litt enig	20	23	20	23	562
	Hverken eller	31	26	21	17	656
	Litt uenig	4	5	4	2	110
	Helt uenig	11	11	6	3	228
Opptatt av at lege og KP/MT sammen avgjør behandling	Helt enig	35	37	42	51	1069
	Litt enig	19	20	19	20	525
	Hverken eller	27	24	22	17	626
	Litt uenig	6	6	6	4	153
	Helt uenig	13	12	11	8	302
Stoler på at KP/MT får nødvendig info	Helt enig	35	34	54	59	1174
	Litt enig	18	16	18	15	449
	Hverken eller	34	30	19	16	680
	Litt uenig	5	7	4	7	141
	Helt uenig	9	13	5	4	213
Synes det er greit at KP/MT ikke informerer lege	Helt enig	17	13	11	7	336
	Litt enig	10	13	7	7	246
	Hverken eller	28	26	21	21	653
	Litt uenig	15	18	18	15	444
	Helt uenig	30	30	44	49	992

Selv om de fleste av forskjellene som man kan se av tabellen mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene er signifikante, så er forskjellen mellom behandlingstypene gjennomgående enda tydeligere<sup>12</sup>.

Hovedinntrykket er at brukere av manuellterapitjenester i større grad vektlegger viktigheten av kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom lege og sin behandler enn brukere av

<sup>12</sup> Ulikhetene mellom forsøks- og kontrollfylkene er signifikante for brukere av kiropraktortjenester ved  $p < 0,01$  for spørsmål 2, og ved  $p < 0,05$  for spørsmål 1 og 5 i tabellen. For manuellterapeuter er det signifikante ulikheter mellom forsøks- og kontrollfylkene ved  $p < 0,001$  for spørsmål 1, og ved  $p < 0,05$  for spørsmål 3 og 4.

kiropraktortjenester<sup>13</sup>. En større andel brukere av manuellterapi tjenester fremhever viktigheten av at lege og behandler utveksler gjensidig skriftlig informasjon, og de stoler også i større grad på at nødvendig informasjon faktisk utveksles enn brukere av kiropraktortjenester gjør. Brukere av manuellterapi legger videre større vekt på disse aspektene i kontroll- enn i forsøksfylkene. Et flertall av brukere i begge fylker og begge profesjoner ønsker at lege og kiropraktor/manuellterapeut sammen skal avgjøre hvilken behandling de skal ha.

**Tabell 6.10: Ventetid ved bruk av tjenestene. Prosent**

		Faggruppe				Total n
		Kiropraktor		Manuellterapeut		
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Ventetid for å få time hos KP/MT	Time på dagen	36	38	9	7	652
	1-3 dager	56	52	41	25	1241
	4-7 dager	7	8	26	23	409
	1-2 uker	1	2	15	15	204
	2-3 uker	0	0	4	12	88
	3 uker+		0	5	19	119
Ventetid for å få time hos lege	Time på dagen	10	9	7	6	220
	1-3 dager	22	21	19	15	534
	4-7 dager	22	20	21	20	560
	1-2 uker	21	22	25	26	623
	2-3 uker	13	14	12	15	354
	3 uker+	13	15	16	18	406
Hvor lenge på venterommet hos KP/MT	Ingen ventetid	48	50	62	64	1502
	5-10 min	47	46	36	33	1130
	16-30 min	3	4	2	3	83
	31-45 min	1	0	0		11
	46-60 min	0			0	3
	1 time+	0				1
Hvor lenge på venterommet hos lege	Ingen ventetid	5	4	8	5	143
	5-10 min	36	32	40	42	1009
	16-30 min	37	37	36	35	991
	31-45 min	15	18	10	11	372
	46-60 min	4	6	3	6	129
	1 time+	2	3	2	2	72

Totalt sett er det generelt lenger ventetid for å få time hos lege enn hos manuellterapeut og kiropraktor. Ca. en tredjedel av kiropraktorenes brukere angir at de får time hos lege innen 3 dager, mens tilsvarende tall for manuellterapeutenes brukere er 26 % i forsøksfylkene og 21 % i kontrollfylkene. Men det er også ulikheter mellom ventetiden hos manuellterapeuter og kiropraktorer. 92 % av kiropraktorenes brukere i forsøksfylkene og 90 % i kontrollfylkene får time innen 3 dager. For manuellterapeutenes brukere er tallene 50 % og 32 % ( $p < 0,01$ ).

<sup>13</sup> I skjemaet for kontrollfylkene er ikke svarkategorien "Ikke relevant" tatt med. Det kan ha noe betydning for sammenligningsgrunnlaget i tabellen.

Med tanke på tiden man tilbringer på venterommet den dagen man har en avtalt time, angir mer enn 95 % av brukerne av manuellterapi- eller kiropraktortjenester i alle fylkene at de venter i maksimalt 10 minutter. Hos legen er det noe mer variasjon i tilsvarende tall, fra 36% av kiropraktorenes brukere i kontrollfylkene til 48 % av brukerne av manuellterapitjenester i forsøksfylkene. Det er ingen signifikante ulikheter mellom forsøks- og kontrollfylkene i forhold til dette.

**Tabell 6.11: Sykmeldinger, tiltak iverksatt samtidig med sykmelding, og henvisning fra lege. Prosent**

		Faggruppe				Total
		Kiropraktor		Manuellterapeut		n
		Forsøk	Kontroll	Forsøk	Kontroll	
Henvist av lege til spesialist	Ja	15	15	26	31	556
	Nei	85	85	74	69	2156
Henvist av lege til RTG/CT/MR/UL	Ja	22	30	38	53	911
	Nei	78	70	62	47	1801
Henvist til fysio av din lege	Ja	19	22	23	37	637
	Nei	81	78	77	63	2061
Vært sykmeldt av lege	Ja	31	32	39	55	957
	Nei	69	68	61	45	1593
Hvor lenge	Inntil 3 dager	5	3	3	2	37
	3-6 dager	13	10	6	3	89
	1-2 uker	24	24	17	15	225
	2-4 uker	21	23	22	26	253
	4-6 uker	11	14	14	18	156
	6-8 uker	26	26	39	36	353
Andre tiltak iverksatt av lege: Medikamenter	Ja	65	61	67	55	636
	Nei	35	39	33	45	380
Andre tiltak iverksatt av lege: Råd for egen trening	Ja	36	41	36	35	332
	Nei	64	59	64	65	556
Andre tiltak iverksatt av lege: Henvisning til spesialist	Ja	28	27	39	41	311
	Nei	72	73	61	59	609
Andre tiltak iverksatt av lege: Henvisning til RTG/CT/MR/UL	Ja	36	44	53	48	441
	Nei	64	56	47	52	528
Andre tiltak iverksatt av lege: Annen henvisning	Ja	32	33	32	33	288
	Nei	68	67	68	68	601

Tabell 6.11 viser at det i første rekke er ulikheter mellom brukerne av de to tjenestene, i forhold til sykmeldinger og henvisninger fra lege. I tillegg sees det ulikheter mellom forsøks- og kontrollfylkene, især for manuellterapeutenes brukere.

Kun 15 % av brukerne av kiropraktortjenester og under en tredjedel av brukerne av manuellterapitjenester er henvist til spesialist av sin lege (MT:  $p < 0,05$ ). Det er videre en større andel av manuellterapeutenes brukere som har blitt henvist til røntgen, CT, MR eller ultralyd av sin lege ( $p < 0,01$ ).



Knapt en tredjedel av kiropraktorenes brukere, og henholdsvis 39 % (forsøksfylker) og 55 % (kontrollfylker) av manuellterapeutenes brukere har blitt sykmeldt av lege (KP: Ikke sig., MT:  $p < 0,01$ ).

Av de som har blitt sykmeldt av sin lege, har den største gruppen blitt sykmeldt i 6-8 uker. Andelen er høyere blant brukere av manuellterapi tjenester enn kiropraktortjenester. Det er imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom forsøks- og kontrollfylkene. Få blir sykmeldt under 6 dager av sin lege, og færrest i manuellterapeutenes kontrollfylker (5 %). Legen iverksetter i varierende grad tiltak samtidig med sykmelding. I flest tilfeller foreskrives medikamenter – 55-65 % av tilfellene, signifikant færre ( $p < 0,01$ ) i manuellterapeutenes kontrollfylker. Derneft følger henvisning til røntgen, CT, MR eller ultralyd i 36-48 % av tilfellene. Råd for egentrening gis i en drøy tredjedel av tilfellene i alle grupper, mens henvisning til spesialist gjøres for en knapp tredjedel av kiropraktorenes brukere og en drøy tredjedel av manuellterapeutenes brukere. Det er ingen signifikante forskjeller mellom forsøks- og kontrollfylkene for de sistnevnte spørsmål.

### 6.4.3 Spesifikke tabeller kun for forsøksfylkene

En del av spørsmålene i spørreskjemaundersøkelsen dreide seg direkte om erfaringer og synspunkter på forsøksordningen i seg selv. Resultatene av disse spørsmål presenteres nedenfor.

**Tabell 6.12: Kjennskap til forsøket: Kjente du forsøket på forhånd, hvor hørte du om det, og hvilken "vei" kom du til denne behandleren? Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Kjente til forsøket	Ja	49%	65%	910
	Nei	51%	35%	692
Hvor hørte du om det	Lege	5%	9%	77
	Tk	1%	1%	14
	Bekjente	11%	9%	101
	Fysio	2%	10%	63
	MT	1%	42%	247
	KP	52%	2%	255
	Media	29%	27%	290
	Hvilken "vei"	Lege først	17%	50%
"vei"	Vite av legekantor	5%	5%	78
	Direkte	71%	37%	842
	Annet	7%	8%	115

Tabell 6.12 viser at en høyere andel av brukere av manuellterapi tjenester enn av kiropraktortjenester kjente til forsøket før de ble presentert for spørreskjemaundersøkelsen (65 % mot 49 %). Av de som kjente til forsøket før de mottok spørreskjemaet, hadde ca. halvparten hørt om det hos sin behandler. I underkant av en tredjedel i begge grupper hadde hørt om forsøket via media. Kun henholdsvis 5 % (brukere av kiropraktor) og 9 % (brukere av manuellterapi) hadde fått informasjon om forsøket av sin lege. Av brukerne som besvarte spørreskjemaet i forsøksfylkene oppsøkte 71 % kiropraktor direkte, mot 37 % hos manuellterapeut. 17 % av brukerne av kiropraktortjenester hadde gått via lege, mot 50 % av manuellterapeutenes brukere.

**Tabell 6.13: Synspunkter på sider av forsøksordningen I. Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Raskere ved direkte til KP/MT	Helt enig	95%	86%	1438
	Litt enig	4%	8%	93
	Hverken eller	1%	6%	54
	Litt uenig		0%	3
	Helt uenig	0%	0%	4
Raskere bedring direkte til KP/MT	Helt enig	83%	68%	1190
	Litt enig	9%	15%	188
	Hverken eller	7%	15%	175
	Litt uenig	0%	1%	13
	Helt uenig	1%	1%	9
Viktig at KP/MT har full oversikt	Helt enig	82%	83%	1305
	Litt enig	12%	13%	196
	Hverken eller	5%	2%	56
	Litt uenig	1%	0%	6
	Helt uenig	1%	1%	16
Tror legen vil at lege først	Helt enig	17%	14%	239
	Litt enig	18%	16%	261
	Hverken eller	43%	46%	693
	Litt uenig	8%	7%	114
	Helt uenig	15%	18%	253
Forsøket gjort det enklere for meg	Helt enig	68%	78%	1135
	Litt enig	7%	7%	110
	Hverken eller	24%	14%	292
	Litt uenig	0%	0%	5
	Helt uenig	1%	1%	17

Tabell 6.13 viser generelt at brukerne opplever flere følger av forsøksordningen positivt. Dette gjelder både brukere av kiropraktor og manuellterapeut tjenester. Til sammen 90 % mener de opplever en raskere "gang i systemet" som følge av at de kan oppsøke manuellterapeut og/eller kiropraktor direkte. 83 % av kiropraktorenes brukere og 68 % av manuellterapeutenes brukere mener også at ordningen bidrar til at de opplever en raskere bedring av sin tilstand. Brukerne fremhever at det er viktig at manuellterapeut og kiropraktor har full oversikt over de tiltak som er iverksatt. De ser imidlertid ikke ut til å ha så sterk oppfatning av hvorvidt de tror legen ønsker at de skal oppsøke ham/henne først. 68 % av brukerne av kiropraktortjenester og 78 % av brukere av manuellterapeut tjenester mener at forsøket totalt sett har gjort det enklere for dem som brukere.

**Tabell 6.14. Synspunkter på sider av forsøksordningen II. Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Færre konsultasjoner nå	Helt enig	62%	58%	941
	Litt enig	11%	12%	180
	Hverken eller	23%	26%	380
	Litt uenig	2%	1%	25
	Helt uenig	2%	3%	33
Stor betydning med tid og egenandel	Helt enig	80%	78%	1253
	Litt enig	11%	12%	183
	Hverken eller	8%	7%	119
	Litt uenig	1%	1%	13
	Helt uenig	0%	1%	15
Liten betydning med reiseutgifter	Helt enig	44%	40%	649
	Litt enig	9%	12%	168
	Hverken eller	20%	21%	321
	Litt uenig	6%	6%	96
	Helt uenig	20%	21%	318
Systemet er blitt mindre effektivt	Helt enig	6%	6%	88
	Litt enig	2%	2%	28
	Hverken eller	22%	15%	282
	Litt uenig	7%	5%	93
	Helt uenig	63%	73%	1042
Stor betydning med reisetid	Helt enig	45%	45%	693
	Litt enig	12%	11%	176
	Hverken eller	27%	28%	420
	Litt uenig	4%	4%	62
	Helt uenig	13%	12%	195
Mindre fravær	Helt enig	59%	48%	774
	Litt enig	11%	11%	161
	Hverken eller	25%	32%	408
	Litt uenig	1%	3%	33
	Helt uenig	3%	5%	59
Ønsker forsøket permanent	Helt enig	90%	90%	1410
	Litt enig	5%	4%	68
	Hverken eller	5%	5%	80
	Litt uenig		0%	2
	Helt uenig	1%	1%	13

Tabell 6.14 viser ytterligere erfaringer av forsøksordningen. Drøyt 60 % av brukere mener systemet er blitt mer effektivt, og at de totalt sett opplever at de har færre konsultasjoner som følge av forsøksordningen. Spart reisetid og reduserte egenandeler oppgis å ha betydning for henholdsvis 80 % og 79 % av brukerne av kiropraktor og manuellterapitjenester. Det har også betydning for henholdsvis 59 % og 48 % at de opplever mindre fravær fra arbeid forårsaket av

behandling. 90 % i begge brukergrupper er helt enige i at de ønsker forsøksordningen skal bli permanent.

**Tabell 6.15: Synspunkter på sider av forsøksordningen III. Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Mer eller mindre samarbeid	Mer	13%	14%	142
	Mindre	2%	3%	23
	Ingen endring	24%	27%	265
	Vet ikke	61%	56%	607
Flere eller færre kons. KP/MT	Flere	12%	14%	134
	Færre	9%	8%	88
	Ingen endring	63%	64%	651
	Vet ikke	16%	13%	149
Flere eller færre kons. lege	Flere	4%	3%	36
	Færre	37%	50%	440
	Ingen endring	47%	40%	451
	Vet ikke	12%	7%	101

Brukerne ser ut til å være usikre med tanke på hvorvidt ordningen har ført til mer eller mindre samarbeid mellom lege og de andre behandlergruppene. Sett i samsvar med svar som fremkommer i tabell 6.14 – der et flertall angir at de totalt sett har færre konsultasjoner nå enn før ordningen trådte i kraft – kan svarene her indikere at det først og fremst er antall konsultasjoner hos lege som reduseres noe som følge av ordningen.

**Tabell 6.16: Henvisninger fra manuellterapeut eller kiropraktor. Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Henvist av KP/MT til spesialist	Ja	5%	8%	96
	Nei	95%	92%	1492
Henvist av lege til spesialist	Ja	15%	26%	320
	Nei	85%	74%	1266
Henvist av KP/MT til RTG/CT/MR/UL	Ja	16%	17%	261
	Nei	84%	83%	1317
Henvist av lege til RTG/CT/MR/UL	Ja	22%	38%	473
	Nei	78%	62%	1108
Henvist av KP/MT til fysioterapeut	Ja	6%	4%	85
	Nei	94%	96%	1495
Henvist av lege til fysioterapeut	Ja	19%	23%	329
	Nei	81%	77%	1251

Tallene i tabell 6.16 viser at manuellterapeuter og kiropraktorer i svært liten grad henviser sine brukere videre til spesialist. Kun 5 % av kiropraktorene og 8 % av manuellterapeutene har gjort dette. Det samme funn gjøres i forhold til henvisning til fysioterapeut, der tilsvarende tall er henholdsvis 6 % og 4 %. Andelen som er henvist til røntgen, CT, MR eller ultralyd er noe større –

henholdsvis 16 % og 17 %. Legene henviser i noe større grad både til spesialist og til røntgen/CT/MR/UL (tall i forhold til legenes henvisning tilsvarer resultater presentert og kommentert i tabell 6.9).

**Tabell 6.17: Sykmeldinger og tiltak iverksatt samtidig med sykmelding av manuellterapeut eller kiropraktor. Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Vært sykmeldt av KP/MT	Ja	18%	12%	226
	Nei	82%	88%	1310
Hvor lenge sykmeldt	Inntil 3 dager	12%	6%	23
	3-6 dager	27%	10%	51
	1-2 uker	36%	40%	91
	2-4 uker	10%	16%	30
	4-6 uker	6%	11%	20
	6-8 uker	9%	16%	28
Andre tiltak iverksatt av KP/MT: Behandling	Ja	93%	90%	220
	Nei	7%	10%	20
Andre tiltak iverksatt av KP/MT: Råd i egentrening	Ja	77%	78%	171
	Nei	23%	22%	50
Andre tiltak iverksatt av KP/MT: Henvist til spesialist	Ja	2%	5%	6
	Nei	98%	95%	180
Andre tiltak iverksatt av KP/MT: Henvist til røntgen el.l.	Ja	26%	40%	61
	Nei	74%	60%	138
Andre tiltak iverksatt av KP/MT: Henvist til annet helsepersonell	Ja	10%	9%	19
	Nei	90%	91%	172

Relativt få av brukerne har vært sykmeldt av sin kiropraktor eller manuellterapeut – henholdsvis 18 % og 12 %. Av de som har blitt sykmeldt, har 75 % av kiropraktorenes brukere og 57 % av manuellterapeutenes brukere blitt sykmeldt i to uker eller mindre. Henholdsvis 9 % og 16 % har blitt sykmeldt 6-8 uker. Ni av ti har fått behandling i sykmeldingsperioden, og i underkant av 80 % har fått råd angående egentrening. 26 % av kiropraktorenes brukere og 40 % av manuellterapeutenes brukere har blitt henvist til røntgen, CT, MR eller ultralyd, mens kun en av ti har blitt henvist til annen type behandler.

**Tabell 6.18: Oppfølging og instruksjoner fra behandler. Forsøksfylkene. Prosent**

		Faggruppe		Total
		Kiropraktor	Manuellterapeut	n
Får beskjed om å vente med annen behandling	Helt enig	11%	11%	90
	Litt enig	14%	11%	104
	Hverken eller	74%	78%	606
KP/MT er mer restriktiv med å sykmelde	Helt enig	14%	10%	152
	Litt enig	11%	9%	127
	Hverken eller	74%	81%	968
Legen er mer restriktiv med å sykmelde	Helt enig	2%	1%	17
	Litt enig	5%	2%	35
	Hverken eller	93%	97%	965

Brukerne ser ikke ut til å ha noen klare formeningene om hvorvidt det er ulikheter mellom de ulike profesjonene med tanke på deres holdning til sykmelding og behandling i sykmeldingsperioden, da et stort flertall angir at de verken er enig eller uenig i utsagnene.

#### 6.4.4 Fokusgruppediskusjoner

Totalt deltok 15 brukere av manuellterapeut- og kiropraktortjenester i fokusgruppediskusjonene som ble gjennomført i de tre forsøksfylkene. Samtlige deltagere hadde hatt sine muskel-skjelettplager i flere år (3-20 år), og hadde benyttet seg av tjenestene både før og etter at forsøksordningen trådte i kraft 1. september 2001. Deltagerne anga at de kjente til forsøksordningen via sin behandler. Ingen av dem hadde hørt om forsøksordningen via andre kilder.

Nedenfor vil hovedtrekkene av informasjon som fremkom i fokusgruppediskusjonene presenteres. Det var ingen påvisbare ulikheter i erfaring mellom brukere fra de ulike fylkene, helhetsinntrykket var at informantene var samstemt på de aller fleste områder.

- Informantene opplever at det er manuellterapeut/kiropraktor som er "eksperten" på deres muskel-skjelettproblematikk.
- Informantene har ingen betenkeligheter med å ha manuellterapeut/kiropraktor som ansvarlig behandler og kontaktperson i forhold til etablerte og kjente plager i muskel-skjelettsystemet.

*Men:*

- Informantene er samstemt i at manuellterapeut/kiropraktor har kunnskaper på et begrenset område.
- De mener derfor bestemt at legen må inn i bildet om det skulle skje en endring i tilstanden (endring i smertebildet, ny form for smerte, smerte lokalisert et annet sted etc.) Begrunnelsen for dette er at legen anses som den som kan eliminere andre, mer alvorlige diagnoser (primært kreft og systemiske sykdommer).

Hovedinntrykket er at brukerne har stor tillit til at manuellterapeut og/eller kiropraktor kan være deres primærkontakt når det gjelder muskel-skjelettproblematikk. Samtidig er de svært tydelige på at dette *kun* gjelder muskel-skjelettplager, og at de fortsatt ønsker en tett kontakt med legen.

- Ventetiden anslås å være kortere hos manuellterapeut/kiropraktor enn hos lege, både med tanke på å få time og tiden man tilbringer på venterommet.

- Informantene mener de kommer raskere til det som for dem er “rett behandler”, og at de dermed oppnår raskere bedring når de kan gå direkte til manuellterapeut/kiropraktor.
- Informantene synes ordningen er effektiviserende ved at de sparer tid.

Informantene uttrykker forståelse for at det kan ta lenger tid både å få time og å vente på avtalt time hos legen, fordi det kan komme inn pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Imidlertid gir de uttrykk for at selv om de har aksept for dette, er konsekvensen like fullt uønsket ventetid. Dette er et mindre problem hos kiropraktor/manuellterapeut, og en medvirkende årsak til at brukerne opplever at de kommer raskere inn i systemet når de kan gå direkte til disse behandlergruppene.

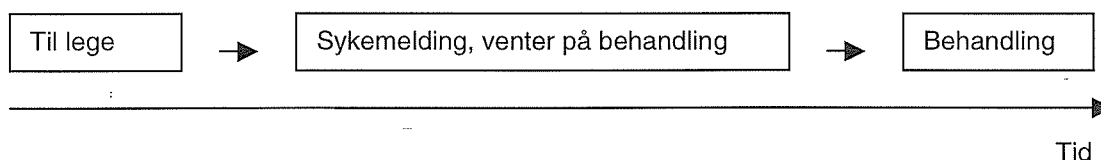
- Alle er enige i at kommunikasjon mellom manuellterapeut/kiropraktor og lege er viktig, men informantene er usikre på i hvilken grad og på hvilken måte partene kommuniserer.

Det er usikkerhet blant informantene når det gjelder vurderinger av kommunikasjon og samarbeid mellom lege og manuellterapeut/kiropraktor. Hovedgrunnen til dette ser ut til å være at informantene rett og slett ikke vet om partene kommuniserer godt nok. Det er imidlertid et klart ønske fra brukerne om at samarbeid og kommunikasjon mellom partene må følge fastlagte rutiner.

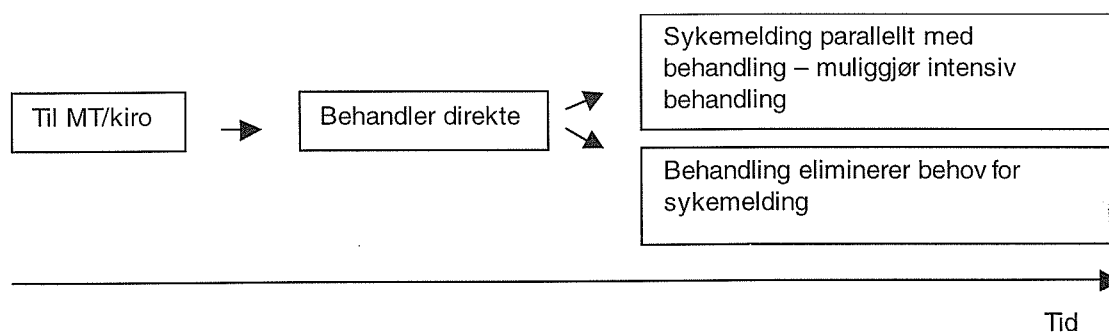
- Informantene er komfortable med at manuellterapeut/kiropraktor har anledning til å sykmelde i forhold til muskel-skjelettplager. De ser også en praktisk side ved dette: De slipper å gå en ekstra tur til legen, der eneste hensikt er å få sykmelding.
- Svært få av informantene har erfaring fra å bli henvist til spesialist og/eller andre undersøkelser av manuellterapeut/kiropraktor. De som har erfaring, mener lite om det.
- Ingen av informantene har erfaring fra å bli henvist til fysikalsk behandling av manuellterapeut/kiropraktor.
- Svært få går til både manuellterapeut og kiropraktor. De veksler heller ikke mellom de to behandlergruppene.

Inntrykket man sitter igjen med fra fokusgruppediskusjonene er altså at svært få har erfaringer fra å bli henvist videre av sin manuellterapeut/kiropraktor. De ser helt klart bortfallet av rekvisisjon fra lege for å få refusjon som den viktigste konsekvens av forsøksordningen.

Informantene synes forsøksordningen har gjort det enklere og mer effektivt å få behandling. De bruker uttrykket “du slipper å gå til legen først”, og sier de synes det er unødvendig å gå til legen med kjente plager, eller kun for å få en henvisning eller sykmelding. Det er gunstig tidsmessig, og informantene tror det vil føre til samfunnsøkonomisk besparelse. På bakgrunn av brukernes kommentarer kan to alternative veier i forhold til å få behandling hos manuellterapeut eller kiropraktor skisseres:



**Figur 2: Alternativ 1: Oppsøker lege først**



**Figur 3: Alternativ 2: Oppsøker manuellterapeut/kiropraktor direkte**

I løpet av forløpet illustrert i figur 3, kan brukerne naturligvis oppsøke lege underveis. Det er viktig å merke seg at det er brukerne selv som bruker uttrykket "komme i gang med behandling" først når de kommer til manuellterapeut eller kiropraktor. Brukerne selv omtaler ikke de tiltak legen eventuelt iverksetter som "behandling". Det må imidlertid presiseres at det i evalueringen ikke legges til grunn noen antagelse om at pasientenes møte med allmennlege ikke er å forstå som behandling eller en del av behandlingen.

Informantene er usikre på hvor god kommunikasjon det er mellom manuellterapeuter/kiropraktorer og fastlegen. Dette er det eneste området de i relativ stor grad har ulike individuelle erfaringer – det ser ut til at dette er avhengig av hvor nært den enkelte manuellterapeut/kiropraktor og lege kommuniserer og samarbeider. Brukerne er imidlertid helt samstemt på at det er viktig for dem at manuellterapeuten/ kiropraktoren og legen kommuniserer seg i mellom, de må kunne stole på at nødvendig informasjon utveksles.

## 6.5 Diskusjon

Resultatene fra denne delutredningen bygger på en spørreskjemaundersøkelse gjennomført blant brukere av manuellterapi- og kiropraktortjenester i både forsøks- og kontrollfylkene. Etter behov vil disse resultatene her bli supplert med utsagn fra gjennomførte fokusgruppediskusjoner med brukere i forsøksfylkene i forkant av spørreundersøkelsen. Bakgrunnsvariablene for informantene som har besvart spørreskjemaene viser at informantene i forsøks- og kontrollfylkene har en sammenfallende profil. Det er således ingen forskjeller i utvalgene, verken mellom forsøks- og kontrollfylkene eller mellom brukere av kiropraktor- eller manuellterapeutitjenester, som er av en slik art at de skulle trekke slutningene fra delutredningen i tvil.

Hensikten med denne delutredningen var å framskaffe kunnskap om brukernes erfaringer med og vurderinger av forsøksordningen. Viktige aspekter ved dette var hvorvidt tilgjengeligheten til tjenestene har blitt bedre, og brukernes opplevelser og vurderinger av ulike kvalitetsaspekter ved tjenestetilbudet. I "kvalitetsaspekter" inngår ikke noen form for vurdering av de ulike profesjonenes faglige kompetanse eller effekt av iverksatte tiltak. Det er heller ikke denne evalueringens hensikt å skulle vurdere hvorvidt brukerne er mest fornøyd med eller har størst tiltro til den ene eller andre av de involverte kategoriene av behandlere.



Den følgende diskusjonen har til hensikt å presentere og utdype de viktigste funn fra resultatpresentasjonen. Sammenhenger mellom de ulike resultatene vil diskuteres, og potensielle årsaksforklaringer belyses. Det blir lagt vekt på å fremheve de funn som anses sentrale i forhold til å oppfylle evalueringens målsetning. Diskusjonen er på denne bakgrunn operasjonalisert i temaer som til sammen dekker alle formulerte delmål.

### 6.5.1 Raskere til "behandling"?

"Behandling" og "behandlere" er begreper som omtales flere steder i denne delutredningen. Profesjonene omtales som behandlere eller behandlergrupper, hvilket i utgangspunktet omfatter både manuellterapeuter, kiropraktorer og leger. Bruken av uttrykket "rett behandler" kan gi assosiasjoner til at en profesjon kan sies å gi det beste eller mest effektive tilbudet til denne brukergruppen. Imidlertid er denne type rangering eller vurdering ikke en del av denne delutredningen.

Brukerne har en samstemt bruk av behandlingsbegrepet: De omtaler ikke de tiltak som iverksettes ved en konsultasjon hos lege, eller undersøkelse foretatt av lege eller andre profesjoner, som "behandling". Brukerne snakker først om at de "kommer til behandling" eller "får behandling" når de kommer til kiropraktor, manuellterapeut – eller for den del fysioterapeut, akupunktør eller andre faggrupper. Dette er en viktig distinksjon i fortolkningen av resultatene, for eksempel når brukerne sier at de kommer raskere "til behandling" når de kan gå direkte til kiropraktor eller manuellterapeut. I evalueringen betyr dette imidlertid at de kommer raskere til behandling *hos manuellterapeut eller kiropraktor*. Delutredningen skal presentere brukernes erfaringer og opplevelser – og brukerne er entydige i sin bruk av behandlingsbegrepet. Tiltak som rådgivning, sykmelding eller henvisning videre omtales av brukerne ikke som behandling. Eventuell foreskriving av medikamenter omtales som "medikamentell behandling", eller å "få medisiner". Begrepet behandling benyttes først når brukerne snakker om tiltak som gis og/eller instrueres av manuellterapeut/kiropraktor på dennes institutt/klinikk. Det må imidlertid (igjen) understrekes at det i evalueringen ikke legges til grunn noen antagelse om at pasientenes møte med allmennlege ikke er å forstå som behandling eller en del av behandlingen.

Flere funn i undersøkelsen tyder på at brukerne opplever en oppfyllelse av delmålet om å komme raskere til behandling hos manuellterapeut eller kiropraktor. Av informanter i forsøksfylkene, mener ni av ti at de kommer raskere gjennom systemet som følge av prøveordningen. Drøyt 60 % opplever at systemet totalt sett er blitt mer effektivt. Videre mener 83 % av kiropraktorenes brukere og 68 % av manuellterapeutenes brukere at de opplever raskere bedring av sin tilstand. Utsagn fra fokusgruppediskusjonene forsterker denne oppfatningen. Brukerne opplever at når de kan gå direkte til manuellterapeut eller kiropraktor, iverksettes behandling hos disse raskere. Og rask iverksetting av behandling hos manuellterapeut eller kiropraktor oppleves av mange som vesentlig for utfallet av behandlingen.

Et konkret aspekt relatert til effektiviteten i systemet, er ventetiden brukerne opplever når de oppsøker tjenestene. Ventetid kan forekomme på to ulike tidspunkter; når brukeren tar kontakt for å bestille en time, og når brukeren har ankommet behandlerens kontor for avtalt konsultasjon/behandling. Gjennom fokusgruppediskusjonene fikk vi inntrykk av at dette var et viktig moment, og data fra spørreundersøkelsen viser klart at brukerne opplever lenger ventetid i forbindelse med konsultasjon hos lege enn hos manuellterapeut eller kiropraktor. Dette gjelder både i forsøks- og kontrollfylkene, og det gjelder både tiden det tar før man får en ledig time, og tiden man tilbringer på venterommet. Dette kan imidlertid ha sin naturlige forklaring i at legene har en større andel av øyeblikkelig hjelp i løpet av dagen enn manuellterapeuter og kiropraktorer. De vil således måtte begrense timeavtalene for til en viss grad å ha åpning for akutte behov. I tillegg kan det også utover denne avsatte tiden oppstå situasjoner der en konsultasjon eller behandling tar langt mer tid enn en standard timeavtale, som i utgangspunktet er på 15-20

minutter. Dette er fullt forståelig, og vanskelig å unngå. Brukerne ga også gjennom fokusgruppediskusjonene uttrykk for stor forståelse for at slike situasjoner kan oppstå. Imidlertid vil konsekvensen for brukerne uansett bli den samme: Det tar lenger tid å få en time til undersøkelse eller behandling, og det tar lenger tid på venterommet. For brukerne gir dette negative følger ved at de kommer senere i gang med behandling, og de må eventuelt vente på henvisning (i kontrollfylkene). Videre fremhever de at de får økt fravær fra jobb på behandlingsdagen – hvilket de anser som belastende. Det er imidlertid også forskjell på ventetiden for å få time hos kiropraktorer og manuellterapeuter. Dette kan tyde på at manuellterapeutene i forsøksfylkene i forbindelse med prøveordningen til en viss grad har forsøkt å frigjøre tid for akutte timer.

### 6.5.2 Samarbeid og kommunikasjon

Brukere som allerede har en relasjon til en behandler, er lojale – det vil si at de oftest oppsøker samme behandler på ny. Det er få som veksler mellom å oppsøke manuellterapeut og kiropraktor. Samtidig har de aller fleste også en relasjon til legen. Spørreskjemaundersøkelsen viser imidlertid at legens rolle ser ut til å endre seg noe som følge av forsøksordningen. Blant brukerne i forsøksfylkene vil et flertall oppsøke sin manuellterapeut eller kiropraktor først ved en ny plage, og i enda større grad ved en endring av plagen og ved eventuelt tilbakefall av en tidligere kjent plage. Særlig ved første situasjon, en nyoppstått plage, ser vi at en større andel av brukerne i kontrollfylkene fortsatt velger å oppsøke lege. Gjennom fokusgruppene ble det påpekt av flere at de ønsket å gå til lege dersom de fikk en ny plage eller en endring av en allerede eksisterende plage. Dette kom imidlertid ikke så sterkt til syne i spørreskjemaundersøkelsen. Ulikheter mellom forsøks- og kontrollfylkene viser seg også i spørsmål om hvem brukerne anser som sin viktigste kontaktperson i forhold til muskel- skjelettplager. Til tross for at flertallet er enige i at legen bør ha full oversikt over deres behandling, er brukerne i forsøksfylkene i større grad enn i kontrollfylkene uenige i at legen er deres viktigste kontaktperson, og uenige i at legen først bør vurdere deres plager før de oppsøker manuellterapeut eller kiropraktor. Som en naturlig konsekvens anser de kiropraktoren eller manuellterapeuten som sin viktigste kontaktperson. Et flertall av alle brukerne opplyser at de går til lege kun for å få sykmelding eller rekvisisjon.

Det er imidlertid viktig å understreke at dette *kun* omhandler plager i muskel- skjelettsystemet. Resultatene bør ikke fortolkes dit hen at legen ikke lenger er en viktig kontakt for brukerne, men konkret i forhold til akkurat denne typen plager, anser et flertall av brukerne – spesielt i forsøksfylkene – manuellterapeuten eller kiropraktoren som mer sentral. I særdeleshet gjelder dette kjente plager. Fra fokusgruppene kom det klart frem at det opplevdes unødvendig å gå til legen med en kjent muskel-skjelettplage, især hvis eneste hensikt var å få en rekvisisjon til behandling eller en sykmelding. Imidlertid var informantene her i større grad enn hva fremkommer fra spørreskjemaundersøkelsen opptatt av at de ville oppsøke legen dersom en plage endret karakter, eller det oppstod en ny plage lokalisert til et nytt sted. Begrunnelsen for dette var at legen ble ansett som den ønskede behandler når problemstillingen involverte eliminering av eventuelle andre tilstander (eksempelvis kreft og systemiske sykdommer).

Brukernes inntrykk av samarbeid og kommunikasjon mellom lege, manuellterapeut og kiropraktor er et viktig aspekt ved denne delutredningen. Det klareste funnet i relasjon til dette, er at brukerne i stor grad ikke *vet* hvorvidt deres manuellterapeut eller kiropraktor og deres lege kommuniserer muntlig og/eller skriftlig med hverandre. Av de som angir at de vet, svarer et stort flertall "nei" på spørsmål både om partene sender skriftlig informasjon til hverandre, og om de kommuniserer muntlig. Under 10 % av deltagerne i spørreundersøkelsen hadde hørt om Henvisningsprosjektet hos sin lege. Flertallet svarer også at legen ikke spør hvilken behandling de har fått hos manuellterapeut eller kiropraktor. Endelig er brukerne usikre på hvorvidt ordningen har ført til mer eller mindre samarbeid mellom yrkesgruppene. Imidlertid er det stor grad av enighet om at det er viktig at partene samarbeider, og at dette betinger god kommunikasjon. Selv om mange

ikke vet, stoler en stor andel av brukerne på at partene faktisk utveksler den nødvendige informasjon.

I forskriften om Henvisningsprosjektet heter det i §4 – tredje ledd at etter medlemmets samtykke, skal det oversendes informasjon om utført behandling til medlemmets allmennlege med mindre det er åpenbart unødvendig. I merknadene heter det at det ikke er noe krav at legen holdes løpende orientert under en behandlingsserie, men at det vil være tilstrekkelig at informasjon oversendes etter at pasienten er ferdig behandlet. Det er essensielt at endringene Henvisningsprosjektet medfører ikke bidrar til en undergraving av fastlegeordningen, der en av hensiktene er at legen skal ha en koordinatorrolle, med oversikt over hver enkelt pasients tilstand og behandlingsforløp. Fra fokusgruppediskusjonene ble det også understreket at det ikke var en akseptabel løsning at pasienten selv skulle være ”mellommann” mellom de ulike behandlerne, og selv formidle hva som var gjort av undersøkelser og tiltak. Dette er viktige funn, som må vektlegges ved vurderingen av en eventuell videreføring av forsøksordningen. Brukerne må kunne stole på at partene gjensidig ivaretar ansvaret for å utveksle informasjon om undersøkelse, behandlingstiltak og eventuelle sykmeldinger og henvisninger.

Det kan se ut til at det er noe tettere kontakt mellom leger og manuellterapeuter enn hva det er mellom leger og kiropraktorer. Dette kan være historisk betinget, all den tid behandling hos manuellterapeut inntil relativt nylig var direkte avhengig av henvisning fra lege, mens brukere alltid har kunnet oppsøke kiropraktor uten henvisning. Det kan ikke utelukkes at en del av brukerne som har svart at de ikke vet hvorvidt partene kommuniserer skriftlig med hverandre har vært i en tidlig fase av behandlingen, hvor informasjonsutvekslingen ennå ikke har funnet sted. Dette endrer likevel ikke hovedinntrykket: At det ut fra brukernes erfaringer kan se ut til at informasjonsutvekslingen mellom partene ikke fungerer godt nok per i dag, og at den i for stor grad er avhengig av den enkelte behandleres prioriteringer og syn på sine samarbeidsrelasjoner. Det er viktig å understreke at dette er brukernes oppfatning. Vi kan ikke alene ut fra brukerundersøkelsen fastslå at det ikke utveksles informasjon etter forskriftene. Men dersom det er slik at informasjonsutveksling faktisk finner sted mellom behandlerne, uten at brukerne er informert eller kjenner til det, er dette heller ikke tilfredsstillende.

En eventuell videreføring av forsøksordningen bør derfor vektlegge ytterligere arbeid med å sikre bindende rutiner for informasjonsutveksling mellom leger, manuellterapeuter, kiropraktorer og eventuelt andre involverte profesjoner (i første rekke legespesialister, røntgeninstitutter og fysioterapeuter) – og sørge for at brukerne blir informert om disse rutinene.

### **6.5.3 Kiropraktorer og manuellterapeuters rett til å sykmelde**

Relativt få brukere har erfaring i å være sykmeldt av sin manuellterapeut eller kiropraktor. Av de som sykmeldes, blir majoriteten i begge grupper sykmeldt 1-2 uker. En nedgang i andelen som har vært sykmeldt av lege ble funnet bare blant manuellterapeutenes brukere i forsøksfylkene. De som har blitt sykmeldt av sin lege, er i hovedregelen sykmeldt over noe lenger tid enn de som er sykmeldt av henholdsvis manuellterapeut eller kiropraktor. Tallene kan tyde på at manuellterapeutene i forsøksfylkene ”overtar” noe av korttidssykmeldingene fra legene. Det er imidlertid ingen klare funn på store endringer mellom forsøks- og kontrollfylkene, ut fra andelen som er sykmeldt av lege. Det viktigste funnet blir dermed at både kiropraktorer og manuellterapeuter sykmelder i begrenset grad – og når de sykmelder, sykmelder de i hovedsak for korte perioder.

Fra fokusgruppediskusjonene ble ikke muligheten til å få sykmelding fremhevet som det viktigste ved forsøksordningen, og brukerne var i begrenset grad opptatt av dette aspektet. Sykmeldingsordningen ble omtalt som en praktisk følge av det å kunne gå direkte til manuellterapeut eller kiropraktor – at man slapp å gå ens ærend til legen for sykmelding. Det ble

imidlertid fremhevet at sykmelding fra kiropraktor eller manuellterapeut i større grad kunne kombineres med iverksatt behandling hos manuellterapeut eller kiropraktor, enn sykmelding fra lege. Som illustrert i figur 2 og 3, opplevde brukerne at de unngikk en "venteperiode" med sykmelding før de kunne oppsøke manuellterapeut eller kiropraktor. De fleste brukerne har imidlertid ingen klar formening om hvorvidt det er ulikheter mellom profesjonene med tanke på deres holdning til sykmelding og behandling i sykmeldingsperioden. Det er viktig å se disse betraktningene i lys av tidligere presiseringer rundt brukernes bruk av betegnelsen "behandling".

#### **6.5.4 Kiropraktorer og manuellterapeuters rett til å henvise videre**

Når det gjelder henvisninger videre, har brukerne enda mindre erfaring med dette aspektet enn med sykmeldingsordningen. Kiropraktorer og manuellterapeuter benytter seg i praksis nesten ikke av muligheten til å henvise til fysioterapeut, mens legene gjør dette i noe større grad. Konklusjonen er altså at det henvises lite fra manuellterapeuter og kiropraktorer som følge av forsøksordningen, med et lite unntak for henvisninger til røntgen-, CT-, MR- eller ultralydundersøkelse.

Brukerne mener lite om dette aspektet. Gjennom fokusgruppediskusjonene var det tydelig at dette ikke var veldig sentralt for brukerne, de hadde meget få erfaringer. De ga ved forespørsel uttrykk for at det ikke ville spille noen stor rolle for dem om de ble henvist av lege eller manuellterapeut/kiiropraktor, de hadde tillit til at alle profesjoner kunne ivareta videre henvisning.

#### **6.5.5 Brukernes syn på øvrige følger av forsøksordningen**

Rundt 90 % av informantene fra forsøksfylkene angir at de er helt enige i at de ønsker at prøveordningen skal bli permanent. Dette er imidlertid ikke overraskende. Når informanter i denne type undersøkelse får spørsmål om å vurdere introduksjonen av et nytt tilbud, som ikke eksisterte tidligere, vil et flertall i regelen være positive. For å kunne anvende brukernes syn på ulike sider av ordningen konstruktivt, er det derfor viktig å presentere mer konkrete følger av ordningen brukerne har fremhevet som positive.

Den viktigste effekten ved forsøksordningen er for brukerne helt klart at de kan oppsøke kiropraktor eller manuellterapeut direkte, og likevel få refusjon fra trygden. Dette oppleves effektivt og tidsbesparende. Alle øvrige følger av ordningen er et resultat av denne overordnede endringen. Av de følger brukerne selv fremhever, mener et flertall at ordningen har gjort det enklere for dem som brukere, og at systemet totalt sett er blitt mer effektivt. Videre hevder brukerne at de kommer raskere til behandling hos manuellterapeut og kiropraktor, og at dette kan påvirke deres behandlingsforløp positivt. Et flertall oppgir at de totalt sett har færre konsultasjoner som følge av ordningen. Åtte av ti oppgir at de sparer tid og egenandeler som følge av dette, og dette har stor betydning for dem. En videre konsekvens av dette er at de yrkesaktive er mindre borte fra arbeid som følge av at de går til behandling. Ordningen ser altså ut til å innebære økonomiske og tidsmessige besparelser for brukerne.

### **6.6 Konklusjoner og anbefalinger**

Resultatene fra brukerundersøkelsen kan oppsummeres i følgende punkter:

- Det henvises og sykmeldes lite i Henvisningsprosjektet. Brukerne uttrykker at de har tillit til at kiropraktor eller manuellterapeut kan sykmelde og/eller henvise, og at det er praktisk at de har denne rettigheten. Men de har få erfaringer, og heller ikke sterke synspunkter på dette. Den viktigste endringen for brukerne er helt klart at de kan gå direkte til kiropraktor eller manuellterapeut uten å gå til lege først. Dette oppleves praktisk, effektivt og tidsbesparende.

- Et stort flertall av de som har erfaring med ordningen ønsker at den skal fortsette. Det at informanter i en undersøkelse av denne type responderer positivt på endring, er ikke overraskende, især ikke når det dreier seg om introduksjonen av et nytt tilbud informantene ikke hadde tidligere. Generelt vil et flertall i slike situasjoner si at de er positive. For å kunne anvende resultatene fra denne delutredningen konstruktivt i den videre vurderingen av ordningen, bør man derfor vektlegge de enkelte faktorer ved ordningen informantene fremhever, så vel som dette overordnede positive inntrykket.
- Rollene til lege, kiropraktor og manuellterapeut ser ut til å endres noe, gjennom at legens rolle som primærkontakt i forhold til denne spesifikke diagnosegruppen tones ned. Brukerne synes imidlertid likevel at legen bør ha oversikt over den undersøkelse og behandling de får hos øvrige behandlere. De mener imidlertid ikke nødvendigvis at det er viktig at legen selv også gjennomfører undersøkelse og eventuell behandling/henvisning til annen behandler.
- I sammenheng med ovenstående punkt, fremheves kommunikasjon og samarbeid som viktig. Brukerne gir imidlertid inntrykk av at de ikke vet hvorvidt dette ivaretas godt nok. Dette gir en usikkerhet for brukerne, og kan samtidig representere en trussel mot intensjonen i fastlegeordningen med tanke på fastlegens koordinatorfunksjon. En eventuell videreføring av forsøksordningen til en permanent løsning må derfor sikre rutiner for informasjonsutveksling begge veier, som ivaretar fastlegens funksjon med å ha oversikt over den enkelte pasients behandlingsforløp.

## 7 Delutredning: "Samfunnsøkonomiske besparelse"

### 7.1 Innledning

Dette kapitlet er utarbeidet av forsker Karl-Gerhard Hem.

Målet med denne delutredningen har vært å kartlegge endringer i:

- a) Trygdens utgifter til sykepenger
- b) Bedriftenes kostnader i forbindelse med sykefravær
- c) Pasientenes utgifter

I delutredningen har vi sett på noen av de økonomiske virkningene av henvisningsprosjektet, men har ikke foretatt en total samfunnsøkonomisk analyse. En slik analyse ville i tillegg til disse elementene måtte analysere endringer i effektivitet og kvalitet i helsetjenestene, kostnader til helsetjenestene som ikke betales av trygden, andre kostnader og gevinster for bedriftene og arbeidstakerne, endring i helsetjenestenes resultat (f.eks. i form av økt livskvalitet for pasientene) og en rekke andre konsekvenser (samhandling i helsetjenestene osv.). Noen av disse konsekvensene blir likevel berørt i de andre delutredningene.

Intensjonen med Henvisningsprosjektet har fra Stortingets side vært at man skal oppnå samfunnsøkonomiske besparelser, bl.a. ved at sykefraværet skal bli redusert eller vise en lavere vekst enn man ellers ville ha fått. Vitenskapelig kan vi derfor i beste fall kalle dette en hypotese; Innholdet i delprosjektet har vært å undersøke hvilke konsekvenser forsøksordningen har hatt for sykefravær og sykepengeutbetalinger.

### 7.2 Datakilder

For å kartlegge de økonomiske konsekvenser analyseres utviklingen i totalt, legemeldt sykefravær og folketrygdens utgifter til sykepenger. Det presenteres også tall fra Rikstrygdeverket for antall henvisninger, takstbruk etc. som rapporteres fra manuellterapeuter og kiropraktorer. En indikasjon på endringer i pasientenes utgifter får vi ved å se på endringer i pasientflyten. Dette er kartlagt i registreringsundersøkelsen.

I og med at prosjektet ble igangsatt 1. september 2001 benyttes første halvår 2001 som en baseline. Nyere data er sammenlignet med denne baseline.

For å undersøke en mulig effekt av Henvisningsprosjektet sammenlignes utviklingen i de tre forsøksfylkene med landsgjennomsnittet. Årsaken til at vi i denne delen bruker en slik sammenligning er at vi på en enkel måte har tall for hele landet, og ikke bare opplysninger om de tre kontrollfylkene. På denne måten vil det være enklere å påvise en effekt, og det gjør de statistiske testene mer robuste ved at sammenligningsgrunnlaget utvides.

Analysene er i utgangspunktet avgrenset til å gjelde sykefravær knyttet til muskel-skjelettlidelser (L-diagnoser), fordi det er forskriftsfestet at det er denne pasientgruppen som de to aktuelle behandlergruppene har adgang til å behandle. Sykefravær knyttet til L-diagnoser står for om lag halvparten av det totale sykefravær. Det er imidlertid problematisert, bl.a. i referansegruppen av DnLFs representanter, i hvilken grad dette utgjør en presis avgrensning, i det en del av pasientene kan ha kombinerte lidelser, og det kan forekomme glidning i diagnosesetting. For å undersøke dette er også tall for det totale sykefravær inkludert i analysene.

Sykefraværstatistikken fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå viser totalt sykefravær med legeerklæring, dvs. sykefravær utover egenmeldingsperioden på tre dager<sup>14</sup>. Denne statistikken presenteres i antall tilfeller (antall sykmeldingsperioder) og antall tapte arbeidsdager.

For bedrifter som trer inn i avtalen om et inkluderende arbeidsliv blir det åpnet for at arbeidstakere selv kan sykmelde seg i inntil åtte kalenderdager. Dette innebærer at denne statistikken etter hvert bare dekker fravær lengre enn denne grensen.

Det utarbeides også en tilleggsstatistikk for fravær som er innen egenmeldingsperioden, men denne er ikke fordelt på fylke. Med dagens grense er det egenmeldte sykefraværet på 0,7 %, regnet av mulige arbeidsdager. Tall for dette sykefraværet inngår ikke i presentasjonene i denne rapporten, fordi det ikke kan fordeles på fylke<sup>15</sup>.

Foruten å vurdere det samlede sykefraværet, har vi vurdert Folketrygdens utbetalinger i forbindelse med utbetalinger til sykepenges. Regnskapsdata fra Rikstrygdeverket viser her antall tilfeller og erstattede beløp for både løpende og avsluttede sykefravær. Dataene bygger på bedriftenes refusjonskrav til Folketrygden. Disse refusjonskravene sendes normalt inn etterskuddsvis, i den forstand at bedriftene forskutterer lønn til den sykmeldte for så å sende krav til trygdekontoret. Statistikken presenteres etter bokføringsdato, og vil derfor være vedvarende noe forsinket i relasjon til den reelle utviklingen i sykefraværet, anslagsvis en til to måneder. Vi antar her at denne forsinkelsen er noenlunde konstant over tid, og at den heller ikke er vesentlig forskjellig mellom fylkene.

Statistikk over sykepengeutbetalinger viser antall kroner og antall erstattede dager for sykefravær utover 16 dager. Bedrifter får refundert lønnsutgifter til sykmeldte inntil en grense på seks ganger folketrygdens grunnbeløp, noe som gjelder de aller fleste lønsmottakere. Denne statistikken er en indikasjon på det lengre sykefraværet på 17 dager eller mer, og viser altså trygdens direkte utgifter ved sykefravær.

Et formål med Henvisningsprosjektet har vært å redusere veksten i sykefraværet. Vi undersøker om så er tilfelle ved å sammenligne veksten i sykefraværet i de tre prøv fylkene relativt til landsgjennomsnittet. Ved å sammenligne utviklingen i forsøksfylkene ("de tre i teller") med alle fylkene, ("alle nitten i nevner") inkluderer vi også forsøksfylkene i nevneren. Eventuelle effekter blir på denne måten noe dempet, men på den annen side er denne dempingseffekten nok så moderat. Andelen av befolkningen i forsøksfylkene utgjør omtrent 20% av landet. På denne måten vil eventuelle konklusjoner om mulig effekt av forsøket bli mer konservative enn om man hadde sammenlignet de tre mot de seksten.

Nedenfor presenteres først en analyse av det totale, legemeldte sykefravær. Dernest analyseres trygdens utbetalinger til sykepenges, samt en beregning av endringer i pasientenes utgifter. Det presenteres også en oversikt over de registrerte henvisninger og takstbruk som manuellterapeuter og kiropraktorer har rapportert til de respektive trygdekontor.

### 7.3 Usikkerhetsanalyse

Vi har foretatt analyser for å beregne usikkerheten i resultatene ved hjelp av en enkel simuleringsmodell utformet i et regneark. Datamatrixene viser en tidsserie for hvert fylke. Tre gitte fylker er forsøksfylker.

<sup>14</sup> Se pressemelding <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/>

<sup>15</sup> Utviklingen i det egenmeldte sykefravær viste totalt sett ingen endring siste år (tall for andre kvartal 2003). Se pressemelding <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/>.

Modellen tester om det skjer et "skift" i nivået på tre fylker, relativt til andre fylker, i perioden før 1.9.2001 og til perioden etter denne dato.

Det observerte resultatet, i form av forskjell i endring fra baseline til forsøksperiode mellom forsøksfylkene og gjennomsnittet utgjør "prøvesvaret", dersom man ser dette som et (klinisk) forsøk. Denne forskjellen simuleres, med den samme datamatrikse, for et (nytt) tilfeldig utvalg av tre fylker. Prosessen gjentas 1000 ganger. Vi kan derved se hvor hyppig den reelle observasjonen (prøvesvaret) vil kunne forekomme på en rent tilfeldig måte i denne prosessen. Hvis verdien, eller en høyere verdi, forekommer tilstrekkelig sjelden (f.eks. under en eller fem prosent av tilfellene), vil vi konkludere med at prøvesvaret er signifikant større enn null. Dette vil i så fall indikere at de tre forsøksfylkene har en reell mindretutvikling i sykefravær, sett i forhold til landsgjennomsnittet. Metoden gir også mulighet for å estimere p-verdien (som skal tilsvare sannsynligheten for at prøvesvaret er rent tilfeldig).

Merk at man her har trukket ut – på forhånd – tre gitte fylker. Disse fylkene er i utgangspunktet ikke tilfeldig valgt, men de er plukket ut fordi de representerer en spredning i et sett av variable (se kapittel 1). Verdien som vi undersøker er imidlertid en endring i et gitt utgangsnivå, og vi sammenligner denne endringen i de tre forsøksfylkene med endringen i samtlige fylker. Det har skjedd endringer i mange forhold som vil kunne påvirke sykefraværet i de ulike fylkene. Men de fleste av disse endringer skjer i samtlige fylker, for eksempel innføringen av fastlege, endring i konjunkturer etc. Det er utelukkende i de tre forsøksfylkene at vi innfører virkemidlene i Henvisningsprosjektet. En tilstrekkelig ulik utvikling i disse tre fylkene, sett samlet, vil derfor kunne indikere at prosjektet har hatt en effekt.

#### **7.4 Samlet legemeldt sykefravær**

Statistikken over samlet, legemeldt sykefravær utarbeides i samarbeid mellom Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå, og er oppgitt kvartalsvis. I denne oversikten benytter vi tall for første halvår 2001 som sammenligningsgrunnlag (baseline), i det prosjektet ble iverksatt 1.9.2001. Dernest presenteres en beregning av sykefraværet fra og med fjerde kvartal 2001 til og med andre kvartal 2003, i alt syv kvartaler. Sykefravær for forsøksperioden er beregnet som "gjennomsnittlige halvårstall" for å kunne sammenligne med baseline. På denne måten benytter vi mest mulig av tilgjengelig informasjon samtidig som vi minimaliserer tilfeldige variasjoner i tallene.



### 7.4.1 Fravær knyttet til muskel-skjelettdiagnoser

De tre forsøksfylkene viser samlet sett en tilnærmet identisk utvikling av fraværet knyttet til muskel-skjelettdiagnoser (ICPC: L-diagnoser) i forhold til landsgjennomsnittet (tabell 7.1).

**Tabell 7. 1. Legemeldt sykefravær (3-365 dager). Muskelskjelett-diagnoser. Basert på kvartalsvise tall: Gjennomsnittlig "halvårsvis" fravær**

	1. halvår 2001		4.kv01-2.kv.03		% vekst		Lengde før	Lengde etter	Endring %
	antall tilfeller	tapte dagsverk	antall tilfeller	tapte dagsverk	antall tilfeller	tapte dagsverk			
<b>I alt</b>	<b>352 303</b>	<b>5 686 736</b>	<b>341 246</b>	<b>5 948 467</b>	<b>-3,1</b>	<b>4,6</b>	<b>16,1</b>	<b>17,4</b>	<b>8,0</b>
Østfold	21 100	376 869	19 749	376 727	-6,4	0,0	17,9	19,1	6,8
Akershus	38 107	600 528	36 544	626 593	-4,1	4,3	15,8	17,1	8,8
Oslo	37 400	582 391	37 177	625 290	-0,6	7,4	15,6	16,8	8,0
Hedmark	14 861	260 110	14 541	274 749	-2,2	5,6	17,5	18,9	8,0
Oppland	14 327	250 333	14 134	263 156	-1,3	5,1	17,5	18,6	6,6
Buskerud	19 870	337 102	19 490	358 400	-1,9	6,3	17,0	18,4	8,4
<b>Vestfold</b>	<b>14 505</b>	<b>247 503</b>	<b>14 288</b>	<b>260 624</b>	<b>-1,5</b>	<b>5,3</b>	<b>17,1</b>	<b>18,2</b>	<b>6,9</b>
Telemark	11 882	204 106	10 627	200 535	-10,6	-1,7	17,2	18,9	9,9
Aust-Agder	6 457	111 445	5 809	107 295	-10,0	-3,7	17,3	18,5	7,0
Vest-Agder	10 372	172 138	9 796	180 964	-5,6	5,1	16,6	18,5	11,3
Rogaland	23 586	331 687	23 114	356 430	-2,0	7,5	14,1	15,4	9,7
<b>Hordaland</b>	<b>34 959</b>	<b>548 303</b>	<b>34 849</b>	<b>574 340</b>	<b>-0,3</b>	<b>4,7</b>	<b>15,7</b>	<b>16,5</b>	<b>5,1</b>
Sogn og Fj	8 619	119 152	8 349	127 840	-3,1	7,3	13,8	15,3	10,8
Møre og R.	20 058	299 594	19 185	311 725	-4,4	4,0	14,9	16,2	8,8
Sør-Trønd.	21 396	357 332	20 828	382 844	-2,7	7,1	16,7	18,4	10,1
Nord-Trøn.	10 087	163 938	9 853	178 418	-2,3	8,8	16,3	18,1	11,4
<b>Nordland</b>	<b>21 263</b>	<b>355 181</b>	<b>20 473</b>	<b>366 498</b>	<b>-3,7</b>	<b>3,2</b>	<b>16,7</b>	<b>17,9</b>	<b>7,2</b>
Troms	15 543	250 954	15 079	254 083	-3,0	1,2	16,1	16,9	4,4
Finnmark	7 911	118 070	7 360	121 957	-7,0	3,3	14,9	16,6	11,0
<b>Forsøk</b>	<b>70 727</b>	<b>1 150 987</b>	<b>69 610</b>	<b>1 201 462</b>	<b>-1,6</b>	<b>4,4</b>	<b>16,3</b>	<b>17,3</b>	<b>6,1</b>
<i>Kontroll</i>	<i>60 229</i>	<i>959 510</i>	<i>57 942</i>	<i>987 240</i>	<i>-3,8</i>	<i>2,9</i>	<i>15,9</i>	<i>17,0</i>	<i>7,0</i>

Antall tapte dagsverk økte totalt sett med 4,6 %, mens forsøksfylkene hadde en økning på 4,4 %. Det var noe variasjoner mellom de ulike forsøksfylkene: I Vestfold økte dette sykefraværet med 5,3 %, i Hordaland med 4,7 % mens det i Nordland økte med 3,2 %.

Det er vanskelig her å skille mellom den totale utviklingen, og utviklingen i forsøksfylkene. For forsøket totalt vil vi tolke dette som en tilnærmet identisk utvikling. En interessant observasjon er at *kontrollfylkene* i denne oversikten viser en noe lavere vekst i sykefraværet enn i de andre fylkene, noe som skyldes en gunstig utvikling i Østfold.

I disse tabellene er det oppgitt både antall dager og antall tilfeller av sykefravær. Hensikten har vært å kunne analysere både det totale sykefravær (målt ved antall tapte dager), og antall forekomster. Forholdet mellom disse skulle indikere lengden på hvert enkelt sykefravær. Imidlertid viser det seg at registreringsmåten i trykkesystemet ble endret midt i forsøksperioden, slik at antall og lengde på sykefravær ikke er direkte sammenlignbare før og etter ca 1.8.2002. Det er derfor ikke mulig å trekke generelle konklusjoner om endringer i *lengden* på sykefravær ut fra disse data. På den annen side ble denne registreringsendringen gjennomført på samme tid i alle fylker. Det har derfor likevel en viss interesse å sammenligne fylkene på dette i *vår* sammenheng,

i det de relative forholdene mellom fylkene skal være inntakt. Merk at på tross av denne registreringsendringen er antall dager korrekt oppgitt.

Med dette som bakgrunn kan vi observere at sykefraværenes gjennomsnittlige lengde har hatt en noe lavere økning i forsøksfylkene enn på landsbasis, mens antall har hatt en lavere nedgang. I sum utlignet dette hverandre, og det ga altså en tilnærmet identisk utvikling i legemeldt sykefravær knyttet til muskelskjelett-diagnoser i forsøksfylkene og landet sett under ett, målt i antall sykefraværsdager.

#### 7.4.2 Fravær for alle diagnosegrupper samlet

De tre forsøksfylkene har en mindre vekst i samlet sykefravær – alle diagnosegrupper – enn landsgjennomsnittet (tabell 7.2).

**Tabell 7. 2. Legemeldt sykefravær (3-365 dager). Alle diagnoser. Basert på kvartalsvise tall: Gjennomsnittlig "kvartalsvis fravær"**

	1. halvår 2001		4.kv01-2.kv.03		% vekst		Lengde før	Lengde etter	Endring %
	antall tilfeller	tapte dagsverk	antall tilfeller	tapte dagsverk	antall tilfeller	tapte dagsverk			
<b>I alt</b>	<b>996 414</b>	<b>12 814 323</b>	<b>953 220</b>	<b>13 621 396</b>	<b>-4,3</b>	<b>6,3</b>	<b>12,9</b>	<b>14,3</b>	<b>11,1</b>
Østfold	59 028	823 056	54 701	854 721	-7,3	3,8	13,9	15,6	12,1
Akershus	119 558	1 449 012	113 208	1 548 223	-5,3	6,8	12,1	13,7	12,8
Oslo	122 909	1 506 640	120 887	1 623 119	-1,6	7,7	12,3	13,4	9,5
Hedmark	39 991	551 204	38 445	592 740	-3,9	7,5	13,8	15,4	11,9
Oppland	39 159	539 567	37 723	578 481	-3,7	7,2	13,8	15,3	11,3
Buskerud	57 343	754 496	53 841	801 581	-6,1	6,2	13,2	14,9	13,2
<b>Vestfold</b>	<b>43 230</b>	<b>587 905</b>	<b>41 837</b>	<b>626 081</b>	<b>-3,2</b>	<b>6,5</b>	<b>13,6</b>	<b>15,0</b>	<b>10,0</b>
Telemark	35 362	485 738	32 878	507 510	-7,0	4,5	13,7	15,4	12,4
Aust-Agder	19 384	266 513	17 519	272 109	-9,6	2,1	13,7	15,5	13,0
Vest-Agder	31 127	422 746	28 388	446 931	-8,8	5,7	13,6	15,7	15,9
Rogaland	67 533	788 620	69 128	877 696	2,4	11,3	11,7	12,7	8,7
<b>Hordaland</b>	<b>99 677</b>	<b>1 237 660</b>	<b>95 315</b>	<b>1 290 590</b>	<b>-4,4</b>	<b>4,3</b>	<b>12,4</b>	<b>13,5</b>	<b>9,0</b>
Sogn og Fj	22 671	258 106	21 208	272 733	-6,5	5,7	11,4	12,9	13,0
Møre og R.	49 471	614 945	47 576	650 477	-3,8	5,8	12,4	13,7	10,0
Sør-Trønd.	56 966	773 419	54 650	821 460	-4,1	6,2	13,6	15,0	10,7
Nord-Trøn.	24 550	319 266	23 724	354 315	-3,4	11,0	13,0	14,9	14,8
<b>Nordland</b>	<b>52 228</b>	<b>708 147</b>	<b>48 667</b>	<b>741 502</b>	<b>-6,8</b>	<b>4,7</b>	<b>13,6</b>	<b>15,2</b>	<b>12,3</b>
Troms	37 252	488 872	35 679	509 727	-4,2	4,3	13,1	14,3	8,9
Finnmark	18 975	238 411	17 838	251 436	-6,0	5,5	12,6	14,1	12,2
<b>Forsøk</b>	<b>195 135</b>	<b>2 533 712</b>	<b>185 818</b>	<b>2 657 973</b>	<b>-4,8</b>	<b>4,9</b>	<b>13,0</b>	<b>14,3</b>	<b>10,2</b>
Kontroll	163 813	2 100 548	159 509	2 242 144	-2,6	6,7	12,8	14,1	9,6

Antall tapte dagsverk økte totalt sett med 6,3 %, mens forsøksfylkene hadde en økning på 4,9 %. I Vestfold økte totalt sykefravær med 6,5 %, i Nordland 4,7 % og i Hordaland med 4,3 %.

Forskjellen på i alt 1,4 prosentpoeng er testet i simuleringsmodellen (se avsnitt 7.3). Det viser seg at denne forskjellen tilsvarer en p-verdi på 0,157. Det betyr at dette resultatet ikke er statistisk signifikant, selv ikke om man velger et normalt nivå som vanligvis settes lik 0,05. Det observerte resultatet vil, med ca 16 % sannsynlighet, kunne bli observert dersom man trakk tre tilfeldige fylker. Normalt settes grensen ved 5 %.

Forskjellen er imidlertid i den samme retning som hypotesen tilsier.

Totalt viste forsøksfylkene en noe lavere vekst i lengden på det gjennomsnittlige sykefravær. Samtidig hadde de også en større nedgang i antall tilfeller. Dette betyr at den observerte mindretviklingen i dette sykefraværet både skyldes færre sykmeldinger og kortere sykmeldinger, relativt til utviklingen på landsbasis.

## 7.5 Trygdens utgifter til sykepenger

Rikstrygdeverkets statistikk over utbetalinger til sykepenger er oppgitt på månedsbasis for perioden januar 2001 til og med august 2003. Arbeidsgiver sender fortløpende inn refusjonskrav til det aktuelle trygdekontor, gjerne noe i etterkant av det aktuelle sykefravær. Man antar derfor at denne statistikken vedvarende er ca en til to måneder forsinket i forhold til det reelle sykefraværet. Baseline er her derfor satt til perioden januar til og med august 2001. Forsøksperioden regner vi fra og med november 2001 til og med august 2003. For å kunne sammenligne er tallene omgjort til gjennomsnittlig månedsutbetalinger i de to periodene.

### 7.5.1 Fravær knyttet til muskel-skjelettdiagnoser

De tre forsøksfylkene viser samlet sett en noe lavere vekst i utbetaling av sykepenger knyttet til L-diagnoser i forhold til landsgjennomsnittet (tabell 7.3).

**Tabell 7.3. Sykepenger relatert muskel-skjelettdiagnoser. Kroner: Gjennomsnittlig månedlig utbetaling og endring i prosent**

	2001: jan - aug	nov 2001 – aug 2003	Endring (%)
<b>I alt</b>	<b>888 852 070</b>	<b>1 003 163 073</b>	<b>12,9</b>
<i>Østfold</i>	57 261 395	64 091 866	11,9
Akershus	88 017 568	99 623 006	13,2
Oslo	84 463 465	95 349 806	12,9
Hedmark	40 178 756	46 278 699	15,2
Oppland	39 801 752	45 558 651	14,5
Buskerud	50 518 460	57 492 525	13,8
<b>Vestfold</b>	<b>40 130 923</b>	<b>45 329 243</b>	<b>13,0</b>
Telemark	33 204 258	37 914 902	14,2
Aust-Agder	18 348 584	19 664 229	7,2
Vest-Agder	28 662 826	32 177 834	12,3
<i>Rogaland</i>	49 991 913	58 356 500	16,7
<b>Hordaland</b>	<b>80 074 995</b>	<b>88 760 885</b>	<b>10,8</b>
Sogn og Fjordane	18 950 728	21 836 169	15,2
Møre og Romsdal	49 547 111	56 199 180	13,4
Sør-Trøndelag	54 252 940	61 897 411	14,1
Nord-Trøndelag	27 806 913	31 682 631	13,9
<b>Nordland</b>	<b>59 711 208</b>	<b>65 824 392</b>	<b>10,2</b>
<i>Troms</i>	42 747 151	46 364 355	8,5
Finnmark	20 515 911	22 506 288	9,7
<b>Forsøk</b>	<b>179 917 126</b>	<b>199 914 520</b>	<b>11,1</b>
<i>Kontroll</i>	150 000 459	168 812 721	12,5

Den observerte prosentdifferansen er her på 1,8 prosentpoeng ( $p=0,087$ ). Dette innebærer at den observerte forskjellen ikke er signifikant, men det gir en indikasjon på en mulig sammenheng.

### 7.5.2 Fravær for alle diagnosegrupper samlet

For samlet fravær viser de tre forsøksfylkene en reelt sett lavere utvikling av sykepenger i forhold til landsgjennomsnittet (tabell 7.4), og forskjellen er her noe større enn for L-diagnosene alene: 2,4 prosentpoeng ( $p=0,03$ ). Det er med andre ord en signifikant forskjellig utvikling i sykepengeutbetalingene i forsøksfylkene for alle diagnosene samlet i forhold til landsgjennomsnittet.

**Tabell 7.4. Sykepenger relatert alle diagnoser. Kroner: Gjennomsnittlig månedlig utbetaling og endring i prosent**

	<b>2001:</b> jan - aug	nov 2001 – aug 2003	<b>Endring (%)</b>
I alt	1 856 930 928	2 130 018 444	14,7
Østfold	117 550 917	133 634 137	13,6
Akershus	195 309 032	227 053 699	16,0
Oslo	203 156 593	235 783 091	16,0
Hedmark	78 998 983	92 325 709	16,4
Oppland	79 757 733	91 813 916	14,7
Buskerud	104 739 096	121 256 186	15,5
<b>Vestfold</b>	<b>89 154 628</b>	101 691 826	<b>13,9</b>
Telemark	73 089 017	82 264 207	12,5
Aust-Agder	40 694 224	46 303 502	13,5
Vest-Agder	65 764 128	75 533 222	14,7
Rogaland	111 378 673	131 694 395	18,0
<b>Hordaland</b>	<b>167 546 136</b>	186 774 475	<b>11,4</b>
Sogn og Fjordane	38 345 751	43 901 248	14,1
Møre og Romsdal	95 449 323	110 193 789	15,0
Sør-Trøndelag	111 502 155	126 472 872	13,3
Nord-Trøndelag	50 117 565	58 434 816	16,4
<b>Nordland</b>	<b>111 574 701</b>	125 171 062	<b>12,1</b>
Troms	77 302 848	86 163 096	12,2
Finnmark	37 761 861	42 533 969	12,3
<b>Forsøk</b>	<b>368 275 465</b>	413 637 363	<b>12,3</b>
<i>Kontroll</i>	<i>306 232 439</i>	<i>351 491 628</i>	<i>14,8</i>

Den observerte forskjellen indikerer at Henvissingsprosjektet har en viss innflytelse på de samlede sykepengeutbetalingene. Forskjellen viser seg i litt mindre grad om man ser direkte på L-diagnoser, og er altså sterkere – og klart signifikant – om man inkluderer alle diagnoser. Dette impliserer at den halvdelen av sykefraværet som *ikke* innebefattes av L-diagnosene har en enda større forskjell i utvikling i forsøksfylkene enn i de andre fylkene.

### 7.6 Endring i pasientflyt og bruk av primærlege – pasientenes utgifter

Registreringsundersøkelsen som er foretatt blant manuellterapeutene og kiropraktorene viser at en større andel av pasientene nå kommer direkte til behandler uten først å ha konsultert en lege (se registreringsundersøkelsen og brukerundersøkelsen). Denne endringen i pasientflyten kan ikke direkte observeres i trygdens regnskaper, fordi konsultasjonstaksten for allmennlegen utelukkende består av en egenandel (kr 114). Trygdens utgifter er således uforandret av denne endringen. Et unntak er dersom pasienten oppsøker en lege som er spesialist i allmennmedisin: trygdekontoret dekker i dette tilfellet takst 2dd. Et annet unntak er når pasienten har frikort, det vil da bli refundert også egenandelstaksten fra trygdekontoret.

Den totale takstbruken blir ikke fortløpende registrert ved oppgjørskontorene, men det blir foretatt en halvårlig utvalgsundersøkelse for å vurdere samlet utvikling i takstbruken. Disse utvalgsundersøkelsene er trolig lite egnet til å vurdere den fylkesvise variasjonen i takstbruken<sup>16</sup>.

Pasienten vil spare egenandel ved å gå direkte til behandler, foruten at man sparer tid på å bestille time og oppsøke legen. Andelen av pasienter som har henvisning fra lege går ned. Dette viser en klar endring i pasientstrømmene. Nedenfor blir det anslått hva innsparingen vil bestå i når det gjelder utgifter til legekonsultasjoner.

Av manuellterapeutenes pasienter kommer nå 46 % via lege, mens tallet før forsøket ble iverksatt var 71 % (se avsnitt 4.11). Dette utgjør en nedgang på 25 prosentpoeng, og betyr at hver fjerde pasient nå "hopper over et ledd" i den tradisjonelle helsekjeden. For pasienter hos kiropraktor har nedgangen vært fra 36 % til 25 %. Sammenlignet med perioden før Henvisningsprosjektet ble startet sparer altså disse pasientene en egenandel hos lege (kr 114), forutsatt at de ikke i etterkant likevel må til lege av andre årsaker.

Hver kiropraktor behandler i forsøksfylkene gjennomsnittlig omkring 19 pasienter daglig og manuellterapeutene 14 pasienter (fra registreringsundersøkelsen). Om vi antar at hver behandling både for manuellterapeutene og kiropraktorene i gjennomsnitt består i 7 behandlinger<sup>17</sup>, vil det si at gjennomsnittlig noe over to pasienter kommer til behandling hver dag. Et arbeidsår består vanligvis av ca 230 arbeidsdager. Det betyr at behandlerne i gjennomsnitt mottar 460 pasienter årlig som skal starte sin behandling.

I forsøksfylkene er det registrert 55 kiropraktorer og 41 manuellterapeuter. Altså er det grovt sett 44 000 (25 000 + 19 000) pasienter til disse hvert år som kommer starter sin behandling. For kiropraktorpasienter utgjør dette totalt 2 500 færre legekonsultasjoner (25 000 \* 10 %) og for manuellterapeutenes pasienter 4 500 færre legekonsultasjoner (18 900 \* 24 %) hvert år.

For forsøksfylkene utgjør dette en besparelse for pasientene utelukkende i egenandel betalt hos lege på vel 800 000 kroner. På landsbasis vil dette kunne utgjøre omkring fire millioner kroner årlig, forutsatt at den samme effekt vil oppstå også i de andre fylkene ved å innføre en lignende ordning.

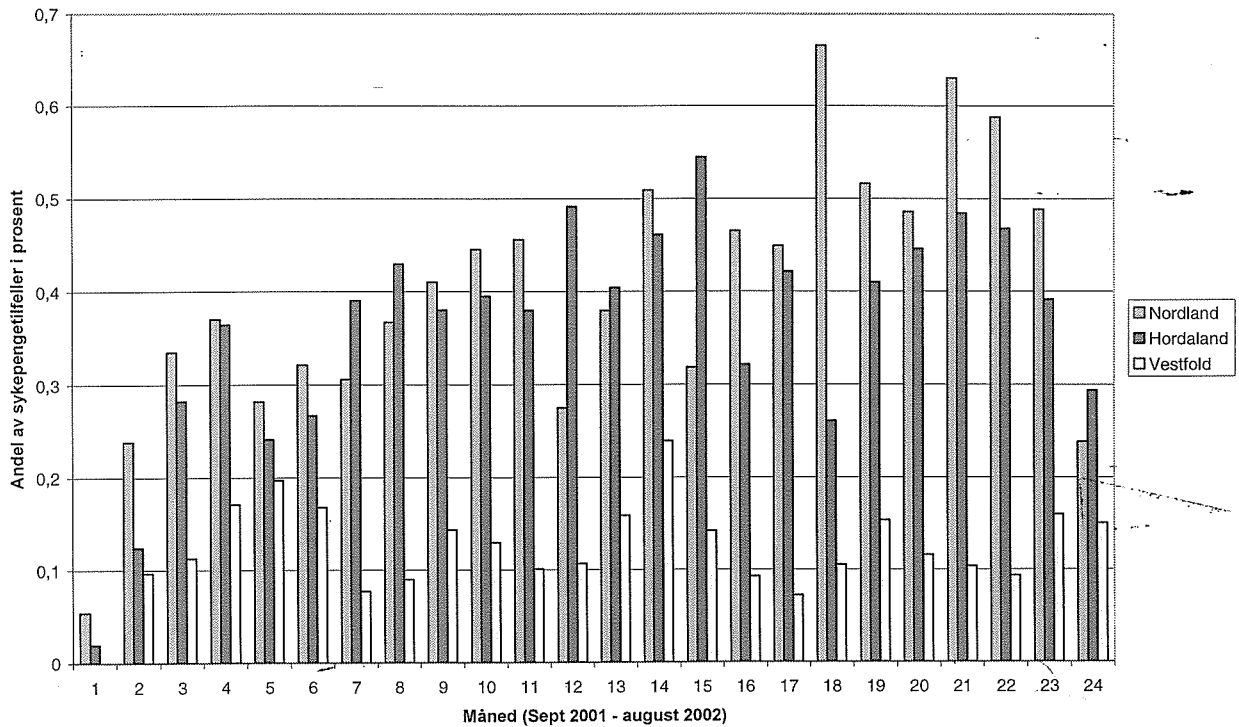
I tillegg til pasientenes innsparinger vil man kunne få en innsparing på trygdebudsjettet for refusjoner for disse konsultasjoner. Disse innsparingene er ikke tallfestet her, men de vil i praksis være i en noe mindre størrelsesorden enn pasientenes innsparinger.

### **7.7 Sykmeldinger, henvisninger og aktivitet for manuellterapeuter og kiropraktorer**

Det er registrert et lite antall sykmeldinger i forbindelse med sykepengeutbetalinger fra kiropraktorer og manuellterapeuter i de deltakende fylkene i forsøksperioden (figur 7.1). Kilde: Rikstrygdeverket (sykepengefilen).

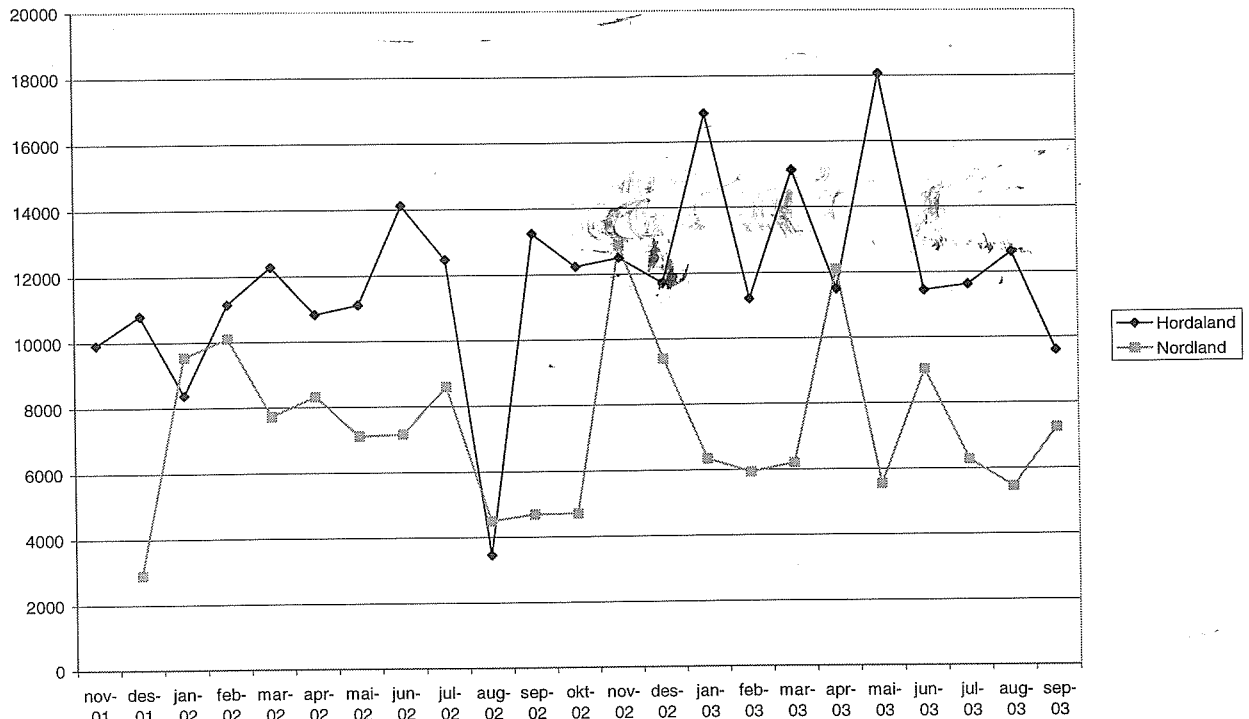
<sup>16</sup> Ref. Per Øivind Gaardsrud, Rikstrygdeverket, pers. meddelelse

<sup>17</sup> Opplyst på referansegruppemøtet i Rikstrygdeverket



**Figur 7.1. Andelen av sykepenger der kiropraktorer eller manuellterapeuter foretar sykmelding, relatert til alle tilfeller av sykepenger. Prosent. Data fra sykepengeregisteret i Rikstrygdeverket.**

Dette resultatet samsvarer også med resultatene fra brukerundersøkelsen, i det i den grad de to behandlergruppene sykmelder er de som oftest relatert til sykmelding opp til to uker.



**Figur 7.2. Kiropraktorer og manuellterapeuter. Antall behandlinger registrert ved oppgjørskontorene etter måned**

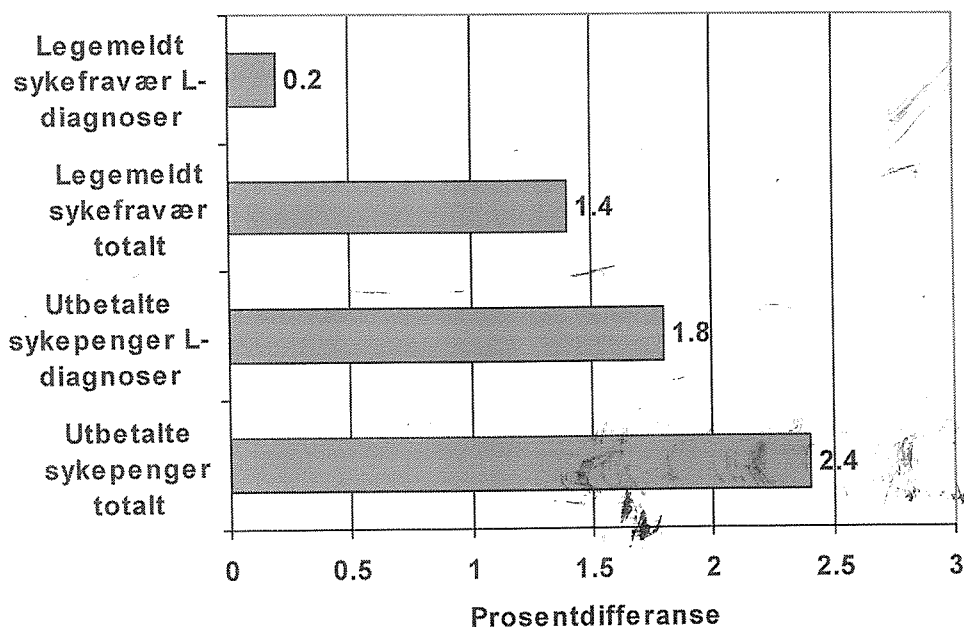
Totalt er det registrert nesten 440 000 behandlinger i Hordaland og i Nordland. Figuren viser en jevn aktivitet i Nordland, og en liten økning i Hordaland i forsøksperioden<sup>18</sup>. Dette er resultatene fra et eget registreringskjema som de to behandlergruppene har sendt inn i forbindelse med økonomisk oppgjør fra trygdekontorene. Også utviklingen i antall takster som utløses viser en lignende utvikling.

Det er registrert i alt omkring 5.400 henvisninger videre til fysioterapi, dette utgjør 1,2 % av behandlingene. På tilsvarende måte viser disse data at det er henvist til radiologi i vel 4000 tilfeller (0,9 % av behandlingene) og 3600 henvisninger til kirurgisk undersøkelse (0,8 %). Til sammen blir det sendt henvendelser videre til spesialist ved i vel 3 % av behandlingene.

Tallene viser at kiropraktorer og manuellterapeuter i svært liten grad henviser pasientene videre i behandlingsskjeden, noe som også resultatene fra registreringsundersøkelsen viser.

### 7.8 Oppsummering – økonomiske analyser

Denne gjennomgangen av sykefraværstatistikk og regnskapsdata fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå viser at Henvisningsprosjektet i liten grad påvirker utviklingen i totalt legemeldt sykefravær når det gjelder L-diagnoser, men at prosjektet kan ha bidratt til å redusere utgiftene totalt sett over trygdebudsjettet (figur 7.3).



**Figur 7.3. Prosentforskjeller i utvikling i sykefravær i forsøksfylkene relatert til gjennomsnittlig utvikling**

Utbetalingene til sykepenger totalt viser en vekst i forsøksfylkene som er 2,4 prosentpoeng lavere enn på landsbasis, og dette er en signifikant forskjell ( $p = 0,03$ ). Utviklingen i de tre andre indikatorene som er undersøkt viser en mindre forskjell enn dette.

Oppsummeringsvis vil vi anslå at Henvisningsprosjektet kan ha bidratt til å redusere de totale utbetalingene til sykepenger med mellom en og to prosent i forsøksperioden.

<sup>18</sup> Data fra Vestfold er ikke tilgjengelig.

Pasientene har hatt en innsparing når det gjelder egenandel hos lege i størrelsesorden 800 000 kroner pr. år i forsøksperioden.

## 7.9 Drøfting

Spørsmålet er om Henvisningsprosjektet bidrar til å redusere (veksten i) sykefraværet eller om det ikke har noen effekt på sykefraværet. Hvis dataene hadde gitt oss krystallklare resultater hadde svaret vært enkelt. Et svar er at Henvisningsprosjektet i liten grad påvirker det totale sykefraværet. Men kan vi si at de data vi har samlet inn støtter hypotesen om at forsøket overhodet ikke påvirker fraværet? Så enkelt er det nok ikke.

Det er viktig her å skille mellom statistisk signifikans, og bevis på at det ikke foreligger noen effekt (Altman og Bland, 1995). En konvensjon her er at P-verdier  $> 0,05$  kalles "ikke signifikant", men dette må ikke feiltolkes som at det ikke foreligger en sammenheng ("negativt funn"). Selv om ikke alle resultatene er statistisk signifikante vil man likevel kunne hevde at resultatene *indikerer* en mulig effekt på samlet sykefravær, og på sykepengeutbetalingene.

Fordi de to aktuelle behandlergruppene sjelden sykmelder vil man ikke forvente en svært stor effekt<sup>19</sup>. Dataene viser at veksten i sykefraværet i de tre forsøksfylkene samlet er lavere enn landsgjennomsnittet. Men forskjellen, regnet i prosent, er ikke så veldig stor. Regnet i penger er det likevel tale om betydelige beløp. Hvor stor skulle forskjellen være, før en eventuelt kunne si at det her er en mulig sammenheng? Dette henger sammen med spørsmålet om de data man har observert, like gjerne kunne ha skyldtes rene tilfeldigheter. Både nivået og endringstakten i sykefraværet i det enkelte fylke viser over tid en viss variasjon, som kan synes tilfeldig. Ved å ta hensyn til denne empiriske variasjonen kan man benytte statistiske metoder for å besvare spørsmålet: I hvilken grad er det sannsynlig at det observerte resultatet kan skyldes rene tilfeldige variasjoner? Det er dette vi har gjort med de observerte tallene for sykefravær og for trygdens utbetalinger til sykepenger. For den ene tidsserien: Totale utbetalinger til sykepenger, finner vi en klar statistisk signifikant forskjell.

Dette betyr ikke at vi har "bevist" at Henvisningsprosjektet har den ønskede effekt. I særlig grad skal vi være skeptiske, fordi den mest relevante delen av utbetalingene – den som skyldes muskelskjelettsykdommer – ikke i samme grad viser en like klar forskjell som totalbeløpet. Men den observerte forskjell er også her i den samme retning som i totaltallet. Likevel viser disse beregningene at det er en nokså liten sannsynlighet (3%) for at de observerte tallene kan skyldes rene tilfeldigheter.

Bruken av L-diagnoser som indikator for sykmelding innenfor den gruppen pasienter som manuellterapeuter og kiropraktorer behandler har tidligere vært problematisert. Det er en kjent problemstilling at disse pasientene vil kunne figurere både på L- og P-diagnosestatistikken<sup>20</sup>. Årsaker til dette er at pasientene har sammensatte lidelser og at de forskjellige yrkesutøverne legger ulik vekt på den fysiske eller den psykiske komponenten i sykdommen. Hvilken diagnosegruppe som velges, vil også kunne være situasjonsbetinget.

Hos pasientene som kommer til manuellterapeut eller kiropraktor, vil oftere de fysiske komponentene i sykdommen vektlegges og pasienten får en L-diagnose. Forskriftene til Henvisningsprosjektet sier at pasientene skal ha sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskelskjelettsystemet. De pasientene som kommer direkte til manuellterapeut og kiropraktor vil med andre ord få en L-diagnose, og muligheten for at samme pasient ville ha fått for eksempel en P-diagnose hos legen, er tilstede.

<sup>19</sup> De har heller ikke anledning til å sykmelde i mer enn åtte uker.

<sup>20</sup> Psykiske lidelser (ICPC)



Hvis disse pasientene etter behandling hos manuellterapeut/kiropraktor oppsøker lege for å få sykmelding, vil de muntlig eller skriftlig kunne formidle til legen at de har fått en L-diagnose. Dette kan føre til at L-diagnosen opprettholdes og kan være en forklaring på at L-diagnosene har en tilnærmet identisk utvikling i prøvefylkene som landsgjennomsnittet, mens sykepengene relatert til alle diagnosegrupper samlet viser mindre vekst i forsøksfylkene.

#### *Økonomiske konsekvenser*

Dersom sykefraværet – og da i særlig grad langtidsfraværet som trygden belastes det meste av – ble redusert i den størrelsesorden vi her har sett, hvilke totale økonomiske konsekvenser ville dette medføre? Vi tar her utgangspunkt i utbetalte sykepenger i 2002, 26 milliarder kroner<sup>21</sup>. Om vi kan få en mindreutvikling i dette beløpet på 1 % i året vil dette innebære en årlig innsparing på 260 millioner kroner, regnet på trygdebudsjettet.

#### *Hvem sparer*

Det er i disse analysene indikert en innsparing i trygdens utbetalinger til sykepenger, mens når man ser på tall for det totale, legemeldte sykefravær er forskjellen ikke særlig stor. Dette indikerer at det primært er trygden som vil kunne oppleve en økonomisk gevinst ved ordningen, i det det korte fraværet – hvor arbeidsgiver dekker lønn til den sykmeldte ikke er påvirket eller endog kan være noe øket. Det påløper likevel bedriftsøkonomiske kostnader utover sykelønn også ved langtids sykefravær: Kostnadene ved sykefravær er tidligere beregnet til om lag 1700 kroner pr. fraværsdag, eksklusive lønn til den sykmeldte (Hem 2000). Det vil derfor også være gunstig for bedriftene å redusere langtids sykefravær.

Det er få registrerte sykmeldinger hos manuellterapeuter og kiropraktorer, og de henviser i liten grad videre i behandlingsskjeden. Registreringsundersøkelsen som viser at omkring en firedel av manuellterapeutenes pasienter og en tidel av kiropraktorenes pasienter nå har "hoppet over" legebesøk før de konsulterer behandler. Dette betyr at de sparer både tid og penger. Det kan også bety at de kommer raskere til behandling. Dette er i samsvar med en tidligere undersøkelse blant kiropraktorpasienter der det er sammenlignet pasienter med og uten henvisning (Kilvær et.al., 1997). Undersøkelsen viste at sykmeldte pasienter uten henvisning hadde vært sykmeldte i 8,5 dager, mens de med henvisning hadde vært sykmeldte i gjennomsnittlig 22,9 dager.

Det er beregnet at pasientene i forsøksfylkene vil spare 800 000 kroner årlig i egenandeler hos lege, og dersom effekten blir tilsvarende på landsbasis utgjør dette fire millioner kroner i innsparing. Den totale økonomiske virkningen av dette vil primært være at primærlegen blir avlastet konsultasjoner, at pasientene kommer forttere til det de selv mener er riktig behandler og at både lege og pasient sparer tid. Dette kan igjen få betydning for sykefravær, og raskere tilheling av sykdommen.

Har vi påvist en økonomisk effekt? Den er jo i alle fall ikke så stor regnet i prosent, men det kunne vi vel heller ikke vente. En svakhet med evalueringsformen som benyttes er at en liten endring i legenes praksis vil føre til store utslag på statistikken, mens store endringer fra manuellterapeutene og kiropraktorene får små utslag på statistikken. Hvis legene av en grunn justerer sin praksis over mot noe mer bruk av L-diagnoser, kan dette gi betydelig utslag. Et eksempel på mulig årsak til slik justering av praksis er prosjekter i Vestfold med tilbud til pasienter med L-diagnoser. Det vil muligens føre til at legene henviser og sykmelder med L-diagnose i stedet for P-diagnose. Ved å legge sykepenger relatert til alle diagnosegrupper til grunn for evalueringen av prosjektet er *en* mulig svakhet eliminert.

<sup>21</sup> Se trygdestatistisk årbok, tab 6.4. [http://www.trygdeetaten.no/Trygdeetaten/Pub/trygdestatistisk\\_aarbok\\_2003.pdf](http://www.trygdeetaten.no/Trygdeetaten/Pub/trygdestatistisk_aarbok_2003.pdf)

Målsettingen for de presenterte analysene er å påvise eller avkrefte hvorvidt det har skjedd en *endring* i sykefraværet – og hvorvidt utviklingen i forsøksfylkene i forhold til andre fylker er ulik. Dette designet kan aldri «bevise» at det er Henvisningsprosjektet som er *direkte* årsak til en eventuell ulik utvikling.

## 7.10 Oppsummering og konklusjoner

### *Hovedfunn:*

- Utviklingen i sykefraværet i forsøksfylkene viser en mindre utvikling i forhold til landsgjennomsnittet, både målt ved totalt, legemeldt sykefravær (3-365 dager) og ved sykepengene (17-365 dager).
- Dette funnet går i den samme retning som vist i en tidligere rapport, men utslagene er mindre. Fordi vi nå har data fra en lengre tidsperiode, kan vi trekke sikrere konklusjoner.
- Utviklingen i legemeldt sykefravær (4-365 dager) knyttet til muskel-skjelettsykdommer viser en tilnærmet identisk utvikling i forsøksfylkene relatert til landsgjennomsnittet.
- Utviklingen i trygdens utbetalinger til sykepengene (relatert til det lengre sykefravær 17-365 dager) viser en noe lavere vekst i forsøksfylkene, når det gjelder den del som er knyttet til muskel-skjelettsykdommer. Forskjellen er imidlertid ikke signifikant ( $p=0,087$ ).
- Totalt sykefravær, der vi inkluderer alle diagnosegrupper, vokser noe mindre i forsøksfylkene enn for landet totalt. Forskjellen er på 1,4 prosentpoeng, men ikke stor nok til at man kan kalle det en signifikant forskjell ( $p = 0,157$ ).
- Sykepengene – relatert til alle diagnosegrupper samlet – viser mindre vekst i de tre forsøksfylkene. Prosentdifferansen er her 2,4 prosentpoeng ( $p = 0,03$ ).
- Det er til dels store ulikheter mellom fylkene når det gjelder utviklingen i sykefraværet, dette gjelder også for forsøksfylkene. Det er også fylker som har en lavere vekst i sykefraværet enn forsøksfylkene.

### *Hovedkonklusjon:*

- Henvisningsprosjektet kan ikke vise til en stor virkning på sykefravær direkte knyttet til muskel-skjelettsykdommer. Likevel har det samlede sykefraværet i forsøksfylkene hatt en vekst som er mellom en og to prosentenheter lavere enn i resten av landet, regnet over en toårsperiode. Dette er en statistisk signifikant forskjell, og det gir en indikasjon på en sammenheng med forsøket.

## 8 Diskusjon og konklusjon

Det ble ikke formulert eksplisitte mål for forsøksordningen under stortingsbehandlingen. Ut fra Dok. nr. 8:34 (1998-99), Innst. nr. 202 (1998-99) og behandlingen av innstillingen, definerte Rikstrykdeverket følgende målsetninger:

- *Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet*
- *Mer fornøyde brukere*
- *Samfunnsøkonomiske besparelser*

Følgende synspunkter og intensjoner kom til uttrykk i innstillingen og stortingsdebatten:

- *nødvendig med utnyttelse av knappe helsekroner*
- *målrettet og effektiv utnyttelse helsepersonell*
- *helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for*
- *tidsbesparelse for lege dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut bortfaller*
- *tidsbesparelse for lege dersom kiropraktor og manuellterapeut kan henvise direkte til spesialist*
- *innsparinger for pasient (egenandel) og for folketrygden (refusjoner i forbindelse med legehonorar)*
- *raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller*
- *raskere igangsatt behandling fører til at man unngår kroniske tilstander*
- *raskere igangsatt behandling fører til færre sykmeldingsdager*
- *færre sykmeldingsdager betyr besparelser i sykelønn og sykepenger*
- *primærlegen skal ha den faglige oppgaven med å vurdere pasienten i en bredere medisinsk sammenheng*
- *primærlegen kan ivareta sin portvaktrolle også når pasienten kan oppsøke kiropraktor eller manuellterapeut direkte*

Resultatene fra evalueringen viser at det i forsøksperioden har skjedd små endringer med hensyn til innholdet i og omfanget av samarbeidet mellom de faggruppene som omfattes av forsøksordningen (kiiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister innen gitte spesialiteter). Med begrepet samarbeid forstår vi i denne evalueringen såvel muntlig som skriftlig kontakt og informasjonsutveksling både før og etter at pasienten har vært til undersøkelse og/eller behandling hos kiropraktor eller manuellterapeut.

I intensjonene som ble lagt til grunn for Henvisningsprosjektet het det bl.a. at en ville oppnå en "målrettet og effektiv utnyttelse av helsepersonell" og at "helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for". Den første intensjonen dekker store deler av de målene en hadde satt seg for Henvisningsprosjektet, og er nærmere omtalt nedenfor. Når det gjelder intensjonen om at helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for, beveger vi oss over i en profesjonsdiskusjon som blir liggende på siden av det mandatet som er gitt for vår evaluering. Diskusjonene i referansegruppen, presseoppslag og tilbakemeldinger fra de ulike faggruppene gjennom spørreskjemaundersøkelsene, viser med all tydelighet at det er stor uenighet profesjonene i mellom med hensyn til valg av behandlingstiltak i forbindelse med muskel- og skjelettplager, hvem som har de største faglige forutsetningene for å iverksette nødvendige tiltak osv.

Ved innføring av Henvisningsprosjektet fikk kiropraktorene og manuellterapeutene anledning til å sykmelde inntil 8 uker, henvise til spesialist, samt å rekvirere fysikalsk behandling. Videre fikk manuellterapeutene anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse. Tanken bak å gi

kiropraktorene og manuellterapeutene slike utvidede rettigheter, var dels at en mente at de to faggruppene hadde faglige forutsetninger for å kunne ta dem i bruk, dels at det ville gi et bedre tjenestetilbud til pasientene og dels at det ville gi en mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i helsevesenet. Evalueringen viser at de rettighetene som følger av forsøksordningen blir benyttet i meget begrenset grad.

Videre ble det som et grunnlag for gjennomføring av Henvisningsprosjektet bl.a. argumentert med at ordningen ville innebære *"tidsbesparelse for lege dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut bortfaller"*. Resultatene fra evalueringen har vist at andelen pasienter som oppsøker manuellterapeut eller kiropraktor direkte uten å gå veien om allmennlege, har økt betydelig i forsøksperioden. For legene skulle tidsbesparelsen være knyttet til at pasienter med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet i mindre grad oppsøker allmennlege i forkant av at de tar kontakt med kiropraktor/manuellterapeut. Det undersøkelsene imidlertid ikke sier noe om, er i hvilken grad pasientene tar kontakt med allmennlege i etterkant av undersøkelse/ behandling hos kiropraktor/manuellterapeut. Undersøkelsen viser også at allmennlegene mener det ikke har skjedd noen endringer med hensyn til antallet pasienter med muskel- og skjelettplager som de har til behandling. Her er det grunn til å påpeke at vår undersøkelse ikke omfatter de pasientene som kun oppsøker allmennlege med sine muskel- og skjelettplager. For allmennlegene kan derfor endringene i pasienttilgangen oppleves som marginal.

En av intensjonene med Henvisningsprosjektet var at ordningene ville føre til at pasientene kom *"raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller"*. Resultatene fra evalueringen viser endringer i adferd for en relativt stor andel av pasientene. Etter at forsøksordningen ble igangsatt, er det en betydelig lavere andel av pasientene som oppsøker allmennlege med sine muskel- og skjelettplager før de kommer til undersøkelse og behandling hos kiropraktor og manuellterapeut. Det er her viktig å presisere følgende: Resultatene viser, slik vi ser det, at pasientene kommer *raskere til behandling hos kiropraktor og manuellterapeut*, men ikke at de kommer *raskere til behandling*. Uten en slik presisering legger en til grunn en antagelse om at pasientenes møte med allmennlege ikke er å forstå som behandling eller en del av behandlingen. Fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført som en del av brukerundersøkelsen, viste imidlertid at brukerne først og fremst knyttet begrepet behandling til de tiltak som ble iverksatt av manuellterapeut eller kiropraktor, og at de ikke omtalte de tiltak som ble iverksatt i forbindelse med en konsultasjon hos lege som behandling.

I intensjonene som ble lagt til grunn for Henvisningsprosjektet, het det bl.a. at ordningen ville innebære *"tidsbesparelse for lege dersom kiropraktor og manuellterapeut kan henvide direkte til spesialist"*. Resultatene fra evalueringen viser at kiropraktorer og manuellterapeuter i svært liten grad henviser sine pasienter til spesialister eller sykehus. Tilbakemeldingene fra legespesialistene viser også at antallet henvisninger til dem ikke har økt i perioden, til tross for at kiropraktorene og manuellterapeutene har fått henvisningsrett som en del av Henvisningsprosjektet. For allmennlegene kan derfor denne endringen oppleves som marginal.

En av intensjonene med Henvisningsprosjektet var at *"raskere igangsatt behandling fører til at man unngår kroniske tilstander"*. Det er også i denne forbindelse grunn til å presisere at resultatene fra evalueringen viser at pasientene kommer *raskere til behandling hos kiropraktor og manuellterapeut*, men ikke at de kommer *raskere til behandling*. Når det gjelder eventuelle sammenhenger mellom raskt igangsatt behandling hos kiropraktor eller manuellterapeut og utvikling av kroniske tilstander, så ligger det utenfor vårt mandat å gå nærmere inn på en slik problemstilling.

I intensjonene som ble lagt til grunn for gjennomføring av Henvisningsprosjektet, het det bl.a. at *"primærlegen skal ha den faglige oppgaven med å vurdere pasienten i en bredere medisinsk*

ammenheng" og at "primærlegen kan ivareta sin portvaktrolle også når pasienten kan oppsøke kiropraktor eller manuellterapeut direkte". Fastlegeordningen, som ble innført i 2001, formaliserer tilknytningen mellom lege og pasient. I dette ligger at fastlegen har ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. I forskriften om forsøksordningen (Henvisningsprosjektet) heter det i § 4 – tredje ledd at etter medlemmets samtykke, så skal det oversendes informasjon om utført behandling til medlemmets allmennlege med mindre det er åpenbart unødvendig. I merknadene heter det at det ikke er noe krav at legen holdes løpende orientert under en behandlingsserie, men at det vil være tilstrekkelig at informasjon oversendes etter at pasienten er ferdig behandlet. Med informasjon forstås her epikrise eller kopi/utskrift av journal der dette gir de relevante opplysningene på en tilstrekkelig oversiktlig måte.

Fastlegeordningen ble innført i juni 2001, og Henvisningsprosjektet startet i september samme år. I våre analyser har vi sammenlignet resultatene fra undersøkelser foretatt i 2003 med resultater fra en forundersøkelse som vi gjennomførte i mai/juni 2001. Sett i lys av de presiseringer som følger av fastlegeordningen med hensyn til allmennlegenes rolle når det gjelder å ha en samlet oversikt over det som blir gjort av undersøkelser og behandlinger, samt det informasjonskravet som følger av Henvisningsprosjektet, så har vår evaluering avdekket at situasjonen med hensyn til kontakt og informasjonsutveksling er lite endret etter vel to år både med fastlegeordning og Henvisningsprosjekt. Faggruppene er imidlertid uenige på dette området. Der allmennlegene mener det ikke har skjedd noen endring, mener både kiropraktorene og manuellterapeutene at de bl.a. sender epikriser og annen informasjon oftere nå enn de gjorde i 2001. Når det gjelder brukerne, så er de lite kjent med i hvilken grad faggruppene samarbeider og utveksler informasjon seg i mellom, samtidig som de peker på at de synes et slikt samarbeid er viktig.

Utviklingen når det gjelder sykepenger betalt av folketrygden viser tilsynelatende små, men likevel signifikante forskjeller i forsøksfylkene, relatert til landet som helhet. Intensjonen med færre sykmeldingsdager og derved besparelser i sykepenger må derfor karakteriseres som delvis innfridd. Vi kan ikke uten videre påvise noe særlig annerledes utvikling i det totale sykefravær knyttet til muskel-skjelettsykdommer for forsøksfylkene. Men hvis vi ser på det trygden reelt sett utbetaler i sykepenger, kan man tale om en besparelse på en til to prosent. Dette gjelder enten man ser på sykefravær knyttet til muskel-skjelettsykdommer eller om man ser på alle diagnoser samlet. Våre analyser viser at dette resultatet neppe kan skyldes tilfeldigheter.

Endringen i pasientflyten ved at pasientene ikke lenger oppsøker lege før undersøkelse og behandling hos manuellterapeuter og kiropraktorer innebærer både en innsparing for pasient i form av redusert egenandel og en innsparing for folketrygdens utbetalinger til refusjoner. Denne intensjonen må således også anses som innfridd.

Vi vurderer at den tiden som har gått siden forsøksordningen ble satt i gang, er tilstrekkelig når det gjelder å vurdere enkelte effekter av ordningen mens andre sider ved forsøksordningen nok trenger mer tid før eventuelle virkninger kan spores. Registreringsundersøkelsen har vist at det kom en umiddelbar reaksjon da henvisningskravet ble fjernet i forsøksfylkene. Både antallet pasienter med henvisninger og antallet pasienter som hadde oppsøkt allmennlege viste en betydelig reduksjon. Spørreskjemaundersøkelsen har imidlertid vist at samarbeidet mellom de berørte helseprofesjonene og holdningene til hverandre ikke er gjenstand for større endringer i løpet av forsøksperioden. Slike endringer vil kunne ventes å ta tid, og to år kan i denne sammenhengen betraktes som noe kort tid. Her kan vi også tilføye at en forsøksordning som Henvisningsprosjektet kun er ett element som kan antas å påvirke samarbeidsforhold mellom profesjonene. Det en ut fra evalueringen kan konkludere med, er at brukerne er fornøyd med de endringene som følger av Henvisningsprosjektet, og at systemet er blitt enklere å forholde seg til.

## 9 Referanser

Almås, R. (1990) Evaluering på norsk. Oslo, Universitetsforlaget.

Altman D G og Bland J M. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ* 1995;311:485.

Grønmo, S. (1985). Datakombinasjoner og analysestrategier. I: B. Dale, M. Jones og W. Martinussen. Metode på tvers. Trondheim, Tapir.

Greenbaum, T L. (1998). The Handbook for Focus Group Research..

Hagen, Terje og Lawrence Rose (1988). "Nyskaping og læring via statlige forsøksordninger. beskrivelse, analyse og drøfting av organisering av statlige forsøksordninger". NIBR-rapport 1988:1.

Hellevik, Ottar (2002). "Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap". Universitetsforlaget, Oslo.

Kilvær A, Rasmussen G, Soot T og Kalvenes S. (1997). A comparison between Referred and Nonreferred Patients in Chiropractic Practices in Norway. *JMPT* 20:7.

Lilienfield, A. (1994). Foundations of Epidemiology. Third Edition. Oxford University Press, New York.

Lippestad J, Hofseth C, Haukvik I V, Harsvik T, Gundersen T og Hem K-G. (2001). Evaluering av henvisningsprosjektet. Forundersøkelse. SINTEF Unimed, Oslo.

Lippestad J, Harsvik T, Evaluering av henvisningsprosjektet. (2002). Delutredning 2: Bedre resursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet. SINTEF Unimed, Oslo.

Hem, K-G. Evaluering av henvisningsprosjektet. (2002). Delutredning 3: Økonomiske konsekvenser. SINTEF Unimed, Oslo.

Martinussen, W. (1985). Flernivåanalyser. I: B. Dale, M. Jones og W. Martinussen. Metode på tvers. Trondheim, Tapir.

Offerdal, Audun (1992). "Den politiske kommunen". Det norske samlaget. Oslo

Smith, H. W. (1981) Strategies of Social Research. Second Edition. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Vislie, Anne (1987). "Fra ideal til virkelighet". NIBR