

RAPPORT

Evaluering av ordningen “Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser”

SINTEF:

Jan-W. Lippestad, Øyvind Christensen og Trond Harsvik

SINTEF Helse

Februar 2005

■ www.sintef.no

**SINTEF Helse**Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 TrondheimTelefon:
22 06 73 00 (Oslo)
73 59 30 00 (Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluering av ordningen
"Kjøp av helsetjenester – enklere lidelser"**

FORFATTER(E)

Jan-W. Lippestad, Øyvind Christensen og Trond Harsvik

OPPDRAGSGIVER(E)

Rikstrygdeverket

RAPPORTNR.

STF78 A044516

GRADERING

Åpen

OPPDRAGSGIVERS REF.

Nina Lysø

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

82-14-03667-4

PROSJEKTNR.

78G10130

ANTALL SIDER OG BILAG

77

ELEKTRONISK ARKIVKODE

rapporten2

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Jan-W. Lippestad

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

Arne H. Eide

ARKIVKODE

DATO

2005-02-01

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Arne H. Eide, forskningssjef

SAMMENDRAG

SINTEF Helse legger med dette frem sluttrapporten fra prosjektet "Evaluering av ordningen Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser". I undersøkelsen har vi satt søkelys på følgende hovedproblemstillinger:

Ordningens lønnsomhet, hvor vi med utgangspunkt i registerdata fra RTV og NPR, har beregnet de økonomiske effektene av ordningen ved å se på forskjellene mellom behandlingsutgiftene for sykepengepasienter og ordinære pasienter, forskjellene i ventetid og samt effekten av ordningen på utbetaling av sykepenger.

Seleksjon av pasienter, hvor vi har satt søkelys på hva som kjennetegner de pasientene som rekrutteres til ordningen, aktørens tilgang til og bruk av oppdatert ventetidsinformasjon, kjennskapet til eksisterende helsetilbud, samt en vurdering av kvaliteten på ventetidsinformasjonen. Som metoder har vi valgt analyse av registerdata, studier av tilgjengelige informasjon på nettsiden *Fritt sykehusvalg*, samt telefonintervju med et utvalg sykehus.

Oppfølging av pasienter, hvor vi ved bruk av spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg allmennpraktiserende leger og arbeidsgivere, samtlige behandlere med avtale, arbeidslivssentre og trygdekontor, har satt søkelys på aktørens beskrivelse og vurdering av samarbeidet omkring oppfølging av pasienter som er henvist til ordningen.

Fylkesvise variasjoner, hvor vi ved bruk av registerdata, ventetidsinformasjon og legestatistikk, har analysert årsaker til fylkesvise variasjoner i bruk av ordningen.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykefravær	Sickness Absenteeism
EGENVALGTE		

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	4
1.1	Innledning.....	4
1.2	Mål	4
1.3	Ordningens lønnsomhet.....	4
1.4	Seleksjon av pasienter.....	5
1.5	Samarbeid og oppfølging av pasienter	6
1.6	Fylkesvise variasjoner	8
2	Innledning	9
3	Mål med evalueringen	9
4	Innhold og struktur i evalueringsrapporten	9
5	Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser. Ordningens lønnsomhet	11
5.1	Problemstilling.....	11
5.2	Datagrunnlag.....	12
5.3	Sammenligning av ventetider mellom sykepengepasienter og ordinære pasienter.....	17
5.3.1	Metode for beregning av forskjeller i ventetider.....	17
5.3.2	Resultater, beregning av ventetider	22
5.4	Økonomiske konsekvenser av redusert sykefravær.....	30
5.4.1	Mulige samfunnsøkonomiske effekter	30
5.4.2	Ordningens effekt på trygdens utgifter.....	30
5.5	Beregning av kostnader knyttet til behandling.....	32
5.5.1	Nærmere om metoden for sammenligning av behandlingkostnadene.....	33
5.5.2	Resultat av beregningen av behandlingkostnader.....	35
5.5.3	Kan vi si noe sikkert om behandlingkostnadene?.....	41
5.6	Oppsummering: Ordningens lønnsomhet.....	41
6	Seleksjon og oppfølging av pasienter, og fylkesvise variasjoner. Prosjektdesign, metode og utvalg	43
6.1	Seleksjon av pasienter.....	43
6.2	Oppfølging av pasienter.....	43
6.2.1	Utvikling av spørreskjema.....	43
6.2.2	Utvalg av informanter	44
6.2.3	Svarprosent.....	44
7	Seleksjon av pasienter. Resultater fra undersøkelsen	46
7.1	Innledning og bakgrunn	46
7.2	Seleksjon av pasienter til ordningen med kjøp av helsetjenester	46
7.3	Om ventelistedata på nettsidene <i>Fritt sykehusvalg</i>	50
7.4	Hva sier sykehusene	50
7.5	Undersøkelse blant allmennlegene	50
7.6	Oppsummering	51

8	Samarbeid og oppfølging. Resultater av spørreskjemaundersøkelsen	53
8.1	Innledning.....	53
8.2	Bakgrunnsinformasjon fra spørreskjemaundersøkelsen.....	53
8.3	Samarbeid mellom aktørene om oppfølging av pasienter.....	54
8.4	Ulike aktørers oppfølging av pasientene.....	56
8.4.1	Informasjon fra trygdekontor til den sykmeldte.....	56
8.4.2	Ivaretagelse av oppfølgingsansvaret.....	57
8.4.3	Utarbeides det planer for oppfølging av pasienter?.....	59
8.5	Hvor fornøyd er de ulike aktørgruppene med ordningen?.....	60
8.6	Administrasjon av ordningen.....	61
8.7	Forholdet mellom det ordinære helsetjenestetilbudet og "Kjøp av helsetjenester".....	63
8.8	Bør ordningen videreføres?.....	64
9	Fylkesvise variasjoner. Resultater fra undersøkelsen	65
9.1	Innledning og bakgrunn.....	65
9.2	Kjennskap til ordningen.....	65
9.3	Bruk av ordningen.....	65
9.4	Regionale - og fylkesvise variasjoner.....	66
9.5	Variasjoner i ventetider.....	68
9.6	Kjøp av helsetjenester og private behandlere.....	70
9.7	Oppsummering og konklusjon.....	72
10	Oppsummering, drøfting og anbefalinger	73
10.1	Innledning.....	73
10.2	Ordningens lønnsomhet.....	73
10.3	Seleksjon av pasienter.....	74
10.4	Oppfølging av pasienter.....	75
10.5	Fylkesvise variasjoner.....	76
11	Referanser	77

1 Sammendrag

1.1 Innledning

SINTEF Helse legger med dette frem sluttrapporten fra prosjektet "Kjøp av helsetjenester – enklere lidelser". Prosjektet er gjennomført av forsker Jan-W. Lippestad (prosjektleder), seniorrådgiver Øyvind Christensen og forsker Trond Harsvik. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Videre har det i evalueringen vært nedsatt en gruppe som har bidratt med sin kompetanse inn i kvalitetssikringen. Gruppen har bestått av forskningssjef Finn Egil Skjeldestad (SINTEF Helse) og 1. amanuensis Jon Magnussen (SINTEF Helse/NTNU).

1.2 Mål

Hovedmålet for evalueringen har vært å fremskaffe kunnskap om lønnsomheten knyttet til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, hvor lønnsomhet i første rekke forstås som forholdet mellom redusert ventetid/sykmeldingsperiode og kostnader knyttet til behandlingstiltak og administrasjon. Videre har vi i evalueringen satt søkelys på hvilke områder og i hvilken grad aktuelle, sentrale aktører ivaretar sitt spesifikke ansvar, grad av samarbeid mellom aktørene, samt aktørenes evne til å benytte resultater fra utredninger/behandling i det videre oppfølgingsarbeidet. Resultatene av evalueringen er presentert i en slik form at de skal kunne danne grunnlaget for en vurdering av videreføring eller eventuelt en endring av reformen. Det er gitt konkrete anbefalinger i forhold til ordningen med kjøp av helsetjenester.

1.3 Ordningens lønnsomhet

I dette kapittelet har vi sett på ordningens lønnsomhet på tre måter. For det første har vi sett på om ordningen kan bidra til å redusere omfanget av sykefravær. For det andre har vi forsøkt å beregne hva denne reduksjonen i sykefravær betyr for folketrygdens utgifter til sykepenger. For det tredje har vi forsøkt å si noe om hva de alternative kostnadene ved å behandle sykepengepasientene i det ordinære offentlige helsevesenet hadde vært.

Beregningene har vært vanskelige fordi det har vært vanskeligere enn opprinnelig forutsatt å sammenligne sykepengepasienter og ordinære pasienter i det offentlige helsevesenet. Vanskelighetene skyldes i hovedsak to forhold. For det første ligger det en stor begrensning i Norsk pasientregister (NPR), fordi det ikke er mulig å koble opplysninger om enkeltpersoner i NPR sammen med opplysninger om pasientene i trygdeetatens registre. Hadde denne undersøkelsen vært gjennomført i Sverige, Danmark eller Finland, hadde vi hatt et langt bedre utgangspunkt fordi de nasjonale pasientregistrene i disse landene er personidentifiserbare. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for tiden med et forslag om å gjøre NPR til et personentydig register. Dersom NPR gjøres personentydig, ville det ha vært mulig å koble NPR med trygdeetatens registre. Denne undersøkelsen viser klart at et personentydig NPR ville gitt mer og bedre innsikt i sammenhengen mellom trygdeetatens ordninger og det ordinære offentlige helsevesenet.

Det andre forholdet som har gjort beregningene vanskelig er at de private sykehusene og legespesialistene som har behandlet pasienter på oppdrag fra trygdeetaten ikke har rapportert aktiviteten på samme måte som offentlige sykehus. Det betyr at det har vært vanskelig å sammenligne behandlingsaktivitet. Opplysningene om sykepengepasienter har vært ulike og mindre omfattende enn de opplysningene vi har om pasienter som er behandlet i det ordinære offentlige helsevesenet. Etter vårt syn bør det arbeides for at rapportering om behandlingsaktivitet

i ordningen for kjøp av behandlingstjeneste blir sammenfallende med rapportering av behandlingsaktivitet i det ordinære offentlige helsevesenet.

Når det gjelder resultater, mener vi å ha påvist en betydelig innsparing i utgifter til sykepenges. Dette gjør vi selv om vi beregner sykemeldingsperioden for pasienter i ordningen på lengst mulig måte, og selv om vi legger til grunn at en stor del av sykepengepasientene ikke kommer i arbeid, selv om trygdeetaten har utgifter til behandling.

For det andre har vi funnet indikasjoner på at utgiftene til pasientbehandling er lavere for sykepengepasienter enn for ordinære pasienter behandlet i det offentlige helsevesenet.

Resultatene i analysen av ordningens lønnsomhet gir grunnlag for å mene at ordningen samlet sett reduserer trygdeetatens utgifter til sykepenges. Samtidig fører ordningen neppe til at utgiftene til behandling av sykemeldte ventelistepasienter blir vesentlig dyrere.

I tillegg til disse økonomiske analysene, er det også et empirisk grunnlag som underbygger at ordningen kan bidra til å hindre permanent utelukkelse fra arbeidslivet. Dersom ordningen har en slik effekt vil det komme relativt store innsparinger i tillegg til de vi har vist her.

Ordningen kan også ha en positiv effekt fordi den kan virke som et incitament for det offentlige helsevesenet ved å redusere ventetider. Dersom ventetidene blir for lange vil de offentlige sykehusene risikere å miste pasienter og dermed inntekter, fordi de risikerer at trygdeetaten finner alternative behandlingstilbud for disse pasientene.

Og sist men ikke minst vil det også være tilfredsstillende for mange av de drøyt 10 000 pasientene å oppleve at de ikke trengte å heve sykepenges, fordi staten ikke kunne omdisponere penger fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten.

1.4 Seleksjon av pasienter

Et sentralt spørsmål om ordningen virker etter hensikten er om trygdeetaten klarer å velge ut de riktige pasientene til ordningen. Sykepengemottagere som får behandlingstjenester gjennom ordningen (sykepengepasientene) bør i utgangspunktet være blant de pasientgruppene som har størst nytte av en slik ordning. Vi har i dette kapitlet analysert data fra Rikstrygdeverket og Norsk Pasientregister for å danne oss et bilde av hvem som rekrutteres eller selekteres til ordningen. Vår viser følgende:

- De sykdommer som trygdeetaten har inngått avtaler om behandling av, er de hyppigst forekommende lidelsene blant sykepengemottakere
- Det er stor grad av sammenheng mellom de hyppigst forekommende sykdommene blant sykemeldte og de hyppigst forekommende sykdommene blant sykepengepasienter. Det er derfor grunn til å anta at utvelgelsen av sykepengepasienter er rimelig riktig ut fra sykdomsbildet i målgruppen.
- Sykepengepasientene (de pasientene som kommer inn i ordningen kjøp av helsetjenester) har lengre sykefravær enn gjennomsnittet av sykepengemottakere. Det kan med andre ord synes som om det er pasienter med lange fravær som blir prioritert.
- Analysen gir grunn til å anta at ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ikke favoriserer sykepengemottagere med høye inntekter.
- Analysen viser at en stor andel av de pasientene som kommer inn under ordningen ikke mottar sykepenges i et helt år, noe som indikerer en sannsynlighet for at disse sykepengemottakerne er gått tilbake til arbeid.

I *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ligger det en forutsetning om at den sykmeldte skal få behandling på et tidligere tidspunkt gjennom ordningen enn vedkommende ville ha fått ved å følge ordinære ventelister. Dette forutsetter at ventetidsinformasjon er tilgjengelig og at den gir et korrekt bilde av reell ventetid. I denne delen av evalueringen har vi, med utgangspunkt i nettstedet *Fritt sykehusvalg*, foretatt en gjennomgang av registrert ventetid ved et utvalg sykehus når det gjelder et utvalg av relevante diagnoser. For å kvalitetssjekke riktigheten av disse opplysningene, har vi tatt direkte kontakt med sykehusene med tanke på en kartlegging av faktisk ventetid for de samme diagnosegruppene. Undersøkelsen viser følgende:

- Ventetidene som oppgis på *Fritt sykehusvalg* stemmer i stor grad med det som oppgis å være reelle ventetider ved sykehusene. Listene virker derfor rimelig godt oppdatert.
- I utgangspunktet gjøres det ingen prioriteringer, men vurdering på bakgrunn av henvisningene kan føre til at noen venter kortere enn andre.
- Diagnose er i seg selv ikke grunnlag for prioritering. Eventuell prioritering gjøres på bakgrunn av en medisinsk vurdering av hva som kommer frem i henvisningen med hensyn til lidelsens alvorlighetsgrad, pasientenes smerte og totalsituasjon.
- Hvorvidt pasienten er i arbeid, risikere å bli sykemeldt eller er sykemeldt på grunn av lidelsen gir i prinsippet ikke grunnlag for prioritering, men inngår som momenter i en totalvurdering.

Ventelistedata som ligger på nettet er ikke egnet til å si noe om ventetider på spesifikke lidelser, tilsvarende det som fremkommer i forhandlingsdokumentene fra trygden. På den annen side tolker vi den informasjonen vi har fått fra sykehusene slik at dette allikevel ikke vil være avgjørende for prioriteringer. Vurderingene fra sykehusene gjøres på medisinsk grunnlag.

Kunnskap om tilgjengelig tilbud og faktisk ventetid legges til grunn som en forutsetning for at ordningen med kjøp av helsetjenester skal være lønnsom. En viktig begrunnelse for opprettelse av ordningen, var at pasientene skulle kunne henvises til et helsetilbud som innebar kortere ventetid enn den til enhver tid gjeldende ventetid i det ordinære helsetilbud (ved sykehusene/helseforetakene). Vår undersøkelse viser at en stor andel av legene ikke baserer sin henvisning til ordningen på informasjon om gjeldende ventetid. Grunnene til at legene synes informasjonen er dårlig og ikke benytter den i sitt arbeid, kan enten være fordi de der ikke finner de diagnosene som er spesifisert i avtalene med behandlerne, eller fordi den oppgitte ventetiden ikke er oppdatert eller stemmer overens med reell ventetid. Våre undersøkelser viser for det første at diagnoser lagt ut på nettet ikke er så differensiert som de diagnoselistene som ligger i avtalene med behandlerne. I den forstand gir den legene ikke god nok informasjon. For det andre viser undersøkelsene at ventetidene som oppgis på nettet stemmer i stor grad med det som oppgis å være reelle ventetider ved sykehusene når man kontakter dem direkte. Reell ventetid for den enkelte pasient vil imidlertid i stor grad være et resultat av en individuell totalvurdering av den enkeltes situasjon.

1.5 Samarbeid og oppfølging av pasienter

I denne delen av undersøkelsen har vi satt søkelys på samarbeidet mellom ulike aktører i forbindelse med henvisning av pasienter til ordningen, samt samarbeidet i oppfølging av pasientene etter avsluttet utredning/ behandling/ operasjon. Spørreskjema ble benyttet som metode, og har omfattet et utvalg på 923 allmennpraktiserende leger/ fastleger og 684 arbeidsgivere, samt samtlige av landets trygdekontor, arbeidslivssentre og behandlerne/ behandlingstilbud som trygdeetaten hadde avtaler med om kjøp av helsetjenester høsten 2004

Trygdekontorene har ulik praksis når det gjelder å informere den sykmeldte om ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Det er en forholdsvis liten andel av trygdekontorene som rutinemessig innkaller arbeidstakeren til et møte. I de tilfeller dette ikke skjer, kan en stille

spørsmål om det i tilstrekkelig grad er avklart at den aktuelle lidelsen faktisk er det som er årsak til sykmelding og at det ikke er andre tillegglidelser som likevel utelukker tilbakeføring til arbeidet. Videre skal trygdekontoret avklare hvorvidt den sykmeldte har et arbeid å gå tilbake til. Arbeidstakeren skal også informeres om forpliktelser når det gjelder å medvirke i egen sak, og det skal være undersøkt at det ikke er andre tilbud i det ordinære helsetjenestetilbudet som har lik eller kortere ventetid for utredning/behandling/operasjon. Det er grunn til å anta at en gjennomgående tettere oppfølging av den sykmeldte fra trygdekontorets side i forbindelse med henvisning kan resultere i en mer målrettet bruk av ordningen og en økning i andelen sykmeldte som kommer tilbake til arbeid igjen.

En relativt stor andel av arbeidsgiverne er ikke fornøyd med hvordan sykmeldte arbeidstakerne følges opp av andre aktører innenfor ordningen. Dette står i kontrast til hovedinntrykket som gis av de øvrige sentrale aktørene (trygdekontor, leger og behandlere med avtale) som opplyser at de har et utstrakt samarbeid og at dette fungerer godt. Resultatene indikerer at det for en del pasienter/arbeidstakere utarbeides planer og legges til rette for oppfølging av arbeidstaker internt på bedriftene uten at trygdekontor og lege er involvert. Er dette godt nok? Ja, i mange situasjoner tror vi det. Det er for mange arbeidstakere snakk om relativt enkle tiltak som skal iverksettes og at dette kan håndteres internt. For mange vil det være snakk om utredning eller relativt enkel behandling/enkle operative inngrep av poliklinisk/dagkirurgisk karakter. Sykmeldingstiden er mer relatert til at en ikke får behandling tidlig, enn til at lidelsen er så komplisert at den i seg selv tilsier lengre sykmeldingsperiode. Likevel kan det være tjenlig at trygdekontoret i initieringsfasen (jf. ovenfor) gjennom samtaler med den sykmeldte kan finne frem til de tilfellene der en tettere oppfølging fra flere aktører kan medvirke til en bedre prosess knyttet til friskmelding og tilbakeføring til arbeidsplassen. Til tross for at arbeidsgiverne ikke er helt fornøyd med samarbeidet med og oppfølgingen fra andre aktører, mener arbeidsgiverne, i likhet med de øvrige aktørene, at arbeidstakerne kommer raskere tilbake til arbeid gjennom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* enn gjennom det ordinære helsetilbudet.

Bør en vurdere nødvendigheten av at henvisninger skal godkjennes av trygdekontor? Har trygdekontorene tilstrekkelige ressurser til å behandle henvisninger og drive oppfølging som var intensjonen? Ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er et av flere tiltak i trygdeetaten for å redusere sykefraværet. Det er derfor lagt til grunn at alle innspill som vedrører denne ordningen, skal kanaliseres gjennom trygdekontorene. Alternativet ville ha vært at legene kunne henvise pasienter direkte til de behandlerne som det er inngått avtaler med, og det ville således i liten grad avvike fra ordinær henvisningspraksis innenfor ordningen med fritt sykehusvalg. Det er derfor noe overraskende at halvparten av trygdekontorene mener at det er tungvint at henvisningene skal innom trygdekontorene for å godkjennes. Dette kan muligens forklares med at mange trygdekontor opplever å ikke ha ressurser til å behandle henvisninger og følge opp sykmeldte på en tilfredsstillende måte. Men vi har ikke grunnlag for å hevde at det nødvendigvis er ressursmangel ved trygdekontorene som gjør at det er noe misnøye blant de øvrige aktørene med hensyn til tiden trygdekontorene bruker til å håndtere henvisninger og i oppfølgingsarbeidet. Her kan det være lokale variasjoner i hvordan arbeidet med *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er organisert og prioritert. At de øvrige aktørene mener at det er tungvint at henvisningene skal via trygdekontoret, kan forstås ut fra at ordningen av mange trolig blir oppfattet som en del av det ordinære helsetjenestetilbudet og ikke som et av flere virkemidler trygdeetaten rår over for å følge opp sykmeldte arbeidstakere.

Skal vi på grunnlag av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen komme med noen anbefalinger, vil det måtte bli en sterkere grad av involvering av arbeidsgivere, både i forbindelse med henvisningene og i oppfølgingsarbeidet. I en del tilfeller, hvor pasienten er sykmeldt på grunn av relativt enkel problematikk, så vil det raskt og i en tidlig fase kunne avklares hvilke aktører som bør involveres i den videre oppfølgingen. Ved å trekke arbeidsgiver tidlig inn i prosessen, vil en

bl.a. styrke kontakten mellom pasient/arbeidstaker og arbeidsplassen i sykmeldingsperioden, samtidig som en tidlig får avklart behovet for eventuell tilrettelegging av arbeidsplassen. Vår undersøkelse viser at 4 av 10 trygdekontor bare av og til innkaller arbeidstaker til møte for bl.a. å orientere om ordningen. Etter vår vurdering bør dette i sterkere grad benyttes som et virkemiddel i kontakten mellom trygdekontor og den sykmeldte. Slik vi ser det vil et slik møte bl.a. i sterkere grad bære preg av en formalisering av den avtalen som ligger implisitt i det å gis et tilbud innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

1.6 Fylkesvise variasjoner

Som en del av undersøkelsen er det gjennomført en kartlegging av eventuelle årsaker til påviste fylkesvise variasjoner når det gjelder aktivitet og friskmelding, med søkelys på ulikheter i helsetilbud i ulike fylker og regioner, ulik lokal kunnskap om ordningen, og eventuelt andre årsaker. Vi har i dette kapittelet sett nærmere på eventuelle fylkesvise og regionsvise variasjoner i bruk av ordningen i forhold til eksisterende helsetilbud. Bruk av ordningen (antallet henviste og behandlede pasienter på region- og fylkesnivå) er bl.a. analyser i forhold til ventetid på sykehus for de hyppigst forekommende DRG'er innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* og antallet spesialistgodkjenninger.

Analysene viste at variasjoner i bruk av ordningen ikke utelukkende kan forklares med ventetid innen det ordinære helsetilbudet eller med andelen private med avtale i regionen, antallet privatpraktiserende spesialister i fylke og region, hvem som informert om ordningen eller hvor god en synes informasjonen har vært. Det er grunn til å tro at forklaringer på de fylkesvise variasjonene også er å finne i ulikheter i de lokale avtalene med behandlere, variasjoner blant legene når det gjelder kjennskap til ordningen, ulik organisering og prioritering av dette arbeidet i trygdekontorene og fylkestrygdekontorene, ulikheter med hensyn til når en kom i gang med ordningen, samt variasjoner med hensyn til lokalt engasjement når det gjelder å ta ordningen i bruk. Når det gjelder en eventuell effekt av variasjoner i innholdet i de lokale avtalene, så vil dette være lite relevant for fremtiden i og med at det for neste avtaleperiode vil operere med sentralt utformede og innholdmessig liklydende avtaler med behandlerne. Tilbakemeldinger vi har mottatt tyder på at en i det siste momentet (lokalt engasjement) finner mye av forklaringen på hvorfor bruk av ordningen varierer så vidt mye fra fylke til fylke. Lokalt engasjement henger igjen sammen med prioritering av denne oppgaven i trygdeetaten, samt vektlegging av informasjonsarbeidet overfor sentrale aktører.

2 Innledning

SINTEF Helse legger med dette frem sluttrapporten fra prosjektet "Kjøp av helsetjenester – enklere lidelser". Prosjektet er gjennomført av forsker Jan-W. Lippestad (prosjektleder), seniorrådgiver Øyvind Christensen og forsker Trond Harsvik. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Videre har det i evalueringen vært nedsatt en gruppe som har bidratt med sin kompetanse inn i kvalitetssikringen. Gruppen har bestått av forskningssjef Finn Egil Skjeldestad (SINTEF Helse) og 1. amanuensis Jon Magnussen (SINTEF Helse/NTNU).

3 Mål med evalueringen

Hovedmålet for evalueringen har vært å fremskaffe kunnskap om lønnsomheten knyttet til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, hvor lønnsomhet i første rekke forstås som forholdet mellom redusert ventetid/sykmeldingsperiode og kostnader knyttet til behandlingstiltak og administrasjon. Videre har vi i evalueringen satt søkelys på hvilke områder og i hvilken grad aktuelle, sentrale aktører ivaretar sitt spesifikke ansvar, grad av samarbeid mellom aktørene, samt aktørenes evne til å benytte resultater fra utredninger/behandling i det videre oppfølgingsarbeidet. Resultatene av evalueringen er presentert i en slik form at de skal kunne danne grunnlaget for en vurdering av videreføring eller eventuelt en endring av reformen. Det er gitt konkrete anbefalinger i forhold til ordningen med kjøp av helsetjenester.

4 Innhold og struktur i evalueringsrapporten

Vi har benyttet ulike metoder og samlet inn data fra ulike kilder for å belyse de aktuelle problemstillingene (metodetrianglering). Denne fremgangsmåten har etter vår mening forsterket grunnlaget for å trekke konklusjoner av funnene som er gjort i de ulike delundersøkelsene. *Kjøp av helsetjenester* er et virkemiddel i trygdeetaten for å redusere sykefraværet og gjelder personer som går sykmeldt i påvente av behandling for - i utgangspunktet - relativt "enkle" lidelser. Ordningen innebærer at trygdeetaten får årlige budsjettildelinger som skal benyttes til å kjøpe bestemte helsetjenester fra behandlingsapparatet (behandlere og behandlingstilbud med avtale med trygdeetaten). Den sykmeldte skal gjennom ordningen få behandling på et tidligere tidspunkt enn vedkommende ville ha fått ved å følge ordinære ventelister. Det er en forutsetning for å godkjenne virkemiddelet at det er stor sannsynlighet for friskmelding og rask retur til arbeidslivet.

Det er viktig å være klar over at ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er et av flere tiltak for å få redusert sykefraværet. Videre vil bruk av ordningen, omfang av henvisninger oa. ikke være upåvirket av tiltak og reformer som berører bruk av helsetjenester, pasientbevegelser, sykefravær, sykepengeutbetalinger osv. Vi tenker her bl.a. på innføring av fastlegeordningen, statlig eierskap til sykehusene, endring i finansieringsordninger, generelle utviklingstrekk med hensyn til ventetid ved sykehusene og utbygging av et privat helsetilbud, for å nevne noe. Eventuelle endringer i bruk av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* kan med andre ord finne sin forklaring i andre forhold enn ordningen som sådan.

Et annet forhold som en også bør ha med når en skal tolke resultatene, er at de ulike tiltakene for å redusere sykefraværet har gjort det vanskelig for enkelte informantgrupper (særlig arbeidsgiverne) å skille det ene tiltaket fra det andre når disse har svart på våre spørsmål. De svarene som er avgitt i undersøkelsene og muntlige tilbakemeldinger og spørsmål tyder på dette. Denne usikkerheten har både satt sitt preg på svarene, samtidig som den kan være noe av forklaringen på den lave svarprosenten blant enkelte av informantgruppene. Dette kommer vi nærmere tilbake til nedenfor.

Kapittel 5 omhandler den delen av evalueringen hvor vi har satt søkelys på ordningens lønnsomhet. I henhold til bestillingen fra Oppdragsgiver, utgjør dette hovedproblemstillingen i evalueringen. Vi har derfor valgt å presentere både problemstilling, metode, datagrunnlag, analyse og resultater i en samlet helhet som den første hoveddelen i rapporten.

I *kapittel 6* presenteres prosjektdesign, metode og utvalg i tilknytning til de delene av rapporten som omhandler seleksjon av pasienter til ordningen, samarbeid og oppfølging av pasientene, samt en analyse av fylkesvise variasjoner.

Kapittel 7 omhandler seleksjon av pasienter til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, hvor vi bl.a. setter søkelys på kjennetegn ved de pasientene som gis et tilbud gjennom ordningen, samt en analyse av tilgjengelig ventetidsinformasjon og om den gir et korrekt bilde av reell ventetid.

I *kapittel 8* har vi satt søkelys på det vi har kalt samarbeid og oppfølging, med hovedvekt på samarbeid mellom ulike aktører vedrørende pasienter som har vært henvist til utredning eller behandling/operasjon, samt ulike aktørers oppfølging av pasientene med vekt på trygdekontor, henvisende lege og utredere/behandlere.

Som en del av undersøkelsen har vi gjennomført en kartlegging av eventuelle årsaker til påviste fylkesvise variasjoner når det gjelder aktivitet og friskmelding, med søkelys på ulikheter i helsetilbud i ulike fylker og regioner, ulik lokal kunnskap om ordningen, og eventuelt andre årsaker. Dette er presentert i *kapittel 9*.

I *kapittel 10* har vi, basert på resultatene fra evalueringen, oppsummert resultatene fra de ulike delundersøkelsene og gitt våre anbefalinger med hensyn til hvilke endringer som bør iverksettes med tanke på en videreføring av ordningen.

5 Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser. Ordningens lønnsomhet

5.1 Problemstilling

Ordningen med kjøp av behandling for sykepengen er begrunnet med at det gir liten mening i at staten skal betale sykepenge til personer som står på venteliste til sykehusbehandling. I stedet for å betale sykepenge kunne staten ha betalt for den behandlingen de sykemeldte venter på. En økning i statens utgifter til behandling skal dermed kompenseres med en reduksjon i utgiftene til sykepenge.

En slik ordning vil sikkert være god for den enkelte sykemeldte som kommer raskere tilbake i arbeid. Det er imidlertid ikke gitt at ordningen er lønnsom i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Teoretisk kan en tenke seg at arbeidet som vanligvis utføres av sykemeldte utføres av andre personer som ellers ville ha vært arbeidsledige. I så fall ville samfunnets produksjon være den samme, konsekvensene av langtidssykefravær ville bare være omfordeling av goder og byrder mellom grupper i samfunnet.

Ordningen med kjøp av behandling for sykepenge kan godt være lønnsom for trygdeetaten i den forstand at utgiftene til kjøp av behandling er lavere enn det sykepengeutgiftene ville ha vært uten ordningen. Samtidig er det en teoretisk mulighet for at innsparingen for trygdeetaten ikke betyr en samfunnsøkonomisk innsparing. Det er imidlertid god grunn til å anta at langtidssykefravær reduserer produksjonen i samfunnet, og at en reduksjon av dette fraværet også vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

I denne rapporten vil vi forsøke å beregne hvor stor reduksjon i sykefraværet ordningen med kjøp av behandlingstjenester førte til i 2003. Analysene gjøres med opplysninger om langtidssykemeldte som fikk behandling gjennom ordningen som finnes i Rikstrygdeverket. Disse opplysningene sammenlignes med registerdata fra Norsk pasientregister (NPR). Formålet er å vise forskjellene i ventetider for pasienter som behandles innenfor ordningen med ventetider for pasienter som behandles i det ordinære offentlige helsevesenet.

Differansene i ventetid skal gi et utgangspunkt for å beregne hvor store innsparinger ordningen gir på trygdebudsjettet. Etter avtale med oppdragsgiver vil vi ikke forsøke å beregne den samfunnsøkonomiske effekten av ordningen. Vi nøyer oss med å peke på at sykefravær medfører et visst produksjonstap for samfunnet selv om de sykemeldte kan erstattes av annen arbeidskraft.

Etter å ha sett på hvilke effekter ordningen med kjøp av helsetjenester har for ventetider og sykefravær, forsøker vi også å sammenligne behandlingstkostnadene for Rikstrygdeverket sammenlignet med behandlingstkostnader i det ordinære helsevesenet.

Ordningen med kjøp av behandlingstjenester er ikke den eneste måten det offentlige helsevesenet forsøker og til dels lykkes med å redusere ventetidene på. For det første har vi ordningen med fritt sykehusvalg, som blant annet er begrunnet med at pasienter som ønsker det skal få behandling ved det sykehuset som har kortest ventetid. Retten til fritt sykehusvalg er utvidet til å gjelde stadig flere private sykehus. De regionale helseforetakene har også inngått avtaler med private sykehus for å øke behandlingskapasiteten der det er lange ventelister. Endelig har pasientrettighetsloven gitt pasienter med "rett til nødvendig helsehjelp" rett til å få dekket behandlingstkostnadene ved private sykehus i Norge eller utlandet, dersom de har ventet lenger enn det som er "medisinsk forsvarlig".

Når alle disse tiltakene for å redusere ventetidene er innført, kan det stilles spørsmål om det er fornuftig å opprettholde en egen ordning i trygdeetaten for langtidssykemeldte. Ordningen har en svakhet ved at den er en form for forskjellsbehandling av pasienter med tilknytning til arbeidslivet. Vi vil ikke gå inn på de etiske eller prioriteringsmessige sidene ved ordningen i denne undersøkelsen.

For å unngå uheldige prioriteringer i helsevesenet, skal ordningen med kjøp av behandlingstjenester bare benytte ekstraordinær kapasitet i helsevesenet. Det betyr at de kjøpene som gjøres enten skal skje hos private tilbydere, eller at betalingen for kjøp av helsetjenester skal øke kapasiteten i offentlige sykehus. Økt kapasitet i offentlige sykehus kan for eksempel oppnåes ved at trygdeetaten betaler for overtid som det ikke er dekning for på sykehusenes ordinære budsjetter.

Kravet om at ordningen med kjøp av behandlingstjenester skal benytte ekstraordinær kapasitet skulle tilsi at prisen for den behandling som kjøpes gjennom ordningen er høyere enn kostnadene i det offentlige helsevesenet. Det virker derfor logisk at trygdeetaten betaler mer for behandlingen i ordningen enn det tilsvarende behandling i det ordinære helsevesenet. I så fall kan man argumentere for at det ville ha vært bedre for staten å øke bevilgningene til spesialisthelsetjenesten enn å omdisponere midler på trygdeetatens budsjett. Samfunnsøkonomisk ville man da kunne ha fått mer behandling for pengene. Reduserte ventetider for alle pasienter, ville også ha redusert ventetider og sykepengeutgifter for sykemeldte pasienter. Derfor vil vi også forsøke å vurdere ordningens lønnsomhet ved å se på kostnadene trygdeetaten har for behandling sammenlignet med kostnadene i det ordinære helsevesenet. Dersom det ikke er vesentlige forskjeller i kostnader, indikerer det etter vårt syn at ordningen med kjøp av helsetjenester vil bidra til å skaffe befolkningen nødvendige helsetjenester på en fornuftig måte.

Vi står dermed igjen med to problemstillinger. Den første er om og i hvilken grad ordningen med kjøp av behandlingstjenester bidrar til å redusere sykemeldingenes varighet i 2003. Den andre er om behandlingene som ble finansiert gjennom ordningen kostet mer enn behandling i det ordinære helsevesenet.

Dette kapittelet er delt i fire hoveddeler. I den første delen nedenfor gir vi en nærmere redegjørelse for de data vi har benyttet for å gjennomføre analysene. I den andre delen går vi inn på beregningene av hvilken effekt ordningen med kjøp av behandlingstjenester har på pasientenes ventetider og dermed på sykefraværet. I den tredje delen forsøker vi å beregne de økonomiske effektene av de reduksjonene i sykefravær som vi mener ordningen fører til. I den fjerde delen forsøker vi å beregne behandlingkostnadene for pasienter i ordningen sammenlignet med ordinære pasienter i det offentlige helsevesenet.

I denne gjennomgangen benytter vi gjennomgående begrepet ”sykepengepasienter” om de pasientene som får behandling gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester for sykepenger. Pasienter som får behandling i offentlige sykehus som finansieres av staten gjennom de regionale helseforetakene, kaller vi ”ordinære pasienter”.

5.2 Datagrunnlag

For å kunne gi en mer presis beskrivelse av metoden som er benyttet, er det først nødvendig å beskrive hvilke data som er benyttet som grunnlag for analysene.

Utgangspunktet for denne delen av underlaget er data i Norsk pasientregister (NPR) sine årsdata for 2003. NPR samler inn nasjonale ventelistedata til et eget ventelisterregister. Ventelisterregisteret dekker all offentlig spesialisthelsetjeneste, men er gjennomgående mindre detaljert enn de data som rapporteres i ettertid fra spesialisthelsetjenesten om ferdigbehandlede pasienter. Data om

ferdigbehandlede pasienter rapporteres litt ulikt fra somatiske og psykiatriske sykehus. Pasienter behandlet i de somatiske poliklinikkene blir rapportert og registrert på en egen måte i NPR.

Gjennomgående inneholder NPR opplysninger om pasientens alder, bosted og kjønn, medisinske data om diagnoser og operasjonsprosedyrer, og administrative data om tidspunkt for henvisning, utredning, behandling, kontroll osv.

Data fra somatiske sykehus benyttes til beregning av ISF- refusjon ved hjelp av DRG-systemet. DRG står for diagnoserelaterte grupper, og hensikten er at man ved hjelp av diagnose og andre opplysninger skal kunne plassere pasientene i grupper som er ressursmessig homogene og medisinsk meningsfulle. Dvs. at det skal koste omtrent like mye å behandle de pasientene som plasseres i samme gruppe. Samtidig skal pasientenes medisinske tilstand ha en viss likhet, for eksempel uttrykt ved at behandling av pasienter i samme DRG forutsetter omtrent det samme nivå på kompetanse og utstyr i et sykehus.

DRG- grupperingen av somatiske pasientdata fra NPR er utgangspunktet for de analysene som gjøres av den økonomiske evalueringen av ordningen med kjøp av behandlingstjenester. Ved hjelp av DRG-gruppering kan vi få anslag på hva sykehusbehandling koster, og vi kan også beregne ventetider for pasienter som kommer i samme DRG.

Ett problem med denne tilnæringsmåten er at RTV ikke i utgangspunktet har de samme opplysningene om pasienter som mottar behandling gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester. Sett fra NPR ville det vært ønskelig at man hadde samordnet rapportering til NPR for all offentlig finansiert spesialistbehandling. NPR har imidlertid også problemer med å samle inn aktivitetsdata fra privatpraktiserende legespesialister som har avtale om å utføre behandling på vegne av de regionale helseforetakene. Vi forstår det slik at rapporteringskravene vil bli endret med de avtaler som inngås for 2005.

RTV benytter i utgangspunktet diagnosesystemet for primærhelsetjenesten, ICPC (ICPC 2 fra 2004). Problemet med ICPC er at diagnosene i stor grad beskriver hvor i kroppen pasienten er syk eller har symptomer, og ikke hva som er årsaken til symptomene. WHO's diagnosekodeverk som spesialisthelsetjenesten benytter (ICD-10) beskriver både hvor problemet er og hva som er den faktiske årsaken til problemet. Det er derfor relativt enkelt å gå fra ICD-10 til NCSP. Går man fra NCSP til ICD-10 blir det verre, fordi hver NCSP- kode vanligvis har mange og svært forskjellige ICD-10 koder som kan passe. Rikstrykdeverket hadde heller ikke opplysninger om hvilke kirurgiske prosedyrer som var utført, men det fantes data om pasienten var operert.

For å kunne få sammenlignbare data bad vi RTV om å hente inn opplysninger om ICD-10 koder og kirurgiske prosedyrer fra de største leverandørene av tjenester til ordningen med kjøp av behandlingstjenester. Grunnen til at vi valgte de største var dels at vi dermed ville få dekket inn en rimelig stor andel av det totale antallet behandlinger, samtidig som vi antok at de største institusjonene hadde medisinsk kompetanse og rutiner for bruk av kodeverkene ICD-10 og NCSP. Ikke minst fordi mange private sykehus behandler pasienter etter avtale med de regionale helseforetakene, som krever at sykehusene rapporterer disse opplysningene til NPR.

Rikstrykdeverket har lagt ned et omfattende arbeid i og samle inn å registrere disse opplysningene, og takket være denne innsatsen har det vært mulig å få på plass et datagrunnlag som vi mener kan brukes. Noen av oppholdene i RTV hadde riktig koding av ICD-10 diagnose og operasjonsprosedyre, men mange var også kodet feil. Dels hadde man en blanding av prosedyrer og operasjonskoder i samme datafelt, og dels var prosedyrer og operasjonskoder rapportert i ulike datafelt. For å få et brukbart datafelt måtte vi derfor kode om opplysningene for en lang rekke pasienter, for å få plassert gyldige diagnose- og prosedyrekoder på korrekt sted i datafilen.

Vi har måttet fortolke og omkode de data som RTV har klart å oppdrive til dels i ettertid. Vi kan ikke regne med at datakvaliteten er like god som i de ordinære pasientdata når det gjelder viktige medisinske opplysninger på grunn av de fortolkninger og omkodinger som er gjort. Likevel mener vi dette kan forsvares med at den valgte metoden er nødvendig for å kunne gruppere det mangfoldet av pasienter og behandlinger som er gjennomført i grupper som er egnet for analyser av ventetider og ressursbruk.

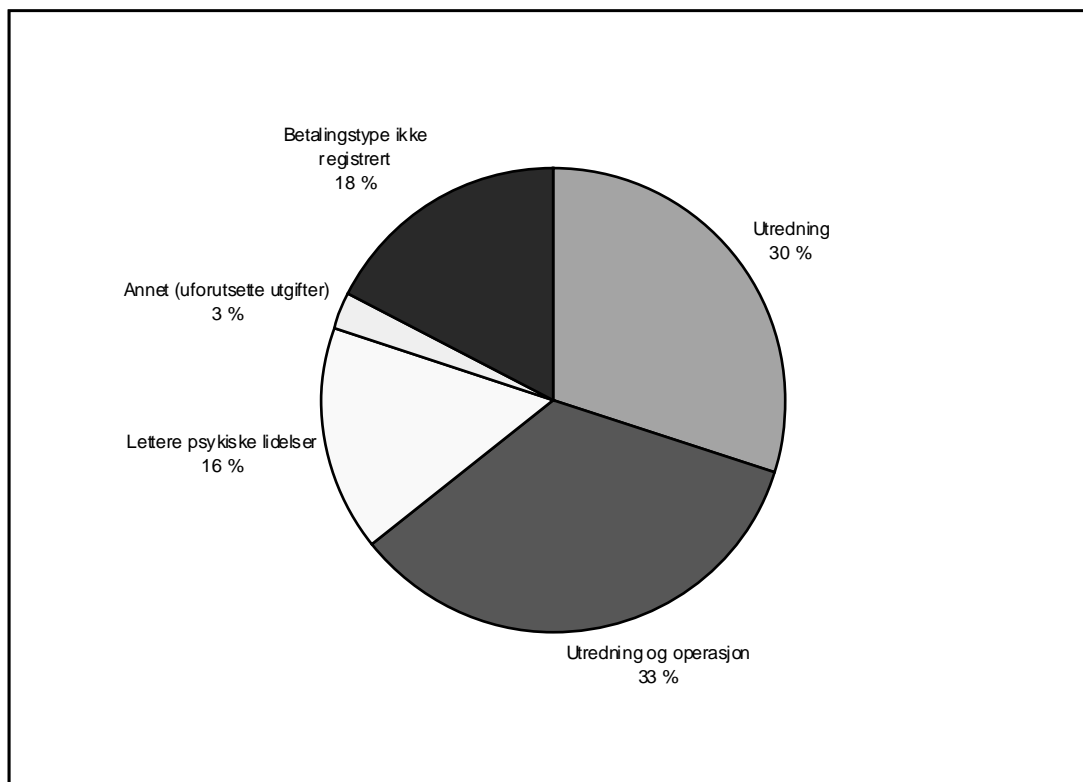
Rikstrygdeverkets datafil inneholdt data for kjøp av behandlingstjenester med til sammen 11 383 pasienter eller kjøp av behandlingstjenester i 2003.

Tabell 5.1. Rikstrygdeverkets kjøp av helsetjenester 2003

Betalingstype	Antall	Prosent
Utredning	3242	28,5
Utredning og operasjon	3715	32,6
Lettere psykiske lidelser	1701	14,9
Sammensatte lidelser	544	4,8
Annet (uforutsette utgifter)	277	2,4
Betalingstype ikke registrert*	1904	16,7
Total	11383	100,0

*) Rikstrygdeverket opplyser at registrering av betalingstype startet først i februar 2003. Pasienter som ble behandlet før dette tidspunkt har derfor ikke opplysning om betalingstype.

Ut fra opplysningene om betalingstype ser vi at det er en knapp tredjedel (32,6 %) av oppholdene som inneholder opplysninger om operasjoner, som i utgangspunktet skal kunne DRG-grupperes. Utredninger finansieres ordinært gjennom egne polikliniske takster, og DRG-systemet kan ikke benyttes til å beregne kostnader for disse behandlingene. Det finnes noen DRG'er for psykiske lidelser, beregnet på pasienter med psykiske lidelser som behandles i somatiske sykehus. Psykisk helsevern i Norge benytter ellers ikke DRG systemet i finansieringen. For psykisk helsevern vil vi også bruke de polikliniske takstene for beregninger av kostnader. Sammensatte lidelser omfattes ikke av denne rapporten, og disse behandlingene er tatt bort fra videre analyser. De to siste gruppene gir en viss usikkerhet, men vi har forsøkt å inkludere dem ut fra de opplysningene vi har fått om diagnoser og operasjoner.



Figur 5.1. Prosentfordeling mellom de ulike betalingstypene i RTV sin datafil over pasienter inkludert i ordningen når pasienter med sammensatte lidelser er utelatt.

Etter at dette var gjort, hadde vi et datagrunnlag hvor 1 673 av de 11 383 behandlingene ble gitt en gyldig diagnose- og prosedyrekode. Dette var likevel ikke tilstrekkelig for at programmet som plasserer somatiske sykehusopphold i DRG-grupper skulle godta disse behandlingene. For å få det til, tok vi utgangspunkt i ett sykehusopphold fra NPR som allerede var gruppert. Dette sykehusoppholdet hadde den kombinasjon av diagnose og prosedyrekode som var vanligst forekommende i datafilen fra RTV over pasienter i ordningen kjøp av behandlingstjenester. Oppholdet var et dagkirurgisk opphold, noe vi mener er rimelig tatt i betraktning at ordningen skal gjelde for ”enklere lidelser”.

Deretter slo vi sammen dette oppholdet med data fra RTV. Der det fantes data fra RTV, ble disse flyttet over til de riktige variablene i NPR. Der RTV ikke hadde opplysninger lot vi i utgangspunktet feltene stå tomme, men for å unngå at oppholdene ble forkastet i DRG-grupperingsprogrammet, måtte vi kopiere inn noen opplysninger fra NPR- oppholdene til oppholdene fra RTV.

Formålet med denne omkodningen av data har vært at vi ved hjelp av RTV sine opplysninger om pasientenes diagnose, prosedyre, alder og kjønn, skal kunne få plassert dem i DRG’er som om disse pasientene hadde vært behandlet i vanlige offentlige sykehus. Der vi ikke har tilstrekkelig med medisinske opplysninger vil grupperingsprogrammet la vær å gruppere behandlingen, og insistere på at dette er en poliklinisk konsultasjon som skal refunderes ved hjelp av polikliniske takster og ikke ISF.

Tabell 5.2. Oversikt over de behandlinger fra RTV som har gyldig hoveddiagnose i ICD-10 og gyldig operasjonskode i NCS P etter tilpasning av rapporterte data fra RTV.

DRG grupper	Antall	Prosent andeler
222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	561	33,5
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	273	16,3
227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	142	8,5
6 Operasjon ved karpaltunnelsyndrom	97	5,8
232 Artroskopi	89	5,3
248 Tilstander i muskler, sener, seneskjeder, fa	84	5,0
215 Operasjoner på kolumna u/bk	77	4,6
470 Ikke grupperbar pga manglende opplysninger	73	4,4
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prot u/bk	38	2,3
254 Brudd/forst/luks av o.arm/u.ekstr ekskl fot > 17 u/bk	33	2,0
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 u/bk	29	1,7
8 Perifere, hjerne og nerve og andre nerveoperasjoner u/bk	22	1,3
162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	20	1,2
19 Sykdommer i hjernenerver & perifere nerver u/bk	13	0,8
243 Rygglidelser, traumatiske tilstander & sympt i rygg	13	0,8
225 Operasjoner på ankel & fot	12	0,7
245 Beinsykdommer & spesifikke artropatier u/bk	12	0,7
256 Sykdom i muskel-skjelettsystemet og bindevev	11	0,7
Andre	74	4,4
Total	1673	100,0

Problemet med grupperingen ovenfor er at det for noen av disse behandlingene er betalt for en operasjon ifølge data fra RTV, uten at det nødvendigvis er en sammenheng mellom grupperingsmåte i DRG systemet og betalingsmåte i opplysningene fra RTV. For å sikre et konsistent datagrunnlag har vi derfor valgt å benytte opphold som både er gruppert i en DRG for kirurgisk behandling og hvor RTV har registrert at det er betalt for en operasjon. Da får vi et relativt lite antall behandlinger, men vi antar at opplysningene om disse oppholdene er korrekte. Det dreier som 538 behandlinger.

Det betyr at vi for den kirurgiske behandlingen har benyttet de 538 behandlingene som et eget datagrunnlag, og disse behandlingene er også gruppert i DRG systemet for å gi et overslag over hva behandlingen hadde kostet i det offentlige helsevesenet, og hvilke ventetider som var vanlige for disse pasientene.

De øvrige behandlingene i RTV sine data gjelder utredning, lettere psykiske lidelser og annet/uregistrert. For å få et sammenligningsgrunnlag for pasienter som bare er utredet har vi benyttet data i NPR om polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus. For pasienter med lettere psykiske lidelser har vi benyttet data i NPR om behandling i voksenpsykiatriske sykehus. Alle data som er hentet fra NPR er for året 2003, som er det samme året vi har data fra RTV for.

5.3 Sammenligning av ventetider mellom sykepengepasienter og ordinære pasienter

5.3.1 Metode for beregning av forskjeller i ventetider

Det viktigste elementet for å vurdere ordningens lønnsomhet er om den reduserer ventetidene for pasientene. Reduserte ventetider vil sannsynligvis redusere utgiftene til sykepenger, øke produktiviteten i samfunnet og øke sannsynlighetene for at langtidssykemeldte kommer tilbake i arbeid.

Beregning av ventetider for sykepengepasientene

Datagrunnlaget (se ovenfor) for ventetidsberegninger i ordningen er data fra RTV om alle pasienter i ordningen i 2003, mens datagrunnlaget for pasienter i det ordinære helsevesenet er NPR sine data om henholdsvis ventelister og behandling i 2003. Det er et problem at vi har ulike datakilder med til dels ulike opplysninger for de to pasientgruppene vi ønsker å sammenligne.

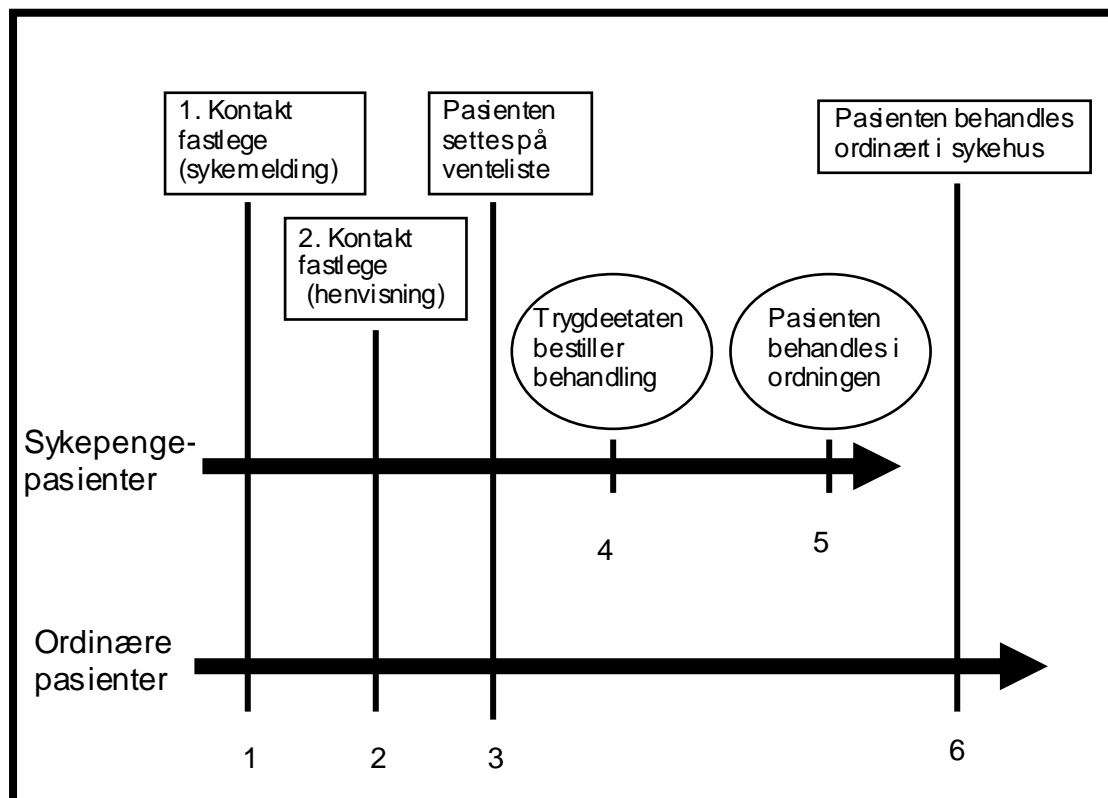
Et annet problem er at registerdata viser situasjonen slik den var mens ordningen med kjøp av behandlingstjenester var i funksjon. Vi vet ikke hva situasjonen hadde vært, dersom ordningen ikke hadde eksistert. For eksempel kan det være at ventelistepasienter som velges ut for behandling i ordningen med kjøp av helsetjenester i trygdeetaten, er mer motivert for å gå tilbake til arbeid og behandling enn pasienter som blir behandlet i det ordinære helsevesenet. Slike forhold kan vi ikke finne ut av ved hjelp av de data vi har tilgang til.

Når vi skal sammenligne ventetider, må vi også ta hensyn til at sykepengepasientene har stått en stund på venteliste før de får behandling gjennom prosjektet. Vi ønsker egentlig å sammenligne ventetiden fra pasienten er satt på venteliste i det ordinære helsevesenet til pasienten er ferdigbehandlet.

Figuren nedenfor gir en forenklet fremstilling av behandlingsforløpet for sykepengepasienter og ordinære pasienter. For begge typer pasienter vil behandlingen oftest starte med et besøk hos fastlegen. Dersom sykdommen er alvorlig vil fastlegen sannsynligvis sykemelde pasienten. Dette er vist som den første vannrette linjen i figuren, som også er merket med et ettall. Dersom fastlegen med en gang kan se at sykdommen krever behandling i spesialisthelsetjenesten, vil fastlegen henvise pasienten til sykehus for videre utredning og behandling. I figuren tenker vi oss at fastlegen ikke henviser pasienten med en gang. Først ved andre gangs behandling hos fastlegen, blir fastlegen klar over at det er behov for sykehusbehandling. Da sender fastlegen en henvisning til sykehus (2), og sykehuset setter pasienten på venteliste (3).

Først når pasienten er satt på venteliste er det aktuelt med behandling i ordningen med kjøp av behandlingstjenester for sykepenger. Dette kan skje ved at fastlegen sørger for å henvise pasienten direkte gjennom ordningen. Vi vil likevel tro (og spørreskjemaundersøkelsen gir et visst holdepunkt for at det er slik) at når pasient, lege eller trygdekontor forstår at pasienten må stå lenge på venteliste i det ordinære offentlig helsevesenet at man tar affære. Da blir pasienten henvist til en behandler trygdeetaten har avtale med, og man ”bestiller” behandling der. Dette er vist som linje 4 i figuren. Så blir pasienten behandlet som sykepengepasient (linje 5). Dersom ikke pasienten henvises til ordningen, vil pasienten etter hvert få vanlig behandling i et ordinært sykehus (linje 6).

Pasientforløpene i figuren er ikke de eneste mulige. Hensikten med figuren er først og fremst å vise sammenhengen mellom pasientforløp for sykepengepasienter og ordinære pasienter.



Figur 5.2. Fremstilling av ventetidsforløp for sykepengepasienter og ordinære pasienter.

Vi vil anta at den interessante forskjellen mellom forløpet til sykepengepasienter og ordinære pasienter er den tiden det tar fra linje 5 til linje 6 i figuren. Dersom to pasienter blir syke samtidig, er det tiden fra sykemelding til behandling som er av betydning i denne sammenhengen.

Opplysningene i datamaterialet fra trygdeetaten beskriver kun forløpet i regi av trygden. Det er dato for start på sykepengeperioden (etter arbeids giverperiodens slutt), dato for bestilling av kjøp i ordningen og dato for når behandlingen er gjennomført. Tilsvarende for data i NPR, finnes ingen opplysninger om pasientens status i forhold til arbeid og mottak av stønader fra folketrygden eller andre. Siden det heller ikke er mulig å koble opplysninger fra trygdeetatens registre med opplysninger i NPR, lar det seg ikke gjøre å beregne eksakt hvor mye ordningen med kjøp av behandlingstjenester bidrar til å redusere ventetidene for pasientene i ordningen.

Målsetningen med å beregne ulikheter i ventetider ved hjelp av de tilgjengelige data må derfor være å sannsynliggjøre at ordningen bidrar til å redusere ventetidene for pasientene i ordningen. Dermed kan vi også sannsynliggjøre at utgiftene til sykepenger blir lavere, og mulighetene for retur til arbeidslivet blir høyere.

Gitt dette utgangspunktet mener vi dato for start på sykepengeperioden i noen grad kan sidestilles med ansiennitetsdato i NPR- data (dato for henvisning mottatt i spesialisthelsetjenesten). Dette er riktignok to hendelser som ikke har noen direkte sammenheng. Prosessen fra fastlegen blir presentert for pasientens problem til pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten vil variere med pasientens tilstand, fastlegens ambisjoner og ofte også pasientenes egne krav og forventninger. Vi har ingen dokumentasjon for at denne prosessen sammenfaller i tid med sykemeldingen. Det er imidlertid ikke usannsynlig at den tiden fastlegen bruker på å bestemme seg for å henvise pasienten videre til spesialist i noen grad vil falle sammen med arbeids giverperioden. Startdato for mottak av sykepenger er også den første datoen vi har tilgang

til i forløpet for sykepengepasientene. Vi velger derfor å analysere startdato for sykepenger pluss 16 dager til resultatdato som et utgangspunkt for sykepengepasientenes samlede ventetid.

Den neste datoen vi har tilgang til i sykepengepasientens behandlingsforløp er dato for når trykdeetaten bestiller behandling gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester. Kriteriet for å komme med i ordningen er at man er sykemeldt og venter på sykehusbehandling. Det er lite sannsynlig at majoriteten av sykepengepasientene henvises direkte fra fastlegen til ordningen. Vi er dermed rimelig sikre på at ventetiden fra trykdeetaten sender bestillingen til behandlingen gjennomføres er kortere enn den gjennomsnittlige samlede ventetiden for pasientene i ordningen.

I valget mellom to datoer, som begge vil gi et usikkert bilde av virkeligheten, foretrekker vi derfor den første datoen i perioden. Det er nemlig størst sannsynlighet for at ordningen virker som forutsatt når ventetiden fra sykepengemottak til behandling er kortere enn ventetiden fra henvisning til behandling i det ordinære offentlige helsevesenet. Vi antar at dette valget kan undervurdere effekten av ordningen. På den annen side vil et (for ordningen) positivt resultat med denne beregningsmåten være et godt argument for at ordningen virker som forutsatt. Vi vil imidlertid vise ventetider ut fra begge datoer (dato for start sykemelding og dato for bestilling).

Vi vil ikke beregne ventetider for sykepengepasienter som har vært sykemeldt ut sykepengeperioden, siden reduksjonene i ventetid er et uttrykk for innsparinger i sykepenger. Hensikten med beregningen vil være å finne et estimat på det totale antallet sykepengedager som ordningen med kjøp av behandlingssteder kan ha gitt. Dersom pasientene har vært sykemeldte ut sykepengeperioden, anser vi at behandlingen ikke har gitt lavere sykepengeutgifter.

Beregning av ventetid for ordinære pasienter med data fra Norsk pasientregister

NPR inneholder data om behandlingskontakter i sykehusene. Data inneholder blant annet opplysninger om når pasientens henvisning ble mottatt i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato) og når pasienten ble lagt inn til behandling (inndato). I tillegg fører NPR de nasjonale ventelistene. Ventelistene inneholder opplysninger om ventetider for pasienter som fortsatt venter til behandling, og ventetider for pasienter som er tatt til behandling. Ventelistedata inneholder færre opplysninger om pasientenes medisinske tilstander.

I de aller fleste tilfellene er ansiennitetsdato den dato som det behandlende sykehuset mottok henvisning fra fastlegen. Dersom henvisningen er sendt mellom sykehus skal egentlig ansiennitetsdato være den dato som henvisningen ble registrert i det første sykehuset. Ventetid fra ansiennitetsdato til behandlingsdato gir derfor et rimelig greit bilde av pasientens ventetid.

Dersom en pasient er behandlet ved samme sykehus innenfor samme kalenderår, vil NPR ved hjelp av et anonymt løpenummer vite om en og samme pasient er behandlet flere ganger. I aktivitetsdataene har vi ikke noen spesifikk opplysning som sier når behandlingen er kommet i gang. Vi vet imidlertid om det er utført en operasjon i løpet av sykehusoppholdet eller ikke. Så for pasienter som er operert er det rimelig å anta at ventetiden er avsluttet når pasienten blir lagt inn for operasjon. For de andre pasientgruppene er det vanskeligere å slå fast når selve behandlingen blir gjennomført.

Ansiennitetsdatoen følger pasienten også på tvers av år. Dersom en pasient er henvist fra fastlegen i 2002 og behandlet i 2003, vil det gå frem av opplysningene i NPR. Dersom pasienten har startet behandlingen i 2002, og fortsetter behandlingen inn i 2003, vil det ikke gå frem av NPR sine data. Det betyr at dersom vi beregner ventetid fra ansiennitetsdato til behandlingsdato, vil beregningen gi lengre ventetider enn hva som faktisk har vært tilfellet. Vi kan kompensere for dette ved bare å beregne ventetider for pasienter som ble henvist i 2003, selv om vi da risikerer å få noe kortere ventetider enn hva som faktisk har vært tilfellet.

Alternativt kan vi ta utgangspunkt i ventelistestatistikken. Det betyr at vi unngår problemet med at vi ikke får fulgt pasientene på tvers av kalenderår. I ventelistestatistikken benyttes begrepet gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter. Dette er ventetid for pasienter som er tatt av ventelistene fordi behandlingen er satt i gang.

En ulempe med ventelistedata i NPR er at det ikke rapporteres andre medisinske opplysninger om pasienten enn fagområde, altså den medisinske spesialitet pasienten er tilknyttet (ortopedi, voksenpsykiatri, mv.). Det innebærer at vi ikke får en like presis medisinsk beskrivelse av hva pasienten faktisk har ventet på, og dermed blir det også vanskeligere å beregne ventetider for pasientgrupper med tilsvarende sammensetning som sykepengepasientene.

En annen ulempe med ventelistedata er at behandlingsstart skal settes etter en medisinsk vurdering. Vi ser av våre data at tid for behandlingsstart tolkes ulikt i ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Dette elementet av skjønn innebærer en større usikkerhet eller feilmargin når det gjelder bruk av ventetider ved hjelp av ventelistedata. Generelt viser også ventelistedata lengre gjennomsnittlige ventetider enn behandlingsdata.

Igen må vi fastslå at vi ikke opererer med absolutt sikre data over ventetider i spesialisthelsetjenesten. Vi vil derfor både vise ventetider både basert på ventelistestatistikken og ventetider basert på behandlingsdata.

Dette er det generelle utgangspunktet vi har for beregning av ulikhet i ventetider. I tillegg er det ulike beregningsmåter og datagrunnlag som kan være aktuelle i NPR. Diskusjonen om bruk av NPR data vil være litt ulik alt etter som hvilke behandlingsformer vi ser på. Nedenfor vil vi derfor gå inn på beregningsmetoder for de tre behandlingstypene i ordningen som er operasjon, utredning og lettere psykiske lidelser.

Metode for beregning av ventetid for pasienter med operasjon

Som nevnt ovenfor er en operasjon et entydig inngrep som vanligvis ikke gjøres mer enn en gang for hver sykdom. Et unntak er pasienter som opereres i begge knær, begge øyne osv. Likevel betyr dette at problemet med at NPR ikke kan følge pasienter på tvers av kalenderår er lite for denne pasientgruppen. Dersom en pasient er operert, kan vi regne med at den reelle ventetiden er ventetiden fra ansiennitetsdato til dato for innleggelse med registrert operasjon.

Når vi benytter behandlings- eller aktivitetsdata i NPR som utgangspunkt for beregning av ventetider, kan vi benytte opplysninger om diagnoser og operasjonskoder til å finne en pasientgruppe som har fått den samme behandlingen som sykepengepasientene. Dette har vi gjort ved hjelp av diagnoserelaterte grupper (DRG).

Vi har gruppert sykepengepasientene i DRG'er og beregnet ventetidene for tilsvarende pasienter i NPR. DRG grupperingen lykkes bare for en relativt liten andel av pasientene med betalingstype operasjon. Det er imidlertid godt samsvar mellom de DRG'ene vi finner og de hyppigst forekommende diagnoser og operasjonskoder blant samtlige sykepengepasienter med operasjon. Vi fant heller ikke store variasjoner i ventetid mellom de ulike DRG'ene for pasienter i det ordinære offentlige helsevesenet. Det betyr at en rimelig måte å beregne ventetid for ordinære pasienter, er å beregne gjennomsnittlig ventetid for pasienter i de DRG'er som er hyppigst forekommende blant sykepengepasientene. Denne beregningsmåten forutsetter at de DRG grupperte sykepengepasientene er representative for alle sykepengepasienter med operasjon.

Alternative beregningsmåter er å se på ventetider for ortopediske pasienter med operasjon. Dette kan gjøres ved å beregne ventetider for ordinære pasienter som er gruppert i kirurgiske DRG'er innenfor hoveddiagnosegruppe 8 (sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev). I

tillegg vil vi også se på ventelistedata for pasienter innenfor det ortopediske fagområdet. I den sistnevnte tilnærmingen vil vi også få med pasienter som av ulike grunner ikke er operert, siden ventelistedata ikke inneholder like mye medisinsk informasjon som behandlingsdata. For å gjøre ventetidene sammenlignbare har vi bare beregnet ventetider for pasienter som er i yrkesaktiv alder (18 – 66), og som har vært behandlet fra ventelistene.

Metode for beregning av ventetider for pasienter med utredning

For pasienter med utredning vil vi ta utgangspunkt i data for polikliniske konsultasjoner, som blir oppbevart i egne datafiler i NPR. For å finne en sammenlignbar gruppe vil vi beregne ventetider for pasienter som har de samme ICD-10 diagnoser som vi finner flest av i materialet fra RTV.

I ICD-10 finnes det også en egen diagnosekode for utredning. Dette er en diagnose som kun skal registreres sammen med andre diagnoser som beskriver pasientens sykdom. Disse kodene befinner seg i gruppe Z som sier noe om faktorer som har betydning for helsetilstand og årsaken til kontakten med helsetjenesten. Det betyr at vi også kan beregne ventetid for pasienter som er lagt inn for et kortere tidsrom med en tilleggsdiagnose for utredning.

Kriteriet for en ordinær avvikling fra ventelistene er at behandlingen er startet. Det sies eksplisitt at ferdig gjennomført utredning ikke er tilstrekkelig for at pasientene slettes fra ventelistene. Det lar seg derfor vanskelig gjøre å benytte ventelistedata til å beregne ventetid for utredning av ordinære pasienter.

Metode for beregning av ventetider for pasienter med psykiske lidelser

For pasienter med betalingstype lettere psykiske lidelser vil vi benytte data i NPR om voksenpsykiatrisk behandling i 2003. I dette datagrunnlaget ligger det både opplysninger om sykehusinnleggelse og polikliniske konsultasjoner. Vi vil beregne ventetider for ventelistepasienter som er kommet inn til første gangs polikliniske konsultasjon i 2003. Pasienter som er behandlet som øyeblikkelig hjelp eller ved innleggelse vil bli ekskludert fra materialet.

I rapportering av aktivitet til NPR for pasienter i psykisk helsevern for voksne skal det også angis verdier for pasientenes funksjonsevne og symptomnivå. Instrumentet som benyttes er GAF (Global Assessment of functioning). GAF-F for funksjonsnivå og GAF-S for symptomnivå. Vi velger å benytte GAF-F scoren for funksjonsnivå, siden hensikten er å sørge for å få pasientene tilbake i arbeid. Vi forutsetter at pasienter med brukbart funksjonsnivå har størst sjanse for å bli friske nok til å delta i arbeidslivet. Derfor benytter vi funksjonsscoren og ikke symptomscoren.

Det er langt fra alle pasienter i NPR som er rapportert med GAF-F score ved inntak. Dette er selvsagt uheldig for mange formål, men pasienter som er scoret er tilstrekkelig mange (4211) til at den gir et godt utgangspunkt for sammenligning med pasienter som er behandlet gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester.

I den norske veilederen for bruk av instrumentet (1) heter det:

Aktuell sykmelding pga psykisk lidelse indikerer et GAF-F nivå under 51. Et funksjonsnivå under 41 krever at det i tillegg til aktuell sykmelding er større funksjonssvikt også på andre områder (eks. forsømmer jobben, familien, mister all fritidsinteresse o.l.).

Vi har derfor valgt å beregne ventetider for pasienter med en GAF-F score på 41 og høyere.

5.3.2 Resultater, beregning av ventetider

Ventetider for sykepengepasienter

Ventetider for sykepengepasientene er hentet fra RTV sin datafil over sykepengepasienter for 2003. Følgende pasienter er utelatt fra ventetidsanalysen:

1. Pasienter som har nådd maksimal sykmeldingstid
2. Data der dato for start på mottak av sykepenger (= sykepengedato - 16 dager) kommer etter henvisningsdato.
3. Der det er registrert resultatdato før henvisning, dvs. negative ventetider. Trolig er det her en sammenblanding mellom flere behandlinger.
4. Dato for slutt på sykepenger kommer før resultatdato (behandlingsdato)

Det er da igjen 5 141 behandlinger.

Vi har beregnet ventetidene for sykepengepasientene med betalingstype operasjon som ble gruppert til de kirurgiske DRG'ene som er vist i avsnittet om økonomiske beregninger. Resultatene viste at det var relativt liten spredning i ventetid mellom de ulike DRG'ene i datamaterialet. Vi har derfor valgt å beregne samlet ventetid for hver betalingstype. Resultatene er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 5.3. Ventetider ut fra data fra RTV. Ventetid fra sykemelding til behandling gjennomført, og ventetid fra bestilling til behandling gjennomført.

BETALINGSTYPE	GJENNOMSNI TT LIG VENTETID FRA BESTILLING TIL BEHANDLING	GJENNOMSNI TT LIG VENTETID FRA SYKEMELDING TIL BEHANDLING	ANTALL MED AVSLUTTET SYKEPENGEFORLØP FØR MAKSTID
1 Utredning	36	104	1 648
2 Utredning/operasjon	27	76	2 510
3 Lettere psykisk	61	120	799
5 Annet (uførutsette utg)	24	81	184
Total	35	92	5 141

Resultatene viser at forholdet i ventetid mellom de ulike pasientgruppene er omtrent det samme, uavhengig av beregningsmåte. Det ser også ut til å være kortere ventetider til operasjon, enn til de andre behandlingsmåtene. Dette er ikke overraskende, men det gir grunn til å tro at ordningen i 2003 hadde best effekt for pasienter som fikk gjennomført en operasjon.

For pasienter som venter på utredning ser vi at ventetid fra bestilling til utredning er relativt kort, men altså lengre enn ventetiden til operasjon. Den totale ventetiden fra sykemelding til utredning er relativt lang. En sannsynlig hypotese er at man venter relativt lenge før disse pasientene overføres til ordningen, og at når overføringen først er skjedd er ventetiden relativt kort før utredningen blir gjennomført.

For pasienter med lettere psykiske lidelser observerer vi lange ventetider. Dette har sannsynligvis sammenheng med operasjonaliseringen av tidspunktet for behandling, som er beskrevet som resultatdato. Behandling for psykiske lidelser skjer som oftest gjennom en serie terapeutiske samtaler, noen ganger i kombinasjon med bruk av legemidler. Hvis resultatdato forstås som dato for behandlingsstart, er ventetiden oppsiktsvekkende lang. Dersom resultatdato forstås som dato

for når behandlingen er ferdig, vil ventetiden være kort i forhold til de andre pasientgruppene. For pasienter med operasjon vil resultatdato være tilnærmet lik dato for første gangs behandling, mens pasienter med psykiske lidelser ikke er ferdig med behandlingen før mange uker etter første behandling.

For de pasientene som har en resultatdato, ser vi også at en god del har resultatdato før eller like etter dato for at bestilling er sendt. I beregning av ventetid har vi bare beregnet ventetid for pasienter som har ventet i 4 dager eller mer. Dette utgjør 551 av de i alt 1 702 pasientene med lettere psykiske lidelser.

I motsetning til enklere kirurgiske inngrep, kan det gå relativt lang tid mellom behandlingsstart og slutt. Nedenfor viser vi at det i gjennomsnitt gjennomføres over 6 terapitimer eller konsultasjoner for ordinære pasienter. Det vil i så fall si at tiden fra behandlingsstart til avslutning vil være omtrent 6 uker (42 dager). I så fall er den gjennomsnittlige ventetiden for sykepengepasienter med enklere psykiske lidelser 65 dager minus 42 dager, altså 23 dager.

Ventetider for ordinære pasienter

Ventetidene for ordinære pasienter er som nevnt beregnet ut fra NPR sin datafil for poliklinisk aktivitet i 2003. Ventetider for pasienter med utredning er beregnet for ventelistepasienter i yrkesaktiv alder med ICD-10 diagnoser som tilsvarer materialet i RTV sine data. Ventetid for pasienter med operasjon er hentet ut fra NPR sin datafil for ISF utbetalingen i 2003. Ventetid er beregnet for pasienter i aldersgruppen 18 – 67 år, i de kirurgiske DRG'ene som er hyppigst forekommende i materialet fra RTV. Ventetid for pasienter med lettere psykiske lidelser vil bli hentet ut fra NPR sine aktivitetsdata for voksenpsykiatrien i 2003. Ventetid er beregnet for aldersgruppen 20 til 60 år, med GAF-F score på over 40.

Alle ventetider er beregnet for elektive pasienter, og ventetid under 2 dager og over 999 dager er fjernet før beregning. Det siste vises av maksimums og minimumsverdiene.

Ventetider for utredning

Utgangspunktet for beregning av ventetid er de vanligste ICD-10 diagnosene for sykepengepasienter med utredning. Vi har beregnet ventetid for disse ut fra NPR sine data om poliklinisk aktivitet. Det vil si tid fra ansiennitetsdato til inndato for pasienter som er registrert behandlet i poliklinikkene til offentlige sykehus.

En annen måte å operasjonalisere utredning på, er å benytte diagnosekoder for utredning. Diagnosekodene for utredning er tilleggskoder. Det vil si at man først diagnostiserer pasientens medisinske tilstand med en hoveddiagnose. Deretter kan man benytte en tilleggskode for å markere at formålet med behandlingen er utredning (kode Z00 til Z13 i ICD-10). Hensikten med å benytte utredningskodene i ICD-10 er at vi vil få en pasientgruppe som ligner mer på sykepengepasientene som har hatt behov for en grundigere utredning og ikke bare en vanlig utredningskonsultasjon i poliklinikk.

Vi har også benyttet nasjonal ventelistestatistikk for å sammenligne ventetider. Som nevnt ovenfor er det vanskelig å beregne ventetid til utredning ut fra den offisielle ventelistestatistikken fordi man der hele tiden har poengtert at utredningsprosessen skal oppfattes som en del av ventingen. Det er først når behandlingen starter at pasienten skal taes av ventelisten. Vi har tall for ventetider til poliklinisk behandling. Det vil i hovedsak være pasienter som får utført selve behandlingen ved sykehusets poliklinikk, for eksempel medisiner under tilsyn og veiledning av legespesialist i poliklinikken. Vi har likevel valgt å vise ventetidene til poliklinikk i tabellen nedenfor.

Tabell 5.4. Ventetider for utredning, basert på ulike alternativer. Tall for pasientens bostedsfylke. Kilde: NPR; Ventsys, ISF-data og datafil for polikliniske konsultasjoner. 2003

Fylke	Ventetid utredning ISF-data		Ventetid poliklinikk, aktuelle diagnoser		Ventetid ventelistedata	
	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall
Østfold	53,20	244	75,83	1876	80	28872
Akershus	58,64	330	73,72	6710	77	55034
Oslo	47,19	380	87,64	6259	65	70713
Hedmark	60,59	188	75,33	3827	76	36705
Oppland	53,25	205	61,08	3085	105	29253
Buskerud	59,78	175	71,04	2902	70	30604
Vestfold	72,10	283	74,13	2965	63	27488
Telemark	42,18	337	60,42	3854	66	30309
Aust-Agder	63,62	93	71,76	1658	79	13843
Vest-Agder	60,57	110	62,14	3245	62	21960
Rogaland	44,99	165	83,94	3875	103	45622
Hordaland	45,36	74	98,11	4301	84	58586
Sogn og Fjordane	63,00	62	99,31	1409	74	21306
Møre og Romsdal	55,02	119	78,18	3159	81	43316
Sør-Trøndelag	41,16	62	88,16	2879	76	36113
Nord-Trøndelag	53,54	37	87,34	2059	84	20854
Nordland	64,35	269	71,14	4351	70	46407
Troms	79,32	195	88,48	1558	79	25937
Finnmark	68,58	71	87,57	1160	83	19076
Total	56,97	3399	77,85	61132	78	661998

Tabellen viser store forskjeller mellom ventetider beregnet ved hjelp av utredningskoder for innlagte ISF pasienter og ventetider basert på poliklinikkdata for aktivitet og ventelister. En mulig forklaring på den korte ventetiden i ISF datafilen er at dette gjelder relativt alvorlige tilstander som må utredes ved innleggelse, og som derfor bør utredes forholdsvis fort. Den forholdsvis korte ventetiden fra ventelistedata var uventet, ettersom vi her sannsynligvis får med oss pasienter som har startet et behandlingssopplegg ved poliklinikkene etter utredningen. Vi ser at ventetiden vi får ved å måle ventetid fra ansiennitetsdato til inndato for de vanligste diagnosene blant sykepengepasientene avviker relativt lite fra ventelistedata.

Variasjonene mellom fylkene er ikke uventet i seg selv, men vi ser at valg av beregningsmåte får stor betydning for om et fylke har kortere eller lengre ventetid enn det nasjonale gjennomsnittet. Dette indikerer etter vårt syn at en bør være varsom med å gjøre beregninger for det enkelte fylke.

Ventetid for pasienter med operasjon

Som diskutert ovenfor mener vi den mest reelle sammenligning mellom sykepengepasienter og ordinære pasienter er sammenligning ved hjelp av diagnoserelaterte grupper (DRG). Vi har bare klart å gruppere en relativt liten andel av sykepengepasienter med operasjon i DRG grupper. De gruppene vi har funnet er i hovedsak forskjellige DRG grupper innenfor muskel, skjelett og bindevev. I DRG systemet operer man med en hoveddiagnosegruppe (HDG) for pasienter med disse sykdommene (HDG 8).

Vi har valgt å vise ventetider både for de utvalgte DRG gruppene som sykepengepasientene er gruppert inn i, og for hele hovedgruppen (HDG 8). I tillegg benytter vi de nasjonale ventelistene som enda et sjekkpunkt. Ventelistetall deles inn etter legespesialitet (fagområde). Det mest nærliggende fagområdet er ortopedi. Det er imidlertid en svakhet at det ikke går frem av ventelistedata at det ikke føres egne ventelister for pasienter som blir operert. Resultatene vises i tabellen nedenfor.

Tabell 5.5. Ventetider for kirurgiske pasienter. Henholdsvis kirurgiske pasienter i de samme DRG'er som sykepengepasientene ble gruppert til og hoveddiagnosegruppe 8 (sykdom i muskel- skjelettsystemet og bindevev) fra ISF data og dagpasienter innen ortopedisk spesialitet i ventelistedata (Ventsys).

Fylke	Ventetid for de utvalgte DRG gruppene		Ventetid for hdg 8 sykdommer i muskel skjelett og bindevev		Ventetid dagbehandling, ortopedi Ventsys	
	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall
Østfold	115,86	1941	145,05	3425	92	1819
Akershus	118,80	3380	139,15	5602	63	2762
Oslo	136,59	2573	169,70	4405	87	848
Hedmark	106,15	1450	132,52	2580	88	876
Oppland	145,23	1310	181,76	2324	94	1132
Buskerud	132,45	1731	138,30	3169	82	1532
Vestfold	163,09	1628	206,72	3118	99	205
Telemark	178,32	1613	215,12	2692	111	568
Aust-Agder	147,96	709	189,91	1160	90	299
Vest-Agder	112,32	1282	164,92	2306	97	423
Rogaland	168,50	2151	199,69	3280	126	697
Hordaland	162,63	2752	185,55	5180	82	146
Sogn og Fjordane	165,30	867	192,95	1424	71	198
Møre og Romsdal	142,76	1451	173,13	2736	105	1577
Sør-Trøndelag	177,75	1594	197,56	2837	151	1562
Nord-Trøndelag	193,57	796	229,72	1525	143	555
Nordland	137,81	2114	147,61	3856	95	772
Troms	190,96	958	201,24	1513	135	417
Finnmark	220,95	704	243,87	1090	70	40
Total	147,76	31004	174,57	54222	97	16428

Resultatene ovenfor viser for det første at det er en forskjell i ventetider mellom de utvalgte DRG gruppene hvor vi fant flest sykepengepasienter og HDG 8 som spenner over alle inngrep i muskel, skjelett og bevegelsesapparatet. Vår fortolkning av dette er at de DRG'er vi finner blant sykepengepasientene (problemer med kne, skulder og håndledd) er blant de mindre alvorlige

sykdommer i HDG 8. Det betyr at disse tilstandene på grunn av lavere alvorlighetsgrad også prioriteres lavere og dermed får lengre ventetider. Dette indikerer at ordningen med kjøp av behandlingstjenester bidrar til å redusere ventetidene for en pasientgruppe med relativt lange ventetider.

Det andre resultatet er at ventelistedata her viser kortere ventetider enn aktivitetsdata. Dette kan komme av at ventelistedata ikke skiller mellom pasienter som er operert og pasienter som ikke er det. Etersom operasjoner er relativt ressurskrevende er det ikke uventet at pasienter som blir operert må vente lenger enn andre. Dermed vil et gjennomsnitt beregnet ut fra ventelistedata rimeligvis vise kortere ventetider enn de gjennomsnitt som beregnes for pasienter som er operert. Vi velger derfor å se bort fra ventelistedata i sammenligning av ventetider for pasienter med operasjon.

Ventetid lettere psykiske lidelser

Som diskutert i metoddelen ovenfor kan vi måle ventetid til pasienter i psykisk helsevern ut fra aktivitetsdata eller ut fra ventelistedata. I metoddelen har vi diskutert bruk av GAF-score på 41 eller mindre som indikasjon på at pasienten har en psykisk lidelse som ikke er særlig alvorlig. Vi ser imidlertid at rapportering av funksjonsnivå er fordelt ulikt mellom fylkene. En oversikt som skal vise forskjeller mellom fylker kan dermed ikke bruke GAF-score som kriterium.

Vi har derfor valgt å vise ventetider for alle pasienter i aldersgruppen 18-66 år i tabellen nedenfor, som er behandlet fra ventelistene i poliklinikken. Vi har ikke tatt med innleggelser, som i all hovedsak benyttes for alvorlig psykisk syke pasienter. I 2003 var det nesten 4 600 pasienter som var scoret med GAF-score, og blant de med lavest score (høyest funksjonsevne) var gjennomsnittlig ventetid på ca. 46 dager. For alle pasienter var ventetiden 36 dager (se tabellen nedenfor). Dette taler for at bruk av GAF-score er meningsfull, fordi ventetiden for pasienter med god funksjonsevne skal prioriteres lavere enn pasienter med dårlig funksjonsevne.

Ventetid for aktivitetsdata er beregnet som ventetid i dager fra ansiennitetsdato til inndato.

Tabell 5.6. Gjennomsnittlig ventetid i antall dager for pasienter i psykisk helsevern for voksne, poliklinisk omsorgsnivå. Kilde: Ventelistedata og aktivitetsdata NPR 2003.

Fylke	Poliklinikkdata psykisk helsevern		Ventelistedata psykisk helsevern	
	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall
Østfold	40,99	2060	66	2085
Akershus	31,10	3449	39	1471
Oslo	31,78	4064	43	2793
Hedmark	35,53	1348	90	1254
Oppland	26,55	2514	82	2378
Buskerud	31,59	2273	78	1703
Vestfold	33,47	2473	30	3166
Telemark	35,11	1850	58	1863
Aust-Agder	74,55	754	115	705
Vest-Agder	50,37	1520	42	1456
Rogaland	38,85	2435	68	1669
Hordaland	34,84	3249	44	1102
Sogn og Fjordane	27,93	909	30	662
Møre og Romsdal	32,22	906	48	1813
Sør-Trøndelag	53,19	1762	84	1036
Nord-Trøndelag	27,80	462	69	886
Nordland	36,84	2096	41	1690
Troms	50,64	1198	105	477
Finnmark	40,14	775	84	656
Total	36,72	36122	57	28865

Tabellen viser relativt korte ventetider for pasienter i psykisk helsevern, både ut fra ventelistedata og aktivitetsdata. Det kan være at vi her får resultater som viser ventetid fra henvisning til første konsultasjon, og ikke ventetid fra henvisning til behandlingsstart. Vi vet det er ulike oppfatninger av når man skal sette start for behandling i psykisk helsevern. Dette gjør resultatene i tabellen mer usikre, enn de beregnede ventetidene for utredning og operasjon.

Oppsummering av sammenligning av ventetider

Ovenfor har vi vist sammenligninger mellom ulike beregningsalternativer for ventetider blant sykepengepasienter og ordinære pasienter. Nedenfor gir vi en samlet fremstilling av resultatene. Igjen er det på sin plass å peke på at resultatene er usikre, fordi de opplysningene vi har om de to gruppene ikke gjør dem direkte sammenlignbare. I tabellen nedenfor viser vi hva som er høyest og lavest beregnet ventetid for sykepengepasienter og ordinære pasienter. Resultatene er delt inn etter om det dreier seg om utredning, operasjon eller psykiske lidelser.

Tabell 5.7. Forskjeller i gjennomsnittlig antall dagers ventetid for sykepengepasienter og ordinære pasienter, etter de tre hovedgruppene; utredning, operasjon og lettere psykiske lidelser (jf. tabell 5.3, 5.4, 5.5 og 5.6)

Betalingstype	Ventetid for sykepengepasienter		Ventetid for ordinære pasienter	
	Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum
Utredning	36	104	57	78
Operasjon	27	76	148	175
Lettere Psykiatri	61	120	38	57

Tabellen viser at sykepengepasienter som utredes ser ut til å vente lenger enn pasienter i det ordinære helsevesenet. Vi kan ikke utelukke at dette skyldes at sykepengepasientene som blir utredet har mer komplekse og sammensatte problemer enn en gjennomsnittspasient som utredes poliklinisk i det ordinære offentlige helsevesenet.

For kirurgiske pasienter viser tabellen at ordningen med stor grad av sannsynlighet bidrar til å redusere ventetidene for sykepengepasientene. Selv om det er svakheter ved datamaterialet, mener vi det er lite sannsynlig at sykepengepasientene har ventet lenger enn tiden fra start på sykepengeutbetalinger til behandlingen er gjennomført. Likevel er denne maksimale ventetiden kortere enn den beregningsmåten som viser kortest ventetid for ordinære pasienter. Det er vanskelig å gi en eksakt beregning av redusert ventetid, men analysen gir gode holdepunkter for at ordningen bidrar til en reduksjon av ventetiden for sykepengepasienter med operasjon.

Når det gjelder lettere psykiske lidelser, viser tabellen tilsynelatende lengre ventetider for sykepengepasienter enn ordinære pasienter. Som nevnt ovenfor i diskusjonen av ventetidsberegningene for sykepengepasienter med psykiske lidelser er det usikkert om dato for resultat er dato for start eller slutt på behandlingen. Vi kan dermed ikke si med sikkerhet om det virkelig er slik at sykepengepasienter med psykiske lidelser må vente lenger enn pasienter i det ordinære offentlige helsevesenet.

Det kan også tenkes at forskjellene i ventetid for psykiatriske pasienter er reelle, men at innholdet i helsetjenestene som gis til sykepengepasienter er noe annet enn vanlig psykiatrisk behandling i det offentlige helsevesenet. Det kan for eksempel tenkes at et presset offentlig psykisk helsevern sier seg fornøyd med behandlingsresultatet dersom pasienten klarer å leve et tilnærmet normalt liv som arbeidsufør. For trygdeetaten vil det være ønskelig å *supplere* behandlingen fra det offentlig med mer behandling som gjør pasienten i stand til å delta i arbeidslivet.

Det kan helt sikkert være fornuftig å tilby slik behandling. Formålet med *supplerende* behandling er imidlertid ikke å spare sykemeldte pasienter lange ventetider i det offentlige helsevesenet, men å tilby en behandling som er spesielt tilpasset trygdeetatens mål om å få flest mulig i arbeid (arbeidslinjen). En evaluering av den økonomiske effekten av supplerende behandlinger faller utenfor rammen for denne analysen. Her vil vi nøye oss med å påpeke at det er store forskjeller mellom å tilby sykepengepasienter raskere behandling og supplerende behandling. Trygdeetaten bør derfor være tydelig på denne forskjellen overfor både pasienter og behandlere når man organiserer kjøp av behandlingstjenester for sykepenger.

Ett av formålene med denne analysen er å vise effekten av ordningen med kjøp av behandlingstjenester på sykefraværet. I tabellen nedenfor har vi gjort en oppsummering av de

funn som er gjort i denne delen av analysen. Vi har gått ut fra de største og minste forskjellene på ventetid mellom sykepengepasienter og ordinære pasienter. Antall innsparte sykepengedager vil da sannsynligvis være innenfor intervallet mellom maksimum og minimum.

Vi ser også at bruk av ordningen er spesielt stor i Nord- og Sør-Trøndelag. Andelen sykepengepasienter fra disse fylkene er større enn andelen av alle sykepengemottagere. Vi ser også at ventetidene i trøndelagsfylkene er høyere enn landsgjennomsnittet for de fleste av de beregningsmåtene som er vist ovenfor. Det betyr at effekten av ordningen på sykefraværet vil være noe sterkere fordi ordningen brukes i noen av fylkene med de lengste ventetidene for ordinære pasienter.

Noe av denne effekten blir likevel fanget opp når vi benytter gjennomsnitt. De lange ventetidene i trøndelagsfylkene påvirker det nasjonale gjennomsnittet for ventetid, så en reduksjon av ventetiden på grunn av ordningen vil i noen grad ta hensyn til at ventetiden er lengre i noen fylker. Vi har imidlertid ikke vektet disse fylkene når vi har beregnet forskjellene i ventetid mellom alle ordinære pasienter og alle sykepengepasienter. Dette vil i seg selv kunne undervurdere effekten ordningen har på reduksjoner i sykefravær.

Den store usikkerheten i de beregningene som er gjort, betyr at en vekting av ulikhet i ventetid i ulike fylker vil ha liten betydning i forhold til de store intervallene vi må operere med uansett. Variasjonen i bruk av ordningen mellom fylker viser at ordningen fungerer etter hensikten, men det er vanskelig å beregne denne effekten på antallet reduserte sykepengedager.

Antall pasienter i hver av de tre gruppene er det antallet pasienter som ikke har gått et helt år på sykepenger, og som har en logisk sammenheng i datoer for henholdsvis sykepengemottak, bestillingsdato og resultatdato. Vi har ikke inkludert tall for pasienter med lettere psykiske lidelser, siden beregning av forskjell i ventetider for denne pasientgruppen er så usikker.

Tabell 5.8. Maksimum og minimumsanslag innsparte sykepenger som følge av ordningen med kjøp av behandlingstjenester. Antall sykepengepasienter som har mottatt sykepenger i under ett år, fordelt på de tre behandlingstypene.

Betalingstype	Antall sykepengedager i gjennomsnitt spart pr. pasient		Antall pasienter	Total innsparing i sykepengedager	
	Maksimum	Minimum		Maksimum	Minimum
Utredning	42	-26	1 648	6 9216	-42 848
Operasjon	148	72	2 452	362 896	176 544
Lettere Psykiatri	-	-	775	-	-
Totalt			4 875	432 112	133 696

Tabellen viser at vi for de to behandlingstypene *utredning* og *operasjon* kan ha gitt en innsparing i erstattede sykepengedager på mellom ca. 430 000 og ca. 130 000. Vi vil anta at anslaget på ca. 130 000 innsparte sykepengedager ligger nærmere sannheten enn ca. 430 000. Grunnen til det er diskutert ovenfor, men i hovedsak bygger det høyeste tallet på en forutsetning om at sykepengepasientene ikke har stått på venteliste før de ble henvist gjennom ordningen. Disse tallene vil danne grunnlaget for beregningen av ordningens lønnsomhet nedenfor.

5.4 Økonomiske konsekvenser av redusert sykefravær

I forståelse med oppdragsiver har vi i hovedsak fokusert på ordningens økonomiske konsekvenser for statens utgifter til sykepengen i de økonomiske analysene. Vi har også sett på om ordningen kan ha en samfunnsøkonomisk effekt. Det er imidlertid ikke gjort noe forsøk på å beregne størrelsen av den samfunnsøkonomiske effekten av ordningen med kjøp av behandlingstjenester for sykepengen.

5.4.1 Mulige samfunnsøkonomiske effekter

Som nevnt innledningsvis vil de økonomiske konsekvensene av sykefravær i noen grad være omfordeling av inntekter og utgifter i samfunnet. Økt sykefravær øker statens utgifter til sykepengen. Dersom arbeidsgivere kan opprettholde produksjonen ved hjelp av overtid og vikarer, vil imidlertid ikke sykefraværet ha betydning for samfunnets totale produksjon.

I 1999 gjennomførte Karl-Gerhard Hem en undersøkelse av økonomiske konsekvenser av sykefravær (5). Analysen ble gjennomført som en spørreundersøkelse til et utvalg norske private bedrifter om konsekvenser av sykefraværet. Gjennomgående viste svarene at bedriftene ikke klarte å opprettholde produksjon og verdiskapning ved sykefravær. Rapporten avkrefter dermed hypotesen om at samfunnet klarer å opprettholde produksjonene av varer og tjenester ved sykefravær. I virkelighetens verden klarer man ikke å opprettholde produksjonen, fordi det ikke alltid er mulig å erstatte den arbeidskraften som forsvinner med annen arbeidskraft (overtid og vikarer).

Den ovennevnte undersøkelsen viste at enkelte bransjer hadde lettere for å finne vikarer enn andre, slik at en større del av produksjonen kunne opprettholdes. Produksjonstapet var størst ved korttidsfravær, og bedriftene måtte selvsagt også benytte ekstra ressurser for å få erstattet arbeidskraft ved sykemelding. Rapporten konkluderte med at bedriftenes kostnader per sykefraværsdag utgjorde mer enn de ansattes lønnsutgifter. Totalt ble kostnadene beregnet til ca. 1 700 kroner pr. sykefraværsdag, og 55 % av disse kostnadene ble beregnet å være det direkte samfunnsøkonomiske tapet ved sykefraværet.

Undersøkelse ble gjennomført i private bedrifter, hvor det sannsynligvis er enklere å måle verdien av redusert produksjon enn i offentlig sektor. Ordningen med kjøp av behandling i trygden reduserer langtidsfravær i langt større grad enn korttidsfravær. Den ovennevnte rapporten gir ikke grunnlag for å beregne et samfunnsøkonomisk tap ved sykefravær. Likevel mener vi undersøkelsen viser at kostnader knyttet til sykefravær ikke bare betyr omfordeling av ressurser, men at sykefravær også medfører et samfunnsøkonomisk tap. Dersom vi kan dokumentere at ordningen med kjøp av behandlingstjenester reduserer sykefraværet i Norge, kan vi dermed også dokumentere at ordningen har en positiv samfunnsøkonomisk effekt.

I tillegg finnes det også dokumentasjon på at sannsynligheten for å komme i arbeid øker når ventetiden til ortopedisk kirurgi reduseres (6). Heller ikke her har vi et grunnlag for å beregne en konkret økonomisk effekt av reduserte ventetider. Likevel kan vi peke på at reduserte ventetider vil ha en positiv samfunnsøkonomisk effekt ved at sannsynligheten for varig retur til arbeidsmarkedet øker.

5.4.2 Ordningens effekt på trygdens utgifter

I tillegg til de samfunnsøkonomiske betraktningene, har vi også sett på konsekvensene for statens utgifter til sykepengen. I datagrunnlaget fra RTV har vi opplysninger om pasientenes inntekt i 2002, og om pasientene har mottatt sykepengen i et helt år eller ikke. Trygdeetaten utbetaler som kjent ikke sykepengen over ett år. Hvis arbeidstageren ikke er i stand til å gå tilbake til arbeidslivet etter ett år, vil altså behandlingen ikke ha konsekvenser for sykepengeutgiftene.

Det kan likevel være at staten sparer utgifter til andre trygdeytelser, dersom arbeidstagerne bruker mer enn ett år på å komme tilbake i arbeid. Vi har valgt å se bort fra denne muligheten i denne analysen. På den måten tar vi hensyn til at ikke alle sykepengepasienter nødvendigvis kommer tilbake i arbeid, slik at staten sparer utgifter til sykepenger. Vi vil ikke se på hva som skjer med pasientene etter at sykepengeperioden er over. Dersom vi finner en innsparing på utgifter til sykepenger som kompenserer for økte behandlingsutgifter, vil ordningen være lønnsom uansett. Selv om pasientene mottar trygdeytelser på et senere tidspunkt på grunn av den samme sykdommen, vil staten spare utgifter til sykepenger dersom pasienten kommer tilbake til arbeid etter endt behandling.

I beregningen av utgiftene til sykepenger vil vi ta utgangspunkt i antall sykepengedager spart. Det vil si antall dager i gjennomsnitt som hver pasient i ordningen (10 838) hadde fått redusert sine sykepengedager med, multiplisert med stønadsgrunnlaget for hver enkelt pasient. For å ta hensyn til at sykepenger ikke refunderes fullt ut for inntekter over 6 G, har vi valgt å kode om alle inntekter i datamaterialet til en inntekt lik 6 G. På den måten kan vi beregne sykepenger pr dag som en direkte funksjon av pasientens inntekt året før. Selv om det er relativt enkelt å finne ut hvor mye en redusert sykepengedag betyr for Folketrygdens utgifter til sykepenger, kan ikke antall færre dager med sykepenger beregnes presist ut fra det datagrunnlaget vi har hatt til rådighet. Det betyr at vi måtte operere med relativt vide anslag og intervaller for ordningens effekt på ventetidene, samt at vi må være like forsiktige med beregning av de direkte utgiftene til sykepenger.

Det kan argumenteres med at mange av pasientene som henvises til ordningen med kjøp av behandlingstjenester også venter på den vanlige ventelisten før de får tilbud om behandling gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester i RTV. I så fall vil den sistnevnte gruppen pasienter motta sykepenger i en viss tid før selve henvisningen til behandling gjennom RTV, og i så fall vil ikke den reelle innsparingen i sykepenger uten videre beregnes ut fra forskjellen i ventetid når den måles fra henvisning til behandlingsstart.

Vi ser av spørreskjemaundersøkelsen at de fleste respondentene oppgir at det går mellom 0 og 4 måneder fra sykemelding til behandling. I våre data fra RTV ser vi at den faktiske ventetiden fra sykemelding til behandling er ca. 4 måneder. Det er imidlertid lite sannsynlig at pasienter som henvises til ordinære sykehus ikke opplever at det tar en viss tid fra sykemelding til henvisning.

I tillegg kommer at hvis ikke ordningen hadde eksistert, hadde kanskje den generelle ventetiden gått opp, fordi ordningen også må redusere ventetiden for pasienter som blir stående igjen i det ordinære helsevesenet når andre pasienter i køen får behandling på andre måter.

Tabell 5.9. Beregning av innsparing av sykepenger dersom innsparing i sykepengedager tilsvarer differansen i ventetid mellom de to ordningene.

Betalings- type	Gjennomsnittli g sykepenger pr. dag	Antall sykepengedager spart pr. pasient		Antall pasienter	Total innsparing i sykepenger	
		Maksimum	Minimum		Maksimum	Minimum
Utredning	686,45	42	-26	1 648	47 513 323	-29 413 009,60
Operasjon	713,28	148	72	2 452	258 846 459	125 925 304,32
Lettere Psykiatri	696,71	-	-	775	-	-
Totalt					306 359 782	96 512 294,72

Tabellen viser at staten reduserte sine utgifter til sykepenges med mellom 306 og 96 millioner kroner i 2003. Da har vi på grunn av usikkerhet i datamaterialet sett bort fra pasienter som har fått behandling for lettere psykiske lidelser på grunn av usikkerheten knyttet til beregning av ventetid for denne gruppen.

Trygdeetaten brukte i alt 118 millioner kroner på ordningen med kjøp av behandlingstjenester i 2003. Ut fra en "verste falls" tilnærming, ser vi at den lavest tenkelige innsparing i sykepenges er lavere enn trygdeetatens samlede utgifter til ordningen i 2003. Det betyr at det ikke er helt sikkert at ordningen gav en netto innsparing for trygdeetaten. Ut fra en gjennomsnittsbetraktning er det likevel sannsynlig at ordningen gav en viss innsparing, siden en beste falls tilnærming viser en innsparing på drøyt 300 millioner kroner i 2003.

Da ser vi imidlertid bort fra behandlingstkostnadene. Utgangspunktet er jo at pasienter på venteliste *skal* ha spesialistbehandling før eller senere. Det betyr at en ikke bare kan se på nettoeffekter på trygdebudsjettet, fordi de i realiteten innebærer en omfordeling av statens utgifter til behandling i spesialisthelsetjenesten. Bruk av trygdepenger til behandling, innebærer ikke dermed et netto tap for staten. Dersom vi legger til grunn at samfunnet skal betale for behandling for disse pasientene uansett, vil den beregnede innsparing i sykepengeutgifter i realiteten være en netto innsparing for det offentlige.

I avsnittet ovenfor viser vi også at en reduksjon i sykefraværet har en positiv samfunnsøkonomisk effekt, selv om vi ikke har forsøkt å tallfeste denne effekten.

Selv om det er mye usikkerhet knyttet til de beregninger som er gjort ovenfor, mener vi å ha vist at det er sannsynlig at ordningen med kjøp av behandlingstjenester er lønnsom for trygdeetaten, for staten og for samfunnsøkonomien.

5.5 Beregning av kostnader knyttet til behandling

Som nevnt innledningsvis mener vi det er en interessant problemstilling om ordningen med kjøp av behandlingstjenester innebærer at statens utgifter til behandling blir høyere enn i det ordinære helsevesenet, siden ordningen skal bidra til å frigjøre ekstraordinær behandlingsskapitet. Spørsmålet er om behandling som ytes gjennom ordningen er dyrere enn behandling i det ordinære helsevesenet. Hvis behandling i ordningen er dyrere enn ellers, kan det bety at det offentlige får mindre helsetjenester igjen for hver krone i ordningen enn i det ordinære helsevesenet. Dersom det er riktig, kan det være et argument for å legge ned ordningen og heller øke bevilgningene til det ordinære offentlige helsevesenet.

Nedenfor har vi sett på behandlingsskostnadene for sykepengepasienter og ordinære pasienter i det offentlige helsevesenet. Dette er imidlertid vanskelig og derfor beheftet med mye usikkerhet. For det første har vi det samme problemet med datagrunnlaget. Vi har to ulike datagrunnlag for to ulike ordninger, som vi har forsøkt å gjøre sammenlignbare. Som vist ovenfor under diskusjonen om ventetider, har vi bare lyktes delvis med dette.

For det andre er det svært vanskelig å gjøre beregninger på hva det koster å behandle en enkelt pasient i sykehus. SINTEF Helse gjennomfører et prosjekt med å finne "kostnader pr. pasient", men dette arbeidet er langt fra slutført. Metoden vi har benyttet bygger på de statlige refusjonsordningene som gis til sykehusene pr. behandlet pasient. Det sies at disse refusjonsordningene (Innsatsstyrt finansiering og polikliniske takster) skal reflektere en andel av sykehusenes gjennomsnittlige kostnader knyttet til behandlingen. Likevel er det ikke sikkert at takstene faktisk reflekterer de egentlige utgiftene.

Sannsynligvis er det ordningen med Diagnoserelaterte grupper (DRG) som er best egnet til å beregne behandlingstkostnader i det offentlige helsevesenet. DRG er grunnlaget for systemet med Innsatsstyrt finansiering av inneliggende pasienter i somatiske sykehus. Vi har gjort forsøk med å sammenligne gjeldende DRG pris i 2003 med den prisen trygdeetaten faktisk betalte for pasienter i ordningen. Resultatet av denne sammenligningen viser at trygdeetaten betalte en lavere pris enn det det ifølge DRG systemet skal koste i offentlige sykehus.

Vi har imidlertid bare klart å gjøre denne sammenligningen for litt over 12 % av alle sykepengepasientene som er behandlet med operasjon. Dette er en liten andel, og vi kan ikke forutsette at resultatet for denne andelen gjelder for resten av sykepengepasientene.

Enda vanskeligere er det å beregne kostnadene for de andre to dominerende pasientgruppene i utvalget; pasienter med utredning og pasienter med lettere psykiske lidelser. Her har vi det polikliniske takstsystemet som utgangspunkt. Det er et stort problem at vi ikke vet hvor mange ganger pasientene som er utredet eller behandlet for lettere psykiske lidelser har vært til behandling.

Konklusjonen på gjennomgangen av behandlingstkostnader for den enkelte pasient er at vi har funnet en indikasjon på at trygdeetatens utgifter til kirurgisk behandling av sykepengepasienter ikke er høyere enn kostnadene i det ordinære offentlige helsevesenet. Dette er et funn som etter vårt syn er et argument for at ordningen bør videreføres. Vi vil derimot advare mot forsøk på å benytte våre anslag over behandlingstakster som en del av beregningene av ordningens lønnsomhet.

5.5.1 Nærmere om metoden for sammenligning av behandlingstkostnadene

Utgangspunktet for beregning av behandlingstkostnader er som nevnt ovenfor den offentlige refusjonsordningen for behandling i offentlige sykehus. DRG systemet er presentert i vurdering av ventetider for de kirurgiske pasientene, fordi systemet bygger på en klassifisering av pasienter i grupper som skal være sammenlignbare.

Som i de andre avsnittene har vi tatt utgangspunkt i betalingstype, for å finne en sammenlignbar gruppe pasienter i NPR sine data over pasienter som er behandlet i det ordinære offentlige helsevesenet. Det betyr at vi har beregnet behandlingstkostnader for pasienter med henholdsvis utredning, operasjon og psykiske lidelser. For pasienter med utredning har vi takster for polikliniske konsultasjoner i somatiske sykehus. For pasienter med operasjon har vi DRG systemet, og for pasienter med psykiske lidelser har vi polikliniske takster for voksenpsykiatri.

Beskrivelse av DRG-systemet finnes i den såkalte prislisten som Helsedepartementet gir ut hvert år med beskrivelse av gjeldende grupperingsregler, vektorer, DRG-pris og de ulike DRG'er. I disse beregningene har vi benyttet prislisten for 2003 (2).

Beskrivelsen av de polikliniske takstene finnes i et rundskriv som vanligvis kalles "takstheftet". Staten gir tilskudd til poliklinisk virksomhet ved godkjente helseinstitusjoner på regional helseplan og ved statlige helseinstitusjoner gjennom et eget takstsystem for offentlige poliklinikker. Forskrifter og takster fastsettes av Helsedepartementet i rundskriv i medhold av spesialisthelsetjenesteloven. Trygdeetaten administrerer ordningen. For denne undersøkelsen har vi benyttet regler og priser slik de er beskrevet i takstheftet for 2003 (3).

Polikliniske takster som grunnlag for beregning av utredning

Det er ikke uproblematisk å bruke polikliniske takster som grunnlag for beregning av behandlingstkostnader ved utredning. En utredning vil i utgangspunktet kunne skje ved at pasienten legges inn på sykehus. I så fall vil DRG systemet gi et bedre grunnlag for å beregne

kostnader enn de polikliniske takstene. Siden dette dreier seg om behandling av pasienter med enklere lidelser, mener vi likevel det er lite sannsynlig at mange av pasientene i ordningen er utredet ved innleggelse.

Takstsystemet for polikliniske pasienter i somatiske sykehus er også mer komplisert enn for voksenpsykiatrien. Generelt opereres det med 6 takstgrupper, der de fem første har en standardisert takst. For å kunne beregne kostnadene ved behandling, vil vi benytte opplysninger om takster i Norsk pasientregister (NPR) sine data om polikliniske konsultasjoner.

I NPR finnes opplysninger om de takstene som er benyttet for hver poliklinisk konsultasjon. Metoden vil da være å finne ut hvilke refusjoner som er utbetalt til pasienter som har de samme ICD-10 diagnoser som sykepengepasientene som er utredet. Vi vil ekskludere dagkirurgiske takster fra beregningene, siden vi antar at pasienter som behandles med dagkirurgi er registrert som pasienter med betalingstype operasjon. Som for de psykiatriske pasientene vil vi forutsette at kostnaden for behandling i det ordinære offentlige helsevesenet er det dobbelte av refunderte takster.

DRG som grunnlag for beregning av kostnader for kirurgiske pasienter

DRG systemet tar utgangspunkt i gjennomsnittsprisen for alle sykehusopphold. Dette kalles DRG prisen, i 2003 var den på kr. 29 931. For hver DRG gruppe beregnes så en gjennomsnittspris som brukes som utgangspunkt for refusjoner fra staten til de regionale helseforetakene. Dermed gis det en refusjon for alle sykehusopphold. Refusjonen i 2003 var 60 % av full DRG pris. De øvrige 40 % blir dekket av rammetilskudd.

Utgangspunktet for kostnad pr. sykehusopphold er 100 % av DRG. Da er imidlertid utgifter til beredskap (vaktordninger), utdanning og forskning inkludert i prisen. Vi har derfor tatt utgangspunkt i 60 % av DRG pris som et uttrykk for sykehusenes reelle kostnader ved behandling av en ekstra pasient. Det er tilfeldig at prosentandelen for våre anslag er den samme som refusjonsandelen i 2003. Refusjonsandelen varierer fra år til år som en konsekvens av budsjettvedtak i Stortinget.

Dersom det ikke finnes noe ledig kapasitet i form av personale eller utstyr, vil nok en DRG pris på 60 % være for lav. Vi mener imidlertid at dersom et sykehus eller en privatpraktiserende spesialist allerede benytter kapasiteten fullt ut er det lite sannsynlig at man ønsker å tilby tjenester gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester.

DRG-systemet

Diagnoserelaterte grupper (DRG) klassifiserer sykehusopphold i somatiske institusjoner i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig homogene.

DRG ble utviklet ved Yale University i USA på 1960-tallet. Målet var å benytte DRG for kvalitetskontroll av sykehusopphold. Ved at oppholdene på sykehuset deles inn i et relativt lite antall grupper, ble DRG utviklet til også å bli et instrument for kostnadskontroll og ressursstyring.

NordDRG er tilpasset nordiske forhold. Systemet består av ca. 500 grupper.

Klassifiseringsprinsippene er å likestille de medisinske sykehusoppholdene, som dessuten er like ressurskrevende, inn i en og samme gruppe. DRG er således en måte å beskrive sykehusets pasientsammensetning på, som er mer oversiktlig enn å beskrive virksomheten ved flere tusen diagnose og operasjonskoder.

Kilde: Dagens Medisin; 4. november 2004.

Beregning av behandlingstkostnader for pasienter med lettere psykiske lidelser

Pasienter med lettere psykiske lidelser vil normalt bli behandlet gjennom en serie terapeutiske samtaler eller konsultasjoner. Vi antar at det samme er tilfellet for pasienter som får sin behandling gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester. De polikliniske takstene som gjaldt i 2003 hadde en egen takst for psykisk helsevern kalt: "Undersøkelse, utredning og behandling etter henvisning fra lege i primærhelsetjenestene eller somatisk sykehus. Pr. henvisning" på kr. 560 (P01a) og en takst for "Utredning og behandling etter førstegangs konsultasjon. Refusjon gis pr. konsultasjon pr. pasient" på kr. 171 (P01c). Dersom vi aksepterer at taksten skal tilsvare halvparten av behandlingstkostnadene betyr det at det offentlige helsevesenets utgifter til førstegangs konsultasjon kan beregnes til kr. 1 120, og de påfølgende konsultasjoner til kr. 342.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å kjenne prisen for hver konsultasjon, vi må også finne antallet konsultasjoner eller terapitimer for hver pasient. Den beste fremgangsmåten hadde vært å telle antall konsultasjoner blant sykepengepasientene som fikk behandling for lettere psykiske lidelser. Vi har imidlertid ikke opplysninger om antall konsultasjoner i datagrunnlaget fra Rikstrykdeverket. Vi har i stedet valgt å beregne det gjennomsnittlige antallet konsultasjoner for en tilsvarende gruppe pasienter behandlet i det ordinære offentlige helsevesenet.

Utvalget av pasienter for beregning av antall konsultasjoner er det samme som det utvalget vi beregnet ventetidene for ovenfor. Vi benytter GAF (Global Assessment of functioning) for å finne pasienter som har de lettere lidelsene. Det er langt fra alle pasienter i NPR som er rapportert med GAF-F score ved inntak. Antallet pasienter som er scoret er tilstrekkelig mange (4 211) til at den gir et utgangspunkt for beregninger på nasjonalt nivå. Det gjennomsnittlige antallet på polikliniske konsultasjoner i NPR er 6,25 for pasienter i voksenpsykiatri med en GAF-F-score på 40 eller mer.

5.5.2 Resultat av beregningen av behandlingstkostnader

Ovenfor har vi gjort rede for hvilke metoder vi har benyttet for beregning av anslag over behandlingstkostnader i det ordinære offentlige helsevesenet for de tre pasientgruppene vi har fokusert på i analysen av ordningens lønnsomhet. Vi har data fra Rikstrykdeverket for hva hver enkelt behandling har kostet, og vi har beregnet gjennomsnitt for hver av de tre gruppene.

Behandlingstkostnader for pasienter med utredning

Det er 3 242 pasienter i datafilen fra RTV hvor det er registrert at trykdeetaten har betalt for en utredning. Dette kan være fordi pasienten står på venteliste til utredning, og at utredning er nødvendig for å avklare videre behandling og eventuelle sykemeldingsstatus. Disse pasientene kan også ha vært aktuelle for en operasjon uten at legespesialisten som har undersøkt pasienten har funnet medisinske indikasjoner på at operasjon bør gjennomføres. Dette er vanlig i det ordinære offentlige helsevesenet, og vi antar derfor at det også forekommer blant sykepengepasienter.

I tillegg til de 3 242 pasientene med utredninger, har vi også tatt med de 277 pasientene i den siste gruppen av andre betalingstyper (uforutsette utgifter). Grunnen til det er at pasientenes egenskaper og gjennomsnittspris er rimelig sammenfallende med de sykepengepasientene som er utredet. Det betyr at vi skal beregne alternativkostnader for i alt 3 519 pasienter som har fått en utredning.

Når vi skal anslå behandlingstkostnadene ved disse utredningene i det offentlige helsevesenet, tar vi utgangspunkt i de polikliniske takstene for utredning som var gjeldende i 2003. Vi har sett på de vanligst forekommende ICD-10 diagnosene (på 3-siffernivå) i datamaterialet for sykepengepasienter med betaling for utredning. Tabellen nedenfor viser fordelingen.

Tabell 5.10. Oversikt over de hyppigst forekommende registrerte ICD-10 diagnoser for utredete sykepengepasienter.

ICD-10 kode	Beskrivelse	Antall	Prosent andel	Kumulativ prosent
	Ikke registrert	1439	44,4	44,4
M51	Andre lidelser i mellomvirvelskivene	366	11,3	55,7
M23	Kneleddslidelser	313	9,7	65,3
M20	Ervervede defomiteter i fingre og tær	255	7,9	73,2
M75	Skulderlidelser	159	4,9	78,1
F32	Depressiv episode	81	2,5	80,6
M77	Andre entesopatier (betennelse i bløtdeler og senefester)	66	2,0	82,6
G56	Mononevropati i overekstremitet	55	1,7	84,3
Totalt med utredning		3242	100,0	100,0

I tabellen fanger vi opp ca. 72 % av alle pasienter med en ICD-10 diagnose i materialet. Vi forutsetter at pasientene med en ICD-10 diagnose er representative for alle pasienter med utredning.

For å gjøre data mer sammenlignbare har vi snevret inn utvalget fra NPR sine poliklinikkdata på to måter. For første har vi bare inkludert pasienter som er inne til første konsultasjon, fordi disse kan utløse høyere takster enn pasienter som er inne flere ganger. For det andre har vi bare tatt med pasienter som har en tilleggstakst, dersom dette ikke er en dagkirurgisk takst. Vi har sett bort fra dagkirurgiske takster, fordi vi antar at sykepengepasienter som har fått utført dagkirurgi kommer i gruppen med betaling for operasjon.

Vi fant til sammen 7 310 polikliniske pasienter med tilsvarende ICD-10 diagnoser som tilfredsstilte de ovennevnte kriteriene. Gjennomsnittlig takstrefusjon for denne gruppen i 2003 var kr. 1 183,49. Som tidligere multipliserer vi refusjonen med to og får en gjennomsnittlig kostnad på kr. 2 366,98 som vi runder av til kr 2 367. Gjennomsnittlig samlet pris som RTV har betalt for sykepengepasienter med betaling for utredning av disse pasientene er kr. 2 591.

Gjennomsnittstallet er lavt, sammenlignet med det RTV har betalt for sykepengepasienter. Det virker derfor sannsynlig at utredningene som RTV har betalt for samlet sett er mer utførlige enn en gjennomsnittlig poliklinisk konsultasjon for disse pasientene.

Forskjellen i beregnet gjennomsnittspris for utredningene i det ordinære helsevesenet og gjennomsnittsprisen Rikstrygdeverket har betalt for sykepengepasienter med utredning er kr. 224. Det er til sammen 3 519 sykepengepasienter med utredning, så totalt blir differansen på kr. 788 256.

Som nevnt i diskusjonen om metoden er denne beregningsmåten beheftet med stor usikkerhet. For det første vet vi ikke sikkert om sykepengepasientene er sammenlignbare med ordinære poliklinikkpasienter. For det andre vet vi heller ikke med sikkerhet om poliklinikkstakstene er et godt uttrykk for kostnadene knyttet til utredning i offentlige sykehus.

Dette betyr at resultatet må brukes med forsiktighet. I beste fall har vi en indikasjon på at det ikke er større forskjell mellom kostnadene for utredning av sykepengepasienter og utredning av pasienter i det ordinære offentlige helsevesenet.

Behandlingskostnader for pasienter med operasjon

Blant de tre gruppene er det pasienter som er operert som kanskje er enklest å anslå behandlingskostnadene for. Dette er dels fordi behandlingene er konkret og relativt enkle og definere. Norske myndigheter har også lagt ned et betydelig arbeid for å sikre at DRG gruppene reflekterer sykehusenes faktiske kostnader, blant annet gjennom nordisk samarbeid. Beregning av kostnader for denne gruppen er dermed ikke bare interessant i seg selv, men kan også gi et generelt inntrykk av forskjellen mellom behandlingskostnadene i det ordinære helsevesenet og kostnadene for pasienter som får behandling finansiert av trygdeetaten.

Ved hjelp av data fra RTV og verktøy for DRG- gruppering som også er tilgjengelig i SINTEF Helse, har vi kunnet gruppere til sammen 538 av de 3 715 pasientene i ordningen som har gjennomført en operasjon. Dette er en relativt liten andel av den totale pasientmengden, men det er bare disse pasientene vi har klart å gruppere til en kirurgisk DRG ved hjelp av opplysninger om diagnose, operasjon og betalingsform.

Tabellen nedenfor viser forskjellene mellom den prisen som trygdeetaten har betalt for behandlingen og den kostnaden det offentlige helsevesenet ville ha hatt dersom kostnaden settes til 100 % av gjeldende DRG pris i 2003 for disse 538 behandlingene.

Tabell 5.11. Sammenligning av full DRG pris og gjennomsnittlig pris for sykepengepasienter for de kirurgiske DRG grupper som sykepengepasientene med operasjon ble gruppert til.

DRG	N	DRG-pris	RTV- pris	Differanse pr DRG	Differanse tot.
222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	233	20 951,70	13 797,18	7 154,52	1 667 004,10
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	101	24 842,73	12 475,48	12 367,25	1 249 092,73
227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	61	20 652,39	13 851,11	6 801,28	414 877,79
232 Artroskopi	40	18 257,91	9 151,53	9 106,39	364 255,40
215 Operasjoner på kolumna u/bk	31	55 671,66	14 408,68	41 262,98	1 279 152,46
6 Op ved karpaltunnelsyndrom	21	9 577,92	13 447,38	-3 869,46	-81 258,68
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prøt u/bk	11	17 958,60	14 052,73	3 905,87	42 964,60
162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	8	20 951,70	12 486,00	8 465,70	67 725,60
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 u/bk	7	30 828,93	15 720,71	15 108,22	105 757,51
225 Operasjoner på ankel & fot	4	18 856,53	8 275,00	10 581,53	42 326,12
234 Op på skjelett-muskelsystem og bindevæv ITAD u/bk	4	35 019,27	10 219,75	24 799,52	99 198,08
119 Inngrep for åreknuter	3	20 053,77	10 081,67	9 972,10	29 916,31
160 Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	3	22 448,25	21 100,00	1 348,25	4 044,75
8 Perifere hjerne og andre nerveop u/bk	3	24 244,11	21 066,67	3 177,44	9 532,33
231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat	2	17 659,29	22 314,50	-4 655,21	-9 310,42
477 Mindre op uten sammenheng med hov eddiagnosen	2	3 591,72	9 325,00	-5 733,28	-11 466,56
223 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr m/bk	1	24 842,73	600,00	24 242,73	24 242,73
228 Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese hånd m/bk	1	25 142,04	15 300,00	9 842,04	9 842,04
53 Operasjon på bihuler & proc mastoideus > 17 år	1	16 462,05	6 780,00	9 682,05	9 682,05
55A Større operasjoner på øre, nese og hals	1	17 359,98	35 600,00	-18 240,02	-18 240,02
Total	538	23 105,84	13 255,77		5 299 338,92

Som nevnt inngår det en del kostnader til beredskap, utdanning og utstyr i DRG-prisen, fordi prisen skal fordele alle kostnadene ved sykehusdrift mellom ulike pasientgrupper. Full DRG-pris vil derfor normalt være høyere enn marginalkostnaden for en ekstra behandling. Resultatene i tabellen ovenfor som viser en innsparing på nesten 5,3 millioner kr. for behandling av disse 538 pasientene gir derfor sannsynligvis et alt for høyt anslag over kostnadene til det offentlige helsevesenet.

Nedenfor har vi derfor gjort den samme sammenligningen som ovenfor, men denne gangen har vi valgt å beregne kostnadene i det offentlige helsevesenet basert på 60 % av vanlig DRG pris. Vi tror 60 % av DRG pris er et mer realistisk anslag for det offentliges behandlingsutgifter. Utgifter til beredskap, opplæring og investeringer osv. vil jo ikke øke ved at man behandler sykepengepasienter i tillegg til eksisterende aktivitet.

Tabell 5.12. Sammenligning av 60 % DRG pris og gjennomsnittlig pris for sykepengepasienter for de kirurgiske DRG grupper som sykepengepasientene med operasjon ble gruppert til.

DRG	Antall	DRG-pris 60%	RTV-pris	Differanse pr DRG	Differanse total.
222 Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	233	12 571,02	13 797,18	-1 226,16	-285 694,34
224 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	101	14 905,64	12 475,48	2 430,16	245 446,44
227 Bløtdelsoperasjoner ITAD u/bk	61	12 391,43	13 851,11	-1 459,68	-89 040,53
232 Artroskopi	40	10 954,75	9 151,53	1 803,22	72 128,84
215 Operasjoner på kolumna u/bk	31	33 403,00	14 408,68	18 994,32	588 823,88
6	21	5 746,75	13 447,38	-7 700,63	-161 713,21
229 Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prøt u/bk	11	10 775,16	14 052,73	-3 277,57	-36 053,24
162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	8	12 571,02	12 486,00	85,02	680,16
219 Op på humerus & kne/legg/fot ekskl kneleddsop > 17 u/bk	7	18 497,36	15 720,71	2 776,64	19 436,51
225 Operasjoner på ankel & fot	4	11 313,92	8 275,00	3 038,92	12 155,67
234 Op på skjelett-muskelsystem og bindevev ITAD u/bk	4	21 011,56	10 219,75	10 791,81	43 167,25
119 Inngrep for åreknuter	3	12 032,26	10 081,67	1 950,60	5 851,79
160 Brokkop ekskl inguinal & femoral > 17år u/bk	3	13 468,95	21 100,00	-7 631,05	-22 893,15
8	3	14 546,47	21 066,67	-6 520,20	-19 560,60
231 Lokal eksisjon & fjerning av osteosyntesmat	2	10 595,57	22 314,50	-11 718,93	-23 437,85
477 Mindre op uten sammenheng med hov eddiagnosen	2	2 155,03	9 325,00	-7 169,97	-14 339,94
223 Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr m/bk	1	14 905,64	600,00	14 305,64	14 305,64
228 Op på håndledd/hånd/tommel & leddprotese hånd m/bk	1	15 085,22	15 300,00	-214,78	-214,78
53 Operasjoner på bihuler og proc mastodieus > 17 år	1	9 877,23	6 780,00	3 097,23	3 097,23
55A Større operasjoner på øre/nese/hals	1	10 415,99	35 600,00	-25 184,01	-25 184,01
Prisdifferanse totalt					326 961,75

Resultatene viser at det likevel er litt over kr. 300 000 billigere å behandle disse 538 pasientene i ordningen med kjøp av behandlingstjenester enn i det ordinære offentlige helsevesenet. Da har vi lagt til grunn at reelle kostnader for en behandling i det norske helsevesenet er 60 % av normert DRG pris. I tillegg kommer også utgiftene til polikliniske konsultasjoner før behandling som er inkludert i RTV sine priser. I 2003 var taksten for fullstendig kirurgisk utredning på kr. 225. Legger vi fortsatt til grunn at poliklinisk takst skal dekke 50 % av reelle kostnader, vil det si at vi skal legge til kr. 450 i utgifter for hver behandling som utføres i det offentlige. For våre 538 pasienter blir dette en merutgift på kr. 242 100. Det betyr at merutgiftene for å behandle disse pasientene er til sammen kr. 569 062. eller ca. kr. 1 058 pr. pasient.

Igen er det nødvendig å minne om at dette er beregninger som bygger på usikre forutsetninger. Det er en del usikkerhet knyttet til om DRG- systemet faktisk angir de riktige kostnadene ved kirurgisk behandling. Vi tror DRG- systemet gir et rimelig bilde av gjennomsnittskostnadene.

Mer problematisk er det at det innenfor gjennomsnittet vil være en god del variasjon. Noe av variasjonen vil være tilfeldig, og da er problemet hvor mange enheter (pasienter) vi har i hver gruppe. I tabellene over er det bare to DRG'er hvor det er mer enn 100 pasienter. I så store grupper kan vi anta at gjennomsnittet for gruppen med rimelig grad av statistisk sannsynlighet tilsvarer gjennomsnittet for alle (ordinære pasienter). I de andre DRG gruppene er det så få pasienter, at det er stor statistisk sannsynlighet for at gjennomsnittet i gruppen er ulikt gjennomsnittet for alle (ordinære pasienter).

Vi har også et problem med systematisk variasjon. Sykepengepasientene er en spesiell gruppe pasienter, fordi de er rekruttert blant sykemeldte. Den typiske pasienten i norske sykehus er en eldre kvinne som ikke er yrkesaktiv. Det kan være at sykepengepasientene derfor gjennomgående er mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet av alle pasienter. Det kan også være at sykehus og legespesialister som tilbyr behandlingstjenestene klarer å "sile ut" de tyngste pasientene fra bestillingene. De kan for eksempel med rette peke på at de tyngste pasientene har mindre sannsynlighet for å bli arbeidsføre, selv om behandling blir gjennomført. Det er ikke like enkelt for offentlige sykehus å argumentere slik, og det vil i så fall også bety at sykepengepasienter er mindre ressurskrevende å behandle enn gjennomsnittet av alle pasienter.

Vår forståelse av de to tabellene ovenfor er først og fremst at det ikke ser ut til å være betydelige forskjeller i gjennomsnittskostnader mellom pasienter som behandles gjennom ordningen med kjøp av behandlingstjenester og pasienter som behandles i det ordinære offentlige helsevesenet. Det kan bl.a. forklares med at RTV kjøper sin behandling gjennom anbudsutlysning, og at sykehus som har ledig kapasitet kan tilby behandling til omtrent samme pris som det behandlingen koster i det ordinære offentlige helsevesenet. Det viktigste funnet er dermed at vi ikke kan legge til grunn at kirurgisk behandling i ordningen er dyrere enn annen behandling, og at staten dermed ikke har direkte merutgifter for selve behandlingen som er knyttet til ordningen.

Det er mulig å gå videre med det datagrunnlaget vi har for å forsøke å finne et anslag på kostnadene knyttet til behandling av alle de kirurgiske sykepengepasientene. I så fall må vi forutsette at de 538 pasientene som er DRG- gruppert er representative for alle de 3 715 pasientene som er registrert som operert i RTV sine data. I så fall kan vi anta at de gjennomsnittlige forskjellene i kostnader også gjelder for alle sykepengepasienter med operasjon.

Det skulle bety at behandlingstkostnadene for sykepengepasientene med operasjon i gjennomsnitt er kr. 1 058 lavere enn de tilsvarende kostnadene for pasienter i det ordinære offentlige helsevesenet. I så fall har kostnadene for trygdeetaten vært omtrent 4 millioner kr. lavere enn det det hadde kostet å behandle disse pasientene i ordinære offentlige sykehus.

Pasienter i behandlingsgruppe 2; Lettere psykiske lidelser

Det er 1 701 av sykepengepasientene som har fått betaling for lettere psykiske lidelser. Som nevnt i metodediskusjonen har vi funnet at pasienter med enklere psykiske lidelser i NPR data i gjennomsnitt hadde 6,25 polikliniske konsultasjoner i løpet av 2003.

Den polikliniske taksten for første konsultasjon er kr. 560, og kr. 171 for de påfølgende. Dersom de polikliniske takstene dekker halvparten av behandlingstkostnadene, vil kostnaden for den første konsultasjonen være kr. 1 120 og kr. 342 for de påfølgende. Gitt et gjennomsnittlig antall på 6,25 konsultasjoner pr. pasient, får vi en samlet pris på kr. 2 915,50.

I datamaterialet fra Rikstrygdeverket fremgår det at trygdeetaten i gjennomsnitt betalte kr. 3 570 pr. behandlet sykepengepasient med psykiske lidelser. Her er det en større differanse mellom den faktiske kostnaden trygdeetaten har hatt og vårt beregnede gjennomsnitt. Forskjellen er på kr. 654,50. Samlet sett har trygdeetaten betalt kr. 1 113 305 mer enn det det hadde kostet å behandle pasientene i det ordinære helsevesenet.

Igen er det vanskelig å si om denne forskjellen skyldes begrensinger i metoden. Vi vet ikke om antall konsultasjoner eller terapitimer for sykepengepasientene har vært mer eller mindre 6,25. Dersom vi legger til grunn at hver sykepengepasient har hatt 8 konsultasjoner hos spesialist, vil det ikke lenger være noen forskjell på kostnadene mellom sykepengepasienter og ordinære pasienter. Vi vet heller ikke om sykepengepasientene med lettere psykiske lidelser har det samme behandlingsbehov som de pasientene i det ordinære offentlige helsevesenet vi har sammenlignet dem med. Endelig har vi usikkerhet knyttet til forholdet mellom takster og reelle kostnader.

5.5.3 Kan vi si noe sikkert om behandlingstkostnadene?

Ovenfor har vi gått igjennom forskjeller i kostnader knyttet til behandling av pasientene i de tre (fire) kategorier av betalingstyper som RTV har i sine data. Basert på antallet i hver gruppe og gjennomsnittlig merutgift pr. pasient kunne vi ha laget en beregning som viser den totale differansen. En slik beregning ville vise at trygdeetatens utgifter til behandling gjennomgående er lavere enn utgiftene det ordinære offentlige helsevesenet ville ha hatt for å behandle en tilsvarende gruppe pasienter. For pasienter med lettere psykiske lidelser har vi funnet at trygdeetaten har hatt noe høyere kostnader, men dette er kanskje den mest usikre av alle de beregninger som er gjort.

Begrensninger i datamaterialet om hva den faktiske behandlingen har bestått i for sykepengepasientene gjør det vanskelig å angi noe beløp for ulikhet i kostnader knyttet til behandling. I tillegg har vi et såkalt seleksjonsproblem. Vi vet at sykepengepasientene gjennomgående er yngre enn gjennomsnittspasienten, men det er vanskelig å si noe sikkert om hvilke konsekvenser det har for kostnadene knyttet til behandling av hver enkelt pasient.

Vi har funnet indikasjoner på at trygdeetaten i gjennomsnitt betaler omtrent det samme for behandling av sykepengepasienter som det det hadde kostet å behandle disse pasientene i det ordinære offentlige helsevesenet. Vi mener dette kan bety at kjøp av helsetjenester gjennom trygdeetaten fungerer like godt økonomisk som annen offentlig finansiering av helsetjenester. Dette er etter vårt syn et argument for at ordningen med kjøp av behandlingstjenester kan videreføres.

Beregningen av behandlingstkostnadene er imidlertid så usikre at vi ikke vil legge vekt på dem i den samlede vurderingen av ordningens lønnsomhet. Det betyr i og for seg at vi forutsetter at behandlingstkostnadene er omtrent det samme, og det er i tråd med de usikre funn som er gjort i denne delen av analysen.

5.6 Oppsummering: Ordningens lønnsomhet

I dette kapitlet har vi sett på ordningens lønnsomhet på tre måter. For det første har vi sett på om ordningen kan bidra til å redusere omfanget av sykefravær. For det andre har vi forsøkt å beregne hva denne reduksjonen i sykefravær betyr for folketrygdens utgifter til sykepenge. For det tredje har vi forsøkt å si noe om hva de alternative kostnadene ved å behandle sykepengepasientene i det ordinære offentlige helsevesenet hadde vært.

Beregningene har vært vanskelige fordi det har vært vanskeligere enn opprinnelig forutsatt å sammenligne sykepengepasienter og ordinære pasienter i det offentlige helsevesenet. Vanskelighetene skyldes i hovedsak to forhold. For det første ligger det en stor begrensning i

Norsk pasientregister (NPR), fordi det ikke er mulig å koble opplysninger om enkeltpersoner i NPR sammen med opplysninger om pasientene i trygdeetatens registre. Hadde denne undersøkelsen vært gjennomført i Sverige, Danmark eller Finland, hadde vi hatt et langt bedre utgangspunkt fordi de nasjonale pasientregistrene i disse landene er personidentifiserbare. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for tiden med et forslag om å gjøre NPR til et personentydig register. Dersom NPR gjøres personentydig, ville det ha vært mulig å koble NPR med trygdeetatens registre. Denne undersøkelsen viser klart at et personentydig NPR ville gitt mer og bedre innsikt i sammenhengen mellom trygdeetatens ordninger og det ordinære offentlige helsevesenet.

Det andre forholdet som har gjort beregningene vanskelig er at de private sykehusene og legespesialistene som har behandlet pasienter på oppdrag fra trygdeetaten ikke har rapportert aktiviteten på samme måte som offentlige sykehus. Det betyr at det har vært vanskelig å sammenligne behandlingsaktivitet. Opplysningene om sykepengepasienter har vært ulike og mindre omfattende enn de opplysningene vi har om pasienter som er behandlet i det ordinære offentlige helsevesenet. Etter vårt syn bør det arbeides for at rapportering om behandlingsaktivitet i ordningen for kjøp av behandlingstjeneste blir sammenfallende med rapportering av behandlingsaktivitet i det ordinære offentlige helsevesenet.

Når det gjelder resultater, mener vi å ha påvist en betydelig innsparing i utgifter til sykepenger. Dette gjør vi selv om vi beregner sykemeldingsperioden for pasienter i ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* på lengst mulig måte, og selv om vi legger til grunn at en stor del av sykepengepasientene ikke kommer i arbeid, selv om trygdeetaten har utgifter til behandling.

For det andre har vi funnet indikasjoner på at utgiftene til pasientbehandling er lavere for sykepengepasienter (pasienter innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*) enn for ordinære pasienter behandlet i det offentlige helsevesenet.

Resultatene i analysen av ordningens lønnsomhet gir grunnlag for å mene at ordningen samlet sett reduserer trygdeetatens utgifter til sykepenger. Samtidig fører ordningen neppe til at utgiftene til behandling av sykemeldte ventelistepasienter blir vesentlig dyrere.

I tillegg til disse økonomiske analysene, er det også et empirisk grunnlag som underbygger at ordningen kan bidra til å hindre permanent utelukkelse fra arbeidslivet. Dersom ordningen har en slik effekt vil det komme relativt store innsparinger i tillegg til de vi har vist her.

Ordningen kan også ha en positiv effekt fordi den kan virke som et incitament for det offentlige helsevesenet ved å redusere ventetider. Dersom ventetidene blir for lange vil de offentlige sykehusene risikere å miste pasienter og dermed inntekter, fordi de risikerer at trygdeetaten finner alternative behandlingstilbud for disse pasientene.

Og sist, men ikke minst, vil det også være tilfredsstillende for mange av de drøyt 10 000 pasientene å oppleve at de ikke trengte å heve sykepenger, fordi staten ikke kunne omdisponere penger fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten.

6 Seleksjon og oppfølging av pasienter, og fylkesvise variasjoner. Prosjektdesign, metode og utvalg

6.1 Seleksjon av pasienter

Vi har i denne delen av evalueringen satt søkelys på seleksjon av pasienter til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* med fokus på hva som kjennetegner de pasientene som har fått tilbud om denne ordningen. Analysen omfatter bl.a. variabler som kjønn, alder, inntekt og varighet på sykmelding. Analysen baserer seg på registerdata fra Rikstrygdeverket og Norsk pasientregister (NPR).

I *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ligger det en forutsetning om at den sykmeldte skal få behandling på et tidligere tidspunkt gjennom ordningen enn vedkommende ville ha fått ved å følge ordinære ventelister. Dette forutsetter at ventetidsinformasjon er tilgjengelig og at den gir et korrekt bilde av reell ventetid. Med dette som utgangspunkt, har vi i evalueringen foretatt en gjennomgang av registrert ventetid ved et utvalg sykehus når det gjelder et utvalg av relevante diagnoser. For å kvalitetssjekke riktigheten av disse opplysningene, har vi tatt direkte kontakt med sykehusene med tanke på en kartlegging av faktisk ventetid for de samme diagnosegruppene. Vi har valgt følgende fremgangsmåte:

- 1) Sammenlignet diagnosekategorier oppgitt på ventelistedata (nettsidene *Fritt sykehusvalg*), med diagnoser Rikstrygdeverket har oppgitt som grunnlag for refusjon ved valg av alternativt behandlingssted (behandlere og behandlingstilbud som er inngått avtaler med innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*), med kortere ventetider.
- 2) Ringt ulike sykehus for å undersøke om de ventetidene som oppgis på nettet stemmer med de reelle ventetidene som vi får oppgitt når vi ringer. I tillegg ønsket vi å høre om man ved sykehusene gjør prioriteringer av ulike typer pasienter, og hvilke kriterier man i så fall legger vekt på. I ringerunden til sykehusene tok vi utgangspunkt i de diagnosene som det hyppigst ble gitt refusjoner for fra trygdeetaten i 2003. Dette er primært diagnoser relatert til rygg og skulderlidelser, og lidelser i arm og hånd, kne og fot, og innebærer ofte kirurgiske vurderinger/inngrep. Utvalget har bestått av 11 sykehus med ventetider fra 12 til 40 uker på de utvalgte lidelsene.

6.2 Oppfølging av pasienter

I denne delen av undersøkelsen har vi satt søkelys på samarbeidet mellom ulike aktører i forbindelse med henvisning av pasienter til ordningen, samt samarbeidet i oppfølging av pasientene etter avsluttet utredning/ behandling/ operasjon. Spørreskjema ble benyttet som metode. Vi har nedenfor beskrevet hvilke informantgrupper undersøkelsen omfattet, arbeidet med spørreskjemaene og svarprosent.

6.2.1 Utvikling av spørreskjema

Et førsteutkast til spørreskjema ble utarbeidet på grunnlag av de problemstillingene som ble skissert i konkurransegrunnlaget, dokumentstudier (sentrale styringsdokumenter lagt til grunn for ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, tidligere rapporter som omhandler kjøp av helsetjenester oa.), samt samtaler med representanter for trygdeetaten. Vi laget spørreskjemaer tilpasset hver av de fem informantgruppene som skulle omfattes av spørreskjemaundersøkelsen:

- Allmennpraktiserende leger/ fastleger
- Trygdekontor
- Arbeidsgivere
- Arbeidslivssentre

- Behandlere/behandlingsinstitusjoner som trygdeetaten hadde avtaler med om kjøp av helsetjenester høsten 2004

Spørreskjemaene ble bygget opp dels med likelydende, gjennomgående temaer for alle de fem informantgruppene, og dels med spørsmål tilpasset den enkelte informantgruppe.

Spørreskjemaene ble pilotert blant et utvalg allmennleger, trygdekontor, arbeidsgivere og behandlere/behandlingsinstitusjoner trygdeetaten hadde avtaler med høsten 2004. På bakgrunn av tilbakemeldingene, utarbeidet vi endelige spørreskjemaer. Spørreskjemaene ble tilpasset en skjemadesign for optisk lesning (Capture Data).

6.2.2 Utvalg av informanter

Spørreskjemaet ble sendt ut til samtlige *trygdekontor* og *bydelstrygdekontor* (totalt 464). Adresselister fikk vi tilsendt fra Rikstrygdeverket. Videre sendte vi ut spørreskjema til samtlige 19 *Arbeidslivssentre*, samt 63 *behandlere/behandlingsinstitusjoner* som trygdeetaten hadde avtaler med i september 2004. Utsendelsen ble foretatt i henhold til adresselister vi fikk tilsendt fra fylkestyngdekontoret i Østfold. Spørreskjemaet ble i tillegg sendt ut til 950 tilfeldig valgte *allmennpraktiserende leger* i hele landet. Utvalget ble foretatt ut fra medlemsregisteret i Den norske legeförening. Registeret var ordnet etter medlemmenes postnummer, og vi valgte ut hvert fjerde medlem på listen, noe som gjorde at vi fikk en spredning i utvalget på hele landet. Når det gjelder utvalget av *arbeidsgivere*, tok vi utgangspunkt i forutsetningen om at undersökelsen skulle innhente arbeidsgiveres erfaringer med ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Utvalget skulle med andre ord kun bestå av arbeidsgivere som hadde hatt ansatte med i ordningen. Ved å koble registeropplysninger om de personene som hadde benyttet ordningen med arbeidsforhold (arbeidsgiver/organisasjonsnummer), ble det utarbeidet en liste på 706 arbeidsgivere som hadde hatt to eller flere av sine ansatte med i ordningen.

6.2.3 Svarprosent

Når det gjelder *legene* fikk vi 27 skjemaer i retur som ikke var utfylte grunnet feiladressering, at legen ikke lenger var i praksis, eller at legen var i permisjon eller hadde vært så lenge i permisjon at de ikke fant å kunne svare på spørsmålene. I tabellen nedenfor opereres det derfor med et utvalg på 923 leger. I den delen av undersökelsen som omfatter *arbeidsgivere* fikk vi 22 skjemaer i retur grunnet feiladressering. I tabellen nedenfor opereres det derfor med et utvalg på 684 arbeidsgivere. Etter utløpet av opprinnelig svarfrist, var svarprosenten for legegruppen 27 %, behandlerne 49 % og arbeidsgiverne 24 %. Etter nærmere vurdering besluttet vi å sende ut en purring til disse informantgruppene (følgebrev, spørreskjema og ferdigfrankert svarkonvolutt). I følgebrevet henstilte vi om å besvare spørsmålene, samtidig som vi presiserte at de som allerede hadde svart på spørsmålene skulle se bort i fra purringen. Ved utløpet av ny svarfrist, hadde svarprosenten blant de allmennpraktiserende legene økt til 38 %, blant behandlerne til 70 % og blant arbeidsgiverne til 38 %. Svarprosenten blant arbeidslivssentrene og trygdekontorene var etter første utsending på over 60. Vi fant det derfor ikke nødvendig å purre disse informantgruppene.

Tabell 6.1. Svarprosent for ulike informantgrupper

Informantgruppe	Utvalg	Antall svar	Svarprosent
Allmennpraktiserende leger/ fastleger	923	348	38
Trygdekontor	464	288	62
Arbeidsgivere	684	279	41
Arbeidslivssentre	19	14	74
Behandlere/behandlingsinstitusjoner som trygdeetaten hadde avtaler med om kjøp av helsetjenester høsten 2004	63	45	71

Svarprosenten blant trygdekontorene, arbeidslivssentrene og behandlerne er akseptabel (62-74 %). Antallet arbeidslivssentre er så lavt, at vi for denne gruppen presenterer antallet svar og ikke svarprosent i resultatpresentasjonen nedenfor. Den lave svarprosenten blant leger og arbeidsgivere gjør at det er større grad av usikkerhet knyttet til disse resultatene. Den lave svarprosent blant legene er ikke uventet. Tidligere spørreskjemaundersøkelser¹ har også vist at denne yrkesgruppen har en høyere terskel for å besvare spørreskjemaundersøkelser, noe som trolig skyldes at legene er gjenstand for mange slike undersøkelser. Ser vi på alders- og kjønnsfordeling blant legene som har besvart spørreskjemaundersøkelsen, avviker ikke denne vesentlig fra Legeforeningens statistikk fra 2003 (Utposten nr. 4 2003). Mens legeforeningen viser til en kvinneandel på 30.7 % blant allmennleger, er andelen 33.6 % i vår undersøkelse. Gjennomsnittsalderen er 46.3 år for allmennleger i 2003 mens den foreliggende spørreskjemaundersøkelsen har et estimert gjennomsnitt på 46.7 år. Selv om disse tallene kan gi en indikasjon på at det ikke er større skjvheter i utvalget, kan det for eksempel være slik at leger som har brukt ordningen og som er opptatt av at denne skal fortsette har vært mest tilbøyelige til å besvare spørreskjemaet.

Når det gjelder arbeidsgiverne, så kan det være flere forklaringer på den lave svarprosenten. Som tidligere nevnt, så er *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* et av en rekke tiltak for å få redusert sykefraværet. Kommentarer på mottatte spørreskjemaer, samt tilbakemeldinger pr. e-post og telefon, tyder på at flere av informantene har hatt problemer med å skille det ene tiltaket fra det andre. Denne usikkerheten har både satt sitt preg på svarene, samtidig som den kan være noe av forklaringen på den lave svarprosenten. Ser en videre på resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen, svarer hele 39.9 % nei på spørsmålet om bedriften har benyttet seg av ordningen i den tiden den har eksistert. Sett i relasjon til at utvalget til vår undersøkelse består av bedrifter som, i henhold til trygdeetatens register har hatt minimum to av sine ansatte henvist til ordningen, gir dette en pekepinn på den usikkerheten som har rådet blant de utvalgte arbeidsgiverne. Et annet moment som her bør trekkes fram, er at blant de som har svart så har 67.9 % av bedriftene flere enn 100 ansatte. Det er med andre ord snakk om relativt mange store bedrifter som kan ha sin virksomhet spredd på underavdelinger og delvirksomheter geografisk og organisatorisk atskilt fra hovedvirksomheten eller hovedkontoret. Dette kan igjen ha medført at den som har hatt spørreskjemaet til besvarelse ikke har hatt den hele og fulle oversikten med hensyn til om ordningen er benyttet eller ikke. Dette kan være noe av forklaringen på resultater presentert overfor, samtidig som en her kan finne en forklaring på at så vidt mange ikke har svart fordi de kan ha konkludert med at temaet i undersøkelsen ikke angår dem.

¹ I forbindelse med kartlegging av legenes samarbeid med kiropraktorer og manuellterapeuter oppnådde SINTEF en svarprosent fra allmennleger på 35-38 prosent mens 74 - 83 % av kiropraktorene og manuellterapeutene besvarte spørreskjemaet (SINTEF-rapport STF78 A034514).

7 Seleksjon av pasienter. Resultater fra undersøkelsen

7.1 Innledning og bakgrunn

Et sentralt spørsmål om ordningen virker etter hensikten er om trygdeetaten klarer å velge ut de riktige pasientene til ordningen. Sykepengemottagere som får behandlingstjenester gjennom ordningen (sykepengepasientene) bør i utgangspunktet være blant de pasientgruppene som har størst nytte av en slik ordning. Vi har i dette kapitlet analysert data fra Rikstrygdeverket og Norsk Pasientregister for å danne oss et bilde av hvem som rekrutteres eller selekteres til ordningen (punkt 7.2.).

Størst mulig lønnsomhet knyttet til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* forutsetter bl.a. at aktørene har god kjennskap til eksisterende helsetilbud, herunder oversikt over ventelistesituasjonen i fylke/region og på landsbasis, og at det gis god informasjon til primærlege, trygdekontor, arbeidslivssentre o.a. Kunnskap om tilgjengelig tilbud og faktisk ventetid legges med andre ord til grunn som en forutsetning for at ordningen med kjøp av helsetjenester skal være lønnsom. Med utgangspunkt i *Fritt sykehusvalg* har vi foretatt en gjennomgang av registrert ventetid ved et utvalg sykehus når det gjelder et utvalg av relevante diagnoser (punkt 7.3.). For å kvalitetssjekke riktigheten av disse opplysningene, har vi tatt direkte kontakt med sykehusene med tanke på en kartlegging av faktisk ventetid for de samme diagnosegruppene. Målet med denne delen av evalueringen har vært å kartlegge om de data som ligger ute på nettet gjør det mulig for allmennlegene å kunne vurdere ventetiden for sine pasienter med ulike diagnoser. Dette er viktige opplysninger i allmennlegenes vurderinger av om de skal henvise pasienter til behandling innenfor ordningen hvor tjenesteleverandør har forpliktet seg til en maksimal ventetid på 4 uker (2 uker for utredning + 2 uker for behandling/operasjon).

7.2 Seleksjon av pasienter til ordningen med kjøp av helsetjenester

Som under kapittel 5 angående ordningens lønnsomhet, møter vi også her problemet med at det ikke er mulig å koble registerdata fra Norsk pasientregister med trygdedata. Vi kan derfor ikke si noe om hvor mange av ventelistepasientene som er sykemeldte, eller hva slags behandling disse pasientene venter på. Dermed må vi igjen forsøke å gjøre en sammenlignende analyse med utgangspunkt i ulike datasett for de gruppene vi ønsker å sammenligne.

Fordeling av sykepengemottagere etter sykdommens art kan være et utgangspunkt for analysen. Trygdestatistisk årbok inneholder en tabell som viser nettopp dette. Tabellen er gjengitt nedenfor.

Tabell 7.1. Sykepengedager betalt av folketrygden for arbeidstakere etter hyppigst forekommende diagnose. 2003. Prosent og kjønn. Trygdestatistisk årbok 2004.

Diagnoser	Menn og kvinner		Menn	Kvinner
	Sum	100,00	100,00	100,00
Sykdom i fordøyelsesorganene		3,42	3,90	3,09
Hjerte— karsykdommer		5,23	8,24	3,18
Muskel— skjelettsykdommer		47,36	50,60	45,16
Sykdommer i nervesystemet		4,58	4,47	4,66
Mentale lidelser		19,99	18,90	20,73
Sykdommer i luftveier		2,88	3,24	2,63
Andre diagnoser		16,53	10,63	20,55
Ikke oppgitt		0,00	0,01	0,00

Tabellen viser at de sykdommer som trygdeetaten har inngått avtaler om behandling av, er de hyppigst forekommende lidelsene blant sykepengemottagere. Dette gjelder sykdommer i bevegelsesapparatet, sykdommer i nervesystemet, sykdommer i luftveiene og mentale lidelser. Hjerte- og karsykdom er sannsynligvis mindre aktuelt for ordningen med kjøp av behandlingstjenester fordi dette ofte vil være akutt, alvorlig sykdom.

I kapittel 5 i rapporten viste vi fordelingen av sykepengepasienter mellom ulike hovedtyper av problemer (tabell 5.1), og fordelingen mellom ulike diagnoserelaterte grupper (DRG) blant de pasienter som lot seg grupper ved hjelp av tilleggsplysninger fra utvalgte sykehus (tabell 5.2). Tabellene viste at det er stor sammenheng mellom de hyppigst forekommende sykdommene blant sykemeldte og de hyppigst forekommende sykdommene blant sykepengepasientene. Vi kan ikke utelukke at andre mottagere av sykepenger også kan risikere lange ventetider i det offentlige helsevesenet, men dette vil i så fall ikke dreie seg om en stor andel av alle sykepengemottagere. Det er derfor grunn til å anta at utvelgelsen av sykepengepasienter er rimelig riktig ut fra sykdomsbildet i målgruppen.

Vi kan også stille spørsmål om man velger ut de riktige pasientene eller sykepengemottagerne innenfor hver diagnosegruppe. Problemstillingen blir med andre ord om trygdeetaten klarer å gi et behandlingstilbud til de pasientene som har ventet lengst. Tabellen nedenfor viser gjennomsnittlig sykepengeperiode (antall dager) for pasienter i ordningen (sykepengepasienter) sammenlignet med alle sykepengemottagere for hvert fylke.

Tabell 7.2. Varighet av sykepenger i gjennomsnitt for sykepengepasienter og alle sykepengemottagere i 2003. RTV data for sykepengepasienter og Trygdestatistisk årbok 2003.

Fylke	Sykepengepasienter		Alle sykepengemottagere	
	Gjennomsnitt	Antall	Gjennomsnitt	Antall
Østfold	165,06	616	65,58	27584
Akershus	240,24	761	62,09	49327
Oslo	228,78	521	58,92	51994
Hedmark	228,39	126	68,07	18703
Oppland	225,29	324	67,28	18963
Buskerud	215,85	866	64,78	26080
Vestfold	191,86	1105	69,35	20048
Telemark	204,88	297	68,81	16683
Aust-Agder	196,59	194	70,65	9044
Vest-Agder	214,42	244	74,80	14283
Rogaland	190,44	667	58,20	30827
Hordaland	202,62	1227	59,52	42933
Sogn og Fjordane	196,49	180	56,00	10082
Møre og Romsdal	212,11	304	60,01	23514
Sør-Trøndelag	205,38	1787	62,98	27885
Nord-Trøndelag	237,93	1229	68,92	11767
Nordland	228,54	395	62,73	24959
Troms	233,43	321	55,31	19777
Finmark	234,12	218	57,80	8837
Total	211,46	11382	62,87	455155

Tabellen viser at sykepengepasientene (sykepengemottagere som kommer inn i ordningen med kjøp av helsetjenester) har lengre sykefravær enn gjennomsnittet av sykepengemottagere. Dette indikerer at ordningen virker som forutsatt, i og med at det er pasienter med lange fravær som blir

prioritert. På den annen side, kan man også si at dette funnet indikerer at trygdeetaten burde ha skaffet behandlingstjenester tidligere til sykepengemottagere som står på venteliste. Vi kan likevel ikke sammenligne årsaken til sykefraværet for sykepengepasientene med alle sykepengemottagere. Derfor er det ikke mulig å trekke en sikker konklusjon om hvorfor sykepengepasientene i gjennomsnitt har lengre sykefravær enn alle sykepengemottagere.

En annen problemstilling knyttet til utvelgelse av pasienter til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er om ordningen fungerer likt på tvers av fylker. Nedenfor ser vi på hvor stor andel hvert fylke har av sykepengepasientene sammenlignet med hvor stor andel hvert fylke har av det totale sykefraværet.

Tabell 7.3. Fylkesvis variasjon i andel sykepengepasienter og andel sykepengemottakere i 2003. RTV data for sykepengepasienter og Trygdestatistisk årbok 2003.

Fylke	Andel i prosent av sykepengepasienter	Andel i prosent av sykepengemottagere
Østfold	5,41	6,09
Akershus	6,69	10,88
Oslo	4,58	11,47
Hedmark	1,11	4,13
Oppland	2,85	4,18
Buskerud	7,61	5,75
Vestfold	9,71	4,42
Telemark	2,61	3,68
Aust-Agder	1,70	2,00
Vest-Agder	2,14	3,15
Rogaland	5,86	6,80
Hordaland	10,78	9,47
Sogn og Fjordane	1,58	2,22
Møre og Romsdal	2,67	5,19
Sør-Trøndelag	15,70	6,15
Nord-Trøndelag	10,80	2,60
Nordland	3,47	5,51
Troms	2,82	4,36
Finmark	1,92	1,95
Total	100	100

Tabellen viser andel pasienter innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* (sykepengepasienter) sammenlignet med andel sykepengemottagere for hvert fylke. Vi ser at det er forskjeller mellom fylkene når det gjelder andel sykepengepasienter som ikke kan forklares ut fra den totale situasjonen av sykepengeutbetalinger i de respektive fylkene. Eksempelvis er andelen av sykepengemottakere i Oslo 11.47 %, mens andelen sykepengepasienter er 4.58 %. I Nord-Trøndelag er situasjonen den motsatte: Andelen sykepengemottakere er 2.6 %, mens andelen sykepengepasienter er 10.8 %. Noen av årsakene til disse variasjonene drøftes under punkt 9.2. i rapporten, hvor vi ser nærmere på årsakene til fylkesvise variasjoner i bruk av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

Et annet spørsmål er om sykepengepasientene rekrutteres skjevt i forhold til sosioøkonomisk status. Vi har svært begrensede opplysninger om dette. Vi har imidlertid informasjon om sykepengepasientenes inntekt (sykepengegrunnlag) for 2002. Nedenfor sammenligner vi inntekten for sykepengepasienter med gjennomsnittlig brutto inntekt for kvinner og menn i 2002.

Tabell 7.4. Gjennomsnittinntekt for sykepengepasienter i 2002 sammenlignet med gjennomsnittlig brutto inntekt for befolkningen i Norge i 2002, fordelt på kvinner og menn. Kilde SSB og RTV.

	Gjennomsnittlig inntekt for sykepengepasienter	Gjennomsnittlig inntekt i Norge
Kvinner	271 428	199 500
Menn	271 721	328 600

Denne tabellen gir grunn til å tro at ordningen med kjøp av behandlingstjenester neppe favoriserer sykepengemottagere med høye inntekter. Dette gjelder for menn. Kvinnene i ordningen har langt høyere inntekt enn gjennomsnittet for kvinner. Dette kan ha sammenheng med at deltidsarbeidende kvinner benytter ordningen i mindre grad enn fulltidsarbeidende. Vi har ikke opplysninger om deltidsarbeid. En gjennomsnittsinntekt på omkring kr. 270 000 viser at heller ikke de kvinnelige sykepengepasientene kommer fra den høyest lønte delen av befolkningen.

Ser vi på fordelingen av sykepengepasienter etter kjønn og alder ser vi at de fleste er i aldersgruppen 40 – 59 år. Det er ikke store forskjeller mellom antall kvinner og menn i ordningen. Det ser med andre ord ikke ut til at det er spesielle skjevheter i rekruttering til ordningen.

Vi har også sett på sannsynligheten for at sykepengepasienten kommer tilbake i arbeid etter behandling. Vi har ikke eksakte opplysninger om arbeidsforhold, men vi har opplysninger om sykepengepasientene har gått sykemeldt i ett år eller ikke. Den maksimale tiden for sykemelding er ett år. Dersom sykepengeperioden er under ett år, er det rimelig stor sannsynlighet for at sykepengemottageren er gått tilbake til arbeid. Det kan imidlertid tenkes situasjoner der en person kommer tilbake i arbeid etter at sykepengeperioden er gått ut. Likevel mener vi at andelen pasienter i ordningen som har avsluttet sykepengeperioden etter mindre enn ett år gir en rimelig indikasjon på om de sykemeldte faktisk kommer tilbake i arbeid.

Tabell 7.5. Fordeling av om sykepengeperioden varer mindre enn ett år for de tre vanligste behandlingstypene

		Maksimal sykepengeperiode			Prosentandel uten full sykepengeperiode
		Nei	Ja	Total	
Hele landet	Utredning	2264	978	3242	69,83
	Operasjon	3087	628	3715	83,10
	Psykiatrisk	1300	401	1701	76,43
Total		6764	2065	8829	76,61

Resultatene viser at en svært stor andel av sykepengepasientene ikke mottar sykepenger i et helt år. Andelen er størst for pasienter som er operert, men også for pasienter med psykiske lidelser og pasienter som er utredet, er det et stort flertall som ikke mottar sykepenger i et helt år.

7.3 Om ventelistedata på nettsidene *Fritt sykehusvalg*

Med utgangspunkt i *Fritt sykehusvalg* har vi foretatt en gjennomgang av registrert ventetid ved et utvalg sykehus når det gjelder et utvalg av relevante diagnoser. Når vi sammenligner data over diagnosekategorier som ligger på nettet med listen over hvilke diagnoser som trygden har inngått avtale om for garantert behandling i løpet av 4 uker, finner vi at disse er langt mer detaljert enn det som ligger på "Fritt sykehusvalg". Det er derfor vanskelig for allmennleger som ønsker behandling for en pasient med en spesifikk lidelse å gjenfinne dette på nettsidene. Et eksempel på dette er lidelser i forbindelse med albue. På nettet er albue en egen kategori, det vil si at man ved å gå inn på venteliste data ikke vil finne spesifiserte diagnoser knyttet til ulike lidelser i albuen. På listen over hva som gir refusjon fra trygden og hvor behandling er garantert i løpet av 4 uker er derimot lidelser i albue spesifisert i en hel rekke diagnoser (ref. Trygdeetatens Diagnose-/prosessliste).

En konklusjon man kan trekke fra dette er at de data som ligger på nettet ikke er spesifiserte nok til å kunne brukes av allmennlegene når de skal anslå reell ventetid på ulike diagnoser. På den annen side tyder ringerunden rundt til sykehusene på at de ikke operer med ulike ventetider for ulike lidelser, for eksempel i albue.

7.4 Hva sier sykehusene

Resultatene fra ringerunden til 11 sykehus peker i retning av at de ventetider som oppgis på nettet stemmer med reelle ventetider for en stor del av sykehusene. Dette tyder på at ventetidene på nettet er godt oppdatert. Et av de spørsmålene vi søkte svar på var om man ved sykehusene gjorde prioriteringer i forhold til diagnose, om pasienten var i arbeid eller ikke, eller om det var andre forhold som kunne innvirke på de vurderinger som ble gjort i forhold til ventetid. Informasjonene fra sykehusene varierer noe i forhold til om de gjør prioriteringer eller ikke. Ved to sykehus hvor vi spurte om henholdsvis menisklidelser og prolaps, oppga de at de ikke gjorde prioriteringer. Ved andre sykehus oppga de at de i prinsippet ikke gjorde prioriteringer, men at de i tilfeller der det kom frem at pasientene hadde store lidelser gjorde unntak. Ved noen sykehus svarte de at de ventetidene som oppgis på nettet stort sett stemmer med de reelle, men at de på bakgrunn av henvisningen fra allmennlegen vurderer pasientens lidelse og totalsituasjon. På bakgrunn av denne vurderingen kan pasienten gis prioritering i køen. Disse vurderingene gjøres av legespesialister på avdelingene.

Inntrykket fra ringerunden til de 11 sykehusene er derfor at prioriteringer ikke gis på bakgrunn av diagnose i seg selv, men i forhold til hvor mye pasienten lider, lidelsens art og om spesialisten av den grunn mener at pasienten bør prioriteres fremfor andre. I denne sammenheng påpekes det fra sykehusene at henvisningens kvalitet er viktig for at de på sykehuset skal kunne gjøre en god vurdering av pasientens situasjon. Hvis man er veldig plaget kan man ved enkelte sykehus få time til utredning i løpet av 3-6 uker. Dette innebærer at selv om man er meget plaget og av den grunn prioriteres så vil ventetiden for utredning ligge over det som er kriteriet for garantert behandling i løpet av 4 uker.

7.5 Undersøkelse blant allmennlegene

Kunnskap om tilgjengelig tilbud og faktisk ventetid og bruk av denne informasjonen legges som nevnt til grunn som en forutsetning for at ordningen med kjøp av helsetjenester skal være lønnsom. I spørreskjemaundersøkelsen som ble gjennomført blant allmennlegene spurte vi om de henter inn informasjon om ventetider fra nettsidene *Fritt sykehusvalg* i forbindelse med henvisninger til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Nesten halvparten av de legene som har benyttet ordningen (44 %) svarer at de aldri innhenter slik informasjon, mens 10.5 % gjør det alltid eller som regel. På spørsmål om hvordan legene vurderer den tilgjengelige

informasjonen på *Fritt sykehusvalg*, svarer 56.1 % av de som har en mening om dette at de synes den er dårlig.

Noe som er viktig å presisere er at vi spurte legene om de innhentet informasjon om ventetid fra nettsidene *Fritt sykehusvalg*, og ikke om de innhentet informasjon om ventetid som sådan. Etter det vi kjenner til har noen sykehus rutiner for å sende ut oversikter over ventetid til allmennleger/fastleger i sitt "opptaksområde". Videre er det allmennleger/fastleger som tar direkte kontakt med sykehusene angående ventetid i sin vurdering av bruk av *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Det kan med andre ord, ut fra resultatene av vår undersøkelse, ikke konkluderes med at 44 % av legene ikke innhenter informasjon om ventetid i forkant av henvisning til ordningen.

Blant trygdekontorene svarer i samme undersøkelse 40 % at de alltid eller som regel opplever at henvisende lege ikke har sjekket tilbudet innenfor det ordinære helsetilbudet før vedkommende henviser pasienter til ordningen. Spørsmålet til trygdekontorene var med andre ord av mer generell karakter, enn det som ble stilt til legene, og gir således en indikasjon på at mange leger ikke innhenter slik informasjon i forbindelse med henvisning til ordningen. .

7.6 Oppsummering

Vår analyse av hvem som rekrutteres eller selekteres til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, viser følgende:

- De sykdommer som trygdeetaten har inngått avtaler om behandling av, er de hyppigst forekommende lidelsene blant sykepengemottakere
- Det er stor grad av sammenheng mellom de hyppigst forekommende sykdommene blant sykmeldte og de hyppigst forekommende sykdommene blant sykepengepasienter. Det er derfor grunn til å anta at utvelgelsen av sykepengepasienter er rimelig riktig ut fra sykdomsbildet i målgruppen.
- Sykepengepasientene (de pasientene som kommer inn i ordningen kjøp av helsetjenester) har lenge sykefravær enn gjennomsnittet av sykepengemottakere. Det kan med andre ord synes som om det er pasienter med lange fravær som blir prioritert.
- Analysen gir grunn til å anta at ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ikke favoriserer sykepengemottagere med høye inntekter.
- Analysen viser at en stor andel av de pasientene som kommer inn under ordningen ikke mottar sykepenger i et helt år, noe som indikerer en sannsynlighet for at disse sykepengemottakerne er gått tilbake til arbeid.

Et mål i denne delen av evalueringen har vært å kartlegge om de data som ligger ute på nettet gjør det mulig for allmennlegene å kunne vurdere ventetiden for sine pasienter med ulike diagnoser.

Vår undersøkelse viser følgende:

- Ventetidene som oppgis på *Fritt sykehusvalg* stemmer i stor grad med det som oppgis å være reelle ventetider ved sykehusene. Listene virker derfor rimelig godt oppdatert.
- I utgangspunktet gjøres det ingen prioriteringer, men vurdering på bakgrunn av henvisningene kan føre til at noen venter kortere enn andre.
- Diagnose er i seg selv ikke grunnlag for prioritering. Eventuell prioritering gjøres på bakgrunn av en medisinsk vurdering av hva som kommer frem i henvisningen med hensyn til lidelsens alvorlighetsgrad, pasientenes smerte og totalsituasjon.
- Hvor vidt pasienten er i arbeid, risikerer å bli sykemeldt eller er sykemeldt på grunn av lidelsen gir i prinsippet ikke grunnlag for prioritering, men inngår som momenter i en totalvurdering.

Ventelistedata som ligger på nettet er ikke egnet til å si noe om ventetider på spesifikke lidelser, tilsvarende det som fremkommer i forhandlingsdokumentene fra trygden. På den annen side tolker vi den informasjonen vi har fått fra sykehusene slik at dette allikevel ikke vil være avgjørende for prioriteringer. Vurderingene fra sykehusene gjøres på medisinsk grunnlag.

Som nevnt innledningsvis, legges kunnskap om tilgjengelig tilbud og faktisk ventetid til grunn som en forutsetning for at ordningen med kjøp av helsetjenester skal være lønnsom. En viktig begrunnelse for opprettelse av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, var at pasientene skulle kunne henvises til et helsetilbud som innebar kortere ventetid enn den til enhver tid gjeldende ventetid i det ordinære helsetilbud (ved sykehusene/ helseforetakene). Vår undersøkelse viser at en stor andel av legene ikke baserer sin henvisning til ordningen på informasjon om gjeldende ventetid. Grunnene til at legene synes informasjonen er dårlig og ikke benytter den i sitt arbeid, kan enten være fordi de der ikke finner de diagnosene som er spesifisert i avtalene med behandlerne, eller fordi den oppgitte ventetiden ikke er oppdatert eller stemmer overens med reell ventetid. Våre undersøkelser viser for det første at diagnoser lagt ut på nettet ikke er så differensiert som de diagnoselistene som ligger i avtalene med behandlerne. I den forstand gir den legene ikke god nok informasjon. For det andre viser undersøkelsene at ventetidene som oppgis på nettet stemmer i stor grad med det som oppgis å være reelle ventetider ved sykehusene når man kontakter dem direkte. Reell ventetid for den enkelte pasient vil imidlertid i stor grad være et resultat av en individuell totalvurdering av den enkeltes situasjon.

8 Samarbeid og oppfølging. Resultater av spørreskjemaundersøkelsen

8.1 Innledning

Vi har nedenfor presentert resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene ut fra følgende hovedtemaer:

- Samarbeid mellom ulike aktører vedrørende pasienter som har vært henvist til utredning eller behandling/operasjon.
- Ulike aktørers oppfølging av pasientene med vekt på trygdekontor, henvisende lege og utredere/behandlere

8.2 Bakgrunnsinformasjon fra spørreskjemaundersøkelsen

Allmennlegene

Alle 19 fylker er representert blant de legene som har besvart spørreskjemaet - varierende fra sju leger i Aust-Agder og åtte leger i Finnmark, til 38 leger i Oslo og 34 i Hordaland. Ser en på hvor legene har sin praksis, svarer 60 % at de har sin praksis i by og 40 % i tettsted. Når det gjelder kjønns- og aldersfordeling, så har vi i vårt materiale en kvinneandel på 33.6 %, og gjennomsnittsalderen er 46.7 år. Tall i vårt materiale for antall år i praksis viser at 28 % har arbeidet som allmennlege i mindre enn 10 år, 35 % i fra 10 til 20 år, og 37 % i mer enn 20 år. Et stort flertall av legene i vårt materiale er allmennleger på heltid (86 %).

Trygdekontorene

Alle 19 fylker er representert blant de som har besvart spørreskjemaet - varierende fra to trygdekontor i Aust-Agder til 29 trygdekontor i Nordland, og 22 i henholdsvis Nord-Trøndelag, Hordaland, og Møre og Romsdal. Ser en på hvor trygdekontorene er lokalisert, svarer 23 % i by og 77 % i tettsted.

Arbeidsgivere

Alle fylker, bortsett fra Aust-Agder, er representert blant de som har besvart spørreskjemaet. 66 % av bedriftene ligger i by og 34 % i tettsted. Når det gjelder størrelsen på bedriften, har 67.9 % flere enn 100 ansatte. 44.6 % definerer seg selv som offentlig virksomhet, og 82.1 % deltar i ordningen Inkluderende Arbeidsliv.

Arbeidslivssentrene

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble undertegnet av myndighetene og partene i arbeidslivet i 2001. Målet er å gi plass til alle som kan og vil arbeide. Trygdeetaten har fått i oppgave å bistå virksomheter som vil arbeide for å nå ett eller flere av målene i Intensjonsavtalen. Gjennom sin faste kontaktperson i trygdeetatens arbeidslivssentre får IA - virksomheter hjelp til å arbeide målrettet og resultatorientert med utvikling av en mer inkluderende arbeidsplass. Spørreskjemaet i vår undersøkelse ble sendt ut til samtlige 19 arbeidslivssentre. Vi mottok svar fra 14 av sentrene.

Behandlere med avtale

Fra fylkestygdekontoret i Østfold fikk vi tilsendt en navn- og adresseoversikt for 63 behandlere og institusjoner som det høsten 2004 var inngått avtaler med. Ser en på hvor behandler/institusjon er lokalisert, svarer 86 % i by og 14 % i tettsted. 80 % svarer at virksomheten er privat, og 20 % at virksomheten er offentlig. Oversikten nedenfor viser de områdene hvor det er inngått avtaler mellom trygdeetaten og behandlerne/institusjonene.

Tabell 8.1. Områder hvor det er inngått avtaler med behandlere/behandlingsinstitusjoner

	Utredning	Behandling/operasjon	Begge deler
Hånd	5	3	15
Albue	5	3	13
Skulder	6	3	13
Trochanter	4	2	11
Kne	4	3	14
Fot	5	3	13
Rygg/ nakke	10	2	5
Øre-nese-hals	1	8	9
Hjerte/ karkirurgi	-	-	7
Mage/ fordøyelse	1	-	3
Annet	2	2	14

Innenfor gruppen *Annet* finner vi i hovedsak ulike typer av utredninger/behandlinger innen psykiatri. Videre oppgir informantene bl.a. laserbehandling, medisinsk billeddiagnostikk, utredning/behandling av nevrologiske sykdommer, fysikalsk behandling og plastisk kirurgi (brystreduksjon).

8.3 Samarbeid mellom aktørene om oppfølging av pasienter

I spørreskjemaene var spørsmål vedrørende samarbeid gjennomgående og likt formulert for alle informantgruppene. I og med at noen av spørsmålene omhandlet vurderinger av samarbeidet med andre instanser, så var det naturlig nok visse variasjoner med hensyn til hvilke instanser den enkelte aktør ble bedt om å vurdere. I ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* skiller det mellom henvisning til utredning uten påfølgende behandling/operasjon, og henvisning til behandling/operasjon. I spørreskjemaet hadde vi også gjort et skille mellom disse to henvisningstypene, og vi vil videreføre dette skille i presentasjonen nedenfor.

I tabell 8.2 vises andelen blant aktørene som opplyser at de ikke har noen form for samarbeid med øvrige aktører. Her er bare inkludert respondenter som sier de har benyttet ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

Tabell 8.2. Oppfølging av pasienter som har vært henvist til utredning. Andelen som ikke har noe samarbeid. Alle informantgruppene.

	Trygdekontor	Leger	Behandlere	Arbeidsgivere
Trygdekontor		1.8 % (n=285)	9.2 % (n=284)	31,9 % (n=282)
Leger	6.0 % (n=268)		18,2 % (n=264)	64,0 % (n=258)
Behandlere	8.1 % (n=37)	11.4 % (n=35)		83.3 % (n=30)
Arbeidsgivere	13.6 % (n=110)	30.9 % (n=110)	50.0 % (n=104)	

Resultatene viser at et flertall av legene (64 %) og behandlerne med avtale (83.3 %) ikke samarbeider med arbeidsgivere i oppfølgingen av denne pasientgruppen. Dette gjelder også for vel 1/3 av trygdekontorene. Men arbeidsgiverne på sin side, uttrykker i større grad at de samarbeider med de tre foran nevnte aktørene. Dette kan skyldes at mange arbeidsgivere som er IA- bedrifter samarbeider med arbeidslivssentrene og det for noen er et uklart skille mellom trygdekontor og arbeidslivssenter, i og med at begge er deler av trygdeetaten. Vi kan videre lese ut

av tabellen at det er trygdekontor, leger og behandlere som i hovedsak samarbeider vedrørende oppfølging.

Tabell 8.3. Oppfølging av pasienter som har vært henvist til *behandling/operasjon*. Andelen som ikke har noe samarbeid. Alle informantgruppene.

	Trygdekontor	Leger	Behandlere	Arbeidsgivere
Trygdekontor		2.8 % (n=284)	11.3 % (n=283)	23.5 % (n=277)
Leger	3.0 % (n=264)		10.3 % (n=263)	50.8 % (n=262)
Behandlere	2.9 % (n=35)	8.6 % (n=35)		68.8 % (n=32)
Arbeidsgivere	22.8 % (n=114)	31.5 % (n=111)	48.1 % (n=106)	

Som i tabellen ovenfor, er det en relativt stor andel av legene (50.8 %) og behandlere med avtale (68.8 %) som ikke samarbeider med arbeidsgiverne i oppfølgingsarbeidet. Det er imidlertid noe større grad av samarbeid om denne pasientgruppen, enn de som er henvist til utredning. En mulig fortolkning er at oppfølging etter behandling/operasjon i større grad fordrer en aktiv medvirkning fra arbeidsgivers side, eller at det kan være enklere å etablere et samarbeid omkring resultatene knyttet til behandling/operasjon som gjerne er mer konkrete enn hva som er utfallet av en utredning. Men også her viser tabellen at det i overveiende grad er trygdekontor, leger og behandlere som samarbeider med hverandre.

Vi har sett nærmere på hvordan de ulike aktørene vurderer samarbeidet med de øvrige instansene som er involvert i oppfølgingsarbeidet. I tabell 8.4 har vi presentert andelen av respondentene som vurderer samarbeidet som meget bra eller bra. Også her har vi kun tatt med de informantene som tidligere i undersøkelsen sier at de har benyttet ordningen.

Tabell 8.4. Samarbeid om oppfølging av pasienter som har vært henvist til *utredning*. Andel som vurderer samarbeidet som meget bra/ bra. Alle informantgruppene

	Trygdekontor	Leger	Behandlere	Arbeidsgivere
Trygdekontor		90.7 % (n=280)	86,8 % (n=258)	62,0 % (n=192)
Leger	82.5 % (n=252)		74.5 % (n=216)	49.5 % (n=93)
Behandlere	94.1 % (n=34)	87.1 % (n=31)		80.0 % (n=5)
Arbeidsgivere	78.9 % (n=95)	50.0 % (n=76)	53.8 % (n=52)	

Antall svar fra enkelte av aktørene er lavt. Bl.a. har fem behandlere med avtale svart at de samarbeider med arbeidsgiverne, hvorav fire vurderer samarbeidet som bra. Vurderingene av samarbeidet er i overveiende grad positive. De mer negative vurderingene kommer klarest til uttrykk i arbeidsgivernes vurderinger av samarbeidet med leger og behandlere, og vice versa. En mulig tolkning er at arbeidsgiverne ikke involveres så tett i oppfølgingsarbeidet som de ønsker.

Arbeidsgiverne får tilsendt informasjon når en sykemelding har vart i 6-uker. Men arbeidsgiver får ikke informasjon vedrørende resultater fra utredning/operasjon. Videre er det lagt opp til at arbeidsgiver skal involveres dersom utredningen eller utfallet av operasjon/operasjon tilsier at det bør iverksettes tiltak på arbeidsplassen. På hvilken måte arbeidsgiver blir involvert, bestemmes i stor grad av den sykmeldte arbeidstaker, men det ligger føringer på at arbeidstakeren skal medvirke i sin egen sak, jf. Folketrygdloven § 8.8 og 21.3. Blant arbeidsgivere som har benyttet ordningen opplyser 97.4 % at de har samarbeid med arbeidstakeren, og 93 % av arbeidsgiverne forteller også at samarbeidet med arbeidstakerne er meget bra eller bra.

Tabell 8.5. Samarbeid om oppfølging av pasienter som har vært henvist til behandling/operasjon. Andel som vurderer samarbeidet som meget bra/ bra. Alle informantgruppene

	Trygdekontor	Leger	Behandlere	Arbeidsgivere
Trygdekontor		91,7 % (n=276)	88,8 % (n=251)	67,5 % (n=212)
Leger	83,6 % (n=256)		83,5 % (n=236)	41,1 % (n=129)
Behandlere	94,1 % (n=34)	93,8 % (n=32)		60,0 % (n=10)
Arbeidsgivere	73,9 % (n=88)	51,3 % (n=76)	58,2 % (n=55)	

Tendensen i svarene er i hovedsak den samme som i tabell 8.4 ovenfor - trygdekontor, leger og behandlere vurderer samarbeidet seg i mellom som stort sett meget bra eller bra. Arbeidsgivernes vurdering av samarbeidet er mer variert. Det samme er de øvrige aktørenes vurdering av eget samarbeid med arbeidsgiverne. Når tabellen leses, må det også her tas hensyn til at antall svar fra enkelte aktører er lavt.

8.4 Ulike aktørers oppfølging av pasientene

Aktørene som er involvert i oppfølgingen av pasientene som har benyttet seg av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, har ulike roller og oppgaver. Vi har i denne forbindelse sett nærmere på hvordan de mest sentrale aktørene i ordningen blir vurdert med hensyn til å løse noe av oppgavene.

8.4.1 Informasjon fra trygdekontor til den sykmeldte

Alle innspill om bruk av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* skal til trygdekontoret, og trygdekontorene skal informere den sykmeldte om ordningen. Det er lagt opp til at arbeidstakeren fortrinnsvis skal informeres gjennom en samtale mellom trygdekontor og den sykmeldte. I løpet av en slik samtale skal blant annet arbeidstakeren få informasjon om ordningen, det skal kartlegges om den sykmeldte bare har denne ene lidelsen, om det er overveiende sannsynlig at vedkommende kan friskmeldes som følge av behandling/operasjon. Videre skal det diskuteres hvordan arbeidsgiver eventuelt skal involveres. Vi har undersøkt hvordan dette informasjonsarbeidet foregår. Trygdekontorene ble spurt om på hvilken måte de informerer arbeidstakere om ordningen i de tilfellene trygdekontoret initierer kjøp av helsetjenester.

Tabell 8.6. Kontakt mellom trygdekontor og arbeidstaker/pasient. Svar fra trygdekontorene. % av N

	Alltid	Som regel	Av og til	Aldri	Vet ikke	Sum	N
Trygdekontoret innkaller arbeidstaker til møte hvor ordningen presenteres	14.6	37.9	40.6	4.6	2.3	100	261
Trygdekontoret sender informasjon om ordningen til arbeidstaker	29.2	14.4	31.6	21.2	3.6	100	250
Trygdekontoret kontakter arbeidstaker pr. telefon og informerer om ordningen	8.4	29.7	46.4	13.3	2.3	100	263

Resultatene viser at trygdekontorene følger ulik praksis med hensyn til å informere arbeidstakere om ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Noe over halvparten innkaller alltid eller som regel arbeidstakeren til et møte hvor ordningen presenteres, mens vel 4 av 10 gjør dette av og til. 43.6 % av trygdekontorene sender alltid eller som regel informasjon om ordningen til arbeidstaker, mens 38.1 % kontakter alltid eller som regel arbeidstaker pr. telefon for å informere om ordningen.

Hvordan trygdekontoret velger å informere arbeidstakerne om ordningen kan variere med hvor omfattende og kompleks pasientens/brukerens skade/lidelse er, samt med hvordan arbeidssituasjonen ved trygdekontoret oppleves. Vi har spurt trygdekontorene om de har tilstrekkelige ressurser til å håndtere *henvisninger* innenfor ordningen på en tilfredsstillende måte. Her er det 35.9 % som mener at ressursituasjonen ikke er tilfredsstillende. Videre har vi spurt trygdekontorene om de har tilstrekkelige ressurser til å håndtere *oppfølgingen* innenfor ordningen på en tilfredsstillende måte. 46.6 % av trygdekontorene svarer at det har de ikke. Vi har ikke spurt om trygdekontoret har organisert eget arbeid vedrørende behandling av henvisninger og oppfølginger på en hensiktsmessig måte, eller om det kan være andre årsaker enn ressursituasjonen som er bestemmende for hvordan henvisningene og oppfølgingen behandles. Det er derfor vanskelig å trekke noen entydige slutninger med hensyn til forholdet mellom opplevd ressursituasjon og måten arbeidstakerne blir informert om ordningen på.

8.4.2 Ivaretagelse av oppfølgingsansvaret

I spørreskjemaene var spørsmål vedrørende oppfølging gjennomgående og likt formulert for alle informantgruppene. I og med at noen av spørsmålene omhandlet vurderinger av oppfølgingen fra andre instanser, så var det naturlig nok visse variasjoner med hensyn til hvilke instanser den enkelte aktør ble bedt om å vurdere. Vi har i presentasjonen skilt mellom oppfølging knyttet til henvisning til utredning uten påfølgende behandling/operasjon, og henvisning til behandling/operasjon. I tabellene er ikke respondentene som har svart "Vet ikke" tatt med. Kun respondenter som opplyser at de har benyttet seg av ordningen er inkludert.

Tabell 8.7. Ivaretagelse av oppfølgingsansvaret for pasienter som har vært henvist til utredning. Andel som vurderer dette som meget bra/ bra. Alle informantgruppene.

	Trygdekontor	Leger	Behandlere	Arbeidsgivere
Trygdekontor		80.2 % (n=257)	82.5 % (n=211)	57.7 % (n=156)
Leger	82.5 % (n=252)		74.5 % (n=216)	49.5 % (n=93)
Behandlere	84.0 % (n=25)	75.0 % (n=20)		66.7 % (n=6)
Arbeidsgivere	63.2 % (n=87)	45.8 % (n=72)	61.0 % (n=59)	

Når tabellen leses, må det tas med i betraktningen at antallet behandlere er lavt. Trygdekontor, leger og behandlere er rimelig samstemte i sine vurderinger av hvordan oppfølgingsansvaret ivaretas av de respektive aktørene. Disse tre gruppene vurderer hverandres ivaretagelse stort sett som bra eller meget bra, men er mer delte i sine oppfatninger når det gjelder arbeidsgiverne. Arbeidsgiverne på sin side er noe mindre tilfreds med hvordan trygdekontor, leger og behandlere ivaretar sitt oppfølgingsansvar enn disse aktørene gir uttrykk for.

Tabell 8.8. Ivaretagelse av oppfølgingsansvaret for pasienter som har vært henvist til behandling/operasjon. Andel som vurderer dette som meget bra/bra. Alle informantgruppene.

	Trygdekontor	Leger	Behandlere	Arbeidsgivere
Trygdekontor		87.1 % (n=256)	86.4 % (n=214)	67.2 % (n=174)
Leger	83.6 % (n=256)		83.5 % (n=236)	41.1 % (n=129)
Behandlere	95.5 % (n=22)	90.9 % (n=22)		75.0 % (n=4)
Arbeidsgivere	59.3 % (n=81)	50.6 % (n=81)	55.9 % (n=68)	

Tendensen i tabell 8.7, finner vi igjen i tabell 8.8. Det er en forskjell i hvordan trygdekontor, leger og behandlere vurderer hverandre når det gjelder ivaretagelse av oppfølgingsansvaret på den ene side og hvordan de samme vurderer hvordan arbeidsgiverne ivaretar dette ansvaret. Likeledes er arbeidsgiverne mindre tilfreds med hvordan trygdekontor, leger og behandlere ivaretar sitt oppfølgingsansvar.

Ser vi resultatene fra avsnittet vedrørende samarbeid mellom aktørene (jf. punkt 8.3) og avsnittet som omhandler ivaretagelse av oppfølgingsansvaret (jf. punkt 8.6) under ett, virker det som om arbeidsgiverne kan involveres i oppfølgingsarbeidet i større utstrekning enn det som skjer i dag, og at det bør sees nærmere på hvordan samarbeidet mellom arbeidsgiverne og de øvrige instansene kan forbedres.

8.4.3 Utarbeides det planer for oppfølging av pasienter?

Vi har undersøkt de ulike aktørenes oppfatninger knyttet til om det utarbeides planer for oppfølging av pasienter etter avsluttet utredning eller behandling/operasjon. I tabellene nedenfor er det skilt mellom planer som er utarbeidet i forbindelse med utredning og behandling/operasjon.

Tabell 8.9. Om det utarbeides planer for oppfølging av pasienter etter avsluttet utredning. Alle informantgruppene. % av N

	Alltid	Som regel	Av og til	Aldri	Vet ikke	Sum	N
Leger	7.8	31.9	39.9	7.0	12.4	100	258
Trygdekontor	4.6	36.0	44.2	6.4	8.8	100	283
Behandler	42.1	23.7	18.4	5.3	10.5	100	38
Arbeidsgiver	33.9	44.3	10.5	3.5	7.0	100	115

Tabellen viser et markert skille mellom leger og trygdekontor på den ene siden og behandlere og arbeidsgivere på den andre. Blant de to førstnevnte, svarer henholdsvis 39.7 % og 40.6 % at det alltid eller som regel utarbeides slike planer. Svarene fra de to sistnevnte informantgruppene er henholdsvis 65.8 % og 78.2 %.

Tabell 8.10. Om det utarbeides planer for oppfølging av pasienter etter avsluttet behandling/operasjon. Alle informantgruppene. % av N

	Alltid	Som regel	Av og til	Aldri	Vet ikke	Sum	N
Leger	7.3	42.4	34.4	5.7	10.3	100	262
Trygdekontor	5.0	34.0	44.3	5.0	11.8	100	262
Behandler	47.1	26.5	17.6	2.9	5.9	100	34
Arbeidsgiver	30.0	45.5	17.3	4.5	2.7	100	110

Tendensen fra foregående tabell er den samme. En langt større andel av behandlerne (73.6 %) og arbeidsgiverne (75.5 %) svarer at slike planer utarbeides alltid eller som regel, enn legene (49.7 %) og trygdekontorene (39 %). Årsakene til disse forskjellene kan være ulik forståelse av hva en plan er og hva denne inneholder. For behandlernes vedkommende kan det være at dokumenter som følger pasienten etter endt utredning eller behandling/operasjon er behandlernes innspill til å utvikle en plan for videre oppfølging av den sykmeldte. Epikriser kan oppfattes som plan for medisinsk oppfølging. Når det gjelder arbeidsgivere, kan planer være bedriftens interne planer for å få den sykmeldte tilbake i arbeid.

8.5 Hvor fornøyd er de ulike aktørgruppene med ordningen?

Alle respondentene har fått mulighet til å svare på følgende spørsmål: "Er du generelt sett fornøyd med hvordan ordningen har fungert"? Kun respondenter som opplyser at de har gjort bruk av ordningen er inkludert i tabellen nedenfor.

Tabell 8.11. Vurdering av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Alle informantgruppene. % av N

	Svært fornøyd	Fornøyd	Mindre fornøyd	Misfornøyd	Sum	N
Leger	4.9	55.3	29.7	10.2	100	246
Trygdekontor	12.9	64.3	20.3	2.4	100	286
Behandlere	12.2	73.2	14.6	0	100	41
Arbeidsgivere	11.7	50.5	32.0	5.8	100	103

Blant arbeidslivssentrene svarer 10 av 14 at de er fornøyd med hvordan ordningen fungerer. Ingen har imidlertid svart "svært fornøyd", men her kan det føyes til at arbeidslivssentrene har en noe mer perifer rolle innen ordningen enn det eksempelvis trygdekontorene har.

Mens trygdekontor og behandlere stort sett er fornøyd med hvordan ordningen har fungert, er det noen flere blant leger og arbeidsgiverne som er misfornøyd. Misnøyen blant de allmennpraktiserende legene kan ha sin forklaring i at de synes det følger for mye arbeid med ordningen, og at de synes det er tungvint at henvisningene skal gå via trygdekontorene. I tillegg til at ordningen oppleves som tungvint og arbeidskrevende, synes arbeidsgiverne at trygdekontorene bruker for lang tid på behandling av henvisninger og særlig på oppfølgingen av pasientene. Dette er forhold vi kommer nærmere tilbake til nedenfor.

De ulike aktørene har videre fått anledning til vurdere om ordningen har fungert etter intensjonen, og ble bedt om å ta stilling til følgende utsagn:² "*Arbeidstakerne kommer raskere tilbake til arbeid gjennom denne ordningen enn gjennom det ordinære helsetilbudet*". Blant legene er 86 % enige i dette utsagnet, mens 89 % av trygdekontorene og 100 % av behandlere med avtale har krysset av for dette svaralternativet. Når det gjelder arbeidsgiverne, er 96 % helt eller delvis enige i utsagnet, mens 13 av 14 arbeidslivssentre har krysset av for et av disse svaralternativene. Det er med andre ord stor grad av enighet om at *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* fungerer i forhold til en av hovedmålsettingene med ordningen.

Som vi var inne på i kapittel 7 ovenfor, bør en ta med i betraktningen at 44 % av de legene som har benyttet ordningen, svarer at de aldri sjekker ventetiden på *Fritt sykehusvalg* før de henviser pasienter til ordningen. Videre svarer 40 % av trygdekontorene at de alltid eller som regel opplever at henvisende lege ikke har sjekket tilbudet innenfor det ordinære helsetilbudet før vedkommende henviser pasienter til ordningen. Spørsmålet en kan stille seg er hvordan et så klart flertall av legene kan mene at arbeidstakere kommer raskere tilbake i arbeid gjennom ordningen,

² Informantene ble bedt om å si seg enig eller uenig i utsagnet (Helt enig - verdi 1 og Helt uenig - verdi 4). Det var anledning til å krysse av for svaralternativet Har ingen mening om dette (verdi 5). I presentasjonen nedenfor har vi slått sammen svaralternativene helt og delvis på begge sider av skalaen, og kun tatt med de som har en mening om de oppgitte utsagnene, og som har opplyst at de har benyttet seg av ordningen.

når en relativt stor andel av legene tilsynelatende ikke sjekker ventetid innenfor det ordinære helsetilbudet i forkant av henvisningen. Dette er nærmere drøftet nedenfor.

8.6 Administrasjon av ordningen

Bruk av ordningen fordrer at man følger de rutinene som er fastlagt. Blant annet skal henvisningene kontrolleres av trygdekontoret (om pasient/bruker tilfredsstillende inklusjonskriteriene), noe som blant annet innebærer at det sjekkes ut om den sykmeldte er arbeidstaker og har en jobb å vende tilbake til etter endt utredning eller behandling/operasjon. Trygdekontoret skal videre informere den sykmeldte om ordningen og er ansvarlig for at det utarbeides plan for oppfølging. Henvisende lege skal sjekke ventetider for utredning/behandling av lidelsen innen det ordinære helsetilbudet for å se om det er hensiktsmessig å benytte ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

Følgende påstander kan belyse hvordan aktørene vurderer den administrative siden av ordningen:

- *A. For oss som (arbeidsgivere/leger/arbeidslivssentre/trygdekontor/behandlere) følger det for mye arbeid med ordningen*
- *B. Det er tungvint at henvisninger skal godkjennes av trygdekontoret*
- *C. Trygdekontoret bruker for lang tid på å behandle henvisninger innenfor denne ordningen*
- *D. Trygdekontoret bruker for lang tid på å følge opp pasienter/arbeidstakere som har fått et tilbud gjennom denne ordningen*

Når det gjelder utsagn A, er det 45 % av legene, 33 % av trygdekontorene, 36 % av arbeidsgiverne og 34 % av behandlere med avtale som mener at det følger for mye arbeid med ordningen. På den annen side sier 12 av 14 arbeidslivssentre at de er uenige i utsagnet. Det ble ikke spesifisert i utsagnet hva vi mente med arbeid, men det er grunn til å anta at noe av forklaringen på resultatet kan leses ut av svarfordelingen under utsagn B nedenfor.

Et flertall av både legene (61 %), trygdekontorene (52 %), arbeidsgiverne (64 %) og behandlere med avtale (54 %) er enige i at det er tungvint at henvisningene skal godkjennes av trygdekontorene (utsagn B). Blant arbeidslivssentrene er holdningen en annen; 9 av 14 sentre er uenige i at det er tungvint at henvisningene skal godkjennes av trygdekontoret. *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er et av virkemidlene som trygdekontorene har til rådighet for å følge opp sykmeldte arbeidstakere³. Det er derfor noe overraskende at halvparten av trygdekontorene er enige i at det er tungvint at henvisningen skal gå gjennom trygdekontoret.

Trygdekontorene spiller en sentral rolle i ordningen, og skal blant annet behandle henvisningene som kommer inn under ordningen. 34 % av legene, 59 % av arbeidsgiverne og 63 % av behandlere med avtale er enige i at trygdekontorene bruker for lang tid på dette arbeidet (utsagn C). Kun 3 av 14 arbeidslivssentre er enige i dette, mens 7 sentre svarer at de er helt uenige. Dette utsagnet kan sees i relasjon til et annet spørsmål i undersøkelsen som dreier seg om henvisningene kommer på riktig tidspunkt i sykdomsforløpet.

³ Andre tiltak er blant annet aktiv og gradert sykmelding, tilretteleggingstilskudd og arbeidsplassvurdering av fysioterapeut.

Tabell 8.12. Vurdering av om henvisningene kommer på rett tidspunkt. Alle informantgruppene. % av N

	På rett tidspunkt	For sent	Vet ikke	Sum	N
Trygdekontor	39.4	37.6	23.0	100	282
Leger	46.5	24.9	28.6	100	273
Behandlere med avtale	23.8	66.7	9.5	100	42
Arbeidsgivere	39.9	52.1	8.5	100	117

Blant arbeidslivssentrene svarer 2 av 14 at de synes tilbudet gis på rett tidspunkt, mens 9 (64 %) mener at dette skjer for sent. Behandlere med avtale og arbeidslivssentrene skiller seg fra de øvrige informantgruppene når det gjelder andelen som mener at henvisningene kommer for sent. Behandlere er spesialister innenfor sine fagområder, og det er derfor grunn til å anta at deres faglige vurderinger kan forklare noe av den forskjellen vi ser i tabellen, i betydningen at en mener at en kan gjøre mer og med et bedre resultat dersom pasientene henvises tidligere. En kan her bl.a. legge merke til at det er langt færre behandlere som svarer at henvisningene⁴ kommer på rett tidspunkt enn blant de øvrige informantgruppene. Som en tilleggsopplysning kan her nevnes at 61 % av legene og 44 % av trygdekontorene svarer at vanligvis har pasienten/brukeren vært sykmeldt inntil 4 måneder i de tilfellene de har initiert bruk av ordningen.

Vi har videre sett nærmere på administrering av ordningen sett fra trygdekontorenes ståsted. Trygdekontorene skulle ta stilling til et utsagn om at de har tilstrekkelig ressurser til å håndtere henvisningene på en tilfredsstillende måte. 64 % av trygdekontorene er enig i dette. Dette resultatet kan være noe av forklaringen på hvorfor noen av de øvrige aktørene mener at trygdekontorene bruker for lang tid på behandling av henvisningene. Men vi finner ikke at det er noen forskjell mellom trygdekontorene i fylkene som har flest saker innenfor ordningen pr. 1.000 innbyggere de siste 2 år (Vestfold, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag) sammenlignet med de øvrige fylkene. Ressurssituasjonen oppfattes som tilnærmet lik selv om de tre fylkene behandler langt flere saker. Andre forklaringer på at trygdekontorene oppfattes å bruke lang tid kan være den interne organiseringen av trygdekontorenes arbeid med henvisninger og oppfølging, og hvordan de enkelte sakene vedrørende *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* prioriteres i forhold til hverandre etc. Dette er forhold vi ikke har sett nærmere på i denne undersøkelsen, men som det kunne vært interessant å følge opp.

Den siste påstanden knyttet til administrering av ordningen omhandler trygdekontorenes oppfølging av pasientene/arbeidstakerne (utsagn D). 45 % av legene, 61 % av arbeidsgiverne og 46 % av behandlere med avtale er enige i at trygdekontorene bruker for lang tid på å følge opp pasientene/arbeidstakerne. Kun 3 av 14 arbeidslivssentre er enige i utsagnet, mens 5 er uenige.

⁴ Vi har også gitt aktørene anledning til å vurdere kvaliteten på henvisningene. 69 % av behandlerne vurderer henvisningene fra legene som bra eller meget bra, og 66.7 % svarer at henvisningene som regel inneholder tilstrekkelig informasjon til å gi et dekkende bilde av årsakene til at pasientene er sykmeldt og henvist til dem. På spørsmål om hvor ofte behandlerne konkluderer med at pasienter som er henvist til behandling/operasjon likevel ikke skal behandles/opereres, svarer 59 % at dette skjer av og til, mens 7.7 % svarer at det skjer ofte. 23.1 % mener at dette skjer meget sjelden. Trygdekontorene ble bedt om å vurdere kvaliteten på de henvisningene de mottar fra legene. 79.2 % vurderer kvaliteten som god, mens 59.2 % svarer at de av og til sender henvisningene i retur/ kontakter henvisende lege for utfyllende/supplerende informasjon. 28.6 % svarer at dette aldri skjer.

Her fikk trygdekontorene anledning til å ta stilling til et utsagn om at de har tilstrekkelig ressurser til å håndtere oppfølgingen på en tilfredsstillende måte. 53 % av trygdekontorene er enig i dette, noe som betyr at nesten halvparten av trygdekontorene mener at de ikke håndterer oppfølgingsarbeidet på en tilfredsstillende måte. Det er mulig at mange av trygdekontorene i en presset hverdag prioriterer andre oppgaver fremfor oppfølging av arbeidstakere som har fått et tilbud gjennom ordningen. Denne følelsen av utilfredsstillende oppfølgingsarbeid kan gi noe av forklaringen på at så vidt mange av trygdekontorene (52 %) mener det er tungvint at de skal godkjenne henvisningene (utsagn B).

8.7 Forholdet mellom det ordinære helsetjenestetilbudet og "Kjøp av helsetjenester"

Kjøp av helsetjenester kan sees på som et supplement til det ordinære tilbudet i spesialisthelsetjenesten (jf. kapittel 9 nedenfor). Med stadig kortere ventetider ved sykehusene samt mulighet til å benytte fritt sykehusvalg, kan det stilles spørsmål om berettigelsen av *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Aktørene fikk anledning til å ta stilling til to utsagn i denne anledning.

- *E. Ordningen er unødvendig da ventetiden i det ordinære helsetilbud blir stadig kortere*
- *F. Fritt sykehusvalg har gjort ordningen unødvendig*

Et klart flertall innen de ulike aktørgruppene er uenige i utsagnet om at ordningen er unødvendig på grunn av reduksjon i ventetidene i det ordinære helsetilbudet (utsagn E). Dette gjelder for 73 % av legene, 60 % av trygdekontorene, 87 % av arbeidsgiverne, 90 % av behandlere med avtale og 13 av 14 arbeidslivssentre. Resultatet stemmer overens med funnet som er presentert under punkt 8.5 ovenfor, hvor det var stor grad av enighet om at ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* gjør av arbeidstakere kommer raskere tilbake i arbeid enn om de skulle ha benyttet det ordinære helsetilbudet.

Når det gjelder innføring av ordningen med fritt sykehusvalg, er vel halvparten av trygdekontorene (53 %) enige i at muligheten til fritt valg av sykehus har gjort ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* unødvendig (utsagn F). Blant de øvrige aktørene er andelen enige lavere. Blant leger sier 30 % seg enige i utsagnet, mens det blant behandlere med avtale er 19 % og arbeidsgiverne er 17 % som er enige. Ingen av behandlerne sier seg helt enig i dette utsagnet. Blant arbeidslivssentrene svarer 9 av 14 at de er uenige i utsagnet.

Et interessant funn i denne sammenheng er at 44 % av legene oppgir at de aldri sjekker ut ventetider innenfor nettsidene *Fritt sykehusvalg* før de henviser. Det er i overensstemmelse med trygdekontorenes oppfatning der 40 % sier at de alltid eller som regel opplever at henvisende lege ikke har sjekket tilbudet innenfor det ordinære helsetilbudet før de sender henvisning til trygdekontoret. Dette kan være en indikasjon på at ordningen ikke nødvendigvis blir brukt på bakgrunn av at ventetidene innen det ordinære helsetjenestetilbudet er lengre enn innen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. På den annen side kan legene ha innhentet informasjon om ventetider på annen måte enn ved hjelp av *Fritt sykehusvalg*. Etter det vi kjenner til, oversender enkelte sykehus rutinemessig ventetider til legekontor innen opptaksområdet. På bakgrunn av dette har mange leger i det minste kjennskap til ventetider ved nærmeste sykehus. Et annet element er at enkelte leger og trygdekontor overlater det å sjekke ut ventetider til den sykmeldte som en del av det å medvirke i egen sak.

8.8 Bør ordningen videreføres?

Aktørene ble bedt om å ta stilling til utsagnet "*Ordningen bør videreføres i sin nåværende form*". Et flertall av informantene er enige i at ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* bør videreføres i sin nåværende form (63 % av legene, 82 % av arbeidsgiverne, 73 % av trygdekontorene, 13 av 14 arbeidslivssentre og 92 % av behandlere med avtale). Til tross for de påviste svakhetene ved dagens ordning (jf. ovenfor), er enigheten om en videreføring av dagens ordning stor i samtlige informantgrupper. Dette er i overensstemmelse med resultatene presentert under punkt 8.5, hvor et klart flertall i alle gruppene mener en har oppnådd målsettingen om at arbeidstakere kommer raskere tilbake i arbeid gjennom denne ordningen.

9 Fylkesvise variasjoner. Resultater fra undersøkelsen

9.1 Innledning og bakgrunn

Som en del av undersøkelsen skal det gjennomføres en kartlegging av eventuelle årsaker til påviste fylkesvise variasjoner når det gjelder aktivitet og friskmelding, med søkelys på ulikheter i helsetilbud i ulike fylker og regioner, ulik lokal kunnskap om ordningen, og eventuelt andre årsaker. Vi har i dette kapitlet sett nærmere på eventuelle fylkesvise og regionsvise variasjoner i bruk av ordningen i forhold til eksisterende helsetilbud.

9.2 Kjennskap til ordningen

De allmennpraktiserende legene og arbeidsgiverne ble spurt om hvor godt de kjenner til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Et flertall av *legene* (71.6 %) svarer at de kjenner ordningen godt, og 76.1 % svarer at de i hovedsak har fått informasjon om ordningen fra trygdekontorene - en informasjon som 64.7 % vurderer som god. Blant *arbeidsgiverne* svarer 56 % at de kjenner ordningen godt, mens 13.5 % svarer at de ikke kjenner til ordningen. 45.2 % svarer at de i hovedsak har fått informasjon om ordningen fra Arbeidslivssentrene og 26.5 % har fått den fra trygdekontor. Den høye andelen som i hovedsak har fått informasjon fra Arbeidslivssenteret kan forklares med at 82 % av de bedriftene som har svart er med i ordningen Inkluderende arbeidsliv (IA).

Vi har gjennomført en analyse for å avdekke eventuelle fylkesvise variasjoner i kjennskap til ordningen. I analysen har vi sammenlignet resultatene i de tre fylkene som benytter ordningen mest (Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Vestfold) med de øvrige fylkene. Blant legene viser analysen at de legene som benytter ordningen mest (legene i de tre utvalgte fylkene), er også de som kjenner ordningen best. Blant arbeidsgiverne finner vi ingen slik sammenheng. Kjennskapen til ordningen er like god uavhengig av fylke og hvor mye ordningen er brukt.

I spørreskjemaundersøkelsen (kapittel 8 i rapporten) spurte vi aktørene bl.a. om hvordan de vurderer samarbeidet dem i mellom og hvordan de synes ordningen har fungert. Når vi sammenligner resultatene for legene og arbeidsgiverne i de tre fylkene som benytter ordningen mest med de øvrige fylkene, finner vi ingen systematiske forskjeller med hensyn til vurdering av samarbeidet og hvordan en synes ordningen har fungert. Det er heller ingen forskjeller i vurderingene av den informasjonen en har fått om ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

9.3 Bruk av ordningen

I 2001 ble 7.069 personer henvist til et tilbud gjennom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Det tilsvarende tallet for 2002 var 10.403. I 2003 ble 11.600 pasienter henvist til ordningen. Dette tilsvarer en økning fra 2002 til 2003 på 11 %. Aktiviteten i 2003 ble berørt av at ordningen ble midlertidig stoppet i august. Som følge av budsjettgjennomgangen måtte flere fylker innføre full inntaksstopp i ordningen. Flere av de andre fylkene rapporterte om at det tok tid å få ordningen i gang igjen. I forbindelse med budsjettildelingen i 2004 har RTV overfor fylkene understreket at midlene skal disponeres slik at forbruket kan holdes på et jevnt nivå gjennom året (Kilde: RTV. Årsrapport 2003).

Ikke alle som ble henvist til ordningen kom i gang med behandling samme år. Tabell 8.1 viser utvikling i antall som kom i gang med behandling (utredning/operasjon) ved henholdsvis offentlige institusjoner og private klinikker i perioden 2001 - 2003.

Tabell 9.1. Antall behandlede pasienter gjennom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* 2001 - 2003. Fordelt på offentlige institusjoner og private klinikker.

	2001	2002	2003	Endring i % 2002 -2003
Offentlige institusjoner	2 141	2 118	1 337	- 63
Private klinikker	3 848	6 976	8 152	+ 15
Alle	5 989	9 094	9.600	+ 6

Kilde: RTV

Andelen kjøp hos private behandlere fortsetter å øke, mens behandling ved offentlige institusjoner reduseres betydelig i perioden. Tabellen viser at andelen utgjorde 85 % i 2003, men den i 2001 og 2002 utgjorde henholdsvis 64 % og 77 %. Trygdeetatens kjøp av helsetjenester ser i hovedsak ut til å finne kapasitet utenom de statlig eide helseforetakene. På den måten synes tiltaket å ha etablert seg som et supplement til den offentlige helsetjenesten.

9.4 Regionale - og fylkesvise variasjoner

Det er fylkestyregkontorene som administrerer ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, og de regionale helseforetakene har derfor ingen formell innflytelse på omfanget av bruken av den. Tabell 8.2 viser hvordan bruken av ordningen varierer på regions- og fylkesnivå i 2002 og 2003.

Tabell 9.2. Antall pasienter som har fått tilbud om behandling gjennom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, pr. 1.000 innbyggere i 2002 og 2003.

Bostedsregion/ bostedsfylke	2002	2003
Østfold	4,51	2,71
Akershus	0,86	1,75
Oslo	0,69	0,97
Hedmark	1,95	0,99
Oppland	1,84	2,36
Helse Øst	1,62	1,63
Buskerud	2,65	3,72
Vestfold	4,14	4,87
Telemark	1,77	2,16
Aust-Agder	0,88	1,51
Vest-Agder	0,89	1,35
Helse Sør	2,33	2,96
Rogaland	2,12	1,79
Hordaland	2,21	2,42
Sogn og Fjordane	1,79	1,98
Helse Vest	2,13	2,11
Mør og Romsdal	2,56	1,30
Sør-Trøndelag	4,27	6,31
Nord-Trøndelag	7,89	8,94
Helse Midt-Norge	4,34	4,92
Nordland	0,87	2,18
Troms	3,20	2,47
Finnmark	4,19	3,53
Helse Nord	2,16	2,49
Alle regioner	2,29	2,53

Kilde: RVT og SSB. Folketall pr. 1.1.2004.

Tabellen viser at bruken av ordningen varierer betydelig fra fylke til fylke og fra region til region. Lavest forbruk i 2003 finner vi i Oslo og Hedmark, der bare henholdsvis 0,97 og 0,99 personer pr. 1.000 innbyggere fikk et slikt tilbud. Den mest aktive bruken finner vi i Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag, der henholdsvis 8,94 og 6,31 personer pr. 1.000 fikk et slikt tilbud. Nord-Trøndelag er det fylket med klart høyest forbruk både i 2002 og 2003. Endringene fra 2002 til 2003 varierer mellom en økning i forbruket i enkelte fylker, og en klar reduksjon i andre. Noe av årsakene til reduksjonen en finner i noen av fylkene, har nok sin forklaring i at en i flere fylker innførte inntaksstopp i august 2003 og at det tok tid å få ordningen i gang igjen.

Tabell 9.3 Trygdens kjøp av helsetjenester pr. 1.000 innbyggere. 2001 - 2003. Etter bostedsregion

	2001	2002	2003
Helseregion Øst	1,05	1,62	1,63
Helseregion Sør	2,07	2,33	2,96
Helseregion Vest	1,25	2,13	2,11
Helseregion Midt-Norge	2,49	4,34	4,92
Helseregion Nord	1,71	2,16	2,49
Landet	1,56	2,29	2,53

Kilde: RTV

Tabell 9.3 viser utviklingen fra 2001 til 2003. I alle helseregionene har det vært en økning i bruk av ordningen i hele perioden, samtidig som forbruket er så å si uendret i helseregionene Øst og Vest fra 2002 til 2003. Den klart høyeste bruken finner vi gjennom hele perioden i Helse Midt-Norge. Men som vist i tabell 9.2, er det store variasjoner innenfor regionene, noe som tydeligst kommer frem i Helse Midt-Norge.

9.5 Variasjoner i ventetider

Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser er virkemiddel trygdeetaten har for å kunne gi sykmeldte et behandlingstilbud raskere enn de ellers ville fått gjennom det ordinære helsetjenestetilbudet. Det er derfor interessant å se nærmere på om variasjoner i bruken av *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* fylkene i mellom kan ha en sammenheng med ventetiden i det ordinære helsetjenestetilbudet. Vi har hentet inn data som viser ventetider ved sykehusene i 2003. Vi har valgt ut ventetidene for noen av de hyppigst benyttete kirurgiske DRG-ene innen ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Tabellen viser median ventetid for disse kirurgiske DRG-ene ved sykehusene i 2003. Fylkesinndelingen er basert på pasientens bostedsfylke. Vi har valgt å benytte ventetider for kirurgiske DRG'er fordi disse er robuste når det gjelder tidspunkt for iverksatt behandling, noe som igjen gir mer pålitelige tall for ventetider.

Tabell 9.4. Median ventetid ved sykehus i 2003 for kirurgiske DRG'er som hyppigst forekommer i ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

Fylke	DRG 162 Inguinal & femoral brokkop > 17år u/bk	215 Operasjone r på kolumna u/bk	219 Op på humerus & kne/legg/fot elskl kneleddso p > 17 u/bk	DRG 222 Operasjone r på kneledd elskl proteseop u/bk	DRG 224 Op på humerus/albu e/underarm elskl skulderpr u/bk	229 Op på håndledd/hån d inkl sårkirurgi elskl prot u/bk	Total	All elektiv ortopedi
Østfold	55,9	85,9	60,8	42,1	58,7	63,4	53,1	87
Akershus	62,8	70,1	73,4	41,9	78,4	64,2	55,2	80
Oslo	57,8	71,0	86,3	55,5	64,2	34,1	56,0	87
Hedmark	57,8	71,0	86,3	55,5	64,2	34,1	56,0	88
Oppland	49,2	80,3	64,1	54,5	85,0	69,0	65,4	135
Buskerud	71,2	96,4	76,3	57,0	75,0	64,0	65,8	85
Vestfold	79,8	69,1	99,3	73,3	74,5	100,5	78,6	73
Telemark	80,9	69,7	87,2	67,8	98,0	93,2	75,9	80
Aust-Agder	86,8	66,3	57,8	73,2	116,3	103,2	79,2	89
Vest-Agder	89,5	54,9	80,3	66,0	73,0	71,5	69,5	71
Rogaland	69,7	66,3	101,2	78,6	92,5	73,7	78,2	124
Hordaland	76,6	65,6	107,5	83,0	95,3	83,2	82,1	123
Sogn og Fjord	76,4	92,1	87,5	91,2	115,9	101,6	93,0	112
Møre og Roms	71,5	79,7	69,8	71,7	87,1	55,2	70,5	109
Sør-Trøndelag	97,4	87,3	85,8	93,8	94,1	115,3	95,1	146
Nord-Trøndel.	84,3	91,9	119,7	99,5	96,8	142,6	101,8	120
Nordland	66,2	88,5	99,7	81,6	116,4	75,6	86,7	80
Troms	99,8	101,3	81,0	81,3	125,0	108,0	94,7	132
Finmark	66,4	81,5	71,1	82,4	111,8	97,4	83,8	128
Total	70,8	76,2	83,5	65,6	85,2	72,1	71,6	83

I tabellen er det ikke skilt mellom ventetider for polikliniske/dagkirurgiske inngrep og innleggelser. Det er grunn til å anta at ventetider for enkelte innleggelser er noe kortere enn for polikliniske/dagkirurgiske inngrep da innleggelser også inkluderer alvorligere tilstander som haster. Ventetidene som er gjengitt i tabellen er derfor trolig kortere enn de ville vært dersom vi utelukkende hadde tatt utgangspunkt i ventetiden for polikliniske/dagkirurgiske inngrep. Videre har vi kun inkludert ventelistedata for de som er henvist i 2003, og det fører til at pasienter med ekstremt lange ventetider ikke er inkludert i tabellen. Men variasjonene fylkene i mellom skulle ikke bli påvirket av dette. Vi har i tillegg inkludert gjennomsnittlig ventetid for all elektiv ortopedi da en forholdsvis stor andel av lidelsene som behandles innenfor ordningen er ortopedi.

I henhold til avtaler om kjøp av helsetjenester inngått mellom trygdeetaten og behandlere/behandlingsinstitusjoner, så forplikter behandler seg til å utføre utredning innen to

uker etter henvisningsdato og ytterligere to uker for å utføre behandling/operasjon (med andre ord maksimalt 30 dager ventetid). Av tabell 9.4 går det fram at, til tross for et konservativt anslag, så var ventetiden for de hyppigst benyttete kirurgiske DRG-ene innen ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ved sykehusene i 2003 til dels betydelig lenger enn avtalefestet maksimal ventetid innenfor ordningen.

Tabell 9.5. Sammenhengen mellom median ventetid for et utvalg kirurgiske DRG innen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* og bruk av ordningen fylkesvis pr. 1000 innbyggere. Pearsons R

	Fylkesvis bruk av ordningen pr. 1000 innbyggere
DRG 162	
Inguinal & femoral brokkoperasjon >17 år u/bk	Pearsons R = 0,376
DRG 215	
Operasjoner på kolumna u/bk	Pearsons R = 0,428
DRG 219	
Op på humerus & kne/legg/fot eks.kneleddsop > 17 u/bk	Pearsons R = 0,465*
DRG 222	
Operasjoner på kneledd ekskl proteseop u/bk	Pearsons R = 0,532*
DRG 224	
Op på humerus/albue/underarm ekskl skulderpr u/bk	Pearsons R = 0,102
DRG 229	
Op på håndledd/hånd inkl sårkirurgi ekskl prot u/bk	Pearsons R = 0,734**
TOTALT (DRG 162, 215, 219, 222, 224, 229)	Pearsons R = 0,581**
All elektiv ortopedi	Pearsons R = 0,348

** Signifikant $P < 0,01$. * Signifikant $P < 0,05$

Tabell 9.5 viser at for 3 av de 6 mest brukte kirurgiske DRG'er er en sammenheng mellom ventetider og den fylkesvise bruken av *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Dette betyr at i fylker hvor ventetiden er lang for disse DRG-ene, er det et høyere forbruk av ordningen. Men bildet er ikke entydig. Det kan derfor ikke sies å være noen klar sammenheng mellom fylkesvise variasjoner i ventetid for behandling og variasjoner i bruken av ordningen. Nedenfor vil vi se nærmere på andre mulige sammenhenger.

9.6 Kjøp av helsetjenester og private behandlere

Vi har tidligere vist at en vesentlig del av henvisningene går til private behandlere, og at det er her den største delen av økningen fra 2001 til 2003 har kommet. Tabell 9.6 viser hvordan andelen som henvises til private behandlere varierer regionene i mellom.

Tabell 9.6. Trygdens kjøp av helsetjenester i 2002 og 2003. Andel av pasientene som behandles utenfor offentlige sykehus. Prosentvis fordeling. Etter region

	2002	2003
Helseregion Øst	85	92
Helseregion Sør	72	80
Helseregion Vest	76	95
Helseregion Midt-Norge	86	81
Helseregion Nord	36	79
Landet	77	86

Kilde: RTV

På landsbasis går 77 % av disse henvisningene til private behandlere i 2002 og 86 % i 2003. Det mest markerte endringen ser en i Helse Nord, hvor andelen som henvises til behandling utenfor offentlige sykehus er nær fordoblet fra 2002 til 2003. Dette bekrefter inntrykket av ordningens karakter av supplement til de offentlige sykehusene. Vår analyse⁵ viser at variasjoner i bruk av ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ikke kan forklares med variasjoner i andelen private spesialister med avtale i de ulike regionene.

⁵ Pearsons R = -0,591. Sig. = 0,294

I undersøkelsen har vi sett på om det kan være en sammenheng mellom kjøp av helsetjenester og tilgangen til privatpraktiserende spesialister. I tabell 9.7. har vi presentert antallet spesialistgodkjenninger fordelt på arbeidsstedsfylke og pr. 1000 innbyggere. Oversikten viser alle spesialistgodkjenninger - både de med og de uten avtale innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

Tabell 9.7. Spesialistgodkjenninger - privatpraktiserende spesialister < 70 år i Norge fordelt på arbeidsstedsfylke pr. 19. januar 2004

Arbeidsstedsfylke og region	Antall private spesialistgodkjenninger	Antall private spesialistgodkjenninger pr. 1.000 innbyggere
Østfold	59	0,23
Akershus	114	0,23
Oslo	301	0,58
Hedmark	25	0,13
Oppland	12	0,07
Helse Øst	511	0,31
Buskerud	50	0,21
Vestfold	63	0,29
Telemark	30	0,18
Aust-Agder	20	0,19
Vest-Agder	34	0,21
Helse Sør	197	0,22
Rogaland	65	0,17
Hordaland	106	0,24
Sogn og Fjordane	5	0,05
Helse Vest	176	0,19
Mør og Romsdal	11	0,05
Sør-Trøndelag	72	0,27
Nord-Trøndelag	14	0,11
Helse Midt-Norge	97	0,15
Nordland	26	0,11
Troms	15	0,10
Finnmark	3	0,04
Helse Nord	44	0,10
Alle regioner	1.027	0,22

Kilde:

- Legestatistikk - Den norske legeforening. Tabellen gjelder alle spesialistgodkjenninger, og ikke antall spesialister (personer). En spesialist kan ha flere spesialistgodkjenninger.
- SSB. Folketall pr. 1.1.2004.

Tabellen viser store variasjoner fra fylke til fylke og fra region til region med hensyn til antall spesialistgodkjenninger - privatpraktiserende spesialister. Tilgangen til privatpraktiserende spesialister er størst i Helse Øst og minst i Helse Nord og Helse Midt-Norge. En analyse⁶ av forholdet mellom bruk av ordningen og tilgangen til private spesialister uavhengig av om de har avtale eller ikke, viser imidlertid ingen systematiske variasjoner.

⁶ Pearsons R= -0,69. Sig = 0,778

9.7 Oppsummering og konklusjon

Tallmateriale oversendt fra Rikstrygdeverket viser relativt store variasjoner i bruk av ordningen fra fylke til fylke (jf. tabellene 9.2 og 9.3). Resultatene av våre analyser kan oppsummeres følgende punkter:

- Innenfor enkelte av de hyppigste benyttete DRG-er er det en sammenheng mellom bruk av ordningen og ventetider i det ordinære helsetilbudet (sykehusene), men denne sammenhengen gjelder ikke for alle lidelser vi har analysert.
- Det er ingen systematiske variasjoner mellom bruk av ordningen og tilgangen til private spesialister uavhengig av om de har avtale eller ikke.
- Det er ingen systematiske variasjoner mellom bruk av ordningen og andelen private spesialister med avtale innenfor ordningen.
- Det er en sammenheng mellom legenes kjennskap til og bruk av ordningen: De legene som kjenner ordningen best, bruker den mest.
- Det er ingen systematiske forskjeller mellom de fylkene som bruker ordningen mest og de øvrige med hensyn til vurdering av samarbeidet aktørene i mellom
- Det er ingen systematiske forskjeller mellom de fylkene som bruker ordningen mest og de øvrige med hensyn til hvordan aktørene synes ordningen har funget.
- Det er ingen systematiske forskjeller mellom de fylkene som bruker ordningen mest og de øvrige med hensyn til vurdering av den informasjonen en har fått om ordningen.

En gjennomgang av hva respondenter har anført i spørreskjemaene samt samtaler med representanter for trygdeetaten, tyder på at forklaringer på variasjoner i faktisk forbruk av ordningen kan finnes på andre områder. Fram til nå har det vært inngått fylkesvise avtaler mellom trygdeetat og behandler for lidelser som skal komme inn under ordningen. Her kan fylkene ha valgt forskjellig. Det å for eksempel gjøre avtaler innenfor et smalt spekter av enkle lidelser med stort volum, kan gjøre det enklere både for leger og trygdekontor å forholde seg til og benytte seg av ordningen. En annen mulig forklaring kan relatere seg til interne organisatoriske forhold i trygdeetaten. Fylkestygdekontorene kan ha ulike prioriteringer med hensyn til hvilke grupper sykemeldte som følges opp og hvordan denne oppfølgingen skjer. Andre forklaringer kan være ulikheter med hensyn til når fylkene kom i gang med denne ordningen, samt variasjoner med hensyn til hva en kan kalle lokalt engasjement når det gjelder å ta ordningen i bruk. Med lokalt engasjement mener vi her i hvor stor grad etat eller enkeltpersoner har satt ordningen på dagsorden og markedsført den ovenfor aktuelle aktører (i særlig grad allmennlegene). Som tidligere nevnt, så er kjennskapen til ordningen bedre blant legene i de fylkene som bruker ordningen mest enn i de øvrige fylkene⁷.

⁷ I spørreskjemaundersøkelsen fikk legene som ikke har benyttet ordningen mulighet til å gi en eller flere forklaringer på årsakene til dette. 61 prosent av legene som ikke har brukt ordningen oppgir som årsak at de ikke kjenner ordningen godt nok. Dette er den begrunnelsen som klart flest har gitt, og det kan indikere at det fortsatt er noe å hente når det gjelder å informere om ordningen. Det er ingen systematiske forskjeller når det gjelder alder, kjønn, hvilket fylke legen arbeider i eller om vedkommende jobber heltid eller deltid. Nest flest avkryssninger har alternativet "ordningen er for tungvint/komplisert å bruke". Dette resultatet kan sees i sammenheng med svarene fra leger som har benyttet ordning hvor 6 av 10 likevel mente at det var tungvint at henvisningene måtte gå via trygdekontoret.

10 Oppsummering, drøfting og anbefalinger

10.1 Innledning

Hovedmålet for evalueringen har vært å fremskaffe kunnskap om lønnsomheten knyttet til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, hvor lønnsomhet i første rekke forstås som forholdet mellom redusert ventetid/sykmeldingsperiode og kostnader knyttet til behandlingstiltak og administrasjon. Videre har vi i evalueringen satt søkelys på hvilke områder og i hvilken grad aktuelle, sentrale aktører ivaretar sitt ansvar for oppfølging av pasienter/arbeidstakere som er henvist til ordningen. Nedenfor har vi, basert på resultatene fra evalueringen, gitt en oppsummering av resultatene og gitt våre anbefalinger med hensyn til hvilke endringer som bør iverksettes med tanke på en videreføring av ordningen.

10.2 Ordningens lønnsomhet

Beregningene av ordningens lønnsomhet har vært vanskelige fordi det har vært vanskeligere enn opprinnelig forutsatt å sammenligne sykepengepasienter og ordinære pasienter i det offentlige helsevesenet. Vanskelighetene skyldes i hovedsak to forhold. For det første ligger det en stor begrensning i Norsk pasientregister (NPR), fordi det ikke er mulig å koble opplysninger om enkeltpersoner i NPR sammen med opplysninger om pasientene i trygdeetatens registre. Hadde denne undersøkelsen vært gjennomført i Sverige, Danmark eller Finland, hadde vi hatt et langt bedre utgangspunkt fordi de nasjonale pasientregistrene i disse landene er personidentifiserbare. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for tiden med et forslag om å gjøre NPR til et personentydig register. Dersom NPR gjøres personentydig, ville det ha vært mulig å koble NPR med trygdeetatens registre. Denne undersøkelsen viser klart at et personentydig NPR ville gitt mer og bedre innsikt i sammenhengen mellom trygdeetatens ordninger og det ordinære offentlige helsevesenet.

Det andre forholdet som har gjort beregningene vanskelig er at de private sykehusene og legespesialistene som har behandlet pasienter på oppdrag fra trygdeetaten ikke har rapportert aktiviteten på samme måte som offentlige sykehus. Det betyr at det har vært vanskelig å sammenligne behandlingsaktivitet. Opplysningene om sykepengepasienter har vært ulike og mindre omfattende enn de opplysningene vi har om pasienter som er behandlet i det ordinære offentlige helsevesenet. Etter vårt syn bør det arbeides for at rapportering om behandlingsaktivitet i ordningen for kjøp av behandlingstjeneste blir sammenfallende med rapportering av behandlingsaktivitet i det ordinære offentlige helsevesenet.

Når det gjelder resultater, mener vi å ha påvist en betydelig innsparing i utgifter til sykepenger. Dette gjør vi selv om vi beregner sykemeldingsperioden for pasienter i ordningen på lengst mulig måte, og selv om vi legger til grunn at en stor del av sykepengepasientene ikke kommer i arbeid, selv om trygdeetaten har utgifter til behandling.

For det andre har vi funnet indikasjoner på at utgiftene til pasientbehandling er lavere for sykepengepasienter enn for ordinære pasienter behandlet i det offentlige helsevesenet.

Resultatene i analysen av ordningens lønnsomhet gir grunnlag for å mene at ordningen samlet sett reduserer trygdeetatens utgifter til sykepenger. Samtidig fører ordningen neppe til at utgiftene til behandling av sykemeldte ventelistepasienter blir vesentlig dyrere.

I tillegg til disse økonomiske analysene, er det også et empirisk grunnlag som underbygger at ordningen kan bidra til å hindre permanent utelukkelse fra arbeidslivet. Dersom ordningen har en slik effekt vil det komme relativt store innsparinger i tillegg til de vi har vist her.

Ordningen kan også ha en positiv effekt fordi den kan virke som et incitament for det offentlige helsevesenet ved å redusere ventetider. Dersom ventetidene blir for lange vil de offentlige sykehusene risikere å miste pasienter og dermed inntekter, fordi de risikerer at trygdeetaten finner alternative behandlingstilbud for disse pasientene.

Og sist men ikke minst vil det også være tilfredsstillende for mange av de drøyt 10 000 pasientene å oppleve at de ikke trengte å heve sykepenger, fordi staten ikke kunne omdisponere penger fra folketrygden til spesialisthelsetjenesten.

10.3 Seleksjon av pasienter

Vår analyse av hvem som rekrutteres eller selekteres til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*, viser at de sykdommene som trygdeetaten har inngått avtaler om behandling av, er de hyppigst forekommende lidelsene blant sykepengemottakere. Det er grunn til å anta at utvelgelsen av sykepengepasienter er rimelig riktig ut fra sykdomsbildet i målgruppen. Videre viser undersøkelsen at de pasientene som rekrutteres til ordningen, har lengre sykefravær enn gjennomsnittet av sykepengemottakere. Av dette kan vi slutte at det er de som har ventet lengst som prioriteres med hensyn til bruk av ordningen. Samtidig viser undersøkelsen at en stor andel av de pasientene som kommer inn under ordningen ikke mottar sykepenger i et helt år, noe som indikerer en sannsynlighet for at disse sykepengemottakerne er gått tilbake til arbeid. Vår analyse viser videre at det ikke er pasienter med høye inntekter som tilbys behandling gjennom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

I *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* ligger det en forutsetning om at den sykmeldte skal få behandling på et tidligere tidspunkt gjennom ordningen enn vedkommende ville ha fått innen det ordinære helsetilbudet. Dette forutsetter at ventetidsinformasjon er tilgjengelig, at den brukes og at den gir et korrekt bilde av reell ventetid til enhver tid. Vår undersøkelse viser at den informasjonen som gis på nettstedet *Fritt sykehusvalg* er lite egnet som veiledende for henvisende leger. Spørreskjemaundersøkelsen støtter en slik konklusjon: Nesten halvparten av legene sjekker aldri ventetid ved sykehusene før de henviser til ordningen, og hovedgrunnen til dette er at denne informasjonen er for dårlig. Det at så vidt mange leger ikke sjekker ventetiden i det ordinære helsetilbudet, underbygges av svarene fra trygdekontorene. I mange situasjoner vil en med andre ord ikke vite om henvisning til ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* innebærer kortere ventetid på utredning og behandling/operasjon enn om pasienten hadde stått på ordinær venteliste. Dette synes imidlertid ikke å være til hinder for at henvisninger pr. i dag videresendes fra trygdekontor til behandler med avtale, i den grad henvisningen omhandler en diagnose det er forhandlet frem avtale om og hvor den som henvises tilfredsstillende inkluderingskriteriene (vedkommende skal være sykmeldt og ha et arbeidsforhold å gå tilbake til).

Dersom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* skal fungere som forutsatt, må det dokumenteres eller sannsynliggjøres at henvisning til ordningen innebærer kortere ventetid for den sykmeldte enn om han eller hun måtte vente på utredning/behandling/operasjon innen det ordinære helsetilbudet. Dette forutsetter igjen at informasjon om reell ventetid gjøres lett tilgjengelig og at den brukes. Erfaringene viser at informasjonen på *Fritt sykehusvalg* pr. i dag har åpenbare svakheter til bruk som veiledende innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. I en slik situasjon vil alternativet være at det tas direktekontakt med sykehusene (telefon eller e-post) for å fremskaffe ventetidsinformasjon. Dette fremstår som mer arbeidskrevende enn bruk av internett, men vil samtidig styrke beslutningsgrunnlaget for å vurdere en henvisning til ordningen.

Slik vi ser det, vil informasjon om ventetid innenfor det ordinære helsetilbudet i utgangspunktet kunne innhentes av henvisende lege eller trygdekontor. Alternativt kan pasienten selv sjekke ventetidene. Fordelen ved at trygdekontoret innhenter denne informasjonen, er at dette vil inngå i

etatens kontrollfunksjon noe som i større grad kan sikre at dette blir gjort. Ulempen er at informasjonsinnhentingen kommer i etterkant av at henvisning er sendt fra lege og pasient er forespeilet at han eller hun vil gis et tilbud gjennom ordningen. Hvis det viser seg at ventetiden er kortere innenfor det ordinære helsetilbudet, vil trygdekontoret måtte avvise henvisningen på dette grunnlag, og gi beskjed til henvisende lege. Fordelen ved at legen innhenter denne informasjonen, er at det vil kunne gjøres som en del av direkte dialogen med pasienten. Denne delen av henvisningsgrunnlaget vil således være avklart i det øyeblikket henvisning sendes trygdekontoret. Skal imidlertid ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* gi effekt som forutsatt (arbeidstakere raskere tilbake i arbeid), så må det fra legenes side dokumenteres eller sannsynliggjøres at slik informasjon er innhentet for eksempel ved at det på blanketten anføres hvilke sykehus som er kontaktet og hva som opplyses å være reell ventetid.

10.4 Oppfølging av pasienter

Trygdekontorene har ulik praksis når det gjelder å informere den sykmeldte om ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*. Det er en forholdsvis liten andel av trygdekontorene som rutinemessig innkaller arbeidstakeren til et møte. I de tilfeller dette ikke skjer, kan en stille spørsmål om det i tilstrekkelig grad er avklart at den aktuelle lidelsen faktisk er det som er årsak til sykmelding og at det ikke er andre tilleggslidelser som likevel utelukker tilbakeføring til arbeidet. Videre skal trygdekontoret avklare hvorvidt den sykmeldte har et arbeid å gå tilbake til. Arbeidstakeren skal også informeres om forpliktelser når det gjelder å medvirke i egen sak, og det skal være undersøkt at det ikke er andre tilbud i det ordinære helsetjenestetilbudet som har lik eller kortere ventetid for utredning/behandling/operasjon. Det er grunn til å anta at en gjennomgående tettere oppfølging av den sykmeldte fra trygdekontorets side i forbindelse med henvisning kan resultere i en mer målrettet bruk av ordningen og en økning i andelen sykmeldte som kommer tilbake til arbeid igjen.

En relativt stor andel av arbeidsgiverne er ikke fornøyd med hvordan sykmeldte arbeidstakerne følges opp av andre aktører innenfor ordningen. Dette står i kontrast til hovedinntrykket som gis av de øvrige sentrale aktørene (trygdekontor, leger og behandlere med avtale) som opplyser at de har et utstrakt samarbeid og at dette fungerer godt. Resultatene indikerer at det for en del pasienter/arbeidstakere utarbeides planer og legges til rette for oppfølging av arbeidstaker internt på bedriftene uten at trygdekontor og lege er involvert. Er dette godt nok? Ja, i mange situasjoner tror vi det. Det er for mange arbeidstakere snakk om relativt enkle tiltak som skal iverksettes og at dette kan håndteres internt. For mange vil det være snakk om utredning eller relativt enkel behandling/enkle operative inngrep av poliklinisk/dagkirurgisk karakter. Sykmeldingstiden er mer relatert til at en ikke får behandling tidlig, enn til at lidelsen er så komplisert at den i seg selv tilsier lengre sykmeldingsperiode. Likevel kan det være tjenlig at trygdekontoret i initieringsfasen (jf. ovenfor) gjennom samtaler med den sykmeldte kan finne frem til de tilfellene der en tettere oppfølging fra flere aktører kan medvirke til en bedre prosess knyttet til friskmelding og tilbakeføring til arbeidsplassen. Til tross for at arbeidsgiverne ikke er helt fornøyd med samarbeidet med og oppfølgingen fra andre aktører, mener arbeidsgiverne, i likhet med de øvrige aktørene, at arbeidstakerne kommer raskere tilbake til arbeid gjennom ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* enn gjennom det ordinære helsetilbudet.

Bør en vurdere nødvendigheten av at henvisninger skal godkjennes av trygdekontor? Har trygdekontorene tilstrekkelige ressurser til å behandle henvisninger og drive oppfølging som var intensjonen? Ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er et av flere tiltak i trygdeetaten for å redusere sykefraværet. Det er derfor lagt til grunn at alle innspill som vedrører denne ordningen, skal kanaliseres gjennom trygdekontorene. Alternativet ville ha vært at legene kunne henvise pasienter direkte til de behandlerne som det er inngått avtaler med, og det ville således i liten grad avvike fra ordinær henvisningspraksis innenfor ordningen med fritt sykehusvalg. Det er derfor noe overraskende at halvparten av trygdekontorene mener at det er tungvint at

henvisningene skal innom trygdekontorene for å godkjennes. Dette kan muligens forklares med at mange trygdekontor opplever å ikke ha ressurser til å behandle henvisninger og følge opp sykmeldte på en tilfredsstillende måte. Men vi har ikke grunnlag for å hevde at det nødvendigvis er ressursmangel ved trygdekontorene som gjør at det er noe misnøye blant de øvrige aktørene med hensyn til tiden trygdekontorene bruker til å håndtere henvisninger og i oppfølgingsarbeidet. Her kan det være lokale variasjoner i hvordan arbeidet med *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser* er organisert og prioritert. At de øvrige aktørene mener at det er tungvint at henvisningene skal via trygdekontoret, kan forstås ut fra at ordningen av mange trolig blir oppfattet som en del av det ordinære helsetjenestetilbudet og ikke som et av flere virkemidler trygdeetaten rår over for å følge opp sykmeldte arbeidstakere.

Skal vi på grunnlag av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen komme med noen anbefalinger, vil det måtte bli en sterkere grad av involvering av arbeidsgivere, både i forbindelse med henvisningene og i oppfølgingsarbeidet. I en del tilfeller, hvor pasienten er sykmeldt på grunn av relativt enkel problematikk, så vil det raskt og i en tidlig fase kunne avklares hvilke aktører som bør involveres i den videre oppfølgingen. Ved å trekke arbeidsgiver tidlig inn i prosessen, vil en bl.a. styrke kontakten mellom pasient/arbeidstaker og arbeidsplassen i sykmeldingsperioden, samtidig som en tidlig får avklart behovet for eventuell tilrettelegging av arbeidsplassen. Vår undersøkelse viser at 4 av 10 trygdekontor bare av og til innkaller arbeidstaker til møte for bl.a. å orientere om ordningen. Etter vår vurdering bør dette i sterkere grad benyttes som et virkemiddel i kontakten mellom trygdekontor og den sykmeldte. Slik vi ser det vil et slik møte bl.a. i sterkere grad bære preg av en formalisering av den avtalen som ligger implisitt i det å gis et tilbud innenfor ordningen *Kjøp av helsetjenester - enklere lidelser*.

10.5 Fylkesvise variasjoner

Som en del av evalueringen har vi gjennomført en kartlegging av eventuelle årsaker til fylkesvise variasjoner når det gjelder aktivitet og friskmelding, med søkelys på ulikheter i helsetilbud i ulike fylker og regioner, ulik lokal kunnskap om ordningen, og eventuelt andre årsaker. Vi har bl.a. sett nærmere på eventuelle fylkesvise og regionsvise variasjoner i bruk av ordningen i forhold til eksisterende helsetilbud. Analysene viste at variasjoner i bruk av ordningen ikke utelukkende kan forklares med ventetid innen det ordinære helsetilbudet eller med andelen private med avtale i regionen, antallet privatpraktiserende spesialister i fylke og region, hvem som informert om ordningen eller hvor god en synes informasjonen har vært.

Det er grunn til å tro at forklaringer på de fylkesvise variasjonene også er å finne i ulikheter i de lokale avtalene med behandlere, variasjoner blant legene når det gjelder kjennskap til ordningen, ulik organisering og prioritering av dette arbeidet i trygdekontorene og fylkestygdekontorene, ulikheter med hensyn til når en kom i gang med ordningen, samt variasjoner med hensyn til lokalt engasjement når det gjelder å ta ordningen i bruk. Når det gjelder en eventuell effekt av variasjoner i innholdet i de lokale avtalene, så vil dette være lite relevant for fremtiden i og med at det for neste avtaleperiode vil operere med sentralt utformede og innholdmessig liklydene avtaler med behandlerne. Tilbakemeldinger vi har mottatt tyder på at en i det siste momentet (lokalt engasjement) finner mye av forklaringen på hvorfor bruk av ordningen varierer så vidt mye fra fylke til fylke. Lokalt engasjement henger igjen sammen med prioritering av denne oppgaven i trygdeetaten, samt vektlegging av informasjonsarbeidet overfor sentrale aktører.

11 Referanser

- 1) Global funksjonsskåring - Splittet versjon (*Global Assessment of Functioning - Split Version*). Bakgrunn og skåringsveiledning: Sigmund Karterud, Geir Pedersen, Hans Løvdahl & Svein Friis. Klinikk for Psykiatri, Ullevål sykehus. Januar 1998
- 2) Informasjonshefte. Innsatsstyrt finansiering 2003 med prisliste. Helsedepartementet. Februar 2003.
- 3) Forskrift til hovednummer 71, forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Helsedepartementet. Januar. 2003.
- 4) Trygdestatistisk årbok for 2003. Rikstrygdeverket. Oslo, juni 2003.
- 5) Økonomiske konsekvenser av sykefravær: Karl-Gerhard Hem, SINTEF rapport STF78 A00508, Oslo 2000.
- 6) Elective orthopaedic surgery in a defined population. Studies on demand, waiting time for treatment and capacity for work: Ivar Rossvoll. NTNU Det medisinske fakultet. Trondheim, 2000.