



**SINTEF Unimed**

Postadresse: Boks 124, Blindern  
0314 Oslo

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

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluering av henvisningsprosjektet**

**Delutredning 3: Økonomiske konsekvenser**

FORFATTER(E)

Karl-Gerhard Hem

OPPDRAGSGIVER(E)

Rikstrygdeverket

RAPPORTNR. STF78 A024512	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Nanna Stender, Mari K. Rollag og Kristian Munthe	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02939-2	PROSJEKTNR. 78453102	ANTALL SIDER OG BILAG 17
ELEKTRONISK ARKIVKODE H/LOS/PROSJEKT/HENVISNING DEL 2/RAPPORT		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Karl-Gerhard Hem	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Arne H. Eide
ARKIVKODE	DATO 2002-12-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H. Eide, forskningssjef	

## SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene fra delutredningen "Økonomiske konsekvenser" i prosjektet "Evaluering av henvisningsprosjektet". Rapporten omfatter analyse av statistikk fra Rikstrygdeverket, samt analyse av noen av resultatene fra delutredning 2: Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet.

I hovedsak består evalueringen i å vurdere veksten i sykefravær i de tre deltakende fylkene opp mot utviklingen i de andre fylkene i landet.

Det totale sykefraværet – knyttet til muskel-skjelettsykdommer – viser en noe lavere vekst i de tre forsøksfylkene enn gjennomsnittet i landet, regnet fra første halvår 2001 til første halvår 2002. Veksten i sykepenger – en indikasjon på langtidsfraværet, 17 fraværsdager eller mer – viser en enda mer markert forskjell, i det det økte med 7,4% i forsøksfylkene og 10,2% i hele landet. Også dette regnet for sykefravær knyttet til muskel-skjelettsykdommer.

Bare videre analyser hvor vi ser utviklingen over litt lengre tid vil vise om de forskjellen vi nå observerer kan skyldes effekter av henvisningsprosjektet. Om forskjellen vedvarer vil det styrke hypotesen om at prosjektet har effekt på utbetalingene til sykefravær.

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

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Mål</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Metode og datakilder</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Totalt sykefravær utover tre dager</b> .....	<b>6</b>
	3.1 Fravær knyttet til muskel-skjelett-diagnoser .....	6
	3.2 Spesifikke L-diagnoser .....	9
<b>4</b>	<b>Trygdens utbetaling til sykepenges</b> .....	<b>10</b>
	4.1 Fravær knyttet til muskel-skjelett-diagnoser .....	10
<b>5</b>	<b>Endring i pasientflyt og bruk av primærlege – pasientenes utgifter</b> .....	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>Henvisninger og sykmeldinger fra kiropraktorer og manuellterapeuter</b> .....	<b>14</b>
	6.1 Sykmeldinger fra manuellterapeuter og kiropraktorer .....	14
	6.2 Henvisninger fra manuellterapeuter og kiropraktorer .....	15
<b>7</b>	<b>Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>18</b>

## 1 Mål

Denne rapporten ”Økonomiske konsekvenser” utgjør den tredje delrapporten i prosjektet “Evaluering av Henvisningsprosjektet”.

Målet med denne delutredningen er å kartlegge endringer i:

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

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

## 2 Metode og datakilder

Analysene baserer seg på tilgjengelige regnskaps- og registerdata fra Rikstrygdeverket og fra noen av resultatene fra registreringsundersøkelsen i evalueringens Delutredning 2 om Bedre ressursutnyttelse og samarbeid. Det presenteres også tall fra Rikstrygdeverket om antallet sykmeldinger fra leger, kiropraktorer og manuellterapeuter.

I og med at prosjektet ble igangsatt 1. september 2001 benyttes første halvår 2001 som en baseline. Vi vil så sammenligne nyere data med denne baseline. I denne rapporten har vi fått tilgang til statistikk og regnskapsdata for 1. halvår 2002. I den neste rapporten (høsten 2003) vil vi også inkludere data fra hele perioden fra 1.1.2002.

Sykefraværstatistikken (kapittel 3) fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå viser totalt sykefravær med legeerklæring, dvs. i praksis sykefravær utover egenmeldingsperioden på tre dager<sup>1</sup>. Denne statistikken presenteres i antall tilfeller (antall sykmeldingsperioder) og antall tapte arbeidsdager.

---

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

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

Det utarbeides også en tilleggsstatistikk for fravær som er innen egenmeldingsperioden, men denne er ikke fordelt på fylke. Med dagens grense er det egenmeldte sykefraværet på 0,7%. Dette sykefraværet inngår ikke i presentasjonene i denne rapporten.

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

Statistikk over sykepengeutbetalinger (kapittel 4) viser antall kroner og antall erstattede dager for sykefravær utover 16 dager. Bedrifter får refundert lønnsutgifter til sykmeldte inntil en grense på seks ganger folketrygdens grunnbeløp, noe som gjelder de aller fleste lønsmottakere. Denne statistikken er en indikasjon på det lengre sykefraværet på 17 dager eller mer, og viser altså trygdens direkte utgifter ved sykefravær.

Disse to statistikkene presenteres fylkesvis for første halvår 2001 før forsøksordningen ble iverksatt 1.9.2001, og for første halvår 2002. Dersom sykefraværet i de tre forsøksfylkene Vestfold, Hordaland og Nordland viser en vesentlig annerledes utvikling enn i kontrollfylkene eller landet totalt vil dette tyde på at Henvisningsprosjektet påvirker sykefraværet.

Et viktig formål med henvisningsprosjektet har vært å redusere veksten i sykefraværet. Vi undersøker om så er tilfelle ved å sammenligne veksten i sykefraværet i de tre prøvefylkene relativt til de andre fylkene. Den beste basis for sammenligningen er om vi sammenligner med alle de andre fylkene.

Omlag halvparten av sykefraværet er knyttet til muskel-skjelett lidelser (L-diagnoser<sup>2</sup>). Analysene baserer seg på den delen av sykefraværet som er knyttet til disse diagnoser, fordi det er disse sykdommer manuellterapeut og kiropraktor behandler.

---

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

Fordi dette er registerbaserte tellinger med et svært stort antall observasjoner vil så og si alle observerte forskjeller være ”statistisk signifikante” (ha en lav p-verdi). Dette har imidlertid liten interesse om ikke forskjellene vedvarer utover i forsøksperioden. På den annen side er det enorme beløp som det her er tale om, slik at en liten prosentvis endring i sykefravær vil ha en stor økonomisk betydning totalt sett. For eksempel vil en 1% reduksjon i utbetalingene medføre 250 millioner kroner mindre i *trygdeutgifter*.

Sykepengeutbetalingene og sykefraværstatistikken er ikke direkte sammenlignbare. Dels skyldes dette at de omhandler ulike deler av sykefraværet, dels skyldes det ulikheter i registreringsrutiner og periodisering. Vi velger likevel her å benytte begge disse to datakildene, i det vi ser utviklingen i sykepengene og antall erstattede dager som en indikasjon på det lengre sykefraværet (17 dager eller mer), og sykefraværstatistikken som en indikasjon på det totale fraværet. Ulikheter i utviklingen mellom disse to kildene vil i all hovedsak skyldes utvikling i det kortere fraværet (mindre enn 17 dager).

En eventuell ulik utvikling i trygdens utbetalinger og i det totale sykefravær vil indikere kostnadene som *bedriftene* dekker knyttet til det korte sykefraværet. En undersøkelse som er gjennomført i 2000 viser at en dags sykefravær koster bedriftene 1700 kroner dagen, regnet eksklusive lønn til den sykmeldte (Hem, 2000). I dette ligger et tap i produksjonen på 1000 kroner og økte utgifter til overtid og vikarer på 700 kroner.

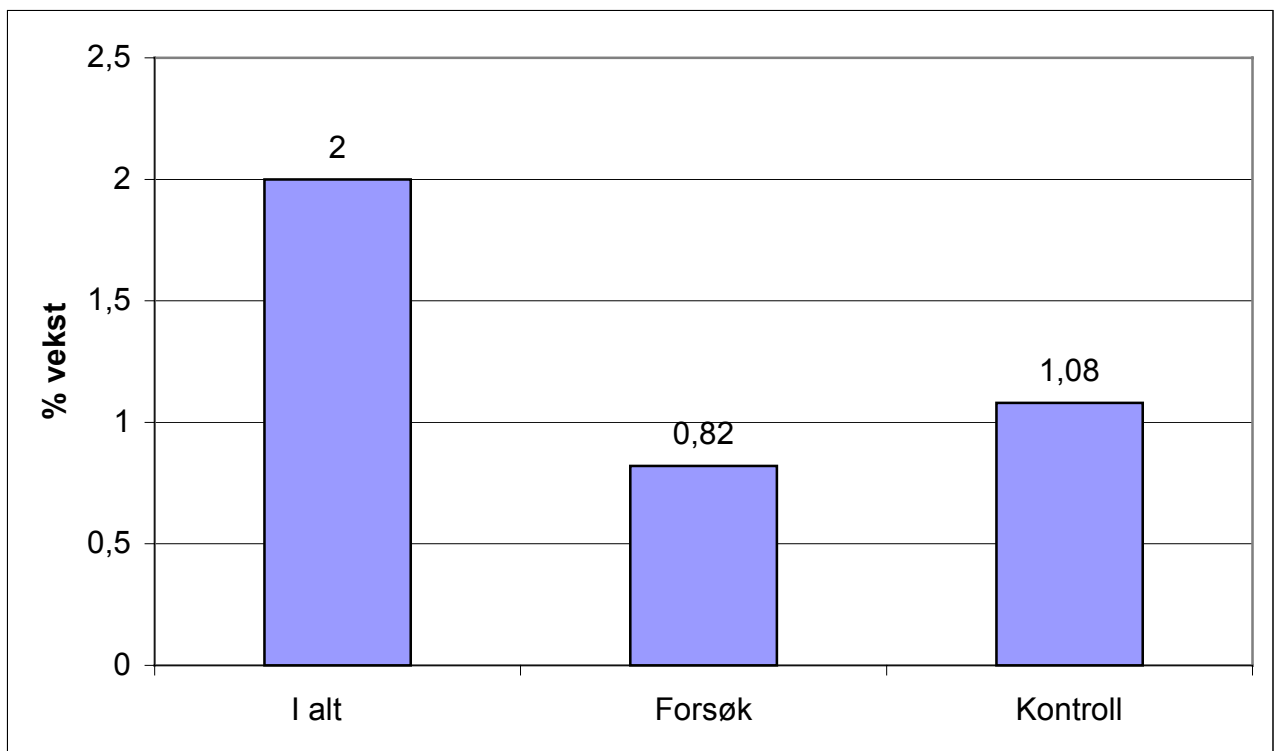
I den andre delutredningen gjennomføres det en registreringsundersøkelse der det bl.a. kartlegges om pasienten har besøkt lege før de kommer til manuellterapeut eller kiropraktor. En nedgang i legebesøket vil vise en direkte konsekvens for *pasientenes* utgifter til egenandeler.

### **3 Totalt sykefravær utover tre dager**

#### **3.1 Fravær knyttet til muskel-skjelett-diagnoser**

Vi har her benyttet statistikk fordelt etter diagnose, og analyserer i dette kapitlet bare den delen av sykefraværet som er knyttet til muskel-skjelett sykdommer (L-diagnoser).

Antall tapte dagsverk ved sykefravær utover tre dager økte i alt med 2,0% fra første halvår 2001 til første halvår 2002 (tabell 1). I forsøksfylkene økte fraværet kun med 0,82%, mens det i de tre kontrollfylkene økte med 1,08% (figur 1).



Figur 1. Legemeldt sykefravær knyttet til L-diagnoser. Prosentvis vekst fra første halvår 2001 til første halvår 2002

Tabell 1. Legemeldt sykefravær (dvs. fra og med dag fire). Sykmeldinger knyttet til L-diagnoser

	1. halvår 2001		1. halvår 2002		% vekst		lengde		endring
	antall	tapte	antall	tapte	antall	tapte	2001	2002	%
	tilfeller	dagsverk	tilfeller	dagsverk	tilfeller	dagsverk			
<b>I alt</b>	<b>357 720</b>	<b>5 687 401</b>	<b>352 252</b>	<b>5 800 895</b>	<b>-1,53</b>	<b>2,00</b>	<b>15,90</b>	<b>16,47</b>	<b>3,58</b>
<i>Østfold</i>	<i>21 465</i>	<i>376 550</i>	<i>20 031</i>	<i>358 360</i>	<i>-6,68</i>	<i>-4,83</i>	<i>17,54</i>	<i>17,89</i>	<i>1,98</i>
Akershus	38 722	601 080	37 891	613 079	-2,15	2,00	15,52	16,18	4,23
Oslo	37 952	581 947	37 898	601 477	-0,14	3,36	15,33	15,87	3,50
Hedmark	15 124	260 175	15 314	269 664	1,26	3,65	17,20	17,61	2,36
Oppland	14 588	250 493	14 952	259 913	2,50	3,76	17,17	17,38	1,23
Buskerud	20 230	337 485	19 975	347 590	-1,26	2,99	16,68	17,40	4,31
<b>Vestfold</b>	<b>14 721</b>	<b>247 575</b>	<b>14 705</b>	<b>253 581</b>	<b>-0,11</b>	<b>2,43</b>	<b>16,82</b>	<b>17,24</b>	<b>2,54</b>
Telemark	12 114	204 268	11 686	208 061	-3,53	1,86	16,86	17,80	5,59
Aust-Agder	6 559	111 449	5 952	105 881	-9,25	-5,00	16,99	17,79	4,69
Vest-Agder	10 501	172 187	9 814	171 684	-6,54	-0,29	16,40	17,49	6,69
<i>Rogaland</i>	<i>23 953</i>	<i>331 862</i>	<i>24 029</i>	<i>356 669</i>	<i>0,32</i>	<i>7,48</i>	<i>13,85</i>	<i>14,84</i>	<i>7,14</i>
<b>Hordaland</b>	<b>35 425</b>	<b>548 324</b>	<b>35 604</b>	<b>555 480</b>	<b>0,51</b>	<b>1,31</b>	<b>15,48</b>	<b>15,60</b>	<b>0,80</b>
Sogn og Fj	8 740	119 145	8 601	122 294	-1,59	2,64	13,63	14,22	4,30
Møre og R.	20 327	299 478	19 992	307 310	-1,65	2,62	14,73	15,37	4,33
Sør-Trønd.	21 750	357 180	21 436	368 322	-1,44	3,12	16,42	17,18	4,63
Nord-Trøn.	10 241	164 071	10 314	176 118	0,71	7,34	16,02	17,08	6,58
<b>Nordland</b>	<b>21 568</b>	<b>355 086</b>	<b>20 840</b>	<b>351 398</b>	<b>-3,38</b>	<b>-1,04</b>	<b>16,46</b>	<b>16,86</b>	<b>2,42</b>
<i>Troms</i>	<i>15 717</i>	<i>250 720</i>	<i>15 614</i>	<i>254 423</i>	<i>-0,66</i>	<i>1,48</i>	<i>15,95</i>	<i>16,29</i>	<i>2,15</i>
Finnmark	8 023	118 326	7 604	119 588	-5,22	1,07	14,75	15,73	6,64
<b>Forsøk</b>	<b>71 714</b>	<b>1 150 985</b>	<b>71 149</b>	<b>1 160 459</b>	<b>-0,79</b>	<b>0,82</b>	<b>16,05</b>	<b>16,31</b>	<b>1,62</b>
<i>Kontroll</i>	<i>61 135</i>	<i>959 132</i>	<i>59 674</i>	<i>969 452</i>	<i>-2,39</i>	<i>1,08</i>	<i>15,69</i>	<i>16,25</i>	<i>3,55</i>

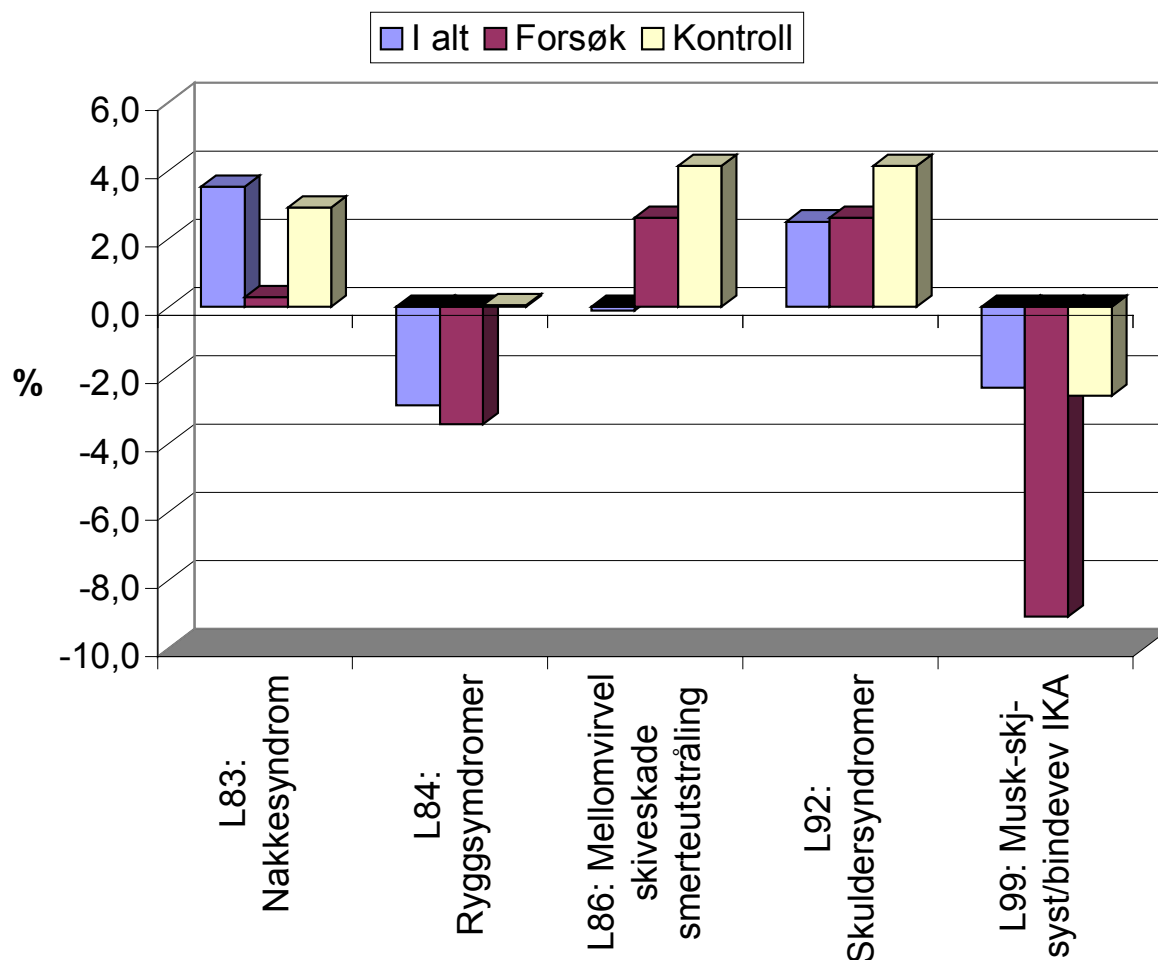
De tre forsøksfylkene viser her en nokså ulik utvikling, i det sykefraværet – målt ved tapte dagsverk – i Vestfold *økte* med 2,43%, det *økte* med 1,04% i Hordaland mens det *gikk ned* med 1,04% i Nordland.

Konklusjonen blir at forsøksfylkene viser tilnærmet identisk utvikling i samlet sykefravær som kontrollfylkene for de to aktuelle tidsperiodene, mens samlet sett viser utviklingen en noe lavere vekst i sykefraværet for disse seks fylkene sammenlignet med alle fylkene totalt.

Samlet sykefravær målt ved antall tapte dagsverk er et produkt av antall tilfeller og gjennomsnittlig lengde på det enkelte sykefravær. Tabellen over viser at veksten i antall tilfeller var 0,82% i forsøksfylkene mens det totalt sett var en nedgang i antall tilfeller på 1,53%. Dette betyr at lavere vekst i antall tapte dagsverk i forsøksfylkene i forhold til alle fylkene skyldes at *lengden* på hvert enkelt sykefravær i gjennomsnitt viser mindre økning i forsøksfylkene relativt til de andre fylkene.

### 3.2 Spesifikke L-diagnoser

Foruten å analysere samtlige diagnoser knyttet til muskel-skjelett-systemet har vi undersøkt de fem hyppigst forekommende under-diagnoser (figur 3). Også her sammenlignes prosentvis endring antall tapte dagsverk i første halvår 2001 med tilsvarende periode i 2002.



Figur 3. Endring i legemeldt sykefravær (tapte dagsverk) etter diagnose

Disse fem diagnosene står for mer enn halvparten av alle L-diagnosene, regnet i sykepengeutbetalinger. Det er særlig for to av disse fem at forsøksfylkene skiller seg ut ved en lavere vekst i sykefravær enn i alle fylkene samlet: Nakkesyndrom (L83) og Uspesifikk muskel-skjelett-sykdom eller bindevevsykdom (L99). For en av diagnosene er det endog en vesentlig høyere vekst i forsøksfylkene enn i de andre fylkene: Mellomvirvel skiveskade med smerteutstråling (L86). Dette kan synes som interessante forskjeller, men antakeligvis er det slik at de observerte forskjeller skyldes en endring i registreringspraksis. Nye yrkesgrupper kommer nå inn, og det er ikke usannsynlig at de har en noe annen bruk av diagnoser.

Vi vil ikke på det nåværende tidspunkt legge avgjørende vekt på disse funn når det gjelder spesifikke diagnoser, men dette vil bli fulgt opp og kommentert i sluttevalueringen som skal gjennomføres i slutten av 2003.

## 4 Trygdens utbetaling til sykepenger

Totalt økte utbetalingene med 12,1% fra første halvår 2001 til første halvår 2002 (til 12,6 milliarder kroner). Veksten i de tre forsøksfylkene var samlet på 8,7%.

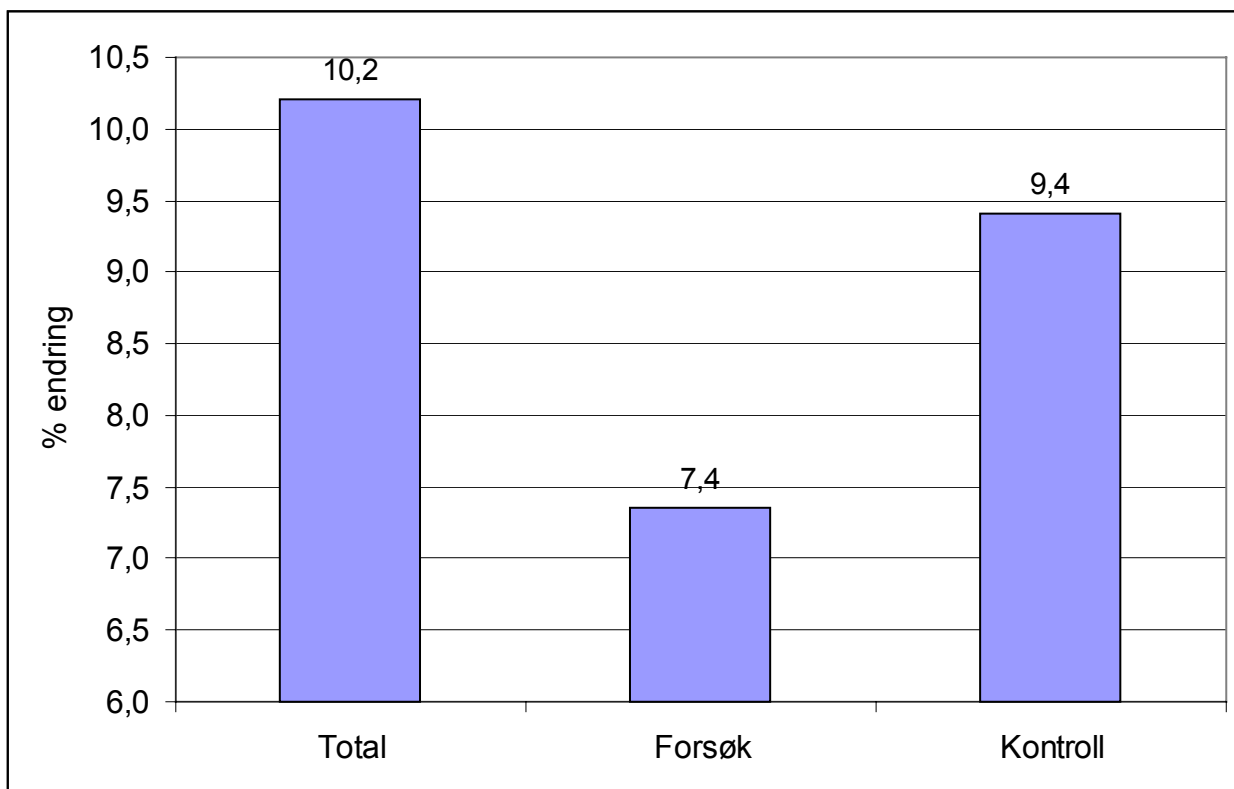
### 4.1 Fravær knyttet til muskel-skjelett-diagnoser

For sykdommer knyttet til L-diagnoser kunne man observere en lignende utvikling (tabell 2).

Tabell 2. Sykepenger relatert til L-diagnoser. Kroner og endring i prosent

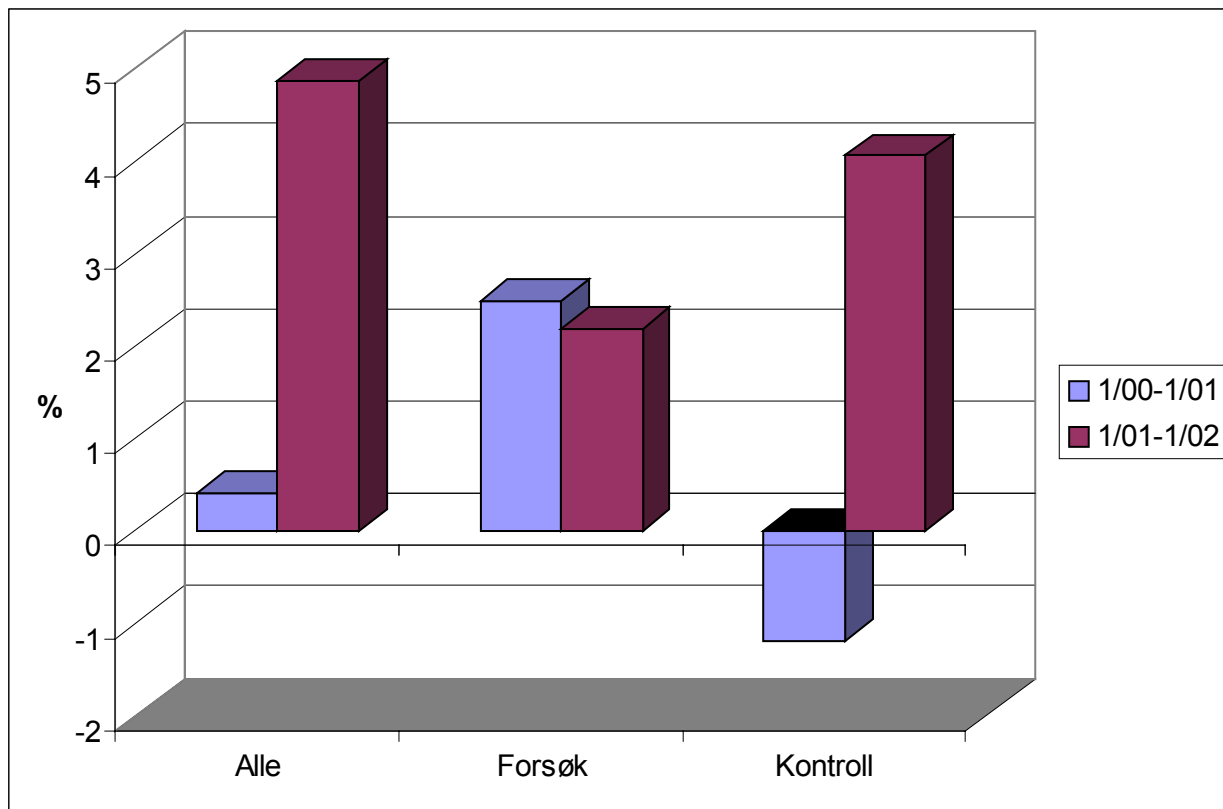
	2001-1	2002-1	Endring (%)
I alt	5 351 490 719	5 897 261 622	10,2
<i>Østfold</i>	350 662 750	364 682 025	4,0
Akershus	534 777 062	598 822 244	12,0
Oslo	501 945 301	572 673 620	14,1
Hedmark	246 917 267	274 880 974	11,3
Oppland	242 973 394	273 246 886	12,5
Buskerud	305 956 348	341 819 072	11,7
<b>Vestfold</b>	<b>244 436 423</b>	<b>263 467 181</b>	<b>7,8</b>
Telemark	201 684 734	225 801 862	12,0
Aust-Agder	112 838 413	112 190 501	-0,6
Vest-Agder	173 484 149	186 756 449	7,7
<i>Rogaland</i>	303 918 267	351 105 077	15,5
<b>Hordaland</b>	<b>485 496 468</b>	<b>518 576 709</b>	<b>6,8</b>
Sogn og Fjordane	112 945 439	123 795 948	9,6
Møre og Romsdal	300 324 427	331 580 394	10,4
Sør-Trøndelag	332 745 124	375 589 435	12,9
Nord-Trøndelag	167 603 093	191 425 397	14,2
<b>Nordland</b>	<b>356 417 908</b>	<b>384 186 877</b>	<b>7,8</b>
<i>Troms</i>	253 649 208	277 901 242	9,6
Finnmark	122 714 944	128 759 729	4,9
<b>Forsøk</b>	<b>1 086 350 799</b>	<b>1 166 230 767</b>	<b>7,4</b>
<i>Kontroll</i>	908 230 225	993 688 344	9,4

Man gjenfinner det samme mønster for L-diagnosene som for de totale utbetalingene: Forsøksfylkene oppviser en lavere vekst i utgiftene enn gjennomsnittet for de andre fylkene (figur 2).



Figur 2. Sykepenger knyttet til L-diagnoser. Første halvår 2001 til 2002. Prosentvis endring

Utgiftene vil være produktet av antall erstattede dager og lønnsnivå. Forskjellene som er observert over kan derfor teoretisk skyldes (relative) endringer i lønn. Den samme analysen som for antall sykepengekroner er derfor også gjennomført for antall erstattede dager (figur 3). En har her også kunnet sammenligne med et tidligere år.



Figur 3. Erstattede sykepengedager knyttet til L-diagnoser. Første halvår: 2000 til 2001 og 2001 til 2002. Prosentvis endring

Det samme mønster som man ser for utgiftene viser seg også når man i stedet for ser på antall erstattede dager: Forsøksfylkene viser en lavere vekst i 2002. For året før var situasjonen en annen: Her hadde forsøksfylkene en høyere vekst enn landsgjennomsnittet.

Også ulikheter i sysselsetting og bosetting vil kunne gi visse utslag. Disse størrelsene endrer seg i denne sammenheng relativt langsomt, og vil i liten grad kunne påvirke konklusjonene her.

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

Registreringsundersøkelsen som er foretatt blant manuellterapeutene og kiropraktorene viser at en større andel av pasientene nå kommer direkte til behandler uten først å ha konsultert en lege<sup>3</sup>. Denne endringen i pasientflyten kan ikke direkte observeres i trygdens regnskaper, fordi konsultasjonstaksten for allmennlegen utelukkende består av en egenandel (kr 114). Trygdens utgifter er således uforandret av denne endringen. Et unntak er dersom pasienten oppsøker en lege som er spesialist i allmennmedisin: trygdekontoret dekker i dette tilfellet takst 2dd. Et annet

<sup>3</sup> Delrapport 2: Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet. SINTEF Unimed. Desember 2002.

unntak er når pasienten har frikort, det vil da bli refundert også egenandelstaksten fra trygdekontoret. For analyse av annet halvår vil dette være en aktuell datakilde.

Den totale takstbruken blir ikke fortløpende registrert ved oppgjørskontorene, men det blir foretatt en halvårlig utvalgsundersøkelse for å vurdere samlet utvikling i takstbruken. Disse utvalgsundersøkelsene er trolig lite egnet til å vurdere den fylkesvise variasjonen i takstbruken<sup>4</sup>.

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

Av manuellterapeutenes pasienter kommer nå 47% via lege, mens tallet i fjor var 71%. Dette utgjør en nedgang på 24 prosentpoeng, og betyr at hver fjerde pasient nå ”hopper over et ledd” i den tradisjonelle helsekjeden. For pasienter hos kiropraktor har nedgangen vært fra 36% til 26%. Sammenlignet med perioden før henvisningsprosjektet ble startet sparer altså disse pasientene en egenandel hos lege (kr 110), forutsatt at de ikke i etterkant likevel må til lege av andre årsaker.

Hver kiropraktor behandler i forsøksfylkene gjennomsnittlig omkring 16 pasienter daglig og manuellterapeutene 14 pasienter (fra registreringsundersøkelsen). Om vi antar at hver behandling både for manuellterapeutene og kiropraktorene i gjennomsnitt består i 7 behandlinger<sup>5</sup> vil det si at gjennomsnittlig to pasienter fra lege kommer til behandling hver dag. Et arbeidsår består vanligvis av ca 230 arbeidsdager. Det betyr at behandlerne i gjennomsnitt mottar 460 pasienter årlig som først har hatt kontakt med lege.

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

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

---

<sup>4</sup> Ref. Per Øivind Gaardsrud, Rikstrygdeverket, pers. meddelelse

<sup>5</sup> Opplyst på referansegruppemøtet i Rikstrygdeverket

## 6 Henvisninger og sykmeldinger fra kiropraktorer og manuellterapeuter

### 6.1 Sykmeldinger fra manuellterapeuter og kiropraktorer

Det er registrert et lite antall sykmeldinger fra kiropraktorer og manuellterapeuter i de deltakende fylkene pr. juli 2002 (tabell 3). Kilde: Data fra Rikstrygdeverket

Tabell 3. Registrerte tilfeller av sykepenger der sykmelding er innsendt av manuellterapeut og kiropraktor. L-diagnoser

	Vestfold	Hordaland	Nordland	I alt
<b>Kiropraktorer</b>				
200109		2	3	5
200110	6	14	11	31
200111	5	35	15	55
200112	6	41	16	63
200201	12	29	11	52
200202	7	32	12	51
200203	4	47	13	64
200204	5	55	21	81
200205	7	44	18	69
200206	6	46	22	74
200207	5	39	20	64
<b>Manuellterapeuter</b>				
200110		1	9	10
200111	2	1	13	16
200112	4	1	14	19
200201	1	2	14	17
200202	3	1	14	18
200203	1		12	13
200204	1	1	11	13
200205	2	2	16	20
200206	2		14	16
200207	1	4	13	18

Til sammenligning er det totalt i de tre fylkene mer enn 140 000 sykepengetilfeller med L-diagnose, der lege står for sykmelding i den samme perioden.

## **6.2 Henvisninger fra manuellterapeuter og kiropraktorer**

I oppgjøret til trygdekontoret sendes det med en oversikt over henvisninger og noe annen informasjon som registreres av det aktuelle oppgjørskontor. Tallene fra Rikstrygdeverket er oppdatert pr. 1.10.2002 og gjelder fra 1.9.2001 (tabell 4). Oversikten er foreløpig noe mangelfull.



Tabell 4. Behandlinger, henvisninger, informasjon til lege og takstbruk fra 1.9.2001 til 1.9.2002

	Kiropraktorer				Manuellterapeuter			Totalt
	Vestfold	Hordaland	Nordland	I alt	Vestfold	Hordaland	Nordland (*)	
Antall behandlinger	i.o.	99 604	70 651	170 255	i.o.	18 156	18 156	188 411
<i>Henvisning til:</i>								
Fysioterapi	59	753	682	1 494	1 503	676	2 179	3 673
Radiologi	429	759	323	1 511	358	759	1 117	2 628
Andre spesialister	24	122	91	237	50	69	119	356
<b>Totalt henvisninger</b>	512	1 634	1 096		1 911	1 504	3 415	6 657
<i>Info til lege</i>								
Epikrise	228	456	416	1 100	424	136	560	1 660
Info om utført behandling	474 i.o.	i.o.		474	1 741 i.o.	i.o.	1 741	2 215
Sykmeldingsatt I	284 i.o.	i.o.		284	135 i.o.	i.o.	135	419
Henvisning til spesialist	24 i.o.	i.o.		24	1 135 i.o.	i.o.	1 135	1 159
<i>Takst</i>								
I	2 394 i.o.	i.o.		2 394	3 606 i.o.	i.o.	3 606	6 000
Andre	940 i.o.	i.o.		940	325 i.o.	i.o.	325	1 265

(\*) tallene er inkludert i kiropraktorer

i.o.: Ikke oppgitt

Det er registrert 188 441 behandlinger i to av de tre forsøksfylkene i perioden, og det er sendt i alt 6 657 henvisninger til spesialister, herav de aller fleste til fysioterapi og til radiologi.

## 7 Oppsummering og konklusjon

Det totale sykefraværet – knyttet til muskel-skjelettsykdommer – viser en noe lavere vekst i de tre forsøksfylkene enn gjennomsnittet i landet, regnet fra første halvår 2001 til første halvår 2002. Veksten i sykepenger – en indikasjon på langtidsfraværet, 17 fraværsdager eller mer – viser en enda mer markert forskjell, i det det økte med 7,4% i forsøksfylkene og 10,2% i hele landet. Også dette regnet for sykefravær knyttet til muskel-skjelettsykdommer.

Økningen i fraværet med sykmelding (fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor) er vesentlig mindre enn økningen i utbetalingene til sykepenger. Dette skyldes i hovedsak at lønningene har økt i denne perioden. Men det skyldes også at gjennomsnittlig *lengde* på sykefraværet har økt med omtrent en halv dag i perioden.

Sannsynligvis er det for tidlig å konkludere med at henvisningsprosjektet har hatt innvirkning på utviklingen i sykefraværet i de tre forsøksfylkene. Det er likevel en interessant observert forskjell i utviklingen som vi her ser. Det kan se ut som om det ikke blir *færre* sykmeldinger, men at de blir noe *kortere* enn ellers. Totalt sett vil uansett dette utgjøre en selvstendig økonomisk gevinst. Om denne trenden fortsetter videre utover i 2002 og i 2003 må man konkludere med at tiltakene i prosjektet reduserer veksten i sykefraværet.

Det er få registrerte sykmeldinger hos manuellterapeuter og kiropraktorer, men det er registrert mer enn 6 600 henvisninger videre til andre spesialister det første året i prosjektet. Registreringsundersøkelsen som er utført i Delprosjekt 2: Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet, viser at omkring en firedel av manuellterapeutenes pasienter og en tidel av kiropraktorenes pasienter nå har ”hoppet over” legebesøk før de konsulterer behandler. Dette betyr at de sparer både tid og penger. Det kan også bety at de kommer raskere til behandling. Dette er i samsvar med en tidligere undersøkelse blant kiropraktorpasienter der det er sammenlignet pasienter med og uten henvisning (Kilvær et.al., 1997). Undersøkelsen viste at sykmeldte pasienter uten henvisning hadde vært sykmeldte i 8,5 dager, mens de med henvisning hadde vært sykmeldte i gjennomsnittlig 22,9 dager.

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

Videre analyser, hvor vi ser utviklingen over litt lengre tid vil vise om de forskjellen vi nå observerer kan skyldes effekter av henvisningsprosjektet. Om forskjellen vedvarer vil det styrke hypotesen om at prosjektet har effekt på utbetalingene til sykefravær.

### **Referanser**

Hem, K.-G. Økonomiske konsekvenser av sykefravær. SINTEF Unimed 2000.

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