



**SINTEF Unimed  
Helsetjenesteforskning**

Postadresse: Boks 124, Blindern  
0314 Oslo  
Besøksadresse: Forskningsveien 1  
Telefon: 22 06 79 75  
Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

# SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Evaluering av henvisningsprosjektet**

**Forundersøkelse**

FORFATTER(E)

Jan-W. Lippestad, Christina Hofseth, Ingrid V. Haukvik , Trond Harsvik, Tonje Gundersen og Karl-Gerhard Hem

OPPDRAGSGIVER(E)

Rikstrykdeverket

RAPPORTNR. <b>STF78 A013505</b>	GRADERING <b>Åpen</b>	OPPDRAGSGIVERS REF. <b>Ola Heen Strømmen, Nanna Stender og Mari K. Rollag</b>	
GRADER. DENNE SIDE <b>Åpen</b>	ISBN <b>82-14-02605-9</b>	PROSJEKTNR. <b>78351701</b>	ANTALL SIDER OG BILAG <b>107 + vedlegg</b>
ELEKTRONISK ARKIVKODE <b>H/LOS/Prosjekt/forundersøkelse/rapporter/rapport6</b>		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) <b>Jan-W. Lippestad</b>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <b>Arne H. Eide</b>
ARKIVKODE	DATO <b>2001-11-05</b>	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) <b>Arne H. Eide, forskningssjef</b>	

**SAMMENDRAG**

I denne rapporten presenteres resultatene fra forundersøkelsen i prosjektet "Evaluering av henvisningsprosjektet". Rapporten omfatter resultatene fra en *registreringsundersøkelse* blant manuellterapeut- og kiropraktorpasienter hvor vi har kartlagt pasientprofil, pasientbevegelser, tiltak og skadepanorama. Videre er det gjennomført en *spørreskjemaundersøkelse* blant manuellterapeutene, kiropraktorene, allmennlegene og legespesialistene i forsøksfylkene og kontrollfylkene. I denne undersøkelsen er det satt søkelys på kartlegging av samarbeidsrelasjoner, holdninger til de tiltak som følger av henvisningsprosjektet, samt hvilke forventninger de ulike faggruppene har til utfallet av disse tiltakene. I undersøkelsen presenteres den første oversikten over tilgjengelig statistikk som skal benyttes til å anslå de økonomiske effektene av henvisningsprosjektet i form av endringer i sykefravær og forbruk av legetjenester. Omfanget av henvisninger til somatiske sykehus er også berørt. Hensikten med denne oversikten har vært å vise nivåene på de parametre som skal følges opp og å vise hvilke muligheter man har for analyse av dataene.

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

--	--	--

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn.....	5
1.2	Mål .....	5
1.3	Hovedpunktene i Henvisningsprosjektet .....	5
1.4	Metode .....	6
1.5	Registreringsundersøkelsen .....	6
1.6	Spørreskjemaundersøkelsen .....	7
1.7	Forstudie – samfunnsøkonomiske besparelser .....	10
1.8	Drøfting og konklusjon.....	10
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>Mål for forundersøkelsen</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Hovedtrekkene i ”Henvisningsprosjektet”</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Nærmere om de to aktuelle personellgruppene</b> .....	<b>13</b>
5.1	Kiropraktorer .....	13
5.2	Manuellterapeuter .....	13
<b>6</b>	<b>Metode og utvalg i forundersøkelsen</b> .....	<b>14</b>
6.1	Innledning .....	14
6.2	Forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet” .....	15
6.3	Forundersøkelse til delutredning 4: ”Samfunnsøkonomiske besparelser” .....	16
<b>7</b>	<b>Organisering av arbeidet med forundersøkelsen</b> .....	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>Resultater fra forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet ”. Dokumentstudie</b> .....	<b>18</b>
8.1	Innledning .....	18
8.2	Henvisningsprosjektet – Stortingsbehandlingen, intensjonene med ordningen og departementets arbeide med forskriftene .....	18
8.3	Høringsuttalelser til forskriftsutkastet .....	20
8.4	Diskusjoner i fagmiljøene.....	25
8.5	Endelige forskrifter til Henvisningsprosjektet.....	27
8.6	Utfyllende retningslinjer.....	28
8.7	Rundskriv om henvisning til offentlige poliklinikker. Generelt om henvisning til spesialisthelsetjenesten.....	29
<b>9</b>	<b>Resultater fra forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet ”. Resultater fra registreringsundersøkelsen</b> .....	<b>31</b>
9.1	Innledning .....	31
9.2	Strukturen i undersøkelsen - kommentarer til enkeltspørsmål i registreringsskjemaet .....	31
9.3	Gjennomføring av registreringsundersøkelsen .....	36
9.4	Utvalg .....	36
9.5	Analyse .....	37
9.6	Resultater fra registreringsundersøkelsen.....	38
9.7	En sammenligning av resultatene fra forsøksfylke og kontrollfylke.....	51
9.7.1	Innledning.....	51
9.7.2	Manuellterapeutene .....	52
9.7.3	Kiropraktorene.....	53
9.8	Oppsummering av registreringsundersøkelsen.....	54

<b>10 Resultater fra forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet ”. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen.....</b>	<b>56</b>
10.1 Utvalg og svar.....	56
10.2 Samarbeid mellom faggruppene.....	59
10.3 Holdninger til Henvisningsprosjektet.....	72
10.4 Antatte resultater av henvisningsprosjektet.....	78
10.5 Henvisningsprosjektet og betydningen for behandlernes arbeidsdag.....	83
10.6 Ventetid hos kiropraktor og manuellterapeut.....	88
10.7 Kiropraktorers og manuellterapeuters arbeidsdag.....	90
10.8 Tid brukt til manuellterapi.....	91
10.9 Kjennskap til og informasjon om henvisningsprosjektet.....	91
10.10 Oppsummering av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen.....	94
<b>11 Forundersøkelse til delutredning 4: ”Samfunnsøkonomiske besparelser” .....</b>	<b>97</b>
11.1 Sykepenger .....	97
11.2 Sykefraværstatistikk.....	99
11.3 Legeregninger.....	100
11.4 Henvisninger til sykehus.....	101
11.5 Samlede samfunnsøkonomiske besparelser.....	102
<b>12 Drøfting og konklusjon.....</b>	<b>103</b>
12.1 Om mål, metoder og resultater.....	103
12.2 Om intensjonene med henvisningsprosjektet.....	105
<b>13 Referanser .....</b>	<b>107</b>
<b>14 Vedlegg .....</b>	<b>108</b>

## 1 Sammendrag

### 1.1 Bakgrunn

SINTEF Unimed har på oppdrag for Rikstrygdeverket gjennomført en forundersøkelse som utgjør den første delrapporten i prosjektet "Evaluering av Henvisningsprosjektet". Rapporten er utarbeidet av assisterende forskningssjef Jan- W. Lippestad (prosjektleder), forskerne Trond Harsvik og Karl-Gerhard Hem, og cand. polit. Christina Hofseth, Tonje Gundersen og Ingrid V. Haukvik. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Arbeidet er gjennomført i perioden 1. mai – 1. november 2001, med datainnsamling i perioden 1. mai – 1. september 2001.

### 1.2 Mål

Målet med forundersøkelsen har vært å etablere en statusbeskrivelse før forsøksordningen trer i kraft 1. september 2001. Utviklingsarbeidet, datainnsamlingen og analysen i forprosjektperioden er gjennomført i tilknytning til delutredningene 2) "Bedre ressursutnyttning og samarbeid i helsevesenet" og 4) "Samfunnsøkonomiske besparelser". Disse delutredningene skal gjennomføres i 2002 og 2003. Delutredning 3) "Mer fornøyde brukere" vil bli gjennomført som en komparativ studie (forsøksfylkene og kontrollfylkene) i 2003. Samlet utgjør forundersøkelsen, samt delutredningene 2 – 4 de undersøkelsene som inngår i hovedprosjektet "Evaluering av henvisningsprosjektet".

### 1.3 Hovedpunktene i Henvisningsprosjektet

I henvisningsprosjektet ble det gjort følgende endringer i forhold til dagens regler:

- *Kravet om at pasienten må være henvist fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få trygderefusjon faller bort*
- *Kiropraktorer og manuellterapeuter får anledning til å sykmelde sine pasienter for inntil 8 uker, og til å henvise til spesialist på nærmere angitte vilkår*
- *Kiropraktorer og manuellterapeuter får anledning til å rekvirere fysikalsk behandling*
- *Manuellterapeuter får anledning til å rekvirerer radiologisk undersøkelse*

Prøveordningen ble satt i verk 1. september 2001 i fylkene Vestfold (Østfold som kontrollfylke), Hordaland (Rogaland som kontrollfylke) og Nordland (Troms som kontrollfylke), og skal gjelde i to år. For å komme inn under ordningen måtte pasienten bo i ett av prøvefylkene, og behandlerne

måtte ha sin praksis i samme fylke. Det er videre satt som krav at behandleren hadde avtale om direkte oppgjør med trygden.

#### **1.4 Metode**

Aktivitetene i forundersøkelsen har vært konsentrert om å gi en statusbeskrivelse som et utgangspunkt for delutredningene ”Bedre ressursutnytting og samarbeid i helsevesenet” og ”Samfunnsøkonomiske besparelser”. Som metoder i forundersøkelsen har vi benytte oss av registreringsundersøkelse, analyse av registerdata, individuelle intervjuer, spørreskjema og dokumentstudier. Ved å benytte ulike metoder for datainnsamling har vi fått et bredt empirisk grunnlag som basis for analysen. I evalueringen har vi vurdert det som nødvendig å benytte ulike innfallsvinkler for å belyse de komplekse sammenhengene i henvisningsprosjektet.

#### **1.5 Registreringsundersøkelsen**

Registreringsundersøkelsen omfatter 6 574 registreringskjemaer fra 114 kiropraktorer og manuellterapeuter i forsøksfylkene og kontrollfylkene, og ble gjennomført i perioden 11.– 22. juni 2001. En hovedkonklusjon er at vi gjennom denne registreringsundersøkelsen har fått en situasjonsbeskrivelse med hensyn til pasientprofil, pasientbevegelser og tiltak iverksatt i forhold til de aktuelle pasientgruppene. Vi har i analysen lagt vekt på å få kartlagt likheter og eventuelle forskjeller mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene. Dette vil være av stor betydning for de undersøkelsene som skal gjøres senere i forsøksperioden: Skal vi kunne måle eventuelle endringer eller effekter av de tiltakene som følger av henvisningsprosjektet, så må vi ha et begrep om de ulike fylkenes utgangspunkt før tiltakene ble iverksatt. Registreringsundersøkelsen har gitt oss en slik statusbeskrivelse. Vi har her presentert noen av hovedfunnene i undersøkelsen innenfor de to pasientgruppene.

*Kiropraktorpasientene* har en kvinneandel på 56% og pasientgruppen har en gjennomsnittsalder på 44,1 år. Andelen yrkesaktive er 72% og 17% møter hos kiropraktor til førstegangskonsultasjon. 73% av pasientene har skade/funksjonsproblem lokalisert til rygg og 42% til nakke. 35% har vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder før møtet med kiropraktor, mens 54% har ikke vært i kontakt med annen behandler i denne perioden. Kiropraktorene vurderer skade/funksjonsproblem som akutt/sub-akutt hos 42% av pasientene, mens 42% vurderes å ha en kronisk skade. 31% av pasientene har henvisning fra lege, og av tiltak som er iverksatt av andre behandlere er 20% av pasientene gitt medikamentell behandling. Andelen av pasientene som har sykmelding i en eller annen form er på 18%. Den dagen hvor registreringen er foretatt iverksettes undersøkelse/vurdering overfor 83% av pasientene, 89% gis manipulasjon og 62%

bløtvevsbehandling. Registreringsundersøkelsen har avdekket variasjoner på en rekke variabler mellom forsøksfylkene og de respektive kontrollfylkene, noe som vil danne grunnlaget og utgangspunktet for vurdering av eventuelle effekter av tiltakene i henvisningsprosjektet innenfor hvert enkelt fylke.

*Manuellterapeutpasientene* har en kvinneandel på 62% og pasientgruppen har en gjennomsnittsalder på 47,8 år. Andelen yrkesaktive er 62% og 18% møter hos manuellterapeut til førstegangskonsultasjon. 51% av pasientene har skade/funksjonsproblem lokalisert til rygg og 51% til nakke. 72% har vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder før møtet med manuellterapeut, mens 15% har ikke vært i kontakt med annen behandler i denne perioden. Manuellterapeutene vurderer skade/funksjonsproblem som akutt/sub-akutt hos 23% av pasientene, mens 63% vurderes å ha en kronisk skade. 95% av pasientene har henvisning fra lege, og av tiltak som er iverksatt av andre behandlere er 35% av pasientene gitt medikamentell behandling. Andelen av pasientene som har sykmelding i en eller annen form er på 33%. Den dagen hvor registreringen er foretatt iverksettes spesifikk mobilisering overfor 53% av pasientene, 56% gis bløtvevsbehandling og 46% manipulasjon. Registreringsundersøkelsen har også blant manuellterapeutpasientene avdekket variasjoner på en rekke variabler mellom forsøksfylkene og de respektive kontrollfylkene, noe som vil danne grunnlaget og utgangspunktet for vurdering av eventuelle effekter av tiltakene i henvisningsprosjektet innenfor hvert enkelt fylke.

## **1.6 Spørreskjemaundersøkelsen**

Hensikten med spørreskjemaundersøkelsen var å kartlegge samarbeidsrelasjoner mellom aktuelle faggrupper og holdninger til de tiltak som omfattes av henvisningsprosjektet før ordningen trådte i kraft 1. september 2001. Undersøkelsen omfattet samtlige manuellterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og legespesialister i forsøksfylkene og kontrollfylkene, og ble gjennomført i perioden 21. august – 1. september 2001. Vi sendte ut 1 665 spørreskjemaer og mottok 650 svar (40%). Svarprosenten varierer mye mellom de ulike faggruppene. Vi har her gjengitt noen av hovedfunnene i undersøkelsen.

### *Samarbeid mellom faggruppene*

Det er vanskelig ut fra resultatene å si noe entydig om omfanget av, innholdet i og kvaliteten på samarbeidet mellom de ulike faggruppene som omfattes av undersøkelsen. Generelt er det grunn til å hevde at kiropraktorer og manuellterapeuter i liten grad fremstår som naturlige samarbeidspartnere. Når det gjelder de to faggruppenes samarbeid med allmennlegene, varierer dette i stor grad – både med hensyn til omfang og innhold. Et funn i undersøkelsen er at

allmennleger som oppgir at de samarbeider med kiropraktorer og manuellterapeuter, ofte følger deres anbefalinger om sykmelding. Allmennlegenes kontakt og samarbeid med manuellterapeutene er mer utbredt enn samarbeidet med kiropraktorene. Dette kan nok for en stor del skyldes at manuellterapeutpasientene i langt større grad enn kiropraktorpasientene har henvisning fra lege. Samarbeide mellom kiropraktorer/manuellterapeuter og legespesialister forekommer i liten grad. Et gjennomgående trekk er at i den grad det er noe samarbeid mellom de ulike faggruppene, så vurderes dette som bra. Dette kan nok forklares med at de som går inn i et samarbeid, i utgangspunktet er positivt innstilt til et samarbeid med andre faggrupper, noe som i sin tur virker inn på deres opplevelser av dette samarbeidet.

#### *Holdninger til tiltakene i henvisningsprosjektet*

Vårt utgangspunkt for denne delen av undersøkelsen var at faggruppens holdninger til de ulike tiltakene i henvisningsprosjektet, vil få betydning for hvordan de forholder seg til og opplever effekten av ordningen når den trer i kraft. Undersøkelsen viser, ikke overraskende, at kiropraktorene og manuellterapeutene gjennomgående er positive til alle de tiltakene som foreslås i henvisningsprosjektet, samtidig som allmennlegene og legespesialistene er noe mer tilbakeholdne og på enkelte områder klart negative. Visse nyanser ser en imidlertid i materialet. Kiropraktorene og manuellterapeutene er svært positive til de nye rettighetene eller mulighetene som innføres for egen faggruppe, samtidig som de positive holdningene ikke er like fremtredende når de to gruppene skal gi til kjenne hva de mener om at den andre gruppen gis de samme rettighetene som en selv. Dette kommer klarest til uttrykk i svarene fra kiropraktorene.

Ser en på enkelttiltakene, kommer legenes negative holdninger klarest til uttrykk når det blir snakk om kiropraktorenes og manuellterapeutenes rett til å sykmelde inntil åtte uker. Spørsmålet om adgang til å sykmelde har jo også vært det mest fremtredende stridsspørsmålet i de diskusjonene som har pågått før og etter at vedtaket om gjennomføring av henvisningsprosjektet ble vedtatt. Når det gjelder bortfall av henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut, er det legespesialistene som er mest negative til dette tiltaket. Allmennlegene er noe mer delt i sine holdninger, og vel en tredjedel gir uttrykk for klart negative holdninger. Et tiltak i henvisningsprosjektet er at kiropraktor og manuellterapeut får anledning til å henvise til legespesialist. Resultatene fra undersøkelsen blant allmennlegene og legespesialistene viser ikke noe entydig bilde i holdningene til dette spørsmålet. Både blant allmennlegene og legespesialistene er det omkring 40% som er positive og 40% som er negative til at kiropraktorene og manuellterapeutene skal kunne henvise til spesialist. Når det gjelder anledning til å rekvirere

fysikalsk behandling, er et flertall av allmennlegene positive til at kiropraktorer og manuellterapeuter får dette, samtidig som det er større spredning i svarene fra legespesialistene. Gjennom henvisningsprosjektet vil manuellterapeutene få anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse. Kiropraktorene er dels tilbakeholdne og dels negative i sine vurderinger av dette tiltaket, noe 2/3 av kiropraktorene i kontrollfylkene begrunnet med at manuellterapeutene ikke har faglig forutsetning til å kunne ivareta denne oppgaven. Et flertall av legespesialistene stiller seg negative til dette spørsmålet, mens allmennlegene er mer delt i sine holdninger.

#### *Antatte resultater av henvisningsprosjektet*

Kiropraktorene og manuellterapeutene mener at en effekt av henvisningsprosjektet vil bli at pasientene vil komme raskere til rett behandler, og at tiltakene totalt sett vil føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppens kompetanse. Allmennlegene er delt i synet på om dette vil bli resultatet av henvisningsprosjektet, mens vel halvparten av legespesialistene er uenige i at dette vil bli resultatet. Det er i den debatten som har pågått, og da særlig blant legene, blitt hevdet at henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen. Kiropraktorene og manuellterapeutene er uenige i dette utsagnet, samtidig som en stor andel av allmennlegene og legespesialistene er enige i at dette vil bli resultatet av henvisningsprosjektet. På den annen side er en relativt stor andel av legegruppene usikre på om dette vil bli resultatet, og et ikke ubetydelig mindretall er klart uenige. Kiropraktorene og manuellterapeutene mener antallet pasienter som henvender seg til allmennlege med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet, vil bli redusert som en følge av ordningen, mens legene er delt i synet på om en vil se en reduksjon eller om situasjonen vil forbli uendret. Legenes negative holdninger til at kiropraktorene og manuellterapeutene skal kunne sykmelde inntil åtte uker, gir seg også uttrykk i vurderingene av hvilken betydning henvisningsprosjektet vil ha for antallet sykmeldingsdager. Legene mener en her vil se en økning eller opprettholdelse av status quo, mens terapeutene mener antallet sykmeldingsdager vil bli redusert. I de spørsmålene som omhandler hvilken betydning tiltakene i henvisningsprosjektet vil ha for den enkelte faggruppes arbeidsdag og på samarbeidet med andre faggrupper, ser i hovedsak manuellterapeutene og kiropraktorene for seg økt grad av samarbeide med legene og fysioterapeutene og en økt mengde administrativt arbeid, samtidig som de er delt i synet på hva som vil skje med hensyn til antallet behandlede pasienter og ventetid. Hovedtendensen i svarene fra begge de to legegruppene er at de for en stor del ikke forventer noe særlig endring på noen av disse områdene i forhold til dagens situasjon.

### **1.7 Forstudie – samfunnsøkonomiske besparelser**

De viktigste potensielle økonomiske besparelsene vil bestå av reduksjoner av utbetalinger av sykepenger. Sykepenger betales nå av bedriftene fra fraværsdag 1 til 17, og f.o.m. dag 18 av trygdekantorene. Trygdens regnskaper viser detaljerte utbetalinger fordelt på f.eks. fylker og diagnoser. Videre har vi en ny sykefraværstatistikk som viser alt sykefravær med legeerklæring (dvs. i vårt tilfelle også med erklæringer fra kiropraktorer og manuellterapeuter), som også vil bli brutt ned på fylke og diagnose. Til sammen vil dette materialet kunne indikere om prosjektet gir samfunnsøkonomisk gevinst i form av reduksjon i det relevante sykefraværet.

### **1.8 Drøfting og konklusjon**

Hovedformålene med henvisningsprosjektet er følgende:

- 1. å få en mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell*
- 2. raskere igangsatt behandling og kortere sykmeldingsperiode*
- 3. samfunnsøkonomiske besparelser*
- 4. bedre utviklet samarbeid mellom kiropraktorer, manuellterapeuter og andre grupper helsepersonell*
- 5. mer fornøyde pasienter som følge av bedre behandlingstilbud*

I denne forundersøkelsen har vi satt søkelys på punktene 1 – 4. Måling av brukertilfredshet (punkt 5) vil bli gjennomført i form av en komparativ studie (forsøksfylkene og kontrollfylkene) i 2003. Gjennom to studier – en registreringsundersøkelse og en spørreskjemaundersøkelse - har vi satt fokus på pasientprofil, pasientbevegelser og iverksatte tiltak, samarbeidsrelasjoner, holdninger til og antatte virkninger av tiltakene i henvisningsprosjektet. Tallmaterialet som er presentert i kapittel 11 ”Samfunnsøkonomiske besparelser”, gir et bilde av de rene økonomiske parametre som vil bli fulgt opp under evalueringen av henvisningsprosjektet. Her vil det viktigste være å følge opp utbetalingene til sykepenger, trygdens refusjoner til legene, sykmeldingene fra leger, sykehusene, kiropraktorer og manuellterapeuter. Vi har gjennom det grunnlaget som er lagt i forundersøkelsen et godt utgangspunkt for senere i evalueringen å kunne si noe om i hvilken grad man når de målene man har satt seg og de intensjonsne man har for henvisningsprosjektet. Samtidig er det grunn til å være oppmerksom på at henvisningsprosjektet som et forsøk eller en forsøksordning ikke lever i et vakuum upåvirket av andre tiltak og reformer som vil berøre de aktuelle faggruppens virksomhet, forbruk av helsetjenester, pasientbevegelser, sykefravær, sykepengeutbetalinger oa. I den videre evalueringen vil det derfor være viktig å være klar over

andre tiltak og endringer som settes i verk i prosjektperioden og som vil kunne gi seg utslag på de parametrene som vi i vår evaluering skal sette søkelys på.

## **2 Bakgrunn**

SINTEF Unimed har på oppdrag for Rikstrygdeverket gjennomført en forundersøkelse som utgjør den første delrapporten i prosjektet "Evaluering av Henvisningsprosjektet". Rapporten er utarbeidet av assisterende forskningssjef Jan- W. Lippestad (prosjektleder), forskerne Trond Harsvik og Karl-Gerhard Hem, og cand. polit. Christina Hofseth, Tonje Gundersen og Ingrid V. Haukvik. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Arbeidet er gjennomført i perioden 1. mai – 1. november 2001, med datainnsamling i perioden 1. mai – 1. september 2001.

## **3 Mål for forundersøkelsen**

Målet med forundersøkelsen har vært å etablere en statusbeskrivelse før forsøksordningen treer i kraft 1. september 2001. Utviklingsarbeidet, datainnsamlingen og analysen i forprosjektperioden er gjennomført i tilknytning til delutredningene 2) "Bedre ressursutnytting og samarbeid i helsevesenet" og 4) "Samfunnsøkonomiske besparelser". Disse delutredningene skal gjennomføres i 2002 og 2003. Delutredning 3) "Mer fornøyde brukere" vil bli gjennomført som en komparativ studie (forsøksfylkene og kontrollfylkene) i 2003. Samlet utgjør forundersøkelsen, samt delutredningene 2 – 4 de undersøkelsene som inngår i hovedprosjektet "Evaluering av henvisningsprosjektet".

## **4 Hovedtrekkene i "Henvisningsprosjektet"**

Den 9. juni 1999 vedtok Stortinget en prøveordning der kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi (manuellterapeuter) og deres pasienter ble gitt visse utvidede rettigheter (Innst. S. nr. 202 (1998-99), dokument nr. 8:34 (1998 –99) datert 1. juni 1999). Prøveordningen ble satt i verk 1. september 2001 i fylkene Vestfold, Hordaland og Nordland, og skal gjelde i to år. I underkant av 900 000 mennesker, eller om lag 20 prosent av befolkningen, vil omfattes av ordningen. I valget av forsøksfylker la en vekt på å sikre en geografisk spredning –

minst en større by, tettbygde strøk og mer spredtbygde strøk i hvert fylke – i tillegg til å inkludere et område (Nordland) med høy hyppighet av L – diagnoser (muskel- og skjelettlidelser). Videre er antallet behandlere relativt høyt i alle tre fylkene, noe som vil sikre at man kan trekke konklusjoner fra prøveprosjektet med relativt høy grad av sikkerhet. I utvalget av forsøksfylker la en til grunn antall innbyggere, antall sykepengetilfeller pr. fylke, antall tilfeller L- diagnoser pr. 1.000 innbyggere (16- 68 år), gjennomsnittlig varighet og antall behandlere pr. 1.000 innbyggere. I tillegg la en vekt på at de utvalgte fylkene skulle ha godt fungerende kontorer for oppgjør med behandlere, noe en anså som en klar fordel for gjennomføringen av prøveordningen, og ikke minst evalueringen. I tillegg ble det valgt ut kontrollfylker, som i utgangspunktet skulle være mest mulig like forsøksfylkene på de variablene som skulle vektlegges i forsøksordningen (se ovenfor):

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

For å komme inn under ordningen, må pasienten bo i ett av prøvefylkene, og behandlerne må ha sin praksis i samme fylke. Det er videre satt som krav at behandleren har avtale om direkte oppgjør med trygden. Situasjonen før forsøksordningen var at manuellterapeuter stort sett hadde slikt direkte oppgjør, mens ingen kiropraktor hadde, noe som primært har sammenheng med det eksisterende systemet for refusjon fra folketrygden for kiropraktorbehandling. Årsaken til at det ble stilt krav til avtale om direkte oppgjør for å delta i ordningen, var bl.a. at det vil gjøre det enklere å samle data til enkelte evalueringsformål. I prøveordningen er det gjort følgende endringer i forhold til dagens regler:

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

Hovedformålene med ordningen er:

- *å få en mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell*

- *raskere igangsatt behandling og kortere sykmeldingsperiode*
- *samfunnsøkonomiske besparelser*
- *bedre utviklet samarbeid mellom kiropraktorer, manuellterapeuter og andre grupper helsepersonell*
- *mer fornøyde pasienter som følge av bedre behandlingstilbud*

## **5 Nærmere om de to aktuelle personellgruppene**

### **5.1 Kiropraktorer**

Kiropraktorutdanningen er normert til fem år på universitetsnivå. I tillegg kreves ett års obligatorisk turnustjeneste for å få offentlig godkjenning som kiropraktor, jf. forskrift om godkjenning m.v. av kiropraktorer av 9. mars 1990. Det er opprettet en nordisk utdanning ved Odense Universitet i Danmark. Utdanningen kan også tas ved godkjente høyskoler og universiteter bl.a. i USA, England og Canada. Det er i dag ca. 250 godkjente kiropraktorer i Norge. De aller fleste er medlemmer i Norsk Kiropraktorforening.

Kiropraktikk omfatter diagnostikk, behandling og forebyggelse av lidelser i nerve-, muskel- og skjelettsystemet. Ca. 80 prosent av pasientene som oppsøker kiropraktor har plager/smerter i hode, nakke, arm og korsrygg/ben. En konsultasjon hos kiropraktor består foruten sykehistorie av relevante nevrologiske og ortopediske undersøkelser og vurdering av vev, funksjon, styrke, bevegelighet og smerte i det aktuelle området. Kiropraktoren vurderer samspillet mellom nerver, muskler og ledd. De arbeider ut fra forutsetningen om at forstyrrelser i et ledds funksjon påvirker nervesystemet og gir opphav til ulike smertesyndromer. Den mest sentrale behandlingsmetoden innen kiropraktikk er manipulasjonsbehandling av ryggspylen, men en rekke andre behandlingsteknikker benyttes også i behandlingsopplegget. Traksjon (strekking), bløtdelvevsbehandling og øvelser er eksempler på dette. Kiropraktoren er utdannet til å ta skjelettrøntgen, og mange (ca. 60) praksiser har eget røntgenutstyr. Kiropraktoren har også rett til å rekvirere CT-undersøkelse og vanlig røntgen for trygdens regning.

### **5.2 Manuellterapeuter**

Manuell terapi er en offentlig norsk videreutdanning. Opptakskravet er høyskoleutdanning i fysioterapi (4 år inkludert turnusår). I tillegg kreves to år klinisk praksis etter fysioterapiutdanningen. Videreutdanningen for Fysioterapeuter i Manuell Terapi (VFMT) er lagt til Universitetet i Bergen, og er et 2 års heltidsstudium som gir 40 vekttall. Utdannelsen gjør manuellterapeuter i stand til å undersøke og behandle pasienter med lidelser i nerve-, muskel- og

skjelettapparatet på et høyt nivå. Manuellterapeuter kan bli godkjent som Spesialist i manuell terapi NFF av Norske Fysioterapeuters Forbund. For å få slik godkjenning, må søkeren i tillegg til videreutdanningen også gjennomføre forskningskurs og et relevant tilleggsfag, samt fylle krav til faglig vedlikehold og veiledning for opprettholdelse av spesialitet.

En undersøkelse hos manuellterapeut starter med pasientens sykehistorie inkludert fysiske, psykiske og sosiale forhold. Videre en grundig klinisk undersøkelse av kroppen, med spesiell vekt på nerve-, muskel- og skjelettsystemets funksjon. Tilleggsundersøkelser gjøres der dette er nødvendig. Undersøkelsen legger vekt på å utelukke lidelser som ikke har årsak i nerve-, muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuten stiller diagnose og vurderer funksjonsnivå. Etter undersøkelsen gir manuellterapeuten råd om hvordan pasienten skal forholde seg til sine plager. Manuellterapeuten har flere metoder for behandling og forebygging å spille på, for eksempel: rådgivning, manipulasjonsbehandling, mobilisering og trening, rygg- og nakkeskole, strekkbehandling (traksjon), massasje og tøyninger. Manuellterapeuten tar ansvar for hele rehabiliteringen av pasienter med lidelser i nerve-, muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuter får i henvisningsprosjektet rett til å rekvirere bildediagnostikk (røntgen) i tre prøvefylker. Undervisning i bildediagnostikk inngår i basalundervisningen ved VFMT, med spesiell vekt på bildediagnostikk i tilknytning til nerve-, muskel- og skjelettsystemet. NFFs faggruppe for manuell terapi representerer de fleste manuellterapeutene. Faggruppen har i dag 280 medlemmer.

## **6 Metode og utvalg i forundersøkelsen**

### **6.1 Innledning**

Aktivitetene i forundersøkelsen har vært konsentrert om å gi en statusbeskrivelse som et utgangspunkt for delutredningene ”Bedre ressursutnyttning og samarbeid i helsevesenet” og ”Samfunnsøkonomiske besparelser”. Med en statusbeskrivelse mener vi bl.a. pasientprofil, pasientbevegelser, samarbeidsrelasjoner, holdninger til tiltakene i henvisningsprosjektet, antall og lengde på sykepengetilfellene, hvem som sykmelder og diagnosefordeling, egenbetalinger, refusjoner og omfang av og innhold i henvisningene. Valg av metoder skal reflektere hvilken informasjon vi ønsker å hente inn for å få analysert i hvilken grad en når de målene som er satt for henvisningsprosjektet (se kapittel 4 ovenfor). Ved å benytte ulike metoder for datainnsamling har vi fått et bredt empirisk grunnlag som basis for analysen. I evalueringen har vi vurdert det som nødvendig å benytte ulike innfallsvinkler for å belyse de komplekse sammenhengene i henvisningsprosjektet.

## 6.2 Forundersøkelse til delutredning 2: "Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet".

Forundersøkelsen har bestått av :

- a) Dokumentstudier
- b) Registreringsstudie blant kiropraktorer og manuellterapeuter
- c) Intervjuer med leger, kiropraktorer og manuellterapeuter
- d) Spørreskjemaundersøkelse

I *dokumentstudiene* har vi foretatt en gjennomgang av stortingsforhandlingene, Stortingets vedtak, arbeidet med forskriftene, høringsuttalelser oa. Videre har vi hentet inn relevant informasjon fra diskusjoner som blant annet har foregått i de berørte faggruppene (artikler i tidsskrifter oa.). I den opprinnelige planen for forundersøkelsen hadde vi ført opp et punkt hvor skulle gjøre oss kjent med de systemer og ordninger som er etablert for kiropraktorer og manuellterapeuter i Sverige og Danmark, samt undersøkelser som har kunnet bidra til å belyse problemstillingene. Det viste seg imidlertid vanskelig å hente fram de opplysningen vi ønsket innenfor tidsrammen for forundersøkelsen. Vi vil derfor komme tilbake til dette senere i prosjektperioden.

En sentral aktivitet i forundersøkelsen har vært gjennomføringen av en *registreringsstudie* blant pasienter som har vært hos kiropraktor og manuellterapeut. Denne studien er ment å skulle danne grunnlaget for å kartlegge baseline med hensyn til etterspørsel og pasientprofiler. En har i dag ikke noen total oversikt over omfanget av de aktuelle typer av tjenester, og det har derfor vært nødvendig å foreta en registrering av etterspørselen i en periode før igangsetting av forsøksordningen 1. september 2001. I registreringsundersøkelsen har vi bl.a. satt søkelys på lokalisering av skade/funksjonsproblem, om pasienten er henvist fra lege, om pasienten er sykmeldt, tidligere behandling, og hvilke tiltak behandleren setter i verk. Arbeidet med registreringskjemaet har foregått i en dialog med Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF) og Norsk Kiropraktorforening (NKF). Det er her grunn til å presisere at det registreringskjemaet som ble benyttet i undersøkelsen ikke fullt ut var i tråd med innspillene fra de to fagorganisasjonene. Begrunnelsene for de valgene vi gjorde med hensyn til oppbygging og innhold i skjemaet, har vi gjort nærmere rede for nedenfor.

Vi har gjennomført et begrenset antall semistrukturerte *individuelle intervjuer* med allmennleger, kiropraktorer, manuellterapeuter og legespesialister i forsøksfylkene. Intervjuguiden er utviklet bl.a. på bakgrunn av innhentet materiale og dokumentstudier. Intervjuene skulle bidra til å gi en bredere forståelse av og innsikt i fenomenene som undersøkelsen avdekker. Intervjuene har vært et supplement til spørreundersøkelsen, og har bidratt til forklaringsmodeller for funn som ble gjort der.

Arbeidet med utviklingen av *spørreskjema* har foregått på samme bakgrunn som intervjuguidene. Data fra intervjuene har også inngått som bakgrunnsmateriale for arbeidet. Det ble utviklet et eget spørreskjema til hver av gruppene allmennleger, legespesialister, kiropraktorer og manuellterapeuter slik at spørsmålene i spørreskjemaet skulle oppleves som relevante og presise for respondentene. I tillegg er spørreskjemaene tilpasset de ulike faggruppene i henholdsvis forsøksfylkene og kontrollfylkene. Spørreskjemaet er pilotert ved å benyttet et utvalg allmennleger, legespesialister, kiropraktorer og manuellterapeuter. Piloteringen har foregått ved at respondenten har fylt ut et utkast til spørreskjema med hovedvekt på kommentarer til spørsmålene som ble stilt, supplert med tilleggsspørsmål osv. Det er grunn til å presisere at NFF og NKF ikke har vært involvert i arbeidet med spørreskjemaet. Samtlige allmennleger, legespesialister, kiropraktorer og manuellterapeuter i forsøksfylkene og kontrollfylkene har deltatt i spørreskjemaundersøkelsen i den betydning at de har fått tilsendt spørreskjemaer.

### **6.3 Forundersøkelse til delutredning 4: "Samfunnsøkonomiske besparelser"**

Hovedvekten i denne delen av forundersøkelsen har ligget i analyse av trygdens regnskaper fram mot oppstart for forsøksordningen 1. 9. 2001. Videre har vi beskrevet og benyttet datakilder som det er henvist til i anbudsdocumentet: Sykepengeregisteret (antall og lengde på sykepengetilfellene f.o.m. dag 17), og det nye sykefraværsregisteret for å se på hvem det er som sykmelder og diagnosefordeling. I tillegg til disse datakildene har vi benyttet virksomhetsdata fra sykehusene til Norsk Pasientregister. Disse data inneholder opplysninger om henvisende instans. Bl.a. skiller dataene for poliklinikk mellom henvisning fra allmennpraktiserende lege, spesialist, uspesifisert allmennpraktiserende lege, eget eller annet sykehus, kiropraktor og annet.

I forundersøkelsen har vi spesielt sett på endringer i sykepengeutbetalinger. Her har vi benyttet data fra sykepengeregisteret fra RTV til en analyse av utbetalte sykepenger i forsøksfylkene og kontrollfylkene. Dette er kombinert med data fra sentral sykefraværsstatistikk bl.a. for å vise fordeling på diagnose. Videre har vi presentert data for refusjon av helsetjenester, hvor vi har

benyttet data fra legeregninger og fra oppgjørskontorene supplert med data om polikliniske konsultasjoner ved sykehusene.

Et annet element som har stått sentralt i forundersøkelsen har vært innhenting av data for egenbetaling, noe som fremkommer direkte av legeregningene. Kartlegging av omfanget av tjenester utført av kiropraktorer og manuellterapeuter (se registreringsundersøkelsen ovenfor) har dannet grunnlaget for å beregne egenandeler for disse tjenestene.

## **7 Organisering av arbeidet med forundersøkelsen**

Gjennomføringen av forundersøkelsen har vært ledet av assisterende forskningssjef Jan- W. Lippestad (prosjektleder). Forskerne Trond Harsvik og Karl-Gerhard Hem, og cand. polit. Tonje Gundersen, Christina Hofseth og Ingrid V. Haukvik har vært knyttet til arbeidet som prosjektmedarbeidere. Prosjekt- og kvalitetssikringsansvarlig har vært forskningssjef Arne H. Eide. Arbeidet er gjennomført i perioden 1. mai – 1. november 2001, med datainnsamling i perioden 1. mai – 1. september 2001. Denne prosjektgruppen har samarbeidet med Norske Fysioterapeuters Forbund (NFF) og Norsk Kiropraktorforening (NKF) bl.a. i utviklingen av registreringsskjemaet. Videre har organisasjonene oversendt presseklipp, resultater fra tidligere relevante undersøkelser oa. til prosjektledelsen. I tillegg er det opprettet en referansegruppe med følgende sammensetning:

Peter Chr. Lehne (Norske Fysioterapeuters Forbund)  
Hanne Dagfinrud (Norske Fysioterapeuters Forbund)  
Eli Magnesen (Norsk Kiropraktorforening)  
Øyvind Nilsson (Norsk Kiropraktorforening)  
Gustav Roland (Kommunenes sentralforbund)  
Vera Christensen (Norsk Pasientforening)  
Gunhild Sundal (Den norske lægeforening)  
Håkon Lie (Den norske lægeforening)  
Kjersti Engehaugen (Sosial- og helsedepartementet)  
Elisabeth Rue (Sosial- og helsedepartementet)  
Christine Bergland (Rikstrygdeverket)

Referansegruppen har avholdt ett møte i prosjektperioden (21. september) hvor en drøftet og ga tilbakemeldinger på et førsteutkast til delrapport. I perioden mellom referansegruppemøtet og fristen for ferdigstilling av delrapporten (1. november) har vi hatt kontakt med og fått innspill til rapporten fra oppdragsgiver, enkeltmedlemmer og faggruppens organisasjoner.

## **8 Resultater fra forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet”. Dokumentstudie**

### **8.1 Innledning**

Vi har i dette kapitlet presentert resultatene fra dokumentstudien. Presentasjonen er rent beskrivende og tar for seg hovedpunktene fra diskusjonen i forbindelse med Stortingsbehandlingen, høringsuttalelsene i forbindelse med utkast til forskrifter til henvisningsprosjektet, et utdrag av diskusjonene i relevante fagmiljøer i forbindelse med prosjektet, samt noen av hovedpunktene i endelige forskrifter til henvisningsprosjektet.

### **8.2 Henvisningsprosjektet – Stortingsbehandlingen, intensjonene med ordningen og departementets arbeide med forskriftene**

Henvisningsprosjektet ble behandlet i Stortingets møte den 9. juni 1999 – sak nr. 4: ”Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Asmund Kristoffersen, Gunhild Øyangen og Eirin Faldet om at henvisningskravet fra lege til kiropraktor m.m. skal falle bort (Innst. S. nr. 202 (1998- 1999), jf. Dok. nr. 8: 34 (1998- 1999)”. Innstillingen omfattet følgende punkter:

- 1. henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort*
- 2. kiropraktor får anledning til å sykmelde sine pasienter for en kortere periode*
- 3. kiropraktor får anledning til å henvise til spesialist på nærmere fastsatte vilkår*
- 4. kiropraktor får anledning til å rekvirere fysikalsk behandling*

Ordningen skulle også gjøres gjeldende for manuellterapeuter. I forbindelse med behandlingen av forslaget delte sosialkomiteen seg i et flertall som sluttet seg til alle de fire punktene i forslaget (se ovenfor) og et mindretall som kun sluttet seg til punkt 1. Flertallet anførte som hovedbegrunnelse for forslaget at kiropraktor har offentlig autorisasjon, og at de er ansvarlige for undersøkelse, diagnostikk og behandling enten pasienten er henvist fra lege eller ikke. Videre anførte flertallet at kiropraktoren er underlagt helsepersonellovens krav til forsvarlighet for autorisert helsepersonell, med de krav dette medfører for denne helsepersonellgruppen. Flertallet viste også til mangel på

leger i primærhelsetjenesten samt betydelige innsparinger av sykepenger ved å slippe å gå veien om allmennlege.

Mindretallet anførte bl.a. følgende til punktene 2, 3 og 4 i forslaget: De foreslåtte endringene ble vurdert som svært omfattende, og en mente at forslagene brøt med viktige forvaltningsmessige prinsipper i forhold til sykepenger, trygd og helhetlig pasientbehandling. Mindretallet ønsket i likhet med helseministeren å få en større og grundigere utredning rundt de spørsmål som ble reist i Dok nr. 8:34. Mindretallet ba departementet se nærmere på konsekvensene av en eventuell fjerning av henvisningskravet fra allmennlege til spesialist, og ba om at det ble lagt fram en vurdering av eventuelle innsparingsmuligheter ved mindre belastning på allmennlegetjenesten ved en slik løsning. Stortinget fattet følgende vedtak:

*”Stortinget ber regjeringen gjennomføre en prøveordning over 2 år i et representativt utvalg fylker slik at prøveordningen kan evalueres. Følgende legges til grunn:*

- 1. henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort*
- 2. kiropraktor får anledning til å sykmelde sine pasienter for en kortere periode*
- 3. kiropraktor får anledning til å henvise til spesialist på nærmere angitte vilkår*
- 4. kiropraktor får anledning til å rekvirere fysikalsk behandling*

*Prøveordningen kan opprettes gjennom avtale mellom Rikstrygdeverket og Norsk Kiropraktorforening basert på et nærmere angitt antall behandlinger for hvert fylke. Hver enkelt kiropraktor som inngår i et slik avtaleforhold, får retten til å ta ut refusjon fra folketrygden innenfor et fastsatt beløp pr. kalenderår. Den samme forsøksordningen gjøres gjeldende for fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi”.*

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

- De samfunnsmessige kostnadene i forbindelse med muskel- og skjelettlidelser er svært høye.
- Det er nødvendig med effektiv utnyttelse av knappe helsekroner, og en målrettet og effektiv utnyttelse av helsepersonell.
- Helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for.

- Det vil innebære en tidsbesparelse for leger dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut bortfaller, og dersom kiropraktorer og manuellterapeuter kan henvise direkte til spesialist.
- Ordningen vil gi innsparinger for pasient (egenandel) og for folketrygden (refusjoner i forbindelse med legehonorar).
- Pasientene vil komme raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller, samtidig som rask igangsatt behandling vil føre til at man unngår kroniske tilstander og til færre sykmeldingsdager noe som i sin tur betyr besparelser i sykelønn og sykepenger.
- Primærlegen skal ha den faglige oppgaven med å vurdere pasienten i en bredere medisinsk sammenheng, samtidig som primærlegen kan ivareta sin portvaktrolle også når pasienten kan oppsøke kiropraktor og manuellterapeut direkte.

På bakgrunn av stortingsbehandlingen utarbeidet Sosial- og helsedepartementet et utkast til forskrifter som ble sendt ut på høring i juli 2000 med svarfrist i oktober samme år.

### **8.3 Høringsuttalelser til forskriftsutkastet**

Utkast til forskrifter ble sendt ut til høringsinstansene i juli 2000. Høringsinstansene omfattet bl.a. pasient- og brukerorganisasjoner, landets fylkeskommuner, kommuner og sykehus, fylkeslegene, fagorganisasjoner, departementene, direktorater og landets universiteter. Vi har gjennomgått samtlige høringsuttalelser og har nedenfor gjengitt de mest sentrale punktene i disse, med hovedvekt på svarene fra de forbundene eller foreningene som representerer de tre mest sentrale faggruppene i forsøksordningen:

- *Norske Fysioterapeuters forbund*
- *Norsk Kiropraktorforening*
- *Den norske Legeforening*

*Norske Fysioterapeuters forbund* sluttet seg i hovedsak til forskriftsutkastet, men hadde to hovedinnvendinger som begge gjaldt faglig avgrensning av de ordningene som skulle etableres under forsøket; faglig avgrensning og rekvirering av røntgen for manuellterapeuter. Når det gjelder den siste innvendingen, ble dette senere endret slik at manuellterapeuter vil kunne rekvirerer røntgen i forsøksperioden på linje med kiropraktorene. Når det gjelder den faglige avgrensningen var NFF uenige med departementet i at de utvidete trygderettighetene skulle avgrense innenfor "kjernen av kiropraktorenes og manuellterapeutenes kompetanseområde". NFF

mente at ordningen ikke måtte redusere mulighetene for ”faglig utfoldelse innenfor rammene av den virksomheten manuellterapeutene utøver i dag”, og fant det problematisk at kompetansen skulle deles inn i et kjerneområde og mer perifere områder. NFF pekte på at dersom man la til grunn departementets definisjon av kjerneområde, kunne det synes som om undersøkelse og behandling som utføres av manuellterapeut i forhold til lidelser/skader i nervesystemet i utgangspunktet lå nærmere grensen for det uforsvarlige enn undersøkelse og behandling i relasjon til muskel- og skjelettsystemet. Den kompetansen manuellterapeuter har i forhold til behandling av lidelser relatert til nervesystemet, mente NFF ikke er å anse som kompetanse som ligger *utenfor* et definert kjerneområde. Ved bl.a. å innskrenke muligheten til å sykmelde pasienter med lidelser/skader relatert til nervesystemet, mente forbundet at departementet sendte ut signaler som kunne oppfattes som en usikkerhet med hensyn til faglig forsvarlighet når det gjelder manuellterapeutenes kompetanse i forhold til vurdering/behandling av slike lidelser/plager.

Rikstrygdeverket var tiltenkt en sentral funksjon når det gjelder utdyping av muligheten til sykmelding for manuellterapeutene. NFF pekte i denne sammenhengen på at RTV ikke måtte få den samme funksjon som tilsynsmyndigheten når det gjaldt å klargjøre grensen for hva som er å anse som forsvarlig virksomhet. NFF mente at dersom RTV skulle kunne bestemme hvilke diagnoser innenfor ICPC-systemet (International Classification of Primary Care) manuellterapeutene skulle få sykmelde sine pasienter, så ville rollefordelingen mellom RTV og tilsynsmyndigheten bli høyst uklar og delvis overlappende. NFF mente at når en har ICPC-systemet å forholde seg til, så kunne en ikke se noen grunn til at RTV skulle gis denne type kompetanse. Kontrollen av den praksis manuellterapeutene vil legge seg på under forsøket, vil i alle tilfeller måtte være den samme som for leger, ved at trygdeetaten får tilsendt sykmeldingsskjema I. Det ble fra NFF vist til at vilkåret for at sykmeldingen skal være gyldig, er at det er nedtegnet en diagnose innenfor ICPC.

NFF registrerte at det ble foreslått at kiropraktorer og manuellterapeutene skal kunne sykmelde for en periode på inntil åtte uker. Forbundet oppfattet åtte uker som lite for at enkelte av de pasientgruppene manuellterapeutene behandler skal kunne avlaste legene og for at et samarbeid om videre oppfølging skulle bli så godt som mulig. Det ble pekt på at for flere av de pasientgruppene som manuellterapeutene behandler, er restitusjonstiden lengre enn åtte uker. NFF så ingen faglige argumenter for å begrense tiden som MT skal kunne sykmelde til åtte uker. NFFs oppfatning var at det i denne begrensningen kunne ligge en mistillit til at manuellterapeutene

skulle kunne stille en korrekt diagnose. NFF ba derfor om at det i evalueringen ble spesielt vurdert om grensen for en sykmelding på åtte uker var hensiktsmessig.

Med hensyn til henvisningsrett til spesialist, mente NFF at behandler må kunne ta avgjørelsen når det gjelder hvilken spesialitet det bør henvises til, og at det er en forutsetning at allmennlegen får kopi av henvisningen. Forbundet forutsatte at departementet ville avgjøre henvisningsomfanget ut fra en vurdering av kiropraktorenes og manuellterapeutenes "formelle kvalifikasjonsområde", og ikke ut fra eventuelle motforestillinger i det medisinske fagmiljøet. Praktiske utfordringer som f.eks. manglende kapasitet til å ta i mot henviste pasienter etc. mente en burde være av sekundær betydning i en diskusjon som dreier seg om kompetanse og forsvarlighet. I bestemmelsene gikk det fram at den enkelte legespesialist skulle kunne avgjøre om henvisningen fra manuellterapeutene var relevant. NFF forutsatte at spesialisten ble pålagt å kontakte behandler før en henvisning ble avvist, og at en eventuell avvisning måtte begrunnes.

*Norsk Kiropraktorforening* var generelt positiv til innholdet i høringsnotatet og mente at de nødvendige spørsmål som må reguleres i forsøksordningen var belyst. Med henvisning til den faglige avgrensningen i forsøksordningen (lidelser/plager som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet), mente foreningen at departementet hadde lagt til grunn en for snever forståelse av kiropraktorenes kompetanseområde som også omfatter lidelser i nervesystemet. Norsk Kiropraktorforening mente at det hadde vært naturlig å legge forsvarlighetsprinsippet til grunn for avgrensningen av profesjonenes ansvarsområder i forskriften. Gjennom å legge forsvarlighetsprinsippet til grunn mente NKF at helsemyndighetene ville ha et fleksibelt styringsinstrument og at det ville synliggjøres at avgrensningen av helsepersonells ansvarsområder skal være avhengig av den enkeltes faglige tilhørighet, kvalifikasjoner, variasjoner i personlig erfaring og kompetanse slik loven legger opp til. Bl.a. med henvisning til at ordningen dreide seg om et forsøksprosjekt med en tilknyttet evaluering, så ville det være mulig å følge nøye hvordan dette ville fungere i praksis.

Norsk Kiropraktorforening var enig i at det er nødvendig og viktig at allmennlegen får all relevant informasjon om pasientens helsetilstand. Fastlegeordningen vil bidra til at de aller fleste pasienter har kun en allmennlege de forholder seg til. På den annen side pekte foreningen på at mange pasienter oppsøker kiropraktor for smertefulle, men ukompliserte lidelser som behandles raskt og som har liten konsekvens for pasientens fremtidige helse. At melding om slike behandlinger skal meldes til allmennlegen, mente foreningen ikke hadde noen hensikt og ville kun føre til

unødvendig merarbeid både for lege og kiropraktor. Foreningen foreslo derfor at kravet om informasjon om konsultasjon hos kiropraktor skulle begrenses til kun å gjelde når pasienten er henvist fra lege eller hvis pasientens tilstand krever sykmelding eller henvisning til allmennlege, spesialist eller rekvirering av fysioterapi.

Når det gjelder retten til å sykmelde, støttet Norsk Kiropraktorforening forslaget om at sykmeldingsperioden skal være inntil åtte uker. Dette gir rom for å oppfylle intensjonen om at ordningen skal være hensiktsmessig og faglig forsvarlig. De fleste av de pasientene hvor sykmelding er aktuelt vil være tilbake på arbeid innen åtte uker. Ved en grense på åtte uker vil hovedtyngden av de pasienter hvor sykmeldingsansvaret overføres til allmennlegen trenge tverrfaglig/utvidet oppfølging. Sykmelding utover åtte uker anså NKF ville være lite hensiktsmessig i forhold til fastlegens tiltenkte rolle. Foreningen var imidlertid uenig i at sykmeldingsretten ble avgrenset til sykdom og skade direkte relatert til muskel/skjelett, jf. omtalen av forsvarlighetsprinsippet ovenfor. Norsk Kiropraktorforening mente at forslaget om at Rikstrykdeverket skal gi nærmere retningslinjer for diagnoser kan være problematisk. Slike retningslinjer mente en i så fall måtte utarbeides i samarbeid med de aktuelle yrkesgruppene. Det ble pekt på at hos pasienter med mer sammensatte problemstillinger, som har elementer av flere diagnoser, kan et slikt register av "godkjente" diagnoser gi et feil bilde av pasientens totale situasjon.

NKF mente retten til å kunne henvise til spesialist ville være et viktig verktøy for å kunne utrede pasienten tilstrekkelig. I bestemmelsen var det foreslått at det er et vilkår for henvisningsrett til spesialist at formålet er "videre utredning/behandling av lidelser/plager som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet." Foreningen mente at en slik avgrensning forutsetter at kiropraktoren på henvisningstidspunktet vet at lidelsen har sammenheng med muskel- og skjelettsystemet. Det ble pekt på at formålet med henvisningen ofte vil være å få utredet om den aktuelle lidelse/plage har en slik direkte sammenheng. Hvorvidt det er en slik direkte sammenheng vil i noen tilfeller ikke være avklart før etter resultatet av utredningen fra spesialist foreligger. Det vil ofte være hensiktsmessig å henvise for å få en nærmere utredning av tilstander som kan være absolutte eller relative kontraindikasjoner eller tilstander som gjør annen behandling mer påkrevet. Spesielt ved grensetilfeller mente en det kunne være hensiktsmessig med en direkte kommunikasjon mellom spesialist og kiropraktor. NKF foreslo derfor at vilkåret om "videre utredning /behandling av lidelser/plager som har direkte sammenheng med muskel- og

skjelettsystemet” ble tatt ut av bestemmelsen og erstattet med en avgrensning bygd på forsvarlighetsprinsippet.

*Den norske Lægeforening* mente at forslagsstillerne til forsøksordningen til dels hadde stilt de riktige diagnosene med hensyn til sentrale utfordringer i norsk helsevesen, men at den forslåtte behandlingen var fullstendig feil. En av hovedinnvendingene var i følge legeforeningen at de foreslåtte tiltakene (bortfall av henvisningskravet, de to faggruppenes mulighet til å sykmelde og mulighet for å henvise til spesialist) bryter prinsipielt med den generelle tankegangen som er lagt til grunn for norsk helsetjeneste: Primærlegen som koordinerende ledd for behandlingen, og som faglig garantist for at de behandlinger og henvisninger som gjøres har en medisinskfaglig forankring. Legeforeningen mente at de foreslåtte tiltakene vil øke avstanden mellom pasient og fastlege samt bidra til å fjerne legen fra rollen som sentral koordinator for utredning og behandlingstiltak.

De øvrige høringsuttalelsene representerte store variasjoner med hensyn til synspunkter på de tiltakene som var planlagt gjennomført i forsøksperioden. Argumentasjoner og holdninger til ordningen generelt og til enkelttiltakene spesielt varierte på tvers av instansene. Eller sagt på en annen måte: F.eks. fylkeslegene fremsto ikke som en ensartet gruppe med hensyn til holdninger til ordningen, ei heller fylkeskommunene som gruppe eller sykehusene. I høringsuttalelsene ble det på den ene gitt siden uttrykk for at tiltakene ville avlaste fastlegene, korte ned sykefraværet, og gi en bedre utnyttelse av fagkompetanse til beste for brukerne. Flere av høringsinstansene gav uttrykk for skepsis, om enn ikke direkte negative holdninger til ordningen. Her ble det bl.a. argumentert med at det var knyttet usikkerhet til om en vil oppnå det en forventer, og at utregningene av mulig spart sykefravær ikke var tilstrekkelig belagt og grenset til det urealistiske. Flere av bl.a. fylkeslegene var på generelt grunnlag positive til henvisningsprosjektet, men med visse reservasjoner. Dette gikk bl.a. på å begrense lengden på sykmeldingsperioden, begrense frihetsgradene for kiropraktorene og manuellterapeutene i forsøksperioden, samt at det måtte forskriftsfestes en informasjonsplikt til fastlegen. Fra bl.a. universitetene ble det pekt på at tiltakene i henvisningsprosjektet ville gjøre ansvarsfordelingen i helsevesenet mer komplisert. Ved å innføre nye aktører mente en dette ville være en utvikling i gal retning. Blant de høringsinstansene som stilte seg klart kritiske til forsøket var det følgende innvendinger som gikk igjen: Tiltakene ville undergrave intensjonene i fastlegeordningen, samt at de antatte effektene av tiltakene som var skissert og som ordningen bygget på (reduksjon i antallet sykmeldingsdager, reduserte kostnader og mer effektiv utnyttelse av helsepersonellgruppen) ikke var godt nok

dokumentert. Innføring av en informasjonsplikt for kiropraktor og manuellterapeut til fastlege ble, som nevnt ovenfor trukket frem av flere av instansene. Retten til å sykmelde opptok mange av høringsinstansene. Meningene varierte imidlertid fra at kiropraktorer og manuellterapeuter ikke burde gis anledning til å sykmelde overhode, til at terapeutene burde gis anledning til å sykmelde ut over åtte uker. Argumentene mot å kunne sykmelde gikk på at dette hadde vært og fortsatt burde være en legeoppgave og at en utvidelse av rettighetene for andre faggrupper ville pulverisere ansvar og undergrave fastlegen som primærkontakt og portvakt. Videre argumenterte en med at kiropraktorer og manuellterapeuter ikke hadde den nødvendige medisinske breddekunnskap som ble ansett som nødvendig for å vurdere behovet for en sykmelding. Flere av høringsinstansene var også opptatt av de problemene som kunne oppstå når sykmeldingen skulle utvides ut over åtte uker og de kravene som da ble stilt til legen med hensyn til dokumentasjon. Videre ble det uttrykt skepsis til at fastlegen først kom i kontakt med pasienten etter åtte ukers sykmelding.

#### **8.4 Diskusjoner i fagmiljøene**

Vi har foretatt en begrenset gjennomgang av noen sentrale synspunkter og vurderinger som har kommet til uttrykk gjennom de aktuelle fagforbundenes fagblader, internett- sider, samt uttalelser som er gitt til media. Forslaget i Stortinget som dannet grunnlaget for forsøksordningen, ble fremmet i februar 1999. Presentasjonen at de synspunktene som kom frem i forbindelse med diskusjoner i fagmiljøene er hentet fra forslaget ble lagt fram i Stortinget, og fram til i dag.

Debatten omkring henvisningsprosjektet og de tiltakene som der ble foreslått har pågått i ulike media og til forskjellig tidspunkt. Etter det vi kjenner til har mye av debatten vært konsentrert om den motstanden som ble artikulert fra legene på et tidlig tidspunkt, og hvor mye av fokuset ble rettet mot kiropraktorenes og manuellterapeutenes muligheter for å sykmelde. I dagene før og etter at henvisningsprosjektet ble vedtatt i Stortinget var det flere oppslag i media (lokalaviser, riksdekkende aviser, NRK og P4 bl.a.). I perioden etter at legeföreningens høringsuttalelse ble oversendt Sosial- og helsedepartementet i oktober 2000 foregikk det en viss debatt om den bebudede forsøksordningen i Tidsskriftet for Den norske lægeförening. I en artikkel den 20. november (Tidsskriftet nr. 28/2000) under overskriften ”Kiropraktikk, kunnskap og politikk” pekte Dag Bruusgaard bl.a. på at Stortingets vedtak bygget på et sviktende grunnlag bl.a. med hensyn til den kunnskap som foreligger om behandling av muskel- og skjelettplager. Videre viste han til at forslagsstillerne ikke hadde gjort forsøk på å forklare hvorfor det vil være en fordel at kiropraktorer og manuellterapeuter skal kunne sykmelde inntil åtte uker. Bruusgaard viste bl.a. til at sykmelding er og har vært ansett som en selvfølgelig del av legegjerningen, og at en i den

senere tid har tonet ned antakelsen om at sykefraværsvåket er avhengig av legenes praksis på dette området. Med hensyn til retten til å sykmelde skrev Bruusgaard bl.a.: ”De faglige, praktiske og prinsipielle problemene med en slik praksis er etter min, fagstatsrådets og stortingsmindretallets mening så store at forslaget knapt er tilrådelig”. I andre innlegg i samme periode ble det i hovedsak gitt uttrykk for noe av den samme skepsisen til forsøksordningen.

Manuellterapeutene var på et tidlig stadium i prosessen fram mot igangsetting av prøveordningen opptatt av behovet for likestilling av manuellterapeuter og kiropraktorer med hensyn til rettigheter i prøveperioden. De endelige forskriftene viste at manuellterapeutene fikk gjennomslag bl.a. for at de skal kunne rekvirere radiologisk undersøkelse. En rekke av høringsinstansene til forskriftsutkastet påpekte også dette punktet. Foreningen oppfordret i en leder sommeren 2001 medlemmene i de aktuelle fylkene å ta aktiv del i prøveordningen i form av å oppdatere seg på bl.a. trygdemedisin, bildediagnostikk og sette seg inn i trygdereglene. Videre ble det oppfordret til å delta i de registrerings- og spørreskjemaundersøkelsene som ville bli initiert av SINTEF som en del av evalueringen. Sommeren 2001 sendte forbundet ut en pressemelding bl.a. med en kort beskrivelse av hovedpunktene i henvisningsprosjektet. I pressemeldingen ble det videre argumentert mot legeforeningens utsagn om at forsøket ville undergrave fastlegeordningen, bl.a. med henvisningen til manuellterapeutenes informasjonsplikt knyttet til forhold som har betydning for pasienten. Legeforeningens uttalelser om at legene er redd for at tilstander som ikke har med muskel og skjelett å gjøre vil kunne bli oversett av manuellterapeuter og kiropraktorer, mente manuellterapeutene var ubegrunnet, med henvisning til at manuellterapeutene hadde tilstrekkelig kompetanse til å skille mellom muskel- og skjelettlidelser og hva som ikke skyldes slike plager. Det ble fremhevet at et viktig element i henvisningsprosjektet ville være at pasientene vil komme ”raskere til behandling og unngå en runddans i helsevesenet”. I omtaler av henvisningsprosjektet bl.a. i Bergens Tidende og Østlandsposten sommeren 2001 ble det fra manuellterapeutene fremført argumenter om at ordningen ville føre til et brudd med legenes enerett til å sykmelde, noe som ville komme pasientene til gode, at pasientene ville kunne komme raskere i gang med behandling, at en ville unngå ventetid for legekonsultasjon, og at de nye rettighetene ville bidra til å redusere sykefraværet. Fra legehold (bl.a. generalsekretær Harry Martin Svabø) ble det fremført argumenter om at ordningen ville ”underminere primær- og fastlegenes funksjon som pasientenes faste kontaktpunkt i helsevesenet”, og at ”manuellterapeuter og kiropraktorer ikke har kunnskap om sammensatte sykdomsbilder”. Også kiropraktorene kom tidlig på banen i de diskusjonene som pågikk i media. I intervjuer med NKFs leder ble det bl.a. vist til at henvisningsprosjektet var unikt i og med at Norge med dette var det første landet i verden som innførte en slik ordning. Det ble

bl.a. pekt på at ordningen ville innebære en forenkling av systemet ved at pasientene nå kunne gå direkte til kiropraktor eller manuellterapeut for behandling, at en ikke trengte å gå til lege for å få sykmelding, og at en bl.a. i forbindelse med ukompliserte rygger kunne få raskere behandling og dermed komme raskere tilbake til arbeidslivet. NKF mente forøvrig at legenes motstand mot ordningen var et utslag av profesjonsstrid, noe NKF mente en burde legge bak seg av hensyn til pasienten. Også i de lokale avdelingene i legeföreningen var motstanden relativt klart artikulert noe som bl.a. kommer fram av diverse oppslag i lokalavisene. Bl.a. i et intervju i Tønsberg Blad mente lederen for legeföreningen i Vestfold mente det var gode grunner for å skrinlegge hele prosjektet og at det var langt fra sikkert at denne ordningen ville være til pasientens beste.

### **8.5 Endelige forskrifter til Henvisningsprosjektet**

Endelig "Forskrift om forsøksordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi" ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 6. juli 2001 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 om folketrygd (folketrygdloven) §25-13 tredje ledd. Formålet med forsøksordningen går frem av §1 (se også ovenfor). I §2 vises det til at ordningen skal gjennomføres i fylkene Vestfold, Hordaland og Nordland. I forskriftenes §5 går det bl.a. fram at sykmelding ikke kan vedvare for en sammenhengende periode ut over åtte uker, og at helsepersonellet etter seks uker sykmelding skal informere pasienten om at arbeidsuførhet ut over åtte uker må dokumenteres av lege. Videre heter det at retten til å sykmelde bare gjelder ved sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet. I merknadene heter det imidlertid at begrepet "sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet" ikke utelukker visse nerverelaterte lidelser i direkte tilknytning til muskel- og skjelettsystemet. Når det gjelder punktet om henvisning til spesialist, presiseres det at det er et vilkår for henvisning at formålet er undersøkelse eller behandling av sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet (§ 6). Når det gjelder informasjonsflyten bl.a. mellom kiropraktor/manuellterapeut og fastlegen som flere av høringsinstansene mente burde forskriftsfestes som en plikt, har en bl.a. i forskriftenes §4 (*Stønad fra trygden til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos kiropraktor og manuellterapeut*), §5 (*Sykmelding*), og §6 (*Henvisning til legespesialist*) presisert at oversendelse av informasjon fra kiropraktor og manuellterapeut skal skje "etter samtykke fra medlemmet (pasienten)".

## 8.6 Utfyllende retningslinjer

I henhold til forskriftenes §11 ble Rikstrygdeverket gitt fullmakt til å fastsette nærmere retningslinjer for praktisering av forskriftene. Rikstrygdeverkets kommentarer er ment å skulle være til støtte ved anvendelsen av forskriftene. Vi har nedenfor gjengitt hovedpunktene i Rikstrygdeverkets kommentarer. Til §2 (geografisk virkeområde) presiserer Rikstrygdeverket at det ikke er nødvendig at behandler og pasient har tilknytning til samme forsøksfylke for å kunne utløse rettigheter i forsøksordningen. I kommentarene til §3 (rett til å delta i forsøket) pekes det på at de behandlere som har deltatt i den obligatoriske opplæringen i regi av trygdeetaten ikke trenger å søke om deltakelse i forsøksordningen, og at det er tilstrekkelig at det inngås avtale om direkte oppgjør med oppgjørskontoret. I vurderingen av hvorvidt behandlere som ikke har deltatt i opplæringen tilfredsstillt kravene til kunnskaper om ordningen, skal det legges til grunn en streng vurdering. Til §4 (stønad fra trygden til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos kiropraktor og manuellterapeut), vises det til at det etter samtykke fra medlemmet skal sendes informasjon om utført behandling. Samtykket kan være muntlig, men informasjonen skal være skriftlig.

I kommentarene til §5 (sykmelding) er det gjort rede for når kiropraktor og manuellterapeut har sykmeldingsadgang. Det vises her bl.a. til at det i forskriftene og departementets merknader ikke er nærmere definert hva som ligger i begrensningen *”direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet”*. Rikstrygdeverket peker på at hensikten med å gi nærmere retningslinjer på dette området er å gi trygdekontoret et grunnlag for å kunne vurdere om en sykmelding fra kiropraktor og manuellterapeut ligger innenfor rammene av forsøksordningen. Rikstrygdeverket antar at de fleste sykmeldinger fra kiropraktor og manuellterapeut vil omfattes av L- diagnoselisten innenfor ICPC- systemet: *”Når diagnosefeltet er fylt ut med en av disse kodene, ligger sykmeldingen klart innenfor definisjonen ”muskel- og skjelettsystemet”, og det er derfor ikke grunn til å gå nærmere inn på diagnosen”*. Rikstrygdeverket viser imidlertid til at det ikke bare er L- diagnosene som kan omfattes av definisjonen *”direkte sammenheng”* med muskel- og skjelettsystemet. De aktuelle faggruppene behandler også en del tilstander innenfor nervesystemet. I henhold til Rikstrygdeverket vil slike tilstander kunne anses å ha direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet, og en mener derfor at det må være adgang for kiropraktor og manuellterapeut til å sykmelde pasienter for denne typen lidelser. Videre viser Rikstrygdeverket til at noen sykdommer og tilstander ligger i grenseland mellom muskel- og skjelettsystemet og andre diagnosegrupper: *”I mange tilfelle har pasienten smertetilstander i muskler og skjelett, mens årsaken til lidelsen ligger på det psykososiale plan”*. Rikstrygdeverket peker her på at dette ikke

er til hinder for at kiropraktor og manuellterapeut i første omgang kan sykmelde pasienten, men mener at det vil være ønskelig at lege blir koblet inn etter en viss tid slik at det kan vurderes om andre behandlingsmåter er aktuelle. Videre vises det til i kommentarene at dersom trygdekontoret er i tvil om diagnosen faller utenfor rammen for forsøksordningen, så vil det være aktuelt å be om nærmere opplysninger fra behandleren selv, eller *”det kan innhentes uttalelse fra rådgivende lege”*.

Rikstrygdeverket viser til at det ikke er gitt noen begrensninger med hensyn til antall ganger en pasient kan bli sykmeldt. Det pekes imidlertid på at det vil være i strid med Stortingets forutsetninger dersom kiropraktor og manuellterapeut hadde kunnet sykmelde samme pasient et ubegrenset antall ganger, så lenge vedkommende hadde vært friskmeldt i mellomtiden. Rikstrygdeverket presiserer at dersom medlemmet stadig blir sykmeldt av kiropraktor eller manuellterapeut over flere uker, så bør trygdekontoret vurdere å følge opp saken nærmere.

Når det gjelder henvisning til spesialist (§6), vises det til at det er et vilkår at formålet med henvisningen er undersøkelse eller behandling som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet: *”Forsvarlighetsprinsippet som gjelder for kiropraktorer og manuellterapeuter, vil danne ramme for hvilke spesialister og hvilke lidelser som er aktuelle”*.

### **8.7 Rundskriv om henvisning til offentlige poliklinikker. Generelt om henvisning til spesialisthelsetjenesten**

Sosial- og helsedepartementet utarbeidet den 6. juli 2001 et rundskriv med utgangspunkt i forskriftene om forsøksordningen omhandlende henvisning til offentlige poliklinikker (Rundskriv nr. I- 32/ 2001). Bakgrunnen for dette rundskrivet var at forskriften for forsøksordningen var gitt med hjemmel i folketrygdloven og således ikke kom til direkte anvendelse i forhold til offentlige poliklinikker. Departementet viser til at det i praksis har vært lagt til grunn at det er et vilkår for refusjon etter takstene for røntgenundersøkelse og/eller røntgenbehandling at pasienten er henvist av lege, tannlege eller kiropraktor. I forsøksperioden vil det i følge departementet også utbetales refusjon *”når pasienten er henvist til røntgenundersøkelse av fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi”*.

Når det gjelder henvisning til annen undersøkelse/behandling ved offentlig poliklinikk enn røntgenundersøkelse/røntgenbehandling, gjøres det i henhold til departementet unntak fra kravet om at pasienten skal være henvist fra lege når dette gjelder henvisning for undersøkelse og behandling av sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet,

samt situasjoner ”*hvor det må antas at sykdommen eller skaden har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet og/eller hvor formålet med henvisningen er å avklare om det er en slik sammenheng*”. I forbindelse med henvisning til undersøkelse/behandling i spesialisthelsetjenesten som ikke utløser takster, viser departementet til at i henhold til pasientrettighetsloven §2-3 så har pasienten rett til fornyet vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra allmennlege. Med unntak av reglene om refusjon/takster er det forøvrig ikke regulert i lov eller forskrift hvilke grupper helsepersonell som kan henvise til spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell kan derfor henvise, men spesialisthelsetjenesten vil kunne avvise henvisningen dersom henvisende helsepersonell ikke har den nødvendige kompetanse i forhold til pasientens lidelse. Departementet viser til at kiropraktorer og manuellterapeuter vil kunne henvise til undersøkelse og behandling av sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet (jf. det som er beskrevet ovenfor).

Når det gjelder opplysninger til henvisende helsepersonell og allmennlege, viser departementet til at spesialisthelsetjenesten skal oversende epikrise til henvisende helsepersonell, ”*med mindre pasienten unntaksvis motsetter seg dette*”. Videre oppfordrer departementet til at helsepersonellet oversender kopi av henvisningen til pasientens allmennlege etter samtykke fra pasienten i de tilfelle der annet personell enn pasientens allmennlege har foretatt henvisningen.

## **9 Resultater fra forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet”. Resultater fra registreringsundersøkelsen**

### **9.1 Innledning**

Registreringsundersøkelsen er gjennomført både i forsøksfylkene (Vestfold, Hordaland og Nordland) og i kontrollfylkene (Østfold, Rogaland og Troms), og har omfattet samtlige kiropraktorer og manuellterapeuter i de aktuelle fylkene. Registreringsskjemaet som er benyttet i undersøkelsen er utarbeidet bl.a. på grunnlag av innspill fra Norske Fysioterapeuters Forbund og Norsk Kiropraktorforening. Fagforbundene har i dette arbeidet blitt benyttet som rådgivere med hensyn til tematikk og formuleringer. Prosjektledelsen har langt på vei valgt å følge de rådene den har fått fra organisasjonene. Når det gjelder enkelte temaer i registreringsskjemaet, har vi imidlertid ikke valgt å følge organisasjonenes råd. Dette har i all hovedsak sin forklaring i ulik oppfatning av om hva som skulle registreres og kartlegges i denne undersøkelsen. Prosjektledelsen ved SINTEF Unimed står ansvarlig både for utformingen og gjennomføringen av registreringsundersøkelsen. Registreringsskjemaet følger som vedlegg 2.

### **9.2 Strukturen i undersøkelsen - kommentarer til enkeltspørsmål i registreringsskjemaet**

Vi har nedenfor kommentert enkeltspørsmål i registreringsskjemaet. Kommentarene inneholder begrunnelser for hvorfor spørsmål er tatt med, vår argumentasjon for å velge andre formuleringer enn det fagorganisasjonene ønsket, samt kommentarer til enkeltspørsmål basert på tilbakemeldinger vi har fått underveis og i etterkant av undersøkelsen. Det har bl.a. vist seg i ettertid (etter at skjemaene var registrert og resultatene presentert) at det i tilknytning til enkelte av spørsmålene kan ha forekommet visse misforståelser med hensyn til begrepsforståelse. Etter vår vurdering er imidlertid dette ikke av et slik omfang at det har hatt vesentlig betydning for resultatene i registreringsundersøkelsen.

#### Spørsmål 2: Registreringsdato

Datoene i de aktuelle ukene ble ført opp med avkrysningsbokser. Behandlerne skulle velge ut tre arbeidsdager i de to ukene (uke 24 og 25) og sto fritt i valg av datoer. Hensikten med registreringsundersøkelsen var bl.a. å få et bilde av en typisk arbeidsdag for kiropraktorene og manuellterapeutene. Valg av registreringstidspunkt kan bety at vi har fanget opp en ”før- ferie-effekt”, og da enten i betydningen spesielt lav aktivitet (ikke ønskelig å sette i verk lengre behandlingsopplegg så tett opp mot sommerferien), eller spesielt høy aktivitet (pasienter oppsøker behandler for behandling før de drar på sommerferie). Vårt materiale gir ikke grunnlag for noen

videre spekulasjoner omkring dette, men tilbakemeldingene fra fagorganisasjonene tyder på at det beregnede gjennomsnittet for behandlede pasienter hos en kiropraktor og manuellterapeut ligger på et forventet nivå og ”er ikke spesielt overraskende – verken i den ene eller andre retning”.

#### Spørsmål 4: Pasientens fødselsår

Vi ba spesifikt om fødselsår bl.a. for å danne oss et bilde av aldersfordelingen blant pasientene. Av de skjemaene vi har mottatt, viser det seg at enkelte behandlere har misforstått spørsmålet ved at de har ført på både fødselsdato, måned og år. I den grad dette har forekommet, har svarene ikke blitt registrert ved den optiske lesningen. Manuell kontroll av skjemaene viser imidlertid at dette utfallet i registreringen har vært av et såvidt begrenset omfang at det ikke har hatt vesentlig betydning for resultatene i undersøkelsen.

#### Spørsmål 5: Pasientens hovedaktivitet

Her opererte vi med alternativene; Yrkesaktiv, under utdanning, pensjonist, på attføring/uføretrygdet og annet. Vi har fått spørsmål fra behandlere om hvorfor vi ikke har hatt *sykmeldt* som alternativ. Vårt svar har vært at en i slike tilfeller skulle krysse av for yrkesaktiv, da sykmeldingen i hovedsak er knyttet til yrke og hvor sykmelding er å anse som et midlertidig fravær fra denne hovedaktiviteten.

#### Spørsmål 6: Ny pasient eller til oppfølgende behandling/undersøkelse

I registreringsskjemaet ba vi behandlerne krysse av for om pasienten enten var *ny* eller var til *oppfølgende behandling/undersøkelse*. Hensikten med dette spørsmålet var å få et bilde av antallet/andelen nyhenvendelser til behandlere før forsøksordningen kom i stand. Med dette spørsmålet ønsket vi bl.a. å få svar på om bortfall av henvisningskravet vil føre til at nye brukere i større grad oppsøkte disse behandlerne. De respektive forbundene hadde ulik forståelse av dette spørsmålet. Fra manuellterapeutene fikk vi tilbakemeldinger om at en med ny pasient forsto både pasient som ikke hadde vært hos behandleren tidligere, tidligere pasienter med ny problemstilling, samt tidligere pasienter med samme problemstilling og ny behandlingsserie. Kiropraktorene la til grunn følgende forståelse av skillet mellom de to svaralternativene:

*Med "ny pasient" i denne undersøkelsen menes*

- *en pasient som aldri har vært hos deg før*
- *en pasient som kommer til deg i dag med ny problemstilling som han/hun ikke har vært hos deg for tidligere*

- *en pasient som ikke har vært hos deg for aktuelle problem i løpet av de siste 12 mnd.*

Denne presiseringen ble sendt ut fra Norsk Kiropraktorforbund til medlemmene den tredje dagen i den første registreringsuken. Vi har i rapporten gjort en analyse av hvilken eventuell betydning dette har hatt for svarene før og etter at presiseringen ble sendt ut.

#### Spørsmål 7: Lokalisering av skade/funksjonsproblem

I registreringsskjemaet ba vi behandlerne krysse av for hvor ”pasientens primære skade/funksjonsproblem er lokalisert”. Denne formuleringen kunne virke forvirrende med hensyn til meningsinnhold i og med at vi her benyttet betegnelsen ”*primær* skade/ funksjonsproblem”, mens vi andre steder i skjemaet benyttet betegnelsen ”*aktuell* skade/ funksjonsproblem”. Fra vår side er meningsinnholdet i disse to begrepene det samme, og forskjellig begrepsbruk må tas på kontoen for skrivefeil. Vi har ikke grunnlag for å tro at dette har vært noe problem av betydning for utfyllingen av skjemaene.

Når vi fokuserte på hvor skade/ funksjonsproblem er lokalisert, mente vi hvor en antar at skaden/ funksjonsproblemet har sin årsak eller utspring. Med andre ord årsak, og ikke symptom. Norsk Kiropraktorforbund pekte i sine kommentarer på at de primært ønsket bruk av ”diagnose”, sekundært at det ble gjort en nærmere inndeling av ryggen slik at brystrygg ble egen svarkategori, og at de med rotsymptomer/stråling ble egen gruppe. Videre mente NKF at muskel/nerve- skader som ikke hadde tilknytning til ledd måtte kunne registreres. Vi er kjent med at den inndelingen som er benyttet i skjemaet varierer noe fra det som er gjort i andre og tilsvarende undersøkelser. Eksempelvis har vi benyttet betegnelsen ”rygg” uten nærmere spesifisering. I andre undersøkelser har en gjort et skille mellom; brystrygg, korsrygg med smerter som stråler ut i ben, og korsrygg. Fra referansegruppen ble det forøvrig bemerket at behandlere kan ha hatt problemer med å skille symptom fra årsak. Etter vår vurdering vil en i en slik undersøkelse aldri fullt ut kunne forhindre eksempler på denne typen feil. Vi ser ikke bort i fra at den inndelingen vi har operert med og hvor avkrysningen skulle relateres til årsak kan ha hatt en viss betydning for resultatene i undersøkelsen, om enn ikke av vesentlig karakter. Slik vi ser det har den inndelingen som etter en samlet vurdering til slutt ble valgt fanget opp en tilfredsstillende lokalisering av skade/ funksjonsproblem, selv om det sikkert kan diskuteres om inndelingen har vært helt optimal.

#### Spørsmål 8: Vurdering av pasientens skade/ funksjonsproblem

Til spørsmålet om vurdering av pasienten ba vi behandler krysse av for om skaden/funksjonsproblemet enten var akutt (under 1 uke), sub- akutt (1–6 uker), kronisk (over 6 uker) eller periodisk. Opplysningene i parentesene var knyttet til hvor lenge det var siden skaden/funksjonsproblemet oppsto. Inndelingen baserte seg på tilbakemeldinger fra fagforbundene, og vi har ikke fått kommentarer eller tilbakemeldinger som tyder på at behandlerne har hatt problemer med dette spørsmålet.

#### Spørsmål 9: Henvisning fra lege?

Når forsøksordningen trer i kraft, bortfaller kravet om henvisning fra lege for at det skal gis oppgjør/refusjon fra trygden. Vi ønsket derfor å danne oss et bilde av hvor stor andel av pasientene som har henvisning fra lege før forsøksordningen trer i kraft. Dette ville bl.a. kunne si oss noe om pasientstrømmene, og legenes rolle i forhold til de aktuelle pasientgruppene.

#### Spørsmål 10: Pasientens kontakt med andre behandlere

Vi ba behandlerne krysse av for hvilke andre behandlere pasienten hadde vært hos siste tre måneder for aktuell skade eller funksjonsproblem. Fagforbundene var spesielt opptatt av at dette spørsmålet kom med i registreringsundersøkelsen. Hensikten med spørsmålet var å få kartlagt noe av pasientbevegelsene før vedkommende kom til kiropraktor eller manuellterapeut. I målsettingen med forsøksordningen ble det lagt vekt på at ordningen ville kunne føre til at pasienten kom raskere til rett behandler og rett behandling. Det er her riktig å presisere at spørsmålet kun gir svar på hvilke behandlere pasienten hadde oppsøkt siste tre måneder før vedkommende kom til kiropraktor eller manuellterapeut. Det gir med andre ord ikke opplysninger om hvilken behandler/behandling som er riktig, hvor lenge pasienten har ventet på å komme til aktuell behandler, eller hva som har vært årsaken til denne ventetiden.

Valget av en tidsbegrensning på tre måneder ble diskutert i prosjektgruppen og med fagforbundene. Både seks og tolv måneder ble drøftet som alternativer. Argumentet for å begrense tidsperioden var knyttet til muligheten for pasient til å huske hvilke andre behandlere vedkommende hadde vært i kontakt med. Uansett valg av tidsperiode, vil en imidlertid kunne komme i den situasjonen at pasienten ikke helt sikkert kan fastslå når hun f.eks. var i kontakt med allmennlege, ei heller om denne kontakten primært var på grunn av aktuell skade eller funksjonsproblem. Ved å begrense tidsperioden til tre måneder, ville vi redusere mulighetene for en slik feilkilde.

Spørsmål 11: Tiltak som har blitt satt iverk tidligere

Behandlerne skulle krysse av for hvilke tiltak de kjente til som hadde vært iverksatt av andre behandlere i løpet av siste tre måneder for aktuell skade/funksjonsproblem. Dette spørsmålet kunne også knyttes til målsettingen om at pasienten skulle komme raskere til rett behandler og rett behandling. Når det gjelder valg av tidsperiode, viser vi til argumentasjonen under spørsmål 10 ovenfor.

Spørsmål 12: Sykmelding

Behandlerne ble bedt om å krysse av for om pasientene var helt sykmeldt, delvis sykmeldt, gikk på aktiv sykmelding, eller ikke hadde noen sykmelding. Sykmeldingen skulle være relatert til aktuell skade/funksjonsproblem. Fagforbundene mente det var helt sentralt at det skulle oppgis lengden på sykmeldingen, bl.a. for senere i forsøksperioden å kunne få kartlagt hvilken eventuell betydning bortfall av henvisningskravet ville ha for antall sykmeldingsdager. Etter vår vurdering vil vi fange opp disse endringene gjennom delutredning 4 "Samfunnsøkonomiske besparelser" hvor vi skal foreta analyser av utbetalte sykepenge og antall sykepengetilfelle i forsøksfylkene og kontrollfylkene. Bl.a. vil en ny statistikk som utarbeides i samarbeid mellom Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå vise sykefravær som er kortere enn 17 dager. Disse tallene gir bl.a. muligheter til å analysere sammensetning av sykefravær, både med hensyn til varighet, alder, kjønn og diagnose. Vi viser forøvrig til kapittel 11 nedenfor.

Spørsmål 13: Tiltak iverksatt av behandleren den aktuelle dagen

Vi ønsket å danne oss et bilde av hvilke tiltak behandlerne satte i verk den aktuelle dagen. De oppgitte svaralternativene viste seg imidlertid ikke å være uttømmende eller presise nok for begge de aktuelle faggruppene. Norsk Kiropraktorforening sendte derfor ut følgende presisering til sine medlemmer:

*Med spesifikk mobilisering forstås også traksjon og tøyninger. Når det taes rtg. bilde den aktuelle dag krysses det av i boksen annet og kommenteres på linjen "Rtg undersøkelse utført". Når det henvises til Rtg/CT/MR krysses det av i boksen annet og kommenteres på linjen "Henvist til Rtg, CT eller MR".*

Fra manuellterapeutene har det bl.a. blitt påpekt at resultatene fra registreringsundersøkelsen viser at enkelte av svaralternativene ble oppfattet ulikt av respondentene, og at resultatene derfor bør behandles med varsomhet – alternativt ikke presenteres overhode. Dette kommer vi nærmere tilbake til nedenfor i analysen og drøftingen av resultatene.

### 9.3 Gjennomføring av registreringsundersøkelsen

Vi sendte ut et oversendelsesbrev til de aktuelle behandlerne som presenterte bakgrunnen for og hensikten med registreringsundersøkelsen. (Oversendelsesbrevet følger som vedlegg 1). I brevet hadde vi utarbeidet følgende instruksjoner for hvordan vi ønsket at registreringen skulle gjennomføres:

- *Registreringen skulle gjennomføres i tre hele arbeidsdager i perioden mandag 11. juni - fredag 22. juni. Behandlerne kunne selv velge hvilke tre dager de ville gjennomføre undersøkelsen.*
- *Registreringen skulle omfatte alle pasientene de tre dagene som ble valgt.*
- *Det skulle fylles ut ett skjema for hver pasient.*
- *Dersom samme pasient hadde flere behandlinger i løpet av de aktuelle arbeidsdagene, skulle han/hun registreres hver gang.*
- *Spørsmålene skulle besvares med utgangspunkt i den dagen pasienten var hos behandleren.*

### 9.4 Utvalg

I forbindelse med utsendelse av registreringsskjemaene, benyttet vi oversikter (navn og adresse) som vi fikk oversendt fra de to fagforbundene. I hver utsendelse fulgte et oversendelsesbrev, 100 eksemplarer av registreringsskjemaet, samt en ferdigfrankert svarconvolutt adressert til SINTEF Unimed. Siste frist for innsendelse av registreringsskjemaer ble satt til fredag 29. juni (en uke etter siste aktuelle registreringsdato).

I henhold til de listene vi hadde fått tilsendt, er det 170 behandlere i forsøksfylkene og kontrollfylkene fordelt på 100 kiropraktorer og 70 manuellterapeuter. Dette utgjør populasjonen i undersøkelsen. På grunn av ferieavvikling i de aktuelle ukene registreringsundersøkelsen skulle gjennomføres, fikk vi noen av sendingene i retur. Videre viste det seg at noen av sendingene var feiladressert, og som derfor ble returnert. Noen av disse kom såvidt sent i retur at vi ikke rakk å sende de ut med korrigeret adresse. Frafallet utgjorde totalt 22 behandlere av de årsaker som her er nevnt. Vi har med andre ord hatt en ny eller justert populasjon i registreringsundersøkelsen på 148 behandlere.

Ved svarfristens utløp hadde vi mottatt 100 svarsendinger, hvorav 31 fra manuellterapeuter og 69 fra kiropraktorer. Dette utgjør en svarprosent på 68 av justert populasjon. I noen av svarsendingene var det imidlertid lagt ved ferdig utfylte registrerings skjemaer for flere enn en behandler. Dette er behandlere ansatt ved samme senter, og som har lagt skjemaene i samme svarkonvolutt. Antallet behandlere som har deltatt i registreringsundersøkelsen er med andre ord høyere enn antallet svarsendinger. Hver svarsending ble gitt et serienummer i registreringen. Vi foretok så en vurdering av antallet skjemaer innen hver serie for på den måten å kunne danne oss et bilde av hvor mange behandlere som var del av de mer omfattende svarsendingene. Beregningene viste at vi har mottatt svar fra 114 behandlere, hvorav 72 kiropraktorer og 42 manuellterapeuter. Dette utgjør en svarprosent på 77 i forhold til justert populasjon, noe som må anses som tilfredsstillende.

Skjemaene ble lest optisk. Dette arbeidet er utført av firmaet Capture Data as. Registreringsskjemaet ble utarbeidet og tilpasset Captures skjemadesign for optisk lesning. Resultatene ble oversendt oss på SPSS-fil. Materialet og analysegrunnlaget utgjør 6 574 registrerte svarskjemaer. Kvaliteten på avkrysningene har variert, noe som har ført til at enkeltskjemaer og enkeltspørsmål har falt ut i den optiske lesningen.

## 9.5 Analyse

Resultatene presenteres i tabellsform hvor vi har lagt inn svarfordelingen på de ulike svaralternativene fordelt på kiropraktorpasienter og manuellterapeutpasienter. I kommentarene og analysen har vi ikke lagt vekt på sammenligninger mellom de to pasientgruppene, og har langt på vei kun konstatert at de er forskjellige på en rekke variabler. En av hovedhensiktene med registreringsundersøkelsen var å gi en situasjonsbeskrivelse (pasientprofil, pasientbevegelser oa.) for hver av pasientgruppene før henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september 2001. I analysen har vi bl.a. lagt vekt på sammenligninger mellom forsøksfylke og respektivt kontrollfylke innenfor de to pasientgruppene. Hensikten med dette har vært å danne oss et bilde av hvor like eller forskjellige forsøksfylkene og kontrollfylkene i realiteten er. Dette vil være viktig for de undersøkelsene og analysene som skal gjennomføres senere i forsøksperioden, da vi med denne analysen har fått et bilde av det enkelte fylkes utgangspunkt før henvisningsprosjektet.

I bruken av tallmaterialet fra undersøkelsen skal en være klar over at det for enkelte fylker er snakk om relativt få behandlere og relativt mange pasienter pr. behandler. Dette kan gi skjevheter i datamaterialet bl.a. ved at forskjeller i registreringspraksis og tolkning av spørsmålene hos

enkeltbehandlere kan gi store utslag i resultatene. Dette betyr at det skal store forskjeller til mellom enheter som blir sammenlignet for at disse skal være signifikante (reelle forskjeller). Vi har derfor gjennomgående lagt oss på en konservativ og forsiktig tolkning av resultatene.

Datamaterialet i registreringsundersøkelsen er signifikanstestet (Kji-kvadrat). Kji-kvadrat er benyttet for å teste sammenhenger mellom svarene mellom forskjellige uavhengige variabler og faggruppene på den ene siden, og forsøks-/ kontrollfylkene innenfor hver faggruppe på den andre. Vi har valgt et signifikansnivå på 0,05 ( $p \leq 0.05$ ), som gjør at vi med 95% sikkerhet kan si at påviste forskjeller i datamaterialet ikke er tilfeldig.

### 9.6 Resultater fra registreringsundersøkelsen

Materialet baserer seg på svar fra 72 kiropraktorer og 42 manuellterapeuter. For hver av kiropraktorene er det registrert 67 pasienter over en tredagers periode, noe som gir et gjennomsnitt på 22 pasienter pr. dag. Tallene for manuellterapeutene er 51 pasienter i tredagers perioden, med et gjennomsnitt på 17 pasienter pr. dag.

**Tabell 9.1. Pasientenes kjønn fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kvinne</b>	<b>Mann</b>	<b>N</b>
Kiropraktor	56	44	4 607
Manuellterapeut	62	38	1 671
Totalt	57	43	6 278

Vi har sett nærmere på om kjønnsfordelingen i vår undersøkelse er representativ i forhold til resultatene i andre tilsvarende undersøkelser. Palle Pedersen gjennomførte en undersøkelsen i 1994 av kiropraktorpraksis i et utvalg europeiske land (Pedersen 1994). Kvinneandelen blant de danske pasientene i utvalget var 56%. En danske undersøkelse fra 2001 (Græsborg 2001) hadde en kvinneandel på 52%. Kjønnsfordelingen blant kiropraktorpasientene i vår undersøkelse synes med andre ord å gi et riktig bilde av situasjonen. Vi har ikke tilsvarende sammenlignbare undersøkelser for manuellterapeutpasientene. Blant kiropraktorpasientene ligger kvinneandelen på mellom 50% og 59% i de seks aktuelle fylkene. Blant manuellterapeutpasientene varierer kvinneandelen fra 58% i Rogaland til 73% i Hordaland. Disse variasjonenes eventuelle betydning for de øvrige resultatene i undersøkelsen vil vi komme tilbake til nedenfor.

**Tabell 9.2. Pasientenes alder fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 607)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 671)</b>
0 – 10 år	2	0
11 – 20 år	3	3
21 – 30 år	13	9
31 – 40 år	24	21
41 – 50 år	24	27
51 – 60 år	19	21
61 – 70 år	10	12
71 – 80 år	4	6
81 – 90 år	1	2
91 – 100 år	0	0
	100	100

Gjennomsnittsalderen for hele utvalget er 45,1 år. Manuellterapeutpasientene har en gjennomsnittsalder på 47,8 år, mens gjennomsnittet for kiropraktorpasientene er 44,1 år. Aldersgruppen under 31 år utgjør en større andel blant kiropraktorpasientene (19%) enn blant manuellterapeutpasientene (12%), mens aldersgruppen over 50 år utgjør en større andel blant manuellterapeutpasientene (40%) enn blant kiropraktorpasientene (34%). Vi har sette nærmere på om aldersfordelingen i vår undersøkelse er representativ i forhold til resultatene i andre tilsvarende undersøkelser. Charlotte Leboeuf-Yde har i en undersøkelse fra 1997 beskrevet den svenske kiropraktorpasient (Leboeuf-Yde 1997). Den typiske pasient i undersøkelsen var mellom 25 og 64 år. En europeisk undersøkelse fra 1994 (Pedersen 1994) viste en gjennomsnittsalder på 40,8 år. I en dansk undersøkelse fra 2001 (Græsborg 2001) var gjennomsnittsalderen 42 år, og hvor over halvparten av pasientene tilhørte aldersgruppen 30–60 år. Fordeling på de ulike aldersgruppene i vår undersøkelse er tilnærmet identisk med Græsborgs undersøkelse. Vår undersøkelse ga i hovedsak noe av de samme resultatene, om enn en noe høyere gjennomsnittsalder blant kiropraktorpasientene (44,1 år). Vi har ikke tilsvarende sammenlignbare undersøkelser for manuellterapeutpasientene. Samlet sett er 48% av pasientene som har vært hos kiropraktor og manuellterapeut i registreringsperioden mellom 31 og 50 år.

I registreringsskjemaet skulle det krysses av for pasientenes hovedaktivitet. Vi oppga følgende svaralternativer: Yrkesaktiv, under utdanning, pensjonist, attføring/ uføretrygdet og annet.

**Tabell 9.3. Pasientenes hovedaktivitet fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 760)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 736)</b>
Yrkesaktiv	72	62
Under utdanning	5	4
Pensjonist	10	12
Attføring/ uføretrygdet	7	17
Annet	6	3
	100	100

Andelen yrkesaktive er noe høyere blant kiropraktorenes pasienter enn blant manuellterapeutenes samtidig som andelen pensjonister og personer som er på attføring/uføretrygd er noe høyere blant manuellterapeutenes pasienter. Som vist til i tabell 9.2. er også gjennomsnittsalderen blant manuellterapeutpasientene høyere enn blant kiropraktorpasientene totalt sett. Det er ingen signifikante forskjeller mellom det enkelte forsøksfylke og dets respektive kontrollfylke.

Vi ba behandlerne krysse av for om pasientene var *ny* eller var hos behandler for *oppfølgende behandling og/eller undersøkelse*. Som nevnt tidligere i rapporten ble det fra Norsk Kiropraktorforbund sendt ut en presisering til dette spørsmålet (se punkt 9.2. ovenfor). Kartlegging av dette skillet i pasientgruppene er av stor interesse for å måle eventuelle effekter av henvisningsprosjektet. En mulig effekt er at bortfall av henvisningskravet og dermed økt tilgjengelighet på denne typen tjenester fører til ”rekruttering” av nye brukergrupper, og at pågangen på denne typen tjenester vil øke.

I en undersøkelse blant kiropraktorpasienter i Danmark (Græsborg 2001) blir nye pasienter definert som: *Pasienter som aldri før har vært hos kiropraktor eller pasienter som har mottatt behandling for mer enn et år siden*. Denne definisjonen er i hovedsak i tråd med den presiseringen som NKF sendte ut til sine medlemmer. Manuellterapeutene mente det ikke var behov for noen nærmere presisering. Presiseringen fra NKF ble sendt ut pr. faks og post onsdag i den første registreringsuken, noe som betyr at de kiropraktorene som startet registreringen mandag samme uke ikke hadde denne presiseringen som utgangspunkt for registreringsarbeidet. For å få avdekket om dette har hatt noen betydning for forståelsen av de to svaralternativene, gjennomførte vi en

analyse hvor vi sammenlignet svarene fra de tre første dagene i uke 24 (før presiseringen fra NKF ble sendt ut) med svarene fra de øvrige dagene i registreringsperioden.

**Tabell 9.4. Registrering av nye pasienter og pasienter til oppfølgende behandling/undersøkelse hos kiropraktor (% av N). N = 4 683**

	<b>Ny pasient</b>	<b>Pasient til oppfølgende behandling/ undersøkelse</b>
• Registrering foretatt mandag – onsdag i uke 24	18	82
• Registrering foretatt de øvrige dagene i perioden	16	84
<b>Totalt</b>	<b>17</b>	<b>83</b>

Resultatene viser at det ikke er noen signifikante forskjeller med hensyn til registrering av pasienter hos kiropraktorene i de to aktuelle periodene. Vi kan med andre ord anta at materialet fra de to periodene ikke divergerer på en slik måte at det har hatt betydning for resultatene i undersøkelsen.

Når det gjelder fordeling av *ny pasient* versus *pasient til oppfølgende behandling/ undersøkelse* på kiropraktorer og manuellterapeuter (N= 6 411), viser resultatene at andelen nye pasienter er henholdsvis 17% og 20%. Materialet viser at det er visse forskjeller fylkene i mellom innenfor den enkelte behandlergruppe. Ser en på *nye pasienter* som har vært hos manuellterapeut utgjør dette 12% i Hordaland og 34% i Rogaland. Når det gjelder kiropraktorene, er det registrert 30% nye pasienter i Østfold, mens andelen i Vestfold er 17%. Hva disse variasjonene mellom forsøksfylke og kontrollfylke skyldes, er det vanskelig å si noe om ut fra det materialet vi har. Variasjonene kan skyldes tilfeldigheter og lokale variasjoner knyttet til en relativt kort registreringsperiode. En skal ikke se bort fra at de lokale variasjonene ville ha blitt redusert ved en lengre registreringsperiode.

Vi har analysert de to pasientgruppene (*ny pasient* og *pasient til oppfølgende undersøkelse/behandling*) for å se på hvilke parametre de to pasientgruppene er reelt forskjellige (signifikante forskjeller). En tilsvarende analyse vil bli gjennomført senere i prøveperioden for å avdekke eventuelle endringer i de to pasientgruppene.

Resultatene for manuellterapeutpasientene viser at det er signifikante forskjeller ( $p \leq 0.05$ ) mellom de to gruppene (*ny pasient* og *pasient til oppfølgende undersøkelse/behandling*) på flere parametre. Andelen yrkesaktive er høyere blant de nye pasientene (69% mot 61%), samtidig som andelen pensjonister og pasienter på attføring/uføretrygd er høyere blant pasienter til oppfølging (henholdsvis 13% og 19% mot 9% og 12%). Skadelokalisering varierer også mellom de to gruppene, samtidig som andelen som har akutte/sub-akutte skader samlet sett er høyere blant nye pasienter (45% mot 19%). Flere av de nye pasientene har vært hos allmennlege før de kom til manuellterapeut (77% mot 71%), samtidig som andelen sykmeldte er høyere blant pasienter til oppfølging (69% mot 60%). Tiltakene som settes i verk på registreringsdagen varierer også, hvor en ikke overraskende legger merke til at det overfor nye pasienter i større grad iverksettes undersøkelse/vurdering og gis informasjon og rådgivning (henholdsvis 68% og 54% mot 18% og 33%).

Resultatene for kiropraktorpasientene viser også at det er signifikante forskjeller ( $p \leq 0.05$ ) mellom de to gruppene (*ny pasient* og *pasient til oppfølgende undersøkelse/behandling*) på flere parametre. Andelen under utdanning er høyere blant de nye pasientene (7% mot 5%), samtidig som andelen pasienter på attføring/uføretrygd er høyere blant pasienter til oppfølging (7% mot 4%). Skadelokalisering varierer også mellom de to gruppene, samtidig som andelen som har akutte skader er høyere blant nye pasienter (29% mot 11%). Flere av pasientene til oppfølging har henvisning fra allmennlege (32% mot 24%). Tiltakene som settes i verk på registreringsdagen varierer også, hvor en legger merke til at det overfor nye pasienter i større grad iverksettes undersøkelse/vurdering og gis informasjon og rådgivning (henholdsvis 93% og 56% mot 81% og 46%). Videre viser oversikten at en større andel av de nye pasientene rådes til å oppsøke allmennlege, bl.a. for å få henvisning til manuellterapeut (6% mot 2%).

En av hensiktene med forundersøkelsen var å beskrive det vi har kalt en pasientprofil for pasienter som oppsøker manuellterapeuter og kiropraktorer før henvisningsprosjektet trer i kraft, for siden å kunne spore eventuelle endringer som følge av henvisningsprosjektet. Behandlerne ble bedt om å oppgi hvor pasientens aktuelle skade/funksjonsproblem var lokalisert. Det ble i registrerings skjemaet presisert at vi var ute etter årsak og ikke symptom. Det var anledning til å sette flere kryss.

**Tabell 9.5. Lokalisering av aktuell skade/funksjonsproblem fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 822)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 752)</b>
Hode	6	10
Nakke	42	51
Skulder	13	20
Albue	2	4
Hånd	2	3
Rygg	73	51
Hofte	7	13
Bekken	17	7
Kne	2	6
Ankel	2	3
Annet	4	7

Kolonne summene er på over 100%, noe som skyldes at det for flere av pasientene er krysset av for lokalisering av aktuell skade/funksjonsproblem i flere enn en kroppsdel. Hovedgruppene av pasientskader eller funksjonsproblem er for begge behandlerkategoriene lokalisert til rygg og nakke, henholdsvis 73% og 42% for kiropraktorpasientene og 51% for manuellterapeutpasientene. En dansk undersøkelse fra 2000 (Græsborg 2000) viste også at langt de fleste pasientene henvendte seg til kiropraktor med smertetilstander i ryggen (53%). En tilsvarende undersøkelse i Nederland (Rubinstein 2000) viste en andel av pasientene med rygg smerter på 49%, mens en undersøkelse fra Sverige (Leboeuf-Yde 1997) viste en andel på 82%. I vår undersøkelse ble skade/funksjonsproblem lokalisert i ryggen hos 73% av pasientene. Disse variasjonene i resultatene kan skyldes ulik begrepsbruk. Mens vi i vår undersøkelse benytter begrepet ”rygg” uten nærmere inndeling eller spesifisering, har en i den danske og den nederlandske undersøkelsen lagt til grunn begrepet ”lenderrygg” i sine kartlegginger. De aktuelle forbundene viser også til at en i andre pasientkartleggingsundersøkelser benytter en inndeling av rygg i henholdsvis brystrygg, korsrygg med smerter som stråler ut i ben, og korsrygg.

Ser en på hver av pasientgruppene for seg, viser resultatene fylkesvise variasjoner. 47% av manuellterapeutpasientene i Nordland oppgis å ha aktuell skade/funksjonsproblem lokalisert til rygg, mens tallet for Troms er 71%. 48% av manuellterapeutpasientene i Rogaland har aktuell skade/funksjonsproblem i nakke mens andelen er 64% i Hordaland. Når det gjelder skade/funksjonsproblem i hode er tallene for Nordland og Troms henholdsvis 6% og 20%. Ser en på kiropraktorpasientene finner en også her fylkesvise variasjoner. Skade/funksjonsproblem lokalisert til bekken oppgis å være 23% av pasientene i Østfold og 9% i Vestfold, 22% i Nordland og 8% i Troms. Ser en på skade/funksjonsproblem i ryggen er andelen 81% i Rogaland og 71% i Hordaland. Disse variasjonene kan skyldes lokale forskjeller med hensyn til tolkning av spørsmålet, samtidig som det i enkelte fylker er relativt få behandlere og hvor svarene fra enkeltbehandlere kan gi store utslag i de samlede resultatene.

Vi ba behandlerne oppgi om pasienten hadde vært hos andre behandlere i løpet av de siste tre månedene for aktuell skade/funksjonsproblem før vedkommende kom til behandling hos manuellterapeut eller kiropraktor. Hensikten med dette spørsmålet var å få et bilde av pasientbevegelsene i systemet. En av målsettingene med henvisningsprosjektet var at pasientene skulle komme raskere til rett behandler. Det har derfor vært sentralt å få kartlagt hvilke behandlere pasientene har vært i kontakt med før den aktuelle behandlingen, før prøveordningen trer i kraft. Det var anledning til å sette flere kryss.

**Tabell 9.6. Pasientenes kontakt med andre behandlere før undersøkelse/ behandling hos manuellterapeut/kiropraktor (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 822)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 752)</b>
Allmennlege	35	72
Manuellterapeut	1	1
Legespesialist	4	15
Fysioterapeut	12	8
Kiropraktor	3	2
Annet	4	2
Nei - ingen	54	15
Vet ikke	2	3
Annet	4	7

Kolonnesummene er over 100%, noe som skyldes at flere av pasientene har vært i kontakt med flere enn en behandler før de kom til manuellterapeut eller kiropraktor. Resultatene må sees i lys av at svarene skulle gis i forhold til siste tre måneder, noe som bl.a. forklarer forskjellen mellom legekontakt i tabell 9.6. og andelen med henvisning i tabell 9.8. Som nevnt ovenfor er en av målsettingene med henvisningsprosjektet at pasientene skal komme raskere til rett behandler. Vi

finner grunn til å presisere at vi verken ut fra resultatene presentert i tabell 9.6. eller 9.9. kan trekke noen konklusjoner og hva som er *rett behandler* eller *rett behandling*. Vår resultater viser kun hva som har skjedd. Det er markerte forskjeller med hensyn til hvilke kontaktpunkter de to pasientgruppene har hatt i helsevesenet før de kom til behandler på registreringstidspunktet. 54% av kiropraktorpatientene hadde ikke vært i kontakt med andre behandlere før de kom til kiropraktor, mens 72% av manuellterapeutpatientene hadde vært i kontakt med allmennlege. Andelen som hadde vært i kontakt med legespesialist (ikke spesifisert) er 4% for kiropraktorpatientene og 15% for manuellterapeutpatientene.

Blant manuellterapeutpatientene har 62% av pasientene i Nordland og 78% av pasientene i Troms vært i kontakt med allmennlege. Når det gjelder kontakt med legespesialist var tallene for Østfold og Vestfold henholdsvis 22% og 18%, mens det for Rogaland og Hordaland var henholdsvis 10% og 9%. Den største forskjellen ligger med andre ord mellom ”fylkesparrene” (forsøksfylke/ respektivt kontrollfylke), og i mindre grad mellom det enkelte forsøksfylke og dets kontrollfylke.

Ser en på kiropraktorpatientene, hadde 16% av pasientene i Vestfold vært hos fysioterapeut, mens tallet for Østfold er 9%. I de samme fylkene var tallene for kontakt med legespesialist 8% i Vestfold og 2% i Østfold. Når det gjelder kontakt med allmennlege var andelen i Nordland 36% mens den i Troms var 49%. Som vi vil komme tilbake til nedenfor er andelen kiropraktorpasienter med henvisning fra lege større i Troms enn i Nordland (se tabell 9.8. nedenfor).

Vi ba behandlerne krysse av for om de vurderte pasientens skade/funksjonsproblem som akutt (under 1 uke), sub- akutt (1 – 6 uker), kronisk (over 6 uker) eller periodisk.

**Tabell 9.7. Vurdering av pasientens skade/funksjonsproblem fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 711)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 732)</b>
Akutt (under 1 uke)	14	4
Sub- akutt (1 – 6 uker)	28	19
Kronisk (over 6 uker)	42	63
Periodisk	16	11
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Ser en akutt/sub-akutt under ett utgjør dette 42% hos kiropraktorene og 23% hos manuellterapeutene. Når det gjelder kronikere er andelen henholdsvis 42% og 63%. Materialet viser at det også her er fylkesvise variasjoner. Blant pasientene som har vært hos kiropraktor, er

andelen akutte skader/funksjonsproblemer 20% i Østfold og 14% i Vestfold, mens tallene for Nordland og Troms er henholdsvis 12% og 7%. På den annen side utgjør andelen kronikere 50% i Nordland og 61% i Troms, mens andelen i Østfold og Vestfold er henholdsvis 38% og 39%. Disse variasjonene kan nok til en viss grad forklares med ”behandlertetthet” og forskjeller i reiseavstand til behandler i de ulike fylkene. Det er grunn til å anta at grad av tilgjengelighet til tjenestene – med andre ord hvor raskt en praktisk sett kan komme i gang med behandlingen – har betydning for behandlerens vurdering av hvor akutt skaden/funksjonsproblemet er på behandlingstidspunktet.

Et sentralt tiltak i henvisningsprosjektet er at henvisningskravet for å få refusjon ved behandling hos kiropraktor og manuellterapeut faller bort. Vi ønsket derfor å få kartlagt andelen av pasientene som har henvisning fra lege før ordningen trer i kraft 1. september 2001. Vi ba behandlerne krysse av for om pasientene var henvist til behandling og/eller undersøkelse fra lege.

**Tabell 9.8. Andelen pasienter henvist fra lege fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 665)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 708)</b>
Henvist fra lege	31	95
Ikke henvist fra lege	68	5
Vet ikke	1	0
Totalt	100	100

Resultatene stemmer overens med resultater fra tidligere undersøkelser. Det kan spores fylkesvise variasjoner i resultatene. Blant kiropraktorpasientene er andelen med henvisning i Østfold og Vestfold henholdsvis 21% og 26%, mens den i Nordland og Troms er henholdsvis 39% og 48%. Også her ser en at variasjonen er størst mellom ”fylkesparrene” (forsøksfylke/respektivt kontrollfylke). Som vist i kommentarene til tabell 9.6. ovenfor er også Troms det fylket med den største andelen av kiropraktorpasienter som hadde vært i kontakt med allmennlege (49%, mot et gjennomsnitt på 35% for hele utvalget). Manuellterapeutpasientene har en henvisningsprosent på over 90 i alle de aktuelle fylkene.

I forlengelsen av spørsmålet stilt i tilknytning til tabell 9.6. ovenfor, ba vi behandlerne krysse av for hvilke tiltak som de visste hadde vært iverksatt av andre behandlere i løpet av de siste tre måneder for aktuell skade/funksjonsproblem. I tillegg til hvem pasienten hadde vært i kontakt med (jf. tabell 9.6.), var det i arbeidet med å kartlegge pasientbevegelsene i systemet viktig å få et bilde av hvilke behandlingstiltak som var blitt satt i verk. Det var anledning til å sette flere kryss.

**Tabell 9.9. Tiltak iverksatt av andre behandlere siste 3 måneder (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 822)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 752)</b>
Medikamentell behandling	20	35
Generell fysioterapi	8	6
Manipulasjonsterapi	2	2
Annen behandling	4	5
Rtg/ MR/ CT	6	17
Henvist videre	5	26

Svaralternativene ”vet ikke” og ”nei, ingen” var ikke ført opp på registreringsskjemaet i dette spørsmålet, noe som var alternativer i spørsmålet om hvilke andre behandlere pasientene hadde vært hos før de kom til manuellterapeut eller kiropraktor (se tabell 9.6. ovenfor). Dette kan være forklaringen på at kolonnesummene er under 100%. Tabellen viser med andre ord andelen pasienter hvor behandler *vet* hvilke tiltak som andre har satt i verk siste tre måneder. En annen usikkerhetsfaktor ved disse resultatene, er at behandler kan ha krysset av for at flere enn et tiltak er iverksatt overfor den enkelte pasient.

Resultatene for de to gruppene av pasienter gjenspeiler de øvrige resultatene i undersøkelsen. Færre kiropraktorpasienter enn manuellterapeutpasienter har vært i kontakt med annen behandler før de kommer til behandling og/eller undersøkelse (se bl.a. tabellene 9.6. og 9.8. ovenfor). Videre bør nevnes at gruppen akutt skade/funksjonsproblem er størst blant kiropraktorpasientene, mens kronikergruppen er størst blant manuellterapeutpasientene. Samtidig vil en del av kiropraktorene foreta røntgenundersøkelse selv.

Ser en på fylkesvise variasjoner, er disse relativt store på enkelte områder. Blant kiropraktorpasientene er andelen hvor det er iverksatt medikamentell behandling 14% i Nordland og 38% i Troms. Andelen hvor det er iverksatt generell fysioterapi er 5% i Østfold, mens den er 12% i Vestfold. Overfor 29% av manuellterapeutpasientene i Østfold har det blitt iverksatt medikamentell behandling, mens tallet for Vestfold er 44%. Ser en på tiltaket ”RTG/MR/CT” er dette iverksatt for 26% av manuellterapeutpasientene i Vestfold, 17% i Østfold og 10% i Hordaland.

Et sentralt tiltak i henvisningsprosjektet er at kiropraktorer og manuellterapeuter gis anledning til å sykmelde i inntil åtte uker. Et av hovedargumentene for å iverksette dette tiltaket har vært at det vil bidra til å redusere sykefraværet (jf. bl.a. Stortingsforhandlingene i forbindelse med

behandling av Dok. nr. 8: 34 (1998- 1999)). Vi ba behandlerne krysse av for om pasientene var helt sykmeldt, delvis sykmelding, hadde aktiv sykmelding, eller ikke var sykmeldt.

**Tabell 9.10. Andelen pasienter med sykmelding fordelt på behandler (% av N)**

	<b>Kiropraktor (N = 4 733)</b>	<b>Manuellterapeut (N = 1 646)</b>
Helt sykmeldt	13	22
Delvis sykmeldt	4	9
Aktiv sykmelding	1	2
Ikke sykmeldt	82	67
Totalt	100	100

Andelen sykmeldte er høyere blant manuellterapeutpasientene enn blant kiropraktorpasientene – samlet sett henholdsvis 33% og 18%. En forklaring på denne forskjellen kan være at en større andel av manuellterapeutpasientene oppgir å ha vært hos allmennlege før de kom til behandling (95% av pasientene hadde henvisning fra lege). I og med at langt flere kiropraktorpasienter enn manuellterapeutpasienter henvender seg direkte til behandler, så vil dette gi seg utslag på dette spørsmålet i registreringsundersøkelsen.

Resultatene viser fylkesvise variasjoner. 20% av manuellterapeutpasientene i Nordland og 30% i Troms var helt sykmeldt. Når det gjelder kiropraktorpasientene var andelen helt sykmeldte 13% i Østfold og 9% i Vestfold, mens den var 23% i Troms og 18% i Nordland.

Vi har analysert de to pasientgruppene (*sykmeldte* og *ikke sykmeldte*) for å se på hvilke parametre de to gruppene er reelt forskjellige (signifikante forskjeller). En tilsvarende analyse vil bli gjennomført senere i prøveperioden for å avdekke eventuelle endringer i de to pasientgruppene.

Av kiropraktorpasientene utgjør de sykmeldte 18% av hele materialet. Hvis en sammenligner denne gruppen mot de som ikke er sykmeldt, viser analysen signifikante forskjeller ( $p \leq 0.05$ ) mellom de to gruppene på flere parametre. Andelen yrkesaktive er høyere blant de sykmeldte (89% mot 70%), og skadene/funksjonsproblemene vurderes i større grad som kroniske (51% mot 39%). Periodisk skade/funksjonsproblem forekommer oftere blant de ikke sykmeldte (18% mot 6%). Skadepanoramaet viser ingen signifikante forskjeller bortsett fra skade lokalisert i skulder som oftere forekommer blant de sykmeldte (17% mot 12%). De sykmeldte har oftere henvisning fra allmennlege (64%), enn de som ikke er sykmeldt (24%), og andelen som har vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder er høyere blant de sykmeldte (73% mot 27%). De sykmeldte har også oftere vært i kontakt med fysioterapeut (23% mot 9%) og legespesialist (8% mot 3%) før de kom til kiropraktor.

Av manuellterapeutpasientene utgjør de sykmeldte 33% av hele materialet. Hvis en sammenligner denne gruppen mot de som ikke er sykmeldt, viser analysen signifikante forskjeller ( $p \leq 0.05$ ) mellom de to gruppene på flere parametre. Andelen yrkesaktive er høyere blant de sykmeldte (88% mot 54%), og skadene/funksjonsproblemene vurderes i større grad som akutte/sub-akutte (30% mot 22%). Periodisk skade/funksjonsproblem forekommer oftere blant de ikke sykmeldte (13% mot 8%). Skadepanoramaet viser ingen signifikante forskjeller bortsett fra skade lokalisert i skulder som oftere forekommer blant de sykmeldte (23% mot 18%), og hofte som oftere forekommer blant de ikke sykmeldte (13% mot 9%). De sykmeldte har oftere henvisning fra allmennlege (99%), enn de som ikke er sykmeldt (94%). Det er ingen signifikante forskjeller mellom sykmeldte og ikke sykmeldte når det gjelder kontakt med andre behandlere siste tre måneder. På den annen side er det en større andel av de sykmeldte som gjennomgår medikamentell behandling (43% mot 31%), og hvor det er iverksatt rtg/mr/ct av andre behandlere (23% mot 15%). Når det gjelder tiltak iverksatt eller utført av manuellterapeut på registreringsdagen, så er det kun tiltaket trening hvor det kan påvises signifikante forskjeller (45% for sykmeldte og 38% for ikke sykmeldte).

Vi ba kiropraktorene og manuellterapeutene krysse av for hvilke tiltak behandleren utførte overfor den enkelte pasient på registreringsdagen i forbindelse med aktuell skade/funksjonsproblem. Det var anledning til å sette flere kryss.

**Tabell 9.11. Tiltak iverksatt på registreringstidspunktet fordelt på behandler (% av N)**

	Kiropraktor (N = 4 822)	Manuellterapeut (N = 1 752)
Undersøkelse/ vurdering	83	28
Manipulasjon	89	46
Spesifikk mobilisering	15	53
Generell fysioterapi	1	11
Informasjon/ rådgivning	48	33
Trening	11	39
Bløtvevsbehandling	62	56
Annet	7	10
<u>Ber/ råder pasienten oppsøke allmennlege for:</u>		
• Sykmelding	1	1
• Henvisning til kiropraktor/ manuellterapeut	3	1
• Henvisning til spesialist/ sykehus	1	1
• Annet	1	2

Av tabellen går det fram at det er iverksatt flere en ett tiltak overfor flere av pasientene, noe som gjør at kolonnesummene blir over 100%. Ser en f.eks. på kiropraktorpasientene så er det satt iverk

både undersøkelse/vurdering og manipulasjon overfor langt de fleste av pasientene på registreringstidspunktet (henholdsvis 83% og 89% av samtlige kiropraktorpasienter).

Resultatene viser at mens det for kiropraktorpasientene er undersøkelse/vurdering (83%), manipulasjon (89%) og bløtvevsbehandling (62%) som dominerer bildet for hvilke tiltak som ble iverksatt, så er det for manuellterapeutpasientene spesifikk mobilisering (53%), bløtvevsbehandling (56%) og manipulasjon (46%) som fremstår som de vanligste behandlingsformene. Når det gjelder tiltaket "undersøkelse/vurdering" så er det fra manuellterapeutene pekt på at kiropraktorer og manuellterapeuter har oppfattet spørsmålet ulikt. I henhold til de tilbakemeldingene vi har fått, så har manuellterapeutene svart ut fra andel der førstegangsundersøkelsen er gjort på registreringstidspunktet. Det presiseres fra manuellterapeutene at alle pasientene undersøkes grundig ved en førstegangskonsultasjon, og som en test før behandling de øvrige gangene. Dette gjelder for begge behandlergruppene. Det blir hevdet at hvis spørsmålet hadde blitt forstått av alle som om undersøkelse/vurdering foretas overhodet, så burde resultatet ha vist 100% for begge behandlergruppene. Manuellterapeutene mente derfor at det ikke var grunnlag for å tillegge dette resultatet særlig vekt.

Vi har analysert materialet for å finne dokumentasjon på variasjoner i begrepsforståelsen. Med utgangspunkt i en antakelse om at manuellterapeutene med "undersøkelse/vurdering" har lagt til grunn forståelsen "førstegangsundersøkelsen" (en grundig undersøkelse i forbindelse med førstegangskonsultasjon), har vi sett på andel manuellterapeutpasienter hvor det er krysset av for tiltaket "Undersøkelse/vurdering" for henholdsvis gruppene *Ny pasient* og *Pasient til oppfølgende undersøkelse/behandling*. Analysen viser at overfor 68% av de nye manuellterapeutpasientene (pasienter som møter til førstegangskonsultasjon) er det iverksatt undersøkelse/vurdering. Andelen blant pasienter til oppfølgende undersøkelse/behandling er 18%. Tilsvarende tall for kiropraktorpasientene er henholdsvis 93% og 81%. Ulike begrepsforståelse blant manuellterapeutene kan med andre ord til en viss grad dokumenteres i de data som er samlet inn, men det er likevel "kun" 68% av pasientene som møter til førstegangskonsultasjon hvor behandler sier at de iverksetter undersøkelse/vurdering.

Av tabellen går det fram at en meget liten del av pasientene rådes av behandler til å ta kontakt med allmennlege for enten å få sykmelding, eller henvisning til kiropraktor, manuellterapeut eller spesialist. Som vi vil komme tilbake til i kapittel 10 i rapporten, har vi i spørreskjemaundersøkelsen data som skulle tyde på at andelen pasienter som kontakter

allmennlege etter å vært hos behandler er større enn det som går fram av tabell 9.11. I spørreskjemaundersøkelsen svarer bl.a. 43% av allmennlegene at de ofte kontaktes av pasienter som ønsker å få skrevet ut henvisning til kiropraktor etter at behandling har startet (se tabell 10.5.1.). Videre svarer 33 av 40 kiropraktorer (83%) at allmennlegene ofte eller alltid følger deres anbefalinger om sykmelding (se tabell 10.3.2.).

Resultatene viser relativt store fylkesvise variasjoner med hensyn til hvilke tiltak som ble satt i verk. Manipulasjon ble utført for 54% av manuellterapeutpasientene i Nordland, mens tallet for Troms var 73%. I Nordland ble det utført spesifikk mobilisering overfor 29% av manuellterapeutpasientene, mens dette i Troms gjaldt for 58%. Når det gjelder kiropraktorpasientene ser en tilsvarende variasjoner med hensyn til hvilke tiltak som ble satt i verk. Andelen pasienter som fikk utført manipulasjon var 73% i Nordland og 94% i Troms. Bløtvevsbehandling ble iverksatt overfor 52% av pasientene i Rogaland, mens tallet i Hordaland var 79%. Utført spesifikk mobilisering viser for Rogaland og Hordaland henholdsvis 4% og 22% av kiropraktorpasientene. Undersøkelsen viser et klart skille mellom kiropraktorer og manuellterapeuters arbeidsmetodikk. Kontrollert for bl.a. ulikheter i skadepanorama, viser undersøkelsen at mye tyder på at en innenfor hver av faggruppene benytter seg av ulike metoder og tiltak overfor i utgangspunktet likeartede skader eller funksjonsproblemer. Vi vil imidlertid igjen få minne om at det i noen av fylkene er snakk om et relativt begrenset antall behandlere som er med i undersøkelsen.

## **9.7 En sammenligning av resultatene fra forsøksfylke og kontrollfylke**

### **9.7.1 Innledning**

I kommentarene til tabellene ovenfor har vi vist til fylkesvise variasjoner i større eller mindre grad. Vi har i denne forbindelse foretatt sammenligninger mellom det enkelte forsøksfylke og dets respektive kontrollfylke. Hensikten med dette har vært å se på hvor like forsøksfylkene og kontrollfylkene er på de variablene som inngår i registreringsundersøkelsen. I den grad slike variasjoner foreligger med hensyn til en baseline eller statusbeskrivelse før henvisningsprosjektet trer i kraft, så vil dette være av betydning for den videre evalueringen generelt, og i sammenligningen mellom det enkelte forsøksfylke og kontrollfylke spesielt. Slik vi ser det er de påviste forskjellene mellom forsøksfylke og kontrollfylke ikke av vesentlig betydning så lenge en er klar over at forskjeller eksisterer og har gjennomført analyser som viser hva disse forskjellene består i. I analysen må en også ta med i bildet at det i undersøkelsen er snakk om relativt få behandlere i hvert fylke, og at enkelte behandlere med mange pasienter og hvor vedkommende

har konsentrert seg om visse behandlingsmetoder vil kunne gi store utslag på resultatene i undersøkelsen. Resultatene må derfor behandles med en viss varsomhet.

### **9.7.2 Manuellterapeutene**

#### *Østfold og Vestfold*

De to fylkene skårer likt på en rekke variabler: Kjønn, hovedaktivitet, andel nye pasienter, lokalisering av skade, andel med henvisning, andel sykmeldte, og andelen som har vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder. Ser en så på iverksatte tiltak av andre, får 29% av pasientene i Østfold medikamentell behandling mens tallet for Vestfold er 44%. Med ubetydelige forskjeller når det gjelder legekontakt, henvisninger og andel sykmeldte, antar vi at det her ligger et element av ulike praksis blant legene med hensyn til behandling av muskel- og skjelettsmerter. Blant tiltak iverksatt av behandleren vil vi trekke fram at det overfor 22% av pasientene i Østfold iverksettes manipulasjon, mens tallet for Vestfold er 40%. Vår analyse viser at denne forskjellen i hovedsak må skyldes ulikheter i praksis behandlerne i mellom, da forskjellene i skadepanoramaet ikke er vesentlig mellom de to fylkene.

#### *Rogaland og Hordaland*

Pasientsammensetningen med hensyn til kjønnsfordeling varierer mellom de to fylkene. Andelen menn i Rogaland utgjør 27%, mens den i Hordaland er 42%. Når det gjelder variablene hovedaktivitet, vurdering av skade, kontakt med andre behandlere, andel med henvisning og tiltak iverksatt av andre behandlere, så er forskjellene mindre. Variablene ny pasient/pasient til oppfølgende behandling og undersøkelse viser en andel nye pasienter i Rogaland på 34% og i Hordaland 12%. I Hordaland er 59% av pasientene sykmeldt, mens tallet for Rogaland er 66%. Ser en på iverksatte tiltak av behandler på registreringsdagen ble det foretatt undersøkelse/vurdering av 8% av pasientene i Rogaland, mens dette gjaldt 33% av pasientene i Hordaland. En legger her merke til at det fylket som skårer høyest med hensyn til andel nye pasienter (Rogaland; 34%), skårer laves med hensyn til tiltaket undersøkelse/vurdering. Overfor 31% av pasientene i Rogaland ble det iverksatt generell fysioterapi, mens dette gjaldt for 4% av pasientene i Hordaland. Resultatene viser også store variasjoner med hensyn til iverksetting av spesifikk mobilisering. Disse forskjellene i iverksatte tiltak kan spores i materialet, til tross for at det er små variasjoner på variabelen lokalisering av aktuell skade/funksjonsproblem.

#### *Nordland og Troms*

Vår analyse av de to fylkene viser at det på en rekke variabler er reelle forskjeller. Andelen menn i Nordland er noe høyere enn i Troms (40% og 32%), samtidig som de yrkesaktive utgjør 67% av

pasientene i Nordland og 75% i Troms. Det er ingen signifikant forskjell med hensyn til alderssammensetning i de to fylkene. Når det gjelder lokalisering av skade/funksjonsproblem er skadepanoramaet forskjellig. 6% av pasientene i Nordland har skade lokalisert til hode (20% i Troms), 47% i Nordland har skade lokalisert til rygg (Troms; 71%), mens andelen pasienter med skade/funksjonsproblem i bekken er 5% i Nordland og 17% i Troms. I Nordland blir 18% av skadene vurdert som akutt/sub-akutt, mens dette gjaldt for 30% av pasientene i Troms. Andelen med henvisning er stort sett lik i de to fylkene, samtidig som 66% av pasientene i Nordland oppgis å ha vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder, mot 78% i Troms. 52% av pasientene i Troms har en eller annen form for sykmelding, mens tallet for Nordland er 30%. Også på tiltakssiden viser undersøkelsen relativt store variasjoner mellom de to fylkene: Manipulasjon (54% i Nordland og 73% i Troms) og spesifikk mobilisering (29% i Nordland og 58% i Troms). Noe av forklaringen på disse variasjonene kan ligge i de påviste forskjellene i skadepanoramaet.

### **9.7.3 Kiropraktorene**

#### *Østfold og Vestfold*

Variablene kjønn og hovedaktivitet er tilnærmet identiske i de to fylkene, samtidig som andelen nye pasienter ligger høyere i Østfold enn i Vestfold (henholdsvis 30% og 17%). Skadepanoramaet viser små variasjoner, bortsett fra skader i bekken (23% i Østfold og 9% i Vestfold). Det er små variasjoner med hensyn til vurdering av skade (akutt, sub-akutt osv.) og når det gjelder andelen med henvisning fra lege. 9% av pasientene i Østfold hadde vært i kontakt med fysioterapeut, mens tallet for Vestfold var 16%. Dette gjenspeiles også på variabelen ”tiltak iverksatt av andre”: 5% og 12% generell fysioterapi i henholdsvis Østfold og Vestfold. Andelen sykmeldte varierer lite mellom fylkene. Når det gjelder tiltak iverksatt på registreringstidspunktet, er andelen spesifikk mobilisering 21% i Østfold og 31% i Vestfold, og andelen bløtvevsbehandling er henholdsvis 73% og 64%.

#### *Rogaland og Hordaland*

Fylkene skårer likt på en rekke variabler: Hovedaktivitet, andelen nye pasienter, vurdering av skade (akutt, sub-akutt osv), kontakt med andre behandlere, tiltak iverksatt av andre og andelen sykmeldte. Andelen med skade/funksjonsproblem lokalisert til ryggen var 81% i Rogaland og 71% i Hordaland, mens tallene for skader i bekken var henholdsvis 24% og 13%. Når det gjelder iverksatte tiltak på registreringstidspunktet, kan det spores variasjoner på enkelte områder. I Rogaland er det iverksatt spesifikk mobilisering overfor 4% av pasientene, mens tallet for Hordaland er 22%. Andelen som får utført bløtvevsbehandling er på henholdsvis 52% og 79% i de to fylkene.

### *Nordland og Troms*

Fylkene skårer likt på variablene kjønn, hovedaktivitet og andelen nye pasienter. Skadepanoramaet varierer imidlertid noe. Andelen med skade/funksjonsproblem lokalisert til rygg, var 70% i Nordland og 62% i Troms. Videre hadde 22% av pasientene i Nordland skade i bekken, mens tallet for Troms var 8%. 50% av pasientene i Nordland ble vurdert som kronikere, mot 61% i Troms. Når det gjelder henvisning fra lege, gjaldt dette 39% i Nordland og 48% i Troms. Dette gjenspeiles også på variabelen "kontakt med andre behandlere": 36% av pasientene i Nordland hadde vært i kontakt med allmennlege, mens andelen i Troms var 49%, og på variabelen "tiltak iverksatt av andre": Overfor 14% av pasientene i Nordland var det iverksatt medikamentell behandling, mens tallet for Troms var 38%. Andelen sykmeldte var høyere i Nordland enn i Troms – henholdsvis 32% og 21%. Tiltak iverksatt på registreringstidspunktet varierer mellom de to fylkene. Manipulasjon ble iverksatt overfor 73% av pasientene i Nordland og overfor 94% i Troms, mens tallene for bløtvevsbehandling var henholdsvis 34% og 80%.

### **9.8 Oppsummering av registreringsundersøkelsen**

Registreringsundersøkelsen omfatter 6 574 registreringsskjemaer fra 114 behandlere i forsøksfylkene og kontrollfylkene. Gjennom undersøkelsen har vi fått en situasjonsbeskrivelse med hensyn til pasientprofil, pasientbevegelser og tiltak iverksatt av kiropraktorer, manuellterapeuter og andre behandlere i forhold til de aktuelle pasientgruppene. Vi har i analysen lagt vekt på å få kartlagt likheter og forskjeller mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene. Dette vil være av stor betydning for de undersøkelsene som skal gjøres senere i forsøksperioden. Skal vi kunne måle eventuelle effekter av de tiltakene som følger av henvisningsprosjektet, så må vi kjenne de ulike fylkenes utgangspunkt før tiltakene ble iverksatt. Undersøkelsen har gitt oss en slik statusbeskrivelse. Vi har her presentert noen av hovedfunnene i undersøkelsen:

*Kiropraktorpasientene* har en kvinneandel på 56% og pasientgruppen har en gjennomsnittsalder på 44,1 år. Andelen yrkesaktive er 72% og 17% møter hos kiropraktor til førstegangskonsultasjon. 73% av pasientene har skade/funksjonsproblem lokalisert til rygg og 42% til nakke. 35% har vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder før møtet med kiropraktor, mens 54% har ikke vært i kontakt med annen behandler i denne perioden. Kiropraktorene vurderer skade/funksjonsproblem som akutt/sub-akutt hos 42% av pasientene, mens 42% vurderes å ha en kronisk skade. 31% av pasientene har henvisning fra lege, og 20% av pasientene er gitt medikamentell behandling. Andelen pasienter med sykmelding i en eller annen form utgjør 18%. Den dagen hvor registreringen er foretatt iverksettes undersøkelse/vurdering overfor 83% av pasientene, 89% gis

manipulasjon og 62% bløtvevsbehandling. Registreringsundersøkelsen har avdekket variasjoner på en rekke variabler mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene, noe som vil danne grunnlaget og utgangspunktet for vurdering av eventuelle effekter av tiltakene i henvisningsprosjektet innenfor hvert enkelt fylke.

*Manuellterapeutpasientene* har en kvinneandel på 62% og pasientgruppen har en gjennomsnittsalder på 47,8 år. Andelen yrkesaktive er 62% og 18% møter hos manuellterapeut til førstegangskonsultasjon. 51% av pasientene har skade/funksjonsproblem lokalisert til rygg og 51% til nakke. 72% har vært i kontakt med allmennlege siste tre måneder før møtet med manuellterapeut. Manuellterapeutene vurderer skade/funksjonsproblem som akutt/sub-akutt hos 23% av pasientene, mens 63% vurderes å ha en kronisk skade. 95% av pasientene har henvisning fra lege, og av tiltak som er iverksatt av andre behandlere er 35% av pasientene gitt medikamentell behandling. Andelen av pasientene som har sykmelding i en eller annen form er på 33%. Den dagen hvor registreringen er foretatt iverksettes spesifikk mobilisering overfor 53% av pasientene, 56% gis bløtvevsbehandling og 46% manipulasjon. Registreringsundersøkelsen har også blant manuellterapeutpasientene avdekket variasjoner på en rekke variabler mellom forsøksfylkene og de respektive kontrollfylkene, noe som vil danne grunnlag og utgangspunkt for vurdering av eventuelle effekter av tiltakene i henvisningsprosjektet innenfor hvert enkelt fylke.

Disse funnene vil danne basisen i de undersøkelsene som skal gjennomføres etter henholdsvis ett og to års prøveperiode. Dataene fra de neste undersøkelsene vil kunne gi oss en indikasjon på i hvilken grad henvisningsprosjektet og de tiltakene som følger av dette har hatt målbare effekter på de variablene som inngår i undersøkelsen. Spørsmål og problemstillinger som reiser seg og som vil vektlegges i den videre evalueringen av henvisningsprosjektet i de neste to årene vil være:

- Har tiltakene hatt betydning for kjønns- og alderssammensetningen i pasientgruppene?
- Har tiltakene hatt betydning for andelen nye pasienter som oppsøker kiropraktorer og manuellterapeuter? Vil pågangen på kiropraktorenes og manuellterapeutenes tjenester øke som følge av at bl.a. henvisningskravet bortfaller?
- Har tiltakene hatt betydning for skadepanoramaet? Er det pasienter med andre typer skade/funksjonsproblem som vil oppsøke behandlerne?
- Har tiltakene hatt betydning for andelen som har vært i kontakt med andre behandlere (med påfølgende behandling og tiltak) før de oppsøker kiropraktor og manuellterapeut? Vil tiltakene

føre til at flere oppsøker kiropraktor og manuellterapeut direkte uten å gå veien om andre behandlere?

- Har tiltakene hatt betydning for andelen pasienter med sykmelding? Vil ordningen føre til at andelen pasienter med sykmelding som oppsøker behandler reduseres, samtidig som pasienter i større grad blir sykmeldt av kiropraktor eller manuellterapeut?
- Har henvisningsprosjektet hatt betydning for hvilke tiltak kiropraktorer og manuellterapeuter iverksetter overfor pasientene? Av henvisningsprosjektet følger utvidede rettigheter for behandlerne (rett til å sykmelde, rett til å henvise til spesialist, rett til å rekvirere fysikalsk behandling og radiologisk undersøkelse). I hvilken grad vil behandlerne benytte seg av disse rettighetene som et tillegg til den kliniske eller behandlingsmessige delen av virksomheten?

## **10 Resultater fra forundersøkelse til delutredning 2: ”Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet”. Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen**

### **10.1 Utvalg og svar**

Hensikten med spørreskjemaundersøkelsen var å kartlegge samarbeidsrelasjoner mellom aktuelle faggrupper og holdninger til de tiltak som omfattes av henvisningsprosjektet før ordningen trådte i kraft 1. september 2001. Når det gjelder prosessen med å utarbeide spørreskjemaet, viser vi til punkt 6.2. i rapporten. Spørreskjemaundersøkelsen omfattet samtlige manuellterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og legespesialister i forsøksfylkene og kontrollfylkene. Spørreskjemaene ble sendt ut i henhold til adresselister vi hadde fått tilsendt fra Den norske Legeforening, Norsk Kiropraktorforbund og Norske Fysioterapeuters Forbund – faggruppe for manuellterapi. Spørreskjemaene ble sendt ut den 21. august, og adressatene ble bedt om å fylle ut skjemaet innen 1. september. Ferdig utfylte skjemaer skulle returneres til SINTEF i vedlagt, ferdigfrankert svarconvolutt. Det ble sendt ut 1 665 spørreskjemaer som fordelte seg slik på fylker og faggrupper:

**Tabell 10.1. Bruttoutvalg – spørreskjemaundersøkelsen. Antall behandlere fordelt på faggruppe og fylke**

	<b>Kiropraktorer</b>	<b>Manuellterapeuter</b>	<b>Allmennleger</b>	<b>Legespesialister*</b>
Vestfold	16	16	169	30
Østfold	18	15	197	36
Hordaland	26	11	301	68
Rogaland	22	4	277	41
Nordland	12	12	197	17

Troms	6	12	130	32
<b>Sum forsøk</b>	54	39	667	115
<b>Sum kontroll</b>	46	31	604	109
<b>Totalt</b>	100	70	1.271	224

\* Legespesialister omfatter fagområdene nevrologi, fysikalsk medisin, revmatologi og ortopedi.

I tabellen fremkommer hva som er bruttoutvalget i henholdsvis forsøksfylke og kontrollfylke. Bruttoutvalget utgjør hele populasjonen i og med at samtlige kiropraktorer, manuellterapeuter, allmennleger og legespesialister omfattes av undersøkelsen. Vi utarbeidet åtte ulike spørreskjemaer hvor vi har skilt mellom de fire faggruppene, samt gjort et skille mellom forsøksfylke og kontrollfylke innenfor hver av faggruppene. I spørreskjemaene benyttet vi i hovedsak en form hvor informantene ble bedt om å ta stilling til utsagn. Flere av temaene var gjennomgående for alle faggruppene både i forsøksfylkene og kontrollfylkene, og noen temaer var spesifikke for hver av gruppene. Utsagnene er utarbeidet på bakgrunn av intervjuer med fagfolk, definerte mål for henvisningsprosjektet, forskriftene, høringsuttalelsene og diskusjoner som har foregått i media. Spørreskjemaene følger som vedlegg.

Svarfristen for undersøkelsen ble satt til 1. september 2001 – datoen for igangsetting av henvisningsprosjektet. Vi stilte som krav til informantene at skjemaet skulle være utfylt før ordningen trådte i kraft. Skjemaene ble registrert fortløpende etterhvert som vi mottok dem. Siste registreringsdato var mandag 10. september. Svarprosent er vist i tabell 10.2.

**Tabell 10.2. Svar fordelt på faggruppe og fylke. Antall svar og % av N**

	Kiropraktorer		Manuellterapeuter		Allmennleger		Legespesialister	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vestfold	8	50	15	94	52	31	20	67
Østfold	12	67	8	53	79	40	13	36
Hordaland	21	81	9	82	96	32	31	46
Rogaland	15	68	4	100	105	38	21	51
Nordland	10	83	10	83	57	29	6	35
Troms	4	67	8	67	54	42	11	34
<b>Sum forsøk</b>	39	72	34	87	205	31	57	50
<b>Sum kontroll</b>	31	67	20	65	238	39	26	24
<b>Totalt</b>	70	70	54	77	443	35	83	37

Under hver av behandlergruppene har vi oppgitt antall svar (venstre kolonne) og svar i prosent av bruttoutvalget (høyre kolonne). Tabellen viser at det i enkelte av rubrikkene er et relativt lite antall svar, f.eks. antallet kiropraktorer i Troms (4), manuellterapeuter i Rogaland (4) og legespesialister i Nordland (6). Med en såvidt liten *N*, så vil enkeltbehandleres svar gi store prosentvise utslag i

sammenligning av fylkesvise resultater for hver faggruppe. Vi har derfor i presentasjonen i hovedsak holdt oss til forsøksfylkene og kontrollfylkene som analyseenheter, og vurdert deres svar innenfor hver av faggruppene. I presentasjonen av resultatene fra registreringsundersøkelsen, viste analysen at det kunne påvises forskjeller mellom svarene fra enkelte forsøksfylker og deres respektive kontrollfylker. I denne delen av rapporten har vi imidlertid som nevnt tonet ned de fylkesvise variasjonene da resultatene er beheftet med en ikke ubetydelig grad av usikkerhet.

Tabellen viser en høy svarprosent blant kiropraktorer og manuellterapeuter, og en svarprosent blant allmennleger og legespesialister som ligger lavere enn det vi hadde ønsket. Når eksempelvis 65% av allmennlegene ikke har svart, så vil det være knyttet en større grad av usikkerhet ved resultatene. Med utgangspunkt i den lave svarprosenten vurderte vi å gjennomføre en purrerunde, som eventuelt måtte omfatte hele utvalget i og med at vi ut fra de innsendte spørreskjemaene ikke kunne identifisere hvem som hadde svart. Etter en nærmere vurdering valgte vi ikke å purre på spørreskjemaene. Et sentralt argument var at ved en purring så ville skjemaer med dette bli besvart etter at henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september, noe vi mente ville kunne få innvirkning på de svarene som ble gitt.

I de tabellene hvor vi har presentert resultatene fra undersøkelsen blant kiropraktorer, manuellterapeuter eller legespesialister, opererer vi med enheten "antall svar". Informantene fra disse faggruppene er såvidt få, at denne presentasjonsformen gir et riktigere bilde av svarfordelingen. Når det gjelder allmennlegene er antallet informanter av en slik størrelse (i overkant av 400 for forsøksfylkene og kontrollfylkene samlet) at vi har valgt å oppgi svarfordelingen i prosent. I noen av tabellene presenteres resultatene fra alle de fire faggruppene i en og samme tabell. I disse tabellene har vi benyttet prosent som enhet i presentasjonen.

Datamaterialet i spørreskjemaundersøkelsen er signifikanstestet (Kji-kvadrat). Kji-kvadrat er benyttet for å teste sammenhenger mellom svarene mellom forskjellige uavhengige variabler og faggruppene på den ene siden, og forsøks-/ kontrollfylkene innenfor hver faggruppe på den andre. Vi har valgt et signifikansnivå på 0,05 ( $p \leq 0.05$ ), som gjør at vi med 95% sikkerhet kan si at påviste forskjeller i datamaterialet ikke er tilfeldig.

I tabellene opererer vi med en gjennomsnittsverdi beregnet ut fra samtlige svar på det enkelte spørsmål eller utsagn. Innenfor hvert av spørsmålene eller utsagnene har vi gjennomført en kji-kvadrattest og en t- test for å avdekke eventuelle statistisk signifikante sammenhenger i svarene

fra forsøksfylkene og kontrollfylkene. Med en *kji-kvadrattest* settes søkelyset på svarfordeling, mens vi med en *t-test* fokuserer på sammenligning av gjennomsnittsverdier. Det er her grunn til å gjøre oppmerksom på at det ikke uten videre er noen direkte sammenheng mellom differansen mellom to gjennomsnittsverdier, og om sammenhengen er signifikant. Graden av signifikans er avhengig av både antall i utvalget og spredningen (eller variansen) i svarene innenfor hver av informantgruppene. Med andre ord kan stor differanse i gjennomsnittsverdi ikke gi noen signifikant sammenheng hvor det er stor spredning i svarene (stor heterogenitet), eller veldig få individer i en eller begge informantgruppene. Samtidig som en relativ liten differanse i gjennomsnittsverdi kan gi en signifikant sammenheng hvis spredningen er veldig liten (dvs. at gruppene er relativt homogene) eller antall individer er veldig stort. Det er viktig å ha disse momentene med seg når en skal lese resultatene som presenteres i rapporten.

I den spørreskjemaundersøkelsen som her er gjennomført har vi satt søkelyset på å danne oss et bilde av samarbeidet mellom manuellterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og legespesialister – både med hensyn til innholdet i og en generell vurdering av kvaliteten på dette samarbeidet. Videre har vi bedt informantene beskrive hvordan de stiller seg til de tiltakene som ligger implisitt i henvisningsprosjektet (kartlegging av holdninger), samt beskrive hva de tror vil bli resultatet av disse tiltakene. Undersøkelsen kan på denne bakgrunn sees på som en temperaturmåling eller en situasjonsbeskrivelse før henvisningsprosjektet trer i kraft. I en slik undersøkelse som forsøker å fange opp synspunkter, vurderinger og holdninger vil analysen i hovedsak være knyttet til å fange opp trender og tendenser som et utgangspunkt for de undersøkelsen som skal gjøres senere i forsøksperioden. Vi har derfor i liten grad konsentrert presentasjonen om de marginale variasjonene i materialet, men har i større grad satt søkelyset på de hovedtrekkene en kan lese ut av resultatene fra undersøkelsen.

## **10.2 Samarbeid mellom faggruppene**

Denne delen av spørreskjemaundersøkelsen ble presentert i form av utsagn som informantene ble bedt om å ta stilling til. Utsagnene ble utarbeidet på bakgrunn av intervjuer med et utvalg fagpersoner på et tidlig tidspunkt i prosjektperioden. Et utkast til spørreskjema ble sendt ut til en kiropraktor, en manuellterapeut og en allmennlege for kommentarer og justeringer. Dette ble så innarbeidet i spørreskjemaet. For at vi skulle få et bilde av situasjonen før henvisningsprosjektet trådte i kraft, skulle informantene beskrive type og omfang av samarbeid mellom de ulike faggruppene. Hensikten var å skaffe et utgangspunkt for å kunne påvise eventuelle endringer i samarbeidskonstellasjonene som en følge av tiltakene i henvisningsprosjektet. Informantene skulle krysse av på en femdelt skala fra 1 (aldri) til 5 (ofte/alltid) i hvilken grad de

samarbeidsformene vi hadde skissert forekom i den enkelte behandlers praksis. I kommentarene til tabellene har vi tatt utgangspunkt i svarene fra forsøksfylkene som gruppe og tatt med kontrollfylkene i den grad den kan spores signifikante forskjeller i svarene.

**Tabell 10.3.1. Kiropraktorenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 40 i forsøksfylkene og 31 i kontrollfylkene**

		Aldri				Ofte	Gj.
		1	2	3	4	5	snitt
Jeg kontakter allmennlege (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	1	15	13	6	5	2,98
	Kontrollfylke	2	10	10	5	4	2,97
Allmennlege kontakter meg (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	4	20	12	3	1	2,42
	Kontrollfylke	7	12	10	1	1	2,26
Jeg kontakter legespesialist (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	10	22	8	0	0	1,95
	Kontrollfylke	11	14	4	1	1	1,94
Jeg kontakter radiolog (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	0	15	13	8	4	3,03
	Kontrollfylke	6	7	9	6	3	2,77

I tabellen har vi ført opp antallet svar innenfor de ulike svaralternativene, samt en gjennomsnittsverdi. Tabellen viser at det er relativt stor spredning i svarene noe som kan tyde på at kiropraktorene har ulik praksis og erfaring med hensyn til samarbeidet med allmennleger, legespesialister og radiologer. Gjennomsnittsverdiene varierer noe mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene, men forskjellene er ikke signifikante (t- test). Kontakten med allmennlege ligger omtrent på middelverdien (verdi 3), samtidig som 16 av 40 kiropraktorer (40%) svarer at de aldri (verdi 1) eller sjelden (verdi 2) kontakter allmennlege (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient. Allmennlegens kontakt med kiropraktor forekommer noe sjeldnere enn kontakt den andre veien. Når det gjelder kontakt med legespesialist, svarer 32 kiropraktorer (80%) at dette forekommer sjelden eller aldri.

**Tabell 10.3.2. Kiropraktorenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 40 i forsøksfylkene og 31 i kontrollfylkene**

		Aldri				Alltid	Gj. snitt
		1	2	3	4	5	
Jeg sender epikrise til allmennlegen som har henvist pasienten	Forsøksfylke	0	15	10	9	6	3,15
	Kontrollfylke	1	9	8	4	9	3,35
Jeg sender annen informasjon enn epikrise til allmennlegen som har henvist pasienten	Forsøksfylke	5	21	9	5	0	2,35
	Kontrollfylke	4	10	8	8	1	2,74
Mine anbefalinger om sykmelding følges av legen	Forsøksfylke	0	1	5	25	8	4,03
	Kontrollfylke	2	3	3	13	10	3,84
Jeg synes kvaliteten på henvisningene fra allmennlegene er god	Forsøksfylke	0	13	24	3	0	2,75
	Kontrollfylke	1	13	14	3	0	2,61

Forskjellene i gjennomsnittsverdier mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene er ikke signifikante (t- test). Ser en materialet samlet sender 15 av 40 kiropraktorer (38%) epikrise til allmennlege ofte (verdi 4) eller alltid (verdi 5). For de øvrige forekommer dette i større eller mindre grad. Når det gjelder oversendelse av annen informasjon, skjer dette sjeldnere: 26 av 40 kiropraktorer (65%) sender denne typen informasjon sjelden (verdi 2) eller aldri (verdi 1). Kiropraktorene svarer at deres anbefalinger om sykmelding følges i stor grad, noe som er i tråd med det allmennlegene svarer (se tabell 10.5.1). Erfaringene med kvaliteten på henvisningene varierer, og gjennomsnittsverdien ligger lavere enn middelveiden på skalaen.

**Tabell 10.4.1. Manuellterapeutenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 34 i forsøksfylkene og 19 i kontrollfylkene**

		Aldri				Ofte	Gj. snitt
		1	2	3	4	5	
Jeg kontakter allmennlege (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	0	5	14	8	7	3,50
	Kontrollfylke	0	1	5	4	9	4,11
Allmennlege kontakter meg (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	2	20	7	3	2	2,50
	Kontrollfylke	2	6	6	1	4	2,95
Jeg kontakter legespesialist (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	6	17	9	1	1	2,24
	Kontrollfylke	3	10	4	1	1	2,32
Jeg kontakter radiolog (muntlig eller skriftlig) vedrørende undersøkelse eller behandling av pasient	Forsøksfylke	11	15	6	2	0	1,97
	Kontrollfylke	7	10	1	1	0	1,79

Forskjellene i gjennomsnittsverdiene mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene samlet er ikke signifikante. Generelt er det oftere kontakt mellom manuellterapeut og allmennlege enn mellom

kiropraktor og allmennlege, men svarene viser stor spredning. Som vist i forbindelse med registreringsundersøkelsen, så er også andelen pasienter med henvisning fra lege betydelige høyere blant manuellterapeutpasientene enn kiropraktorpasientene. Som for kiropraktorene, har manuellterapeutene lite kontakt med legespesialister (67% sjelden eller aldri) og radiologer (76% sjelden eller aldri).

**Tabell 10.4.2. Manuellterapeutenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 34 i forsøksfylkene og 19 i kontrollfylkene**

		Aldri				Alltid	Gj. snitt
		1	2	3	4	5	
Jeg sender epikrise til allmennlegen som har henvist pasienten	Forsøksfylke	0	3	11	11	9	3,76
	Kontrollfylke	0	1	5	8	5	3,89
Jeg sender annen informasjon enn epikrise til allmennlegen som har henvist pasienten	Forsøksfylke	2	11	11	9	1	2,88
	Kontrollfylke	1	8	6	2	1	2,67
Mine anbefalinger om sykmelding følges av legen	Forsøksfylke	1	0	7	14	12	4,06
	Kontrollfylke	0	1	0	3	15	4,68
Jeg synes kvaliteten på henvisningene fra allmennlegene er god	Forsøksfylke	0	17	13	4	0	2,62
	Kontrollfylke	0	4	10	5	0	3,05

Forskjellene mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene er samlet sett ikke signifikante bortsett fra i utsagnet ”Mine anbefalinger om sykmelding følges av legen” (markert med grått i tabellen): 95% av manuellterapeutene i kontrollfylkene svarer ofte (verdi 4) eller alltid (verdi 5), mot 76% i forsøksfylkene ( $p=0,01$ ). Generelt sett sender manuellterapeutene oftere epikrise til allmennlegene enn kiropraktorene, men sender noe sjeldnere annen informasjon. Andelen av pasienter med henvisning er høyere hos manuellterapeutene enn kiropraktorene, noe som gir seg utslag på den skalaen vi opererer med. Allmennlegene følger i like stor grad anbefalingene om sykmelding fra manuellterapeutene som fra kiropraktorene. Erfaringene med kvaliteten på henvisningene varierer, men gjennomsnittsverdien ligger, som for kiropraktorene, lavere enn middelveien på skalaen.

**Tabell 10.5.1. Allmennlegenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper (% av N og gjennomsnittsverdi). N = 205 i forsøksfylkene og 235 i kontrollfylkene**

		Aldri				Alltid		Ingen erfaring	Gj. snitt
		1	2	3	4	5			
Jeg kontakter kiropraktor (muntlig eller skriftlig) før jeg henviser pasienter til undersøkelse/ behandling hos kiropraktor	Forsøksfylke	60	23	7	3	4	4	1,64	
	Kontrollfylke	62	21	5	4	6	6	1,70	
Jeg kontakter manuellterapeut (muntlig eller skriftlig) før jeg henviser pasienter til undersøkelse/ behandling hos manuellterap.	Forsøksfylke	48	24	8	3	5	5	1,77	
	Kontrollfylke	49	23	8	5	9	9	1,96	
Jeg mottar epikrise fra kiropraktor for pasienter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	33	36	15	9	3	3	2,10	
	Kontrollfylke	26	29	23	16	5	5	2,44	
Jeg mottar epikrise fra manuellterapeut for pasienter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	14	22	22	19	11	11	2,90	
	Kontrollfylke	12	23	18	24	16	16	3,11	
Jeg mottar annen informasjon enn epikriser fra kiropraktorer for pasienter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	41	31	11	3	0	0	1,73	
	Kontrollfylke	34	29	21	6	1	1	2,04	
Jeg mottar annen informasjon enn epikriser fra manuellterapeuter for pasienter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	51	33	10	1	1	1	1,61	
	Kontrollfylke	52	32	10	2	1	1	1,61	
Jeg kontakter kiropraktor (muntlig eller skriftlig) før jeg henviser pasienter til undersøkelse/behandling hos legespesialist	Forsøksfylke	73	20	3	1	0	0	1,27	
	Kontrollfylke	73	16	6	1	1	1	1,34	
Jeg kontakter manuellterapeut (muntlig eller skriftlig) før jeg henviser pasienter til undersøkelse/behandling hos legespesialist	Forsøksfylke	57	22	8	1	0	0	1,46	
	Kontrollfylke	57	23	11	3	1	1	1,57	
Jeg følger anbefalinger fra kiropraktor om sykmelding av pasienter de har behandlet	Forsøksfylke	4	6	20	41	16	16	3,69	
	Kontrollfylke	2	10	24	38	18	18	3,66	
Jeg følger anbefalinger fra manuellterapeut om sykmelding av pasienter de har behandlet	Forsøksfylke	4	6	13	40	19	19	3,78	
	Kontrollfylke	2	7	19	39	19	19	3,77	
Kvaliteten på epikriser og annen informasjon jeg får fra kiropraktorer er god	Forsøksfylke	13	15	25	20	4	4	2,83	

	Kontrollfylke	11	13	28	22	4	4	2,95
Kvaliteten på epikriser og annen informasjon jeg får fra manuellterapeuter er god	Forsøksfylke	7	12	20	33	6	6	3,25
	Kontrollfylke	3	12	26	29	11	11	3,41
Jeg har gode erfaringer med den behandlingen henviste pasienter får hos kiropraktor	Forsøksfylke	2	13	44	32	5	5	3,27
	Kontrollfylke	1	11	44	35	4	4	3,32
Jeg har gode erfaringer med den behandlingen henviste pasienter får hos manuellterapeut	Forsøksfylke	2	5	26	45	8	8	3,61
	Kontrollfylke	1	7	27	44	9	9	3,61

I tabellen har vi ført opp svarfordeling i prosent for de ulike svaralternativene, samt en gjennomsnittsverdi langs skalaen 1 – 5. Gjennomsnittsverdien er her beregnet i forhold til de allmennlegene som har erfaring (Ingen erfaring og ikke svart = missing). Forskjellene i svar fra forsøksfylkene og kontrollfylkene er ikke signifikante bortsett fra i utsagnene om at allmennlegen mottar epikrise ( $p= 0,02$ ) og annen informasjon fra kiropraktor ( $p= 0,02$ ), og når det gjelder vurdering av kvaliteten på epikriser og annen informasjon fra manuellterapeut ( $p= 0,05$ ). I alle disse tre utsagnene er gjennomsnittsverdien lavere i forsøksfylkene enn i kontrollfylkene, med andre ord at samarbeidet forekommer sjeldnere. Til tross for at analysen viser signifikante sammenhenger i enkelte utsagn, vil det være et spørsmål om de påviste forskjellene i gjennomsnittsverdiene reelt sett har noen betydning i tolkningen av resultatene. For forståelsen av hovedtrekkene i tabellen, mener vi dette er av mindre betydning.

For allmennlegene er det signifikante forskjeller i svarene fra forsøksfylke og respektivt kontrollfylke, forskjeller som i hovedsak gjelder Nordland og Troms. Allmennlegene i Nordland mottar sjeldnere både epikrise fra kiropraktor og annen informasjon enn epikrise fra manuellterapeuter for henviste pasienter enn i Troms. Dette er et trekk ved forskjellene mellom de to fylkene på en rekke spørsmål i denne delen av undersøkelsen som omhandler allmennlegenes samarbeid med andre faggrupper. Allmennlegene i Nordland har i forhold til Troms sjeldnere kontakt med kiropraktor og manuellterapeut, de følger sjeldnere anbefalinger om sykmelding, de er mindre fornøyd med epikriser og annen informasjon de mottar fra kiropraktor og manuellterapeut, og de har mindre gode erfaringer med den behandlingen pasientene får hos kiropraktor.

Generelt sett har allmennlegene sjelden eller aldri kontakt med kiropraktor og manuellterapeut før henvisning til undersøkelse og behandling. Dette stemmer i hovedsak overens med resultatene fra undersøkelsen blant kiropraktorer og manuellterapeuter. Det samme gjelder spørsmålet om allmennlegenes kontakt med behandlerne før henvisning til legespesialist. Når det gjelder

oversendelse av epikrise fra behandler til allmennlege, forekommer dette oftere for manuellterapeuter enn kiropraktorer. Dette er i tråd med resultatene i tabell 10.3.2. og 10.4.2. Dette skyldes nok at andelen pasienter med henvisning er betydelig større blant manuellterapeutpasientene. Når det gjelder annen informasjon enn epikriser, svarer 72% av legene at dette skjer sjelden eller aldri i forhold til kiropraktorene og 84% at dette skjer sjelden eller aldri i forhold til manuellterapeutene. På spørsmål om legene følger kiropraktorenes og manuellterapeutenes anbefalinger om sykmelding, har 77% av legene krysset av for verdien 3 eller høyere i forhold til kiropraktorene og 72% i forhold til manuellterapeutene. Henholdsvis 16% og 19% av legene svarer at de alltid følger disse anbefalingene. Dette er i tråd med svarene gitt av kiropraktorene og manuellterapeutene ovenfor.

Allmennlegene har ulik erfaring med hensyn til kvaliteten på epikriser og annen informasjon de får fra kiropraktorer og manuellterapeuter, og svarene fordeler seg relativt jevnt omkring middelveidien 3. Blant legene svarer 28% at kvaliteten på denne informasjonen fra kiropraktorene sjelden eller aldri er god. Når det gjelder erfaringene med den behandlingen henviste pasienter får, ligger gjennomsnittsverdiene på 3,27 for kiropraktorene og 3,61 for manuellterapeutene – med andre ord noe høyere enn middelveidien.

**Tabell 10.5.2 Allmennlegenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper (% av N og gjennomsnittsverdi). N = 205 i forsøksfylkene og 235 i kontrollfylkene**

		Aldri				Ofte 5	Ingen erfaring	Gj. snitt
		1	2	3	4			
Jeg henviser pasienter med skade/ funksjonsproblem i muskel/ skjelettsystemet til behandling hos kiropraktor	Forsøksfylke	7	32	35	15	10	1	2,87
	Kontrollfylke	8	32	40	9	9	1	2,79
Jeg henviser pasienter med skade/ funksjonsproblem i muskel/ skjelettsystemet til behandling hos manuellterapeut	Forsøksfylke	5	28	26	23	7	11	2,99
	Kontrollfylke	6	27	30	22	8	6	2,98
Jeg kontaktes av pasienter som ønsker å få skrevet ut henvisning til kiropraktor etter at behandling hos kiropraktor har startet	Forsøksfylke	2	24	31	25	18	1	3,34
	Kontrollfylke	2	17	32	29	20	1	3,50
Jeg kontaktes av pasienter som ønsker å få skrevet ut henvisning til manuellterapeut etter at behandling hos manuellterapeut har startet	Forsøksfylke	26	33	17	10	4	11	2,26
	Kontrollfylke	25	36	17	9	4	9	2,25
Jeg skriver henvisning til kiropraktor etter at behandling hos kiropraktor har startet	Forsøksfylke	7	25	32	19	16	1	3,13
	Kontrollfylke	8	31	31	17	12	1	2,94
Jeg skriver henvisning til manuellterapeut etter at behandling hos manuellterapeut har startet	Forsøksfylke	20	24	21	13	6	16	2,56

	Kontrollfylke	19	36	16	8	7	14	2,39
Jeg har pasienter som ønsker å rådføre seg med meg før de går til kiropraktor for behandling	Forsøksfylke	1	10	32	34	21	2	3,66
	Kontrollfylke	2	6	39	34	18	1	3,59
Jeg har pasienter som ønsker å rådføre seg med meg før de går til manuellterapeut for behandling	Forsøksfylke	7	20	23	20	15	14	3,19
	Kontrollfylke	9	20	25	22	13	10	3,11

Forskjellene mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene er ikke signifikante bortsett fra når det gjelder utsagnet om at allmennlegen skriver henvisning til manuellterapeut etter at behandling hos manuellterapeut har startet ( $p= 0,03$ ). Dette forekommer oftere i forsøksfylkene enn i kontrollfylkene (høyere gjennomsnittsverdi). Til tross for en påvist signifikant sammenheng, kan en imidlertid stille seg spørsmålet om en differanse i gjennomsnittsverdi på 0,17 reelt sett har noen betydning i denne sammenheng.

Blant allmennlegene generelt svarer 39% at de sjelden (verdi 2) eller aldri (verdi 1) henviser pasienter til kiropraktor og 33% henviser sjelden eller aldri til manuellterapeut. Når det gjelder i hvilken grad legene blir kontaktet av pasienter som ønsker å få skrevet ut henvisning etter at behandling har startet, er det forskjeller alt ettersom man snakker om manuellterapeuter eller kiropraktorer. I forhold til kiropraktorene svarer 26% av legene at de sjelden eller aldri blir kontaktet, og i forhold til manuellterapeutene svarer 59% av legene at de sjelden eller aldri får slike henvendelser. Dette resultatet gjenspeiles også i spørsmålet om legene skriver ut slike henvisninger: 32% gjør dette sjelden eller aldri for kiropraktorpasienter, mens tallene for manuellterapeutpasientene er 44%. På spørsmålet om i hvilken grad pasienter rådfører seg med allmennlege før de går til behandling hos kiropraktor eller manuellterapeut, forekommer dette oftere for førstnevnte pasientgruppe. 55% av legene har her krysset av for verdi 4 eller 5 (ofte), mot 35% i forhold til de pasientene som skal til manuellterapeut.

**Tabell 10.6. Legespesialistenes beskrivelse av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 61 i forsøksfylkene og 45 i kontrollfylkene**

		Aldri					Alltid	Ingen erfaring	Gj. snitt
		1	2	3	4	5			
Jeg kontakter kiropraktor (muntlig eller skriftlig) før jeg henviser pasienter til undersøkelse/ behandling hos kiropraktor	Forsøksfylke	17	4	1	0	2	37	1,58	
	Kontrollfylke	18	2	2	1	1	21	1,54	
Jeg kontakter manuellterapeut (muntlig eller skriftlig) før jeg henviser pasienter til undersøkelse/ behandling hos manuellter.	Forsøksfylke	18	7	2	2	5	27	2,09	
	Kontrollfylke	15	8	5	1	1	15	1,83	
Jeg mottar epikrise fra kiropraktorer for pasienter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	13	6	1	1	3	34	1,96	
	Kontrollfylke	12	2	1	2	2	26	1,95	
Jeg mottar epikrise fra manuellterapeuter for pasienter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	10	8	5	6	4	25	2,58	
	Kontrollfylke	8	8	7	2	3	17	2,43	
Jeg mottar annen informasjon enn epikriser fra kiropraktorer jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	23	8	1	0	0	26	1,31	
	Kontrollfylke	14	11	2	1	0	16	1,64	
Jeg mottar annen informasjon enn epikriser fra manuellterapeuter jeg har henvist til behandling	Forsøksfylke	22	4	0	0	0	32	1,15	
	Kontrollfylke	14	4	2	1	0	23	1,52	
Jeg følger anbefalinger fra kiropraktorer om sykmelding av pasienter de har til behandling	Forsøksfylke	9	1	3	3	0	42	2,00	
	Kontrollfylke	10	1	0	1	0	33	1,33	
Jeg følger anbefalinger fra manuellterapeuter om sykmelding av pasienter de har til behandling	Forsøksfylke	6	2	5	6	1	38	2,70	
	Kontrollfylke	7	4	1	2	0	31	1,86	
Kvaliteten på epikriser og annen informasjon jeg får fra kiropraktorer er god	Forsøksfylke	4	6	5	3	1	39	2,53	
	Kontrollfylke	2	6	5	1	1	30	2,53	

Kvaliteten på epikriser og annen informasjon jeg får fra manuellterapeuter er god	Forsøksfylke	3	7	7	10	1	30	2,96
	Kontrollfylke	2	4	9	4	1	25	2,90
Jeg har gode erfaringer med den behandlingen pasienter får hos kiropraktor	Forsøksfylke	1	7	16	7	0	27	2,94
	Kontrollfylke	2	9	18	2	0	14	2,65
Jeg har gode erfaringer med den behandlingen pasienter får hos manuellterapeut	Forsøksfylke	3	1	19	12	1	22	3,19
	Kontrollfylke	3	3	17	4	2	16	2,97

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de legespesialistene som har erfaring (Ingen erfaring og ikke svart = missing). Resultatene i tabell 10.6. viser at mange av spørsmålene eller utsagnene ikke har vært relevante for legespesialistene. Andelen ”ingen erfaring” er relativt stor på alle spørsmålene, og spenner fra 38% (”Jeg har gode erfaringer med den behandlingen pasienter får hos manuellterapeut”) til 72% (”Jeg følger anbefalinger fra kiropraktor om sykmelding av pasienter de har til behandling”). Ser en så på de legespesialistene som har erfaring med de utsagnene som er presentert i skjemaet, så er det på flere områder en relativt stor andel som har krysset av for svaralternativet ”aldri” (verdi 1). Til utsagnene om kontakt med kiropraktor eller manuellterapeut før henvisning, svarer 71% at de aldri kontakter kiropraktor og 53% at de aldri tar kontakt med manuellterapeut. Med hensyn til manuellterapeutene er det imidlertid en viss spredning i svarene. Gjennomsnittsverdien er 2,09 og 7 spesialister (21%) har krysset av for at de kontakter manuellterapeut ofte eller alltid (verdi 4 og 5).

Blant legespesialistene svarer 54% at de aldri mottar epikrise fra kiropraktor for henviste pasienter. Når det gjelder å motta epikriser fra manuellterapeutene, svarer 10 spesialister (30%) at dette skjer ofte eller alltid (verdi 4 og 5). Legespesialistene opplever i liten grad å motta annen informasjon fra kiropraktorer (aldri; 72%) og manuellterapeuter (aldri; 85%).

Utsagnene om at en følger anbefalinger fra kiropraktorer og manuellterapeuter om sykmelding er der hvor andelen ”Ingen erfaring” er størst, henholdsvis 72% og 66%. Blant de spesialistene som har erfaring, svarer 56% at de aldri følger slike anbefalinger fra kiropraktorer. I forhold til manuellterapeuter er det en noe større spredning i svarene, med en gjennomsnittsverdi på 2,70. Legespesialistene i Rogaland følger sjeldnere anbefalingene om sykmelding fra manuellterapeutene, enn legespesialistene i Hordaland (forskjellen er signifikant).

Kvaliteten på epikriser og annen informasjon fra kiropraktorene vurderes sjelden (verdi 2) eller aldri (verdi 1) som god av 53% av spesialistene. Når det gjelder informasjonen fra manuellterapeutene vurderes denne ofte (verdi 4) eller alltid (verdi 5) som god av 39% av

legespesialistene. Legespesialistenes erfaringer med den behandlingen pasientene får hos kiropraktor og manuellterapeut varierer, men de fleste spesialistene har krysset av på middelveidien 3. 36% av legene svarer at de ofte eller alltid har god erfaring med behandlingen hos manuellterapeutene.

Vi ba faggruppene gi en generell vurdering av kvaliteten på det samarbeidet de hadde før henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september 2001. Begrepet kvalitet ble ikke nærmere spesifisert da vi i denne sammenheng var ute etter å få dannet oss et meget generelt bilde av hvordan faggruppene beskriver samarbeidet.

**Tabell 10.7. Kiropraktorenes vurdering av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 40 i forsøksfylkene og 31 i kontrollfylkene**

	Meget bra 1	Bra 2	Mindre bra 3	Dårlig 4	Har ikke noe samarbeid	Gj. snitt
Manuellterapeuter i forsøksfylkene	0	1	2	0	37	2,67
Manuellterapeuter i kontrollfylkene	0	2	2	3	24	3,14
Allmennleger i forsøksfylkene	1	21	14	2	0	2,48
Allmennleger i kontrollfylkene	2	17	10	2	0	2,39
Legespesialister i forsøksfylkene	0	10	10	4	16	2,75
Legespesialister i kontrollfylkene	3	7	3	8	10	2,76
Radiologer i forsøksfylkene	16	20	0	2	2	1,68
Radiologer i kontrollfylkene	12	10	3	2	4	1,81
Fysioterapeuter (ikke manuelt.) i forsøksf.	6	22	7	1	4	2,08
Fysioterapeuter (ikke manuelt.) i kontrollf	5	15	5	2	4	2,15

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de kiropraktorer som har et samarbeid med de ulike faggruppene (ikke noe form for samarbeid og ikke svart = missing). Det er visse variasjoner i gjennomsnittsverdiene mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene, men de er såvidt beskjedne at de ikke bør tillegges avgjørende vekt. Samlet sett viser resultatene at manuellterapeuten ikke er en naturlige samarbeidspartner for kiropraktoren. Det er videre en relativt stor andel som oppgir at de ikke har noe form for samarbeid med legespesialister (37 av 40 kiropraktorer). 55% av kiropraktorene vurderer samarbeidet med allmennlegene som meget bra eller bra. Samarbeidet med legespesialister varierer både med hensyn til om en har noe samarbeid, og hvor godt en vurderer dette samarbeidet. Når det gjelder radiologene, vurderes dette i hovedsak som positivt

(90% meget bra eller bra). Det er en noe større spredning i spørsmålet om kiropraktorenes samarbeid med fysioterapeutene, men hovedinntrykket blant dem som har et samarbeid er at det oppleves som meget bra eller bra.

**Tabell 10.8. Manuellterapeutenes vurdering av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N = 34 i forsøksfylkene og 19 i kontrollfylkene**

	Meget bra 1	Bra 2	Mindre bra 3	Dårlig 4	Har ikke noe samarbeid	Gj. snitt
Kiropraktorer i forsøksfylkene	1	4	1	6	22	3,00
Kiropraktorer i kontrollfylkene	0	3	6	0	10	2,67
Allmennleger i forsøksfylkene	3	27	4	0	0	2,03
Allmennleger i kontrollfylkene	8	11	0	0	0	1,58
Legespesialister i forsøksfylkene	1	15	5	5	8	2,54
Legespesialister i kontrollfylkene	2	5	5	2	5	2,50
Radiologer i forsøksfylkene	1	13	4	2	14	2,35
Radiologer i kontrollfylkene	1	5	5	2	6	2,62
Fysioterapeuter (ikke manuellt.) i forsøksf.	15	18	1	0	0	1,59
Fysioterapeuter (ikke manuellt.) i kontrollf.	8	9	1	0	1	1,61

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de manuellterapeutene som har et samarbeid med de ulike faggruppene (ikke noe form for samarbeid og ikke svart = missing). T- testen viser signifikante forskjeller i gjennomsnittsverdiene mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene, både når det gjelder vurdering av samarbeidet med kiropraktorer ( $p= 0,02$ ) og allmennleger ( $p= 0,01$ ), hvor manuellterapeutene i forsøksfylkene er noe mer forbeholdne i sine positive vurderinger av samarbeidet enn kollegene i kontrollfylkene. Resultatene bekrefter mye av inntrykket fra tabell 10.7. ovenfor. Relativt mange manuellterapeuter oppgir å ikke ha noe samarbeid med kiropraktorer, samtidig som samarbeidet med allmennlegene i hovedsak vurderes som bra.

Manuellterapeutenes erfaringer med samarbeidet med legespesialistene varierer tildels mye, samtidig som de har gode erfaringer med samarbeidet med fysioterapeutene.

**Tabell 10.9. Allmennlegenes vurdering av samarbeidet med andre faggrupper (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Meget bra 1	Bra 2	Mindre bra 3	Dårlig 4	Ikke samarbeid	Gj. snitt	N
Kiropraktorer i forsøksfylkene	11	37	21	9	21	2,36	206
Kiropraktorer i kontrollfylkene	12	38	18	9	24	2,33	234
Manuellterapeuter i forsøksfylkene	18	36	14	6	27	2,11	205
Manuellterapeuter i kontrollfylkene	19	44	10	3	23	1,97	234
Legespesialister i forsøksfylkene	30	62	3	2	3	1,76	206
Legespesialister i kontrollfylkene	31	61	7	1	1	1,77	233
Fysioterapeuter (ikke manuellt.) i forsøksf.	26	61	7	3	2	1,88	205
Fysioterapeuter (ikke manuellt.) i kontrollf.	25	60	12	1	3	1,88	233

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de allmennlegene som har et samarbeid med de ulike faggruppene (ikke noe form for samarbeid og ikke svart = missing). Antallet svar (N) varierer og er derfor lagt inn i tabellen. Forskjellene i gjennomsnittsverdi for forsøksfylkene og kontrollfylkene er ubetydelige (ikke signifikante). Samlet sett svarer en relativt stor andel av allmennlegene at de ikke har noen form for samarbeid med kiropraktorer (21%) og manuellterapeuter (27%). Hvis vi kun ser på de allmennlegene som oppgir å ha et slik samarbeid svarer 61% at de vurderer samarbeidet med kiropraktorene som meget bra/bra, og samarbeidet med manuellterapeutene vurderes som meget bra/bra av 73%. Videre kan en legge merke til de positive erfaringene allmennlegene har med samarbeidet med fysioterapeutene (85% meget bra/bra).

**Tabell 10.10. Legespesialistenes vurdering av samarbeidet med andre faggrupper. Antall svar og gjennomsnittsverdi**

	Meget bra 1	Bra 2	Mindre bra 3	Dårlig 4	Ikke samarbeid	Gj. snitt	N
Kiropraktorer i forsøksfylkene	1	6	3	1	49	2,36	60
Kiropraktorer i kontrollfylkene	0	7	4	2	31	2,67	45
Manuellterapeuter - forsøksfylkene	3	14	5	1	36	2,17	59
Manuellterapeuter i kontrollfylkene	1	15	2	1	25	2,26	45
Allmennleger i forsøksfylkene	17	39	3	0	1	1,76	60
Allmennleger i kontrollfylkene	10	34	0	1	0	1,77	45
Radiologer i forsøksfylkene	35	21	1	1	2	1,45	60
Radiologer i kontrollfylkene	24	19	0	1	1	1,44	45
Fysioterapeuter (ikke manuellt.) i forsøksf.	13	37	6	0	4	1,88	60
Fysioterapeuter (ikke manuellt.) i kontrollf.	11	29	2	1	2	1,79	45

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de legespesialistene som har et samarbeid med de ulike faggruppene (ikke noe form for samarbeid og ikke svart = missing). Forskjellene i gjennomsnittsverdi for forsøksfylkene og kontrollfylkene er også her ubetydelige. Samlet sett oppgir et flertallet av legespesialistene at de ikke har noe samarbeid med kiropraktorene (82% i forsøksfylkene), og relativt mange har heller ikke noe samarbeid med manuellterapeutene (61% i forsøksfylkene). Dette bekreftes også av de resultatene som er presentert ovenfor. På den annen side har legespesialistene samarbeid både med allmennleger, fysioterapeuter og radiologer, og dette samarbeidet vurderes som overveiende meget bra eller bra.

### 10.3 Holdninger til Henvisningsprosjektet

Som en del av forundersøkelsen ønsket vi å få kartlagt de ulike faggruppenes holdninger til de tiltakene som vil omfattes av henvisningsprosjektet. Høringsuttalelsene og debatten i media ga signaler om at kiropraktorene, manuellterapeutene og legene hadde tildels meget ulike oppfatninger om riktigheten og eventuelle effekter av de tiltakene som skulle prøves ut. De ulike faggruppenes holdninger til de skisserte tiltakene mente vi ville virke inn på hvordan faggruppene ville forholde seg til de endringene som fulgte av forsøksordningen. Vi formulerte derfor utsagn som tok for seg hvert av tiltakene i henvisningsprosjektet og ba informantene gi sin vurdering langs en femdelt skala fra positiv (verdi 1) til negativ (verdi 5). Utsagnene var gjennomgående for alle faggruppene. Hvert av utsagnene var splittet opp på henholdsvis kiropraktorer og manuellterapeuter.

For å få kartlagt mulige årsaker til positiv eller negativ holdning til et eller flere av punktene i henvisningsprosjektet, ba vi informantene ta stilling til utsagn knyttet til kiropraktorenes og manuellterapeutenes faglige forutsetning for å kunne ivareta de rettighetene som fulgte av henvisningsprosjektet. Vi opererte med en femdelt skala med enig og uenig som ytterpunkter, samt med svaralternativet ”har ingen mening om dette”. Med hensyn til punktet om adgang til å sykmelde, ble informantene i tillegg bedt om å si seg enige/uenige i følgende utsagn: ”Det kan bli problematisk når sykmelding gitt av kiropraktor/manuellterapeut skal forlenges ut over åtte uker”. Resultatene fra denne delen av undersøkelsen er lagt inn i kommentarene under hver av tabellene nedenfor.

**Tabell 10.11. ”Henvisningskravet fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få refusjon faller bort”. Holdninger blant faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Positiv	Mer positiv enn negativ	Verken positiv eller negativ	Mer negativ enn positiv	Negativ	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3	4	5			
<b>Ad. bortfall av krav om henvisning til kiropraktor</b>								
Kiropraktorer - FF	93	8	0	0	0	0	1,08	40
Kiropraktorer - KF	87	10	3	0	0	0	1,16	32
Manuellterapeuter- FF	74	21	6	0	0	0	1,32	34
Manuellterapeuter- KF	35	30	15	15	5	0	2,25	20
Allmennleger- FF	22	19	23	21	13	3	2,83	205
Allmennleger- KF	25	18	25	20	11	2	2,72	235
Legespesialister- FF	12	7	12	23	34	13	3,72	61
Legespesialister- KF	13	9	11	18	29	20	3,50	45
<b>Ad. bortfall av krav om henvisning til manuellterapeut</b>								
Kiropraktorer - FF	18	23	33	10	14	0	2,82	39
Kiropraktorer - KF	16	19	32	10	23	0	3,03	31
Manuellterapeuter- FF	91	9	0	0	0	0	1,09	34
Manuellterapeuter- KF	50	35	0	15	0	0	1,80	20
Allmennleger- FF	21	18	22	20	13	6	2,84	204
Allmennleger- KF	20	17	23	20	13	7	2,88	235
Legespesialister- FF	10	10	13	26	28	13	3,60	61
Legespesialister- KF	11	9	16	18	27	20	3,50	45

FF: Forsøksfylke

KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de fagfolkene som har gjort seg opp en mening om dette tiltaket i henvisningsprosjektet (Har ingen mening om dette og ikke svart = missing). Ser en på gjennomsnittsverdiene, så er legespesialistene som gruppe de som er mest negative til at henvisningskravet bortfaller. Samtidig viser resultatene at kiropraktorene og manuellterapeutene er positive til at henvisningskravet bortfaller for egen faggruppe, og at den positive tendensen ikke er så tydelig når de to gruppene skal gi til kjenne hva de mener om at den andre gruppen gis den samme rettigheten som en selv. Dette fremkommer klart når kiropraktorene skal vurdere at henvisningskravet til manuellterapeuter bortfaller. T-testen viser at de forskjellene i gjennomsnittsverdi som fremkommer i svarene fra manuellterapeuter i forsøksfylkene og kontrollfylkene i begge delene av tabellen er signifikante ( $p=0,02$  og  $p<0,01$ ). Manuellterapeutene i forsøksfylkene er mer positive enn sine kolleger i kontrollfylkene med hensyn til bortfall av henvisningskravet. De forskjellene som er registrert blant legene og kiropraktorene er ikke signifikante.

Ser en på de fylkesvise variasjonene så er manuellterapeutene i Vestfold mer positive til at henvisningskravet til manuellterapeutene faller bort enn kollegene i Østfold. Videre er manuellterapeutene i Nordland mer positive til at henvisningskravet til kiropraktorer faller bort

enn i Troms. Blant kiropraktorene er det signifikante forskjeller i svarene fra Troms og Nordland. Alle kiropraktorene i Troms som har svart på spørsmålet, er negative til at henvisningskravet til manuellterapeut bortfaller. I Nordland ligger gjennomsnittsverdien på svaralternativet ”verken positiv eller negativ”. Det relativt begrensede antall respondenter gjør imidlertid at man skal være forsiktig med å tillegge disse resultatene avgjørende vekt.

Når det gjelder de to legegruppene (allmennleger og legespesialister), er det stor spredning i svarene. Det er relativt små variasjoner i svarene fra forsøksfylkene og kontrollfylkene. Hvis en grupperer svarene i forhold til positive og negative holdninger, og ser på svarene fra forsøksfylkene, så kommer de negative holdningene til dette tiltaket klarest frem blant legespesialistene. 34% av allmennlegene er negative til at henvisningskravet til kiropraktorer bortfaller, og 33% av dem er negative med hensyn til manuellterapeutene. Blant legespesialistene er 57% negative til at denne ordningen skal gjelde for kiropraktorer, og 54% at det skal gjelde for manuellterapeuter.

**Tabell 10.12. ”Kiropraktor og manuellterapeut får anledning til å sykmelde inntil åtte uker”. Holdninger blant faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Positiv 1	Mer positiv enn negativ 2	Verken positiv eller negativ 3	Mer negativ enn positiv 4	Negativ 5	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
<b>Ad. sykmelding gitt av kiropraktor</b>								
Kiropraktorer - FF	60	25	10	3	3	0	1,63	40
Kiropraktorer - KF	58	26	7	3	7	0	1,74	32
Manuellterapeuter- FF	59	27	12	3	0	0	1,59	34
Manuellterapeuter- KF	25	30	15	15	15	0	2,65	20
Allmennleger- FF	11	13	12	24	38	1	3,66	202
Allmennleger- KF	12	7	10	26	44	1	3,84	235
Legespesialister- FF	3	7	10	17	53	10	4,22	60
Legespesialister- KF	7	0	13	13	51	16	4,21	45
<b>Ad. sykmelding gitt av manuellterapeut</b>								
Kiropraktorer - FF	18	25	28	10	20	0	2,90	40
Kiropraktorer - KF	16	16	36	7	16	0	3,10	31
Manuellterapeuter- FF	74	21	3	3	0	0	1,34	34
Manuellterapeuter- KF	30	40	10	5	15	0	2,35	20
Allmennleger- FF	11	11	14	25	37	3	3,67	203
Allmennleger- KF	11	7	10	25	43	4	3,84	235
Legespesialister- FF	3	8	10	18	49	12	4,15	61
Legespesialister- KF	7	2	9	18	47	18	4,16	45

FF: Forsøksfylke  
KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellen ovenfor. For kiropraktorenes og manuellterapeutenes del viser resultatene i hovedsak det samme som i tabellene ovenfor. Manuellterapeutene er positive til at begge faggruppene gis mulighet til å sykmelde, mens kiropraktorene er mer positive til at de selv gis den muligheten, enn til at manuellterapeutene kan skrive ut sykmelding. Videre er manuellterapeutene i forsøksfylkene mer positive enn sine kolleger i kontrollfylkene. T-testen viser at denne sammenhengen i gjennomsnittsverdiene er signifikant i begge delene av tabellen ( $p=0,03$  og  $p=0,02$ ). Ser en på de enkelte fylkene er det ingen signifikante sammenhenger i svarene fra kiropraktorene. Manuellterapeutene i Vestfold er mer positive til innføring av en sykmeldingsadgang for begge faggruppene, enn kollegene i Østfold. Det relativt begrensede antall respondenter gjør imidlertid at man også her skal være forsiktig med å tillegge disse resultatene avgjørende vekt.

Når det gjelder legene, kommer de negative holdningene klarere til uttrykk her enn i tidligere spørsmål. 62% av allmennlegene er i større eller mindre grad negative til at kiropraktorene skal kunne sykmelde inntil åtte uker. Når det gjelder forholdet til manuellterapeutene uttrykkes disse negative holdningene av 61% av legene.

Informantene ble i undersøkelsen bedt om å ta stilling til om manuellterapeuter og kiropraktorer har tilstrekkelig faglige forutsetninger til å sykmelde. 58% av allmennlegene er i større eller mindre grad uenige i at kiropraktorene har disse faglige forutsetningene. Når det gjelder manuellterapeutene er det 53% av allmennlegene som gir en slik vurdering. 91% av allmennlegene svarte at det kan bli problematisk når sykmelding gitt av kiropraktor skal forlenges ut over åtte uker. I forholdet til manuellterapeutene er andelen 90%.

Blant legespesialistene er det også en klar negativ holdning til utvidet adgang til å sykmelde. Relativt mange av spesialistene har svart at de ikke har noen mening om dette spørsmålet. Hvis en kun ser på de som har gjort seg opp en mening, forsterkes de negative holdningene ytterligere: 75% av legespesialistene er i større eller mindre grad negative til at kiropraktorer og manuellterapeuter skal kunne sykmelde inntil åtte uker. Det er ingen signifikante forskjeller mellom fylkene.

**Tabell 10.13. ”Kiropraktor og manuellterapeut får anledning til å henvise til legespesialist”. Holdninger blant faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Positiv	Mer positiv enn negativ	Verken positiv eller negativ	Mer negativ enn positiv	Negativ	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3	4	5			
<b>Ad. henvisning til spesialist fra kiropraktor</b>								
Kiropraktorer - FF	88	5	8	0	0	0	1,20	40
Kiropraktorer - KF	94	3	0	3	0	0	1,13	31
Manuellterapeuter- FF	71	24	6	0	0	0	1,35	34
Manuellterapeuter- KF	50	25	10	10	5	0	1,95	20
Allmennleger- FF	17	21	19	21	21	2	3,07	205
Allmennleger- KF	15	17	21	22	24	1	3,25	235
Legespesialister- FF	20	18	15	10	31	7	3,16	61
Legespesialister- KF	20	27	4	4	38	7	3,14	45
<b>Ad. henvisning til spesialist fra manuellterapeut</b>								
Kiropraktorer - FF	28	15	33	5	20	0	2,75	40
Kiropraktorer - KF	39	16	19	10	16	0	2,48	31
Manuellterapeuter- FF	91	9	0	0	0	0	1,06	34
Manuellterapeuter- KF	75	15	5	5	0	0	1,40	20
Allmennleger- FF	16	21	21	18	21	5	3,07	204
Allmennleger- KF	13	16	19	24	23	5	3,30	235
Legespesialister- FF	18	16	16	13	28	8	3,18	61
Legespesialister- KF	24	20	9	7	33	7	3,05	45

FF: Forsøksfylke

KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellene ovenfor. Variasjonene i svarene fra forsøksfylkene og kontrollfylkene er samlet sett ikke signifikante for noen av faggruppene. Kiropraktorene er positive til at de selv skal kunne henviser til spesialist, men noe mer forbeholdne når de skal gi sin vurdering av at manuellterapeutene gis den samme rettigheten. Manuellterapeutene er positive til at begge faggruppene skal kunne henviser. Når det gjelder allmennlege og legespesialistene så viser resultatene ikke noe entydig bilde i holdningene til dette spørsmålet. Både blant allmennlegene og legespesialistene er det omkring 40% som er positive og 40% som er negative til at kiropraktorene og manuellterapeutene skal kunne henviser til spesialist.

Informantene ble i undersøkelsen bedt om å ta stilling til om manuellterapeuter og kiropraktorer har tilstrekkelig faglige forutsetninger til å kunne henviser til legespesialist. 45% av allmennlegene er i større eller mindre grad enige i at kiropraktorene har disse faglige forutsetningene. Når det gjelder manuellterapeutene er det 44% av allmennlegene som gir en slik vurdering. Den samme tendensen ser en blant legespesialistene.

**Tabell 10.14. "Kiropraktor og manuellterapeuter får anledning til å rekvirere fysikalsk behandling". Holdninger blant faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Positiv	Mer positiv enn negativ	Verken positiv eller negativ	Mer negativ enn positiv	Negativ	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3	4	5			
<b>Ad. rekvirering av fysikalsk behandling fra kiropraktor</b>								
Kiropraktorer - FF	80	13	8	0	0	0	1,27	40
Kiropraktorer - KF	87	10	3	0	0	0	1,16	31
Manuellterapeuter- FF	56	29	9	6	0	0	1,65	34
Manuellterapeuter- KF	25	25	20	10	20	0	2,75	20
Allmennleger- FF	24	28	26	9	11	3	2,54	204
Allmennleger- KF	21	30	28	6	13	2	2,59	235
Legespesialister- FF	8	22	25	8	22	15	3,16	60
Legespesialister- KF	11	21	23	7	23	16	3,11	44
<b>Ad. rekvirering av fysikalsk behandling fra manuellterapeut</b>								
Kiropraktorer - FF	30	20	28	3	20	0	2,63	40
Kiropraktorer - KF	39	13	32	7	10	0	2,35	31
Manuellterapeuter- FF	94	6	0	0	0	0	1,06	34
Manuellterapeuter- KF	65	15	15	0	5	0	1,65	20
Allmennleger- FF	23	29	26	7	11	4	2,52	203
Allmennleger- KF	21	33	24	8	9	6	2,48	234
Legespesialister- FF	8	21	23	12	20	16	3,16	61
Legespesialister- KF	14	16	16	14	23	18	3,18	44

FF: Forsøksfylke

KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellene ovenfor. Svarfordelingen blant kiropraktorene og manuellterapeutene er langt på vei lik den som er vist i de foregående tabellene. Manuellterapeutene i forsøksfylkene er også her reelt sett mer positive til denne delen av henvisningsprosjektet, enn sine kolleger i kontrollfylkene ( $p= 0,03$ ). Tilsvarende signifikante forskjeller kan ikke spores blant de øvrige faggruppene. Ser en på allmennlegene så er et flertall positive til at behandlerne gis anledning til å rekvirerer fysikalsk behandling, samtidig som det er større spredning i svarene fra legespesialistene. Svarfordelingen holder seg også når en justerer for de legespesialistene som ikke har noen mening om disse spørsmålene. 61% av allmennlegene mener at behandlerne har tilstrekkelig faglig forutsetning til å kunne rekvirere denne typen behandling.

Analysen (t-test) av svarene fra enkeltfylkene viser ingen signifikante forskjeller blant kiropraktorene, allmennlegene og legespesialistene. Når det gjelder manuellterapeutene, så er manuellterapeutene i Nordland mer positive enn sine kolleger i Troms med hensyn til at kiropraktorene skal kunne rekvirerer fysikalsk behandling ( $p < 0,01$ ). Det relativt begrensede antall respondenter gjør at man skal være forsiktig med å tillegge disse resultatene avgjørende vekt.

**Tabell 10.15. ”Manuellterapeut får anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse”. Holdninger blant faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Positiv	Mer positiv enn negativ	Verken positiv eller negativ	Mer negativ enn positiv	Negativ	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3	4	5			
Kiropraktorer - FF	18	20	28	8	28	0	3,08	40
Kiropraktorer - KF	16	16	7	13	48	0	3,61	31
Manuellterapeuter- FF	97	3	0	0	0	0	1,03	34
Manuellterapeuter- KF	85	5	5	5	0	0	1,30	20
Allmennleger- FF	17	27	22	14	16	4	2,84	204
Allmennleger- KF	22	21	21	17	15	4	2,80	234
Legespesialister- FF	10	10	15	25	33	8	3,66	61
Legespesialister- KF	9	16	11	13	40	11	3,68	45

FF: Forsøksfylke

KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellene ovenfor. Forskjellene mellom svarene fra forsøksfylkene og kontrollfylkene innenfor hver av faggruppene er ubetydelige. Kiropraktorene i forsøksfylkene er delt i sine holdninger i dette spørsmålet, samtidig som et flertall av kiropraktorene i kontrollfylkene stiller seg negative til at manuellterapeutene skal kunne rekvirere radiologisk undersøkelse (61%). Analysen viser også at 68% av kiropraktorene i kontrollfylkene mener at manuellterapeutene ikke har faglig forutsetning til å kunne ivareta denne oppgaven. Et flertall av legespesialistene stiller seg negative til dette spørsmålet, mens allmennlegene er mere delt i sine holdninger.

Analysen av svarene fra enkeltfylkene viser ingen signifikante forskjeller blant manuellterapeutene, allmennlegene og legespesialistene. Når det gjelder kiropraktorene i Troms, er samtlige negative til at manuellterapeutene skal kunne rekvirere radiologisk undersøkelse. I Nordland ligger gjennomsnittsverdien på svaralternativet ”verken positiv eller negativ”. Det relativt begrensede antall respondenter gjør også her at man skal være forsiktig med å tillegge disse resultatene avgjørende vekt.

#### **10.4 Antatte resultater av henvisningsprosjektet**

Vi ba informantene gi sine vurderinger av hva de mente eller trodde ville bli resultatene av henvisningsprosjektet og da med utgangspunkt i følgende tre utsagn som vi ba dem si seg enige eller uenige i:

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

Dette utsagnet tar utgangspunkt i en av de sentrale målsettingene i henvisningsprosjektet: Bortfall av kravet om henvisning fra lege til kiropraktor og manuellterapeut for å få refusjon fra trygden vil gi som resultat at pasientene kommer raskere i gang med behandlingen og at en unngår allmennlege/fastlege som ”et forsinkende ledd”.

- *Henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen*

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

- *Henvisningsprosjektet vil totalt sett føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppenes kompetanse.*

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

**Tabell 10.16. ”Pasientene vil komme raskere til rett behandler for skade/ funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet”. Grad av enighet i faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Enig 1	Mer enig enn uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Mer uenig enn enig 4	Uenig 5	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
Kiropraktorer - FF	85	15	0	0	0	0	1,15	40
Kiropraktorer - KF	81	16	0	3	0	0	1,29	31
Manuellterapeuter- FF	100	0	0	0	0	0	1,00	34
Manuellterapeuter- KF	55	30	10	5	0	0	1,65	20
Allmennleger- FF	11	25	26	20	17	2	3,05	206
Allmennleger- KF	12	19	25	17	24	2	3,23	236
Legespesialister- FF	10	14	16	19	22	19	3,36	58
Legespesialister- KF	11	16	23	9	21	21	3,14	44

FF: Forsøksfylke  
KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de fagfolkene som har gjort seg opp en mening om dette utsagnet. Det at pasientene skal komme raskere til rett behandler for

skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet er et av de sentrale målene med de tiltakene som inngår i henvisningsprosjektet. Kiropraktorene og manuellterapeutene er i hovedsak enige om at en med henvisningsprosjektet vil nå dette målet. Blant allmennlegene er 37% uenige i utsagnet. En relativt stor andel av legespesialistene svarte at de ikke har noen mening om dette spørsmålet. Ser en kun på de spesialistene som har gjort seg opp en mening om dette, så er 51% uenige i at dette vil bli et resultat av henvisningsprosjektet.

**Tabell 10.17. ”Henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen”. Grad av enighet i faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Enig 1	Mer enig enn uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Mer uenig enn enig 4	Uenig 5	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
Kiropraktorer - FF	0	3	18	8	48	25	4,33	40
Kiropraktorer - KF	0	0	7	13	65	16	4,69	31
Manuellterapeuter- FF	0	0	9	18	68	6	4,63	34
Manuellterapeuter- KF	5	5	0	15	55	20	4,38	20
Allmennleger- FF	32	22	17	16	10	4	2,48	206
Allmennleger- KF	34	21	17	13	10	5	2,41	236
Legespesialister- FF	17	16	19	5	10	33	2,64	58
Legespesialister- KF	16	20	11	13	16	24	2,91	45

FF: Forsøksfylke

KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellen ovenfor. Et flertall av kiropraktorene og manuellterapeutene er uenige i dette utsagnet (gjennomsnittsverdi på henholdsvis 4,33 og 4,63 i forsøksfylkene). Samtidig er et flertall av allmennlegene i større eller mindre grad enige i at henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen. En ting en legger merke til er at relativt mange kiropraktorer, manuellterapeuter og legespesialister svarer at dette har de ingen mening om. Ser en på de kiropraktorene i forsøksfylkene som har gjort seg opp en mening, så er 73% uenige i at henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen. En tilsvarende analyse i forhold til legespesialistene viser at 49% av de som har gjort seg opp en mening er enige i at dette vil bli et resultat av henvisningsprosjektet.

**Tabell 10.18. ”Henvisningsprosjektet vil totalt sett føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppens kompetanse”. Grad av enighet i faggruppene (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Enig 1	Mer enig enn uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Mer uenig enn enig 4	Uenig 5	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
Kiropraktorer - FF	80	8	8	3	3	0	1,40	40
Kiropraktorer - KF	87	10	0	8	0	3	1,10	31
Manuellterapeuter- FF	91	9	0	0	0	0	1,09	34

Manuellterapeuter- KF	65	25	5	5	0	0	1,50	20
Allmennleger- FF	11	16	34	17	20	3	3,21	206
Allmennleger- KF	8	18	27	18	24	5	3,35	235
Legespesialister- FF	5	16	22	17	21	19	3,40	58
Legespesialister- KF	9	9	21	16	23	23	3,44	45

FF: Forsøksfylke  
KF: Kontrollfylke

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellene ovenfor (Har ingen mening om dette og ikke svart = missing). Kiropraktorene og manuellterapeutene er enige om at henvisningsprosjektet totalt sett vil føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppenes kompetanse. Allmennlegene er på sin side noe delt med hensyn til hva en mener om dette spørsmålet, med en svak overvekt av de som er uenige. Relativt mange av legespesialistene har ingen mening om dette spørsmålet (henholdsvis 33% i forsøksfylkene og 51% i kontrollfylkene). Ser en kun på de spesialistene som har gjort seg opp en mening, så er 50% av spesialistene uenige i utsagnet. Analysen av svarene fra enkeltfylkene viser ingen signifikante forskjeller blant manuellterapeutene, kiropraktorene, allmennlegene og legespesialistene.

Kiropraktorene og manuellterapeutene i forsøksfylkene fikk presentert følgende utsagn som de ble bedt om å ta stilling til:

- *jeg vil benytte meg av muligheten til å sykmelde*
- *jeg vil benytte meg av muligheten til å henvise til legespesialist*
- *jeg vil benytte meg av muligheten til å rekvirerer fysikalsk behandling*
- *jeg vil benytte meg av muligheten til å rekvirere radiologisk undersøkelse*

De innledende intervjuene avdekket at det ikke uten videre var klart at kiropraktorer og manuellterapeuter ville benytte seg av de rettighetene som følger av henvisningsprosjektet. Enkelte ga uttrykk for at de fortsatt bl.a. ville se det som en legeoppgave å sykmelde – også innenfor de første åtte ukene. I tillegg til disse utsagnene, ba vi kiropraktorene og manuellterapeutene uttale seg om i hvilken grad de ville gi fastelegene den informasjonen de

trenger i oppfølging av pasientene. Informasjonsflyten i dette systemet vil være et sentralt punkt og da spesielt i forhold til intensjonene med fastlegeordningen hvor fastlegen bl.a. skal ha en samlet oversikt over de behandlinger, undersøkelser og tiltak som iverksettes overfor sine pasienter. Videre ble de bedt om å vurdere egen kunnskap om gjeldende sykmeldingsregler, med andre ord hvor godt rustet de selv mente at de var til å kunne ivareta funksjonen som sykmeldende behandler.

**Tabell 10.19. Manuellterapeutenes forhold til de rettighetene som følger av henvisningsprosjektet. Tall fra forsøksfylkene. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N= 34**

	Enig 1	Mer enig enn uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Mer uenig enn enig 4	Uenig 5	Har ingen mening om dette	Gj. snitt
Jeg vil benytte muligheten til å sykmelde	28	2	0	2	1	1	1,36
Jeg vil benyttet muligheten til å henvise til spesialist	31	1	2	0	0	0	1,15
Jeg vil benytte muligheten til å rekvirerer fysikalsk behandling	33	1	0	0	0	0	1,03
Jeg vil gi fastlegen nødvendig info. for oppfølging av pasientene	32	1	1	0	0	0	1,09
Jeg har god kjennskap til sykmeldingsreglene	20	9	4	1	0	0	1,59

Det overveiende flertall av manuellterapeutene i forsøksfylkene vil benytte seg av mulighetene til å sykmelde, til å henvise til spesialist og til å rekvirere fysikalsk behandling. Samtidig er det flere av terapeutene som ikke uten videre kan si seg enige i at de har god kjennskap til sykmeldingsreglene. Når det gjelder kjennskap til sykmeldingsreglene, er det riktig å presisere at svarene vil avhenge av når opplæring ble gitt. I Nordland ble opplæring for behandlerne gitt i mai måned, mens det for de øvrige forsøksfylkene ble holdt kurs henholdsvis 17.-18. august (Hordaland) og 24.- 25. august (Vestfold). Opplæringen i Vestfold ble med andre ord gitt i samme periode som spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført, noe som kan ha hatt betydning for besvarelsene.

**Tabell 10.20. Kiropraktorenes forhold til de rettighetene som følger av henvisningsprosjektet. Tall fra forsøksfylkene. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N= 40**

	Enig 1	Mer enig enn uenig 2	Verken enig eller uenig 3	Mer uenig enn enig 4	Uenig 5	Har ingen mening om dette	Gj. snitt
Jeg vil benytte muligheten til å sykmelde	30	8	0	1	1	0	1,38
Jeg vil benyttet muligheten til å henvise til spesialist	33	5	2	0	0	0	1,23

Jeg vil benytte muligheten til å rekvirerer fysikalsk behandling	28	7	3	1	0	1	1,41
Jeg vil gi fastlegen nødvendig info. for oppfølging av pasientene	36	2	2	0	0	0	1,15
Jeg har god kjennskap til sykmeldingsreglene	12	21	5	1	1	0	1,95

Også blant kiropraktorene vil et overveiende flertall benytte de rettighetene som følger av henvisningsprosjektet. Forbeholdet knyttet til kjennskap til sykmeldingsreglene kommer imidlertid tydeligere fram her enn blant manuellterapeutene. Vi viser forøvrig til punktet ovenfor med hensyn til når det ble gitt opplæring i sykmeldingsreglene i de ulike fylkene.

### 10.5 Henvisningsprosjektet og betydningen for behandlernes arbeidsdag

De innledende intervjuene ga oss et inntrykk av at det er delte oppfatninger om hvilken betydning de tiltak som følger av henvisningsprosjektet får for den enkelte behandlers arbeidsdag og samarbeidet med andre faggrupper. På denne bakgrunn utarbeidet vi noen utsagn som informantene ble bedt om å ta stilling til. Et av hovedmålene med henvisningsprosjektet er at ved bortfall av henvisningskravet så antar man at pasienten vil komme raskere til rett behandler noe som i sin tur skal gi som resultat et redusert antall sykmeldingsdager. Informantene ble derfor bedt om å ta stilling til om de trodde tiltakene i henvisningsprosjektet ville føre til at antall sykmeldingsdager ville øke, forbli uendret, eller ville bli redusert. Spørsmålene i denne delen av undersøkelsen var med andre ord rettet mot hva de aktuelle og berørte faggruppene mener eller tror vil bli resultatet av tiltakene i henvisningsprosjektet. Slik vi så det var det grunn til å anta at svarene på disse spørsmålene ville gjenspeile svarene på de holdningsspørsmålene som er gjengitt tidligere i rapporten.

**Tabell 10.21. Endringer i antall henvendelser til allmennlege for pasienter med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet (% av N og gjennomsnittsverdi)**

Antall pasienter som henvender seg til allmennlege med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet...	Vil øke	Vil bli uendret	Vil bli redusert	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3			
Kiropraktorer i forsøksfylkene	0	10	80	10	2,89	39
Kiropraktorer i kontrollfylkene	0	23	74	3	2,77	32
Manuellterapeuter i forsøksfylkene	6	6	85	3	2,82	34
Manuellterapeuter i kontrollfylkene	0	20	80	0	2,80	20
Allmennleger i forsøksfylkene	4	41	50	5	2,49	204
Allmennleger i kontrollfylkene	3	39	50	9	2,52	235
Legespesialister i forsøksfylkene	2	33	43	22	2,53	61
Legespesialister i kontrollfylkene	7	47	20	27	2,18	45

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de fagfolkene som har gjort seg opp en mening om dette utsagnet (Har ingen mening om dette og ikke svart = missing). Det er ingen signifikante sammenhenger med hensyn til gjennomsnittsverdiene i forsøksfylkene og kontrollfylkene (t- test). Et klart flertall av kiropraktorene og manuellterapeutene mener at antallet henvendelser til allmennlegen vil bli redusert som et resultat av henvisningsprosjektet. Allmennlegene og legespesialistene er delt i sine vurderinger av dette spørsmålet, samtidig som en relativt stor andel av legespesialistene ikke har gjort seg opp noen mening om dette spørsmålet. Ser en på de som har gjort seg opp en mening, svarer 56% i forsøksfylkene at antallet henvendelser til allmennlegene vil bli redusert. I kontrollfylkene mener 64% at situasjonen vil bli uendret. Det hersker med andre ord en viss usikkerhet blant legene omkring hvilken betydning henvisningsprosjektet vil ha for allmennlegens rolle i forhold til pasienter med skade/funksjonsproblemer i muskel- og skjelettsystemet.

**Tabell 10.22. Endringer i antall sykmeldingsdager knyttet skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet (% av N og gjennomsnittsverdi)**

Antall sykmeldingsdager knyttet til muskel- og skjelettsystemet...	Vil øke	Vil bli uendret	Vil bli redusert	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3			
Kiropraktorer i forsøksfylkene	3	5	78	15	2,88	40
Kiropraktorer i kontrollfylkene	0	23	74	3	2,77	32
Manuellterapeuter i forsøksfylkene	3	21	65	12	2,70	34
Manuellterapeuter i kontrollfylkene	10	35	50	5	2,42	20
Allmennleger i forsøksfylkene	46	38	10	7	1,61	205
Allmennleger i kontrollfylkene	56	28	7	9	1,47	236
Legespesialister i forsøksfylkene	64	9	5	22	1,24	61
Legespesialister i kontrollfylkene	58	22	4	16	1,37	45

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de fagfolkene som har gjort seg opp en mening om dette utsagnet (Har ingen mening om dette og ikke svart = missing). Et flertall av kiropraktorene

og manuellterapeutene mener at antallet sykmeldingsdager vil bli redusert som en følge av henvisningsprosjektet. På den annen side mener en stor andel av allmennlegene (46% i forsøksfylkene) og legespesialistene (64%) at effekten vil bli den motsatte; antall sykmeldingsdager vil øke. Også her har en relativt stor andel av legespesialistene ikke tatt stilling til spørsmålet. Analysen (t- test) av svarene fra enkeltfylkene viser ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsverdiene blant kiropraktorene, manuellterapeutene, allmennlegene og legespesialistene.

Vi ba faggruppene i forsøksfylkene om selv å vurdere hvilken betydning henvisningsprosjektet ville få for egen arbeidsdag og samarbeid med andre faggrupper. Faggruppene i kontrollfylkene fikk tilsvarende utsagn å forholde seg til, men da formulert mer på en generell måte, f.eks. ”Kiropraktorenes samarbeid med allmennlege...” i stedet for ”Mitt samarbeid med allmennlege...”. Vi har presentert resultatene fra undersøkelsen i forsøksfylkene i tabellform, og har lagt resultatene fra kontrollfylkene inn i kommentarene under hver tabell.

**Tabell 10.23. Betydningen manuellterapeutene i forsøksfylkene mener henvisningsprosjektet vil ha for deres arbeidsdag. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N= 34**

	Vil øke	Vil bli uendret	Vil bli redusert	Har ingen mening om dette	Gj. snitt
	1	2	3		
Mitt samarbeid med allmennlege.....	23	11	0	0	1,32
Mitt samarbeid med legespesialist....	31	3	0	0	1,09
Mitt samarbeid med kiropraktorer.....	15	16	0	3	1,52
Mitt samarbeid med fysioterapeuter (ikke manuelltera.)..	29	5	0	0	1,15
Antall pasienter som jeg behandler .....	22	7	4	1	1,45
Ventetiden for behandling hos meg ....	2	17	13	1	2,34
Mitt administrative arbeid....	34	0	0	0	1,00

Gjennomsnittsverdien er beregnet i forhold til de manuellterapeutene som har gjort seg opp en mening om disse spørsmålene. Et flertall av manuellterapeutene mener samarbeidet med

allmennlege, legespesialist og fysioterapeut vil øke som en følge av henvisningsprosjektet. Manuellterapeutene er imidlertid delt i synet på hva henvisningsprosjektet vil ha av betydning for samarbeidet med kiropraktorer. Her er det grunn til å minne om at 22 av 34 manuellterapeuter i forsøksfylkene svarte at de før 1. september 2001 ikke hadde noen form for samarbeid med kiropraktorer (se tabell 10.8.). I hovedsak mener et flertall av manuellterapeutene at de vil behandle flere pasienter, samtidig som de er delt i synet på om ventetiden vil gå ned eller forbli uendret. Alle manuellterapeutene mener at det administrative arbeidet vil øke som en følge av henvisningsprosjektet. Svarene fra kontrollfylkene viser at en i sterkere grad enn i forsøksfylkene mener situasjonen vil bli uendret på flere av variablene: Samarbeid med allmennleger og kiropraktorer, og antall behandlede pasienter.

Ser en på fylkesresultatene, er det for flere av utsagnene signifikante forskjeller mellom svarene fra forsøksfylke og kontrollfylke. Hvis vi først tar for oss Østfold og Vestfold, er det flere manuellterapeuter i Vestfold enn i Østfold som mener samarbeidet med legespesialistene vil øke som et resultat av henvisningsprosjektet. Samtidig er det flere i Vestfold enn i Østfold som mener at ventetid for behandling vil bli redusert. Når det gjelder ventetid, ser en den samme tendensen mellom Hordaland og Rogaland: I forsøksfylket (Hordaland) har man større tro på en reduksjon i ventetid, enn i kontrollfylket (Rogaland). Også mellom Nordland (forsøksfylke) og Troms (kontrollfylke) er det signifikante forskjeller i svarene. I Nordland har en, i forhold til Troms, større tro på at samarbeidet med allmennlegene og antall behandlede pasienter vil øke. Det relativt begrensede antall respondenter gjør imidlertid at man skal være forsiktig med å tillegge disse resultatene avgjørende vekt. Et gjennomgående trekk er med andre ord en sterkere tro i forsøksfylkene enn i kontrollfylkene på økt samarbeid, redusert ventetid og et økt antall behandlede pasienter.

**Tabell 10.24. Betydningen kiropraktorene i forsøksfylkene mener henvisningsprosjektet vil ha for deres arbeidsdag. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N= 40.**

	Vil øke	Vil bli uendret	Vil bli redusert	Har ingen mening om dette	Gj. snitt
	1	2	3		
Mitt samarbeid med allmennlege.....	29	10	1	0	1,30
Mitt samarbeid med legespesialist....	32	5	0	3	1,14
Mitt samarbeid med manuellterapeuter.....	9	22	0	9	1,71
Mitt samarbeid med fysioterapeuter (ikke manuelltera.)..	26	12	0	2	1,32
Antall pasienter som jeg behandler .....	6	17	12	5	2,17
Ventetiden for behandling hos meg ....	15	22	0	3	1,59
Mitt administrative arbeid....	40	0	0	0	1,00

Gjennomsnittsverdien er beregnet som i tabellen ovenfor. Svarene fra kiropraktorene er på flere områder i tråd med de svarene som ble gitt av manuellterapeutene. Dette gjelder på spørsmålene om samarbeid med allmennlege, legespesialist og fysioterapeut, samt endringer med hensyn til administrativt arbeid. Kiropraktorene har imidlertid i mindre grad enn manuellterapeutene tro på at samarbeidet mellom de to faggruppene vil øke. Færre kiropraktorer enn manuellterapeuter tror at de vil behandle flere pasienter, og 12 av 40 kiropraktorer mener antallet behandlede pasienter vil bli redusert. 15 av 40 kiropraktorer mener ventetiden vil øke, mot 2 av 34 manuellterapeuter

Ser en på fylkesresultatene er det for enkelte av utsagnene eller spørsmålene signifikante forskjeller mellom svarene fra forsøksfylke og kontrollfylke. I Østfold (kontrollfylke) er det flere kiropraktorer som mener at antallet pasienter vil øke, enn i Vestfold (forsøksfylke). Videre er det flere av kiropraktorene i Hordaland (forsøksfylke) enn i Rogaland (kontrollfylke) som tror at samarbeidet med allmennlegene vil øke som et resultat av henvisningsprosjektet. Også her er det grunn til å presisere at det relativt begrensede antall respondenter gjør at man skal være forsiktig med å tillegge disse resultatene avgjørende vekt.

**Tabell 10.25. Betydningen allmennlegene i forsøksfylkene mener henvisningsprosjektet vil ha for deres arbeidsdag (% av N og gjennomsnittsverdi)**

	Vil øke	Vil bli uendret	Vil bli redusert	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3			
Mitt samarbeid med kiropraktorer.....	22	51	18	9	1,96	204
Mitt samarbeid med legespesialist....	4	80	10	6	2,07	205
Mitt samarbeid med manuellterapeuter...	17	56	15	12	1,97	205
Mitt samarbeid med fysioterapeuter (ikke manuelltera.)	4	85	8	3	2,04	205
Antall pasienter som jeg behandler .....	2	68	27	4	2,26	205
Ventetiden for behandling hos meg .....	2	81	13	4	2,12	204
Mitt administrative arbeid....	14	62	19	5	2,05	202

Gjennomsnittsverdien er beregnet som ovenfor. (Har ingen mening om dette og ikke svart = missing). Det generelle inntrykket er at allmennlegene i hovedsak mener at henvisningsprosjektet ikke vil ha særlig betydning for deres arbeidsdag. De fleste mener at situasjonen vil bli uendret

både med hensyn til samarbeid med andre faggrupper, antall behandlede pasienter, ventetid og andelen administrativt arbeid. Ser en på samarbeidet med kiropraktorer og manuellterapeuter legger en merke til at blant de legene som mener at det vil bli en endring, så er det nesten like mange som mener at samarbeidet vil øke som de som mener at det vil bli redusert. Ser en på fylkesresultatene er det ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsverdiene.

**Tabell 10.26. Betydningen legespesialistene i forsøksfylkene mener henvisningsprosjektet vil ha for deres arbeidsdag. Antall svar og gjennomsnittsverdi**

	Vil øke	Vil bli uendret	Vil bli redusert	Har ingen mening om dette	Gj. snitt	N
	1	2	3			
Mitt samarbeid med kiropraktorer.....	8	33	1	16	1,83	58
Mitt samarbeid med allmennleger....	1	42	6	9	2,10	58
Mitt samarbeid med manuellterapeuter...	9	35	1	13	1,82	58
Mitt samarbeid med fysioterapeuter (ikke manuelltera)	3	46	1	8	1,96	58
Antall henvisninger til meg som legespesialist.....	22	22	1	13	1,53	58
Antall pasienter som jeg behandler .....	9	38	1	10	1,83	58
Ventetiden for behandling hos meg ....	15	30	2	10	1,72	57
Mitt administrative arbeid....	15	32	0	10	1,68	57

Blant de legespesialistene som har meninger om disse spørsmålene, er hovedinntrykket at arbeidssituasjonen vil forbli uendret. Som vi viste til ovenfor mener 32 av 40 kiropraktorer og 31 av 34 manuellterapeuter at samarbeidet med legespesialistene vil øke. Legespesialistene har ikke i samme grad tro på noen økning i samarbeidet med de to faggruppene. På den annen side er det 22 av 58 spesialister som mener at antallet henvisninger til dem vil øke som en følge av henvisningsprosjektet. Vurderer en resultatene i tabellen under ett, er det på alle variablene bortsett fra en, flere som tror på en økning i samarbeid og aktivitet enn på en reduksjon. Ser en på gjennomsnittsverdiene viser t- testen at det ikke er noen signifikante sammenhenger i svarene fra forsøksfylkene og kontrollfylkene.

## 10.6 Ventetid hos kiropraktor og manuellterapeut

Hva vil henvisningsprosjektet ha av betydning for ventetiden hos kiropraktor og manuellterapeut? I tabellene 10.23 og 10.24 ovenfor gav manuellterapeuter og kiropraktorer i forsøksfylkene uttrykk for hvilke forventninger de hadde til ventetiden for behandling etter at henvisningsprosjektet hadde trådt i kraft. Manuellterapeutene mente at ventetiden ville forbli uendret, eller ville reduseres. Når det gjelder kiropraktorene var det et flertall som mente at ventetiden ville forbli uendret, mens et stort mindretall så for seg en økning. Som et utgangspunkt for evalueringen senere i forsøksperioden, ba vi kiropraktorene og manuellterapeutene både i forsøksfylkene og kontrollfylkene om å oppgi ventetid for undersøkelse eller behandling før 1.

september 2001. Behandlerne ble bedt om å beskrive ventetid hvor skade eller funksjonsproblem ble vurdert som henholdsvis akutt, sub- akutt og kronisk.

**Tabell 10.27. Ventetid hos kiropraktor. Antall svar. N= 40 i forsøksfylkene og 31 i kontrollfylkene**

Dager ventetid		0	1	2	3	4	5	6	7	7-14	14-30	30 >
Akutt	Forsøk	12	14	6	5	1				2		
	Kontroll	10	13	5	3							
Sub- akutt	Forsøk	5	8	12	5	3	2		3	1	1	
	Kontroll	3	11	8	4	1	3		1			
Kronisk	Forsøk	5	5	11	6	1	1		8	1		2
	Kontroll	2	11	5	5		5	1	2			

Det er en viss spredning i ventetidsanslagene. Det er ikke beregnet gjennomsnittsverdier i tabellene da det er enkelte kiropraktorer som opererer med såvidt lang ventetid (40-45 dager for kronikere) i forhold til de øvrige behandlerne at dette vil gi store utslag på gjennomsnittsberegningene. Våre kommentarer er derfor av rent deskriptiv karakter i forhold til de tallene som går frem av tabellen. Når skaden eller funksjonsproblemet vurderes som akutt, har 80% av kiropraktorene i forsøksfylkene maksimalt 2 dagers ventetid. For kategorien sub-akutt har 83% av kiropraktorene et tilbud om undersøkelse og/eller behandling i løpet av 4 dager. Når en ser på de pasientene med kronisk skade eller funksjonsproblem, har 73% av kiropraktorene et tilbud om undersøkelse og/eller behandling i løpet av 5 dager.

**Tabell 10.28. Ventetid hos manuellterapeut. Antall svar og gjennomsnittsverdi. N= 34 i forsøksfylkene og 19 i kontrollfylkene**

Dager ventetid		0	1	2	3	4	5	6	7	7-14	14-30	30 >
Akutt	Forsøk	1	4	8	11	4	3		2	1		
	Kontroll	1	1	4	6	1	2			3	1	
Sub- akutt	Forsøk			1	4	3	5		10	8	2	1
	Kontroll			2	1				3	7	6	
Kronisk	Forsøk				1	1	1		5	20	6	
	Kontroll			2		1				4	7	5

Argumentene for ikke å operere med en gjennomsnittsverdi er det samme som for tabell 10.27. ovenfor. Når skaden eller funksjonsproblemet vurderes som akutt, har 82% av manuellterapeutene i forsøksfylkene maksimalt 4 dagers ventetid. For kategorien ”sub-akutt” har 68% av

manuellterapeutene et tilbud om undersøkelse og/eller behandling i løpet av 7 dager. Når en ser på de pasientene med kronisk skade eller funksjonsproblem, har 82% av manuellterapeutene et tilbud om undersøkelse og/eller behandling i løpet av 14 dager. Ser en på fylkesresultatene viser disse signifikante forskjeller mellom svarene fra Nordland (forsøksfylke) og Troms (kontrollfylke). Både for pasientgruppene sub-akutt og kronikere er det reelt sett kortere ventetid i Nordland enn i Troms.

### **10.7 Kiropraktorers og manuellterapeuters arbeidsdag**

Før henvisningsprosjektet trådte i kraft 1. september 2001 ønsket vi å danne oss et bilde av hvor mye tid ulike arbeidsoppgaver opptok av kiropraktorenes og manuellterapeutenes arbeidsdag. Hensikten med dette var å ha et utgangspunkt for senere i forsøksperioden å få avdekket om og i hvilken grad de tiltakene og rettighetene som følger av henvisningsprosjektet virker inn på f.eks. hvor mye tid som blir brukt til direkte pasientarbeid, om ordningen har ført til mer administrativt arbeid, osv. Som vist til tidligere i rapporten, antar både kiropraktorene og manuellterapeutene at det vil bli en økning i administrativt arbeide som en følge av henvisningsprosjektet. Kiropraktorene er delt i synet på om antallet pasienter til behandling vil bli redusert eller forbli uendret. Et flertall av manuellterapeutene tror på sin side at antallet pasienter til behandling vil øke som en følge av ordningen. I spørsmålet opererte vi med følgende hovedarbeidsområder:

- Tid med pasient – oppgaver som utføres med pasient tilstede: Med dette mente vi undersøkelse og behandling, anamnese, tiltaksvurdering, sykdoms- og behandlingsforklaring, betaling, skriving av rekvisisjoner, forklaring av refusjonsordninger osv.
- Annet pasientarbeid uten pasient tilstede: Med dette mente vi skriving og utsendelse av brev og notater til andre behandlere (bl.a. fastlegen), behandlingsvurderinger og journalføring.
- Faglig oppdatering/ videreutvikling: Med dette mente vi deltakelse på kurs, seminarer og konferanser, studier, samt lesing av fagartikler.
- Administrativt arbeid: Med dette mente vi økonomi og administrasjon inkl. papirarbeid av mer generell karakter.
- Annet arbeid: Dette området var ikke nærmere spesifisert fra vår side.

#### Kiropraktorene

Signifikanstesten (kji-kvadrat) viser at det er ingen signifikante sammenhenger i svarene fra forsøksfylkene og kontrollfylkene. Av de 40 kiropraktorene i forsøksfylkene som har svart på dette spørsmålet, oppgir 14 behandlere (35%) at tid med pasient tilstede opptar 70 – 80% av arbeidsdagen, mens 13 behandlere (33%) svarer at andelen ligger mellom 80 og 90%. Det er en

viss spredning i anslagene. Åtte kiropraktorer anslår pasienttid å ligge mellom 60 og 70%. Når det gjelder pasientarbeid uten pasient tilstede svarer 20 av 40 kiropraktorer (50%) at en bruker inntil 5% av arbeidsdagen til dette arbeidet, og 16 kiropraktorer (40%) oppgir et anslag på mellom 5 og 10%. 30 av 40 kiropraktorer (75%) bruker under 5% til faglig oppdatering og 23 behandlere (58%) bruker opp til 5% av tiden til administrativt arbeid. 28% bruker mellom 5 og 10% av arbeidsdagen til administrativt arbeid.

### Manuellterapeutene

Det er ingen signifikante sammenhenger i svarene fra forsøksfylkene og kontrollfylkene. Av de 32 manuellterapeutene i forsøksfylkene som har svart på dette spørsmålet, oppgir 15 behandlere (47%) at tid med pasient tilstede opptar 70 – 80% av arbeidsdagen, mens åtte behandlere (25%) svarer at andelen ligger mellom 60 og 70%. Det er en viss spredning i anslagene. Seks manuellterapeuter (19%) anslår pasienttid å ligge mellom 80 og 90%. 16 av 32 manuellterapeuter (50%) anslår tid til pasientarbeid uten at pasienten er tilstede å ligge mellom 5 og 10%. 28% av manuellterapeutene bruker under 5% til denne aktiviteten. 73% av manuellterapeutene bruker opp til 5% av arbeidsdagen til faglig oppdatering. Når det gjelder administrativt arbeid er det ingen som mener det går med mer enn 10% av arbeidsdagen til dette, og 75% mener de bruker maksimalt 5% av tiden til dette.

## **10.8 Tid brukt til manuellterapi**

I de innledende intervjuene ble det pekt på at en mulig effekt av henvisningsprosjektet kunne bli endringer i manuellterapeutenes måte å arbeide på. Vi ønsket derfor et bilde av hvor stor del av manuellterapeutenes kliniske virksomhet som er manuell terapi til forskjell fra tradisjonell fysioterapi. Det er ingen signifikante forskjeller mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene. Det er en relativt stor spredning i svarene. 15 av 33 manuellterapeuter (45%) anslår andelen manuell terapi til mellom 70 og 80% av den kliniske virksomheten. 30% mener andelen er mellom 80 og 90%, mens 25% anslår mellom 90 og 100%. 6 av 33 manuellterapeuter svarer at 100% av deres kliniske virksomhet er manuell terapi.

## **10.9 Kjennskap til og informasjon om henvisningsprosjektet**

Vi spurte informantene om deres kjennskap til henvisningsprosjektet, og hva som hadde vært hovedkilden for informasjonen.

**Tabell 10.29. Kjennskap til henvisningsprosjektet fordelt på faggruppe og forsøksfylke/kontrollfylke (% av N og gjennomsnittsverdi)**

Kjennskap til henvisningsprosjektet	Kjenner godt 1	Hørt om, men kjenner ikke godt 2	Har ikke kjennskap til eller hørt om 3	Gj. snitt	N
Kiropraktorer - FF	100	0	0	1,00	40
Kiropraktorer - KF	65	35	0	1,35	32
Manuellterapeuter- FF	100	0	0	1,00	34
Manuellterapeuter- KF	90	10	0	1,10	20
Allmennleger- FF	57	42	1	1,45	206
Allmennleger- KF	23	69	8	1,85	236
Legespesialister- FF	23	66	11	1,89	61
Legespesialister- KF	4	69	27	2,22	45

FF: Forsøksfylke  
KF: Kontrollfylke

Resultatene gir et bilde av hvor godt kjent henvisningsprosjektet var før det trådte i kraft 1. september 2001. Ser en på resultatene fra forsøksfylkene svarer samtlige kiropraktorer og manuellterapeuter at de kjenner henvisningsprosjektet godt. Blant allmennlegene og legespesialistene svarer henholdsvis 42% og 66% at de kun har hørt om prosjektet. Når det gjelder kontrollfylkene, så er henvisningsprosjektet godt kjent blant de fleste av kiropraktorene (65%) og manuellterapeutene (90%). 23% av allmennlegene og 4% av legespesialistene svarer at de kjenner prosjektet godt. Som et ledd i Rikstrykdeverkets informasjonsarbeid, ble det sendt ut en informasjonspakke til alle fastleger i forsøksfylkene i juli/august 2001. Noe tilsvarende informasjon er ikke sendt ut til allmennleger og spesialister i kontrollfylkene. Dette forklarer nok mye av de variasjonene vi ser i tabell 10.29, og da spesielt når det gjelder legenes kjennskap til henvisningsprosjektet.

De som hadde kjennskap til henvisningsprosjektet i større eller mindre grad, ble bedt om å oppgi hovedkilde for informasjon om prosjektet. Det var anledning til å sette flere kryss.

**Tabell 10.30. Hovedkilde for informasjon om henvisningsprosjektet fordelt på faggruppe og forsøksfylke/kontrollfylke (% av N)**

	Trygde- etaten	Kommune	Fag- organisasjon	Fagblad, tidsskr. avis	Kolleger	Annet	N
Kiropraktorer - FF	98	3	93	13	48	10	40
Kiropraktorer - KF	7	0	0	29	58	0	32
Manuellterapeuter- FF	91	0	91	18	53	6	34
Manuellterapeuter- KF	10	0	95	65	60	0	20
Allmennleger- FF	73	3	39	64	13	8	204
Allmennleger- KF	16	1	36	76	14	12	235
Legespesialister- FF	26	0	16	67	10	15	61
Legespesialister- KF	7	0	9	60	9	13	45

FF: Forsøksfylke  
KF: Kontrollfylke

Flere av informantene har benyttet anledningen til å krysse av for flere enn en hovedkilde for informasjon om henvisningsprosjektet. Dette har bl.a. resultert i at nær sagt alle kiropraktorene og manuellterapeutene i forsøksfylkene har oppgitt både trygdeetaten og fagorganisasjonen som hovedkilder for informasjon. Når det gjelder allmennlegene i forsøksfylkene, er det trygdeetaten og ”fagblad, tidsskrifter, aviser” som er hovedkildene, mens spesialistene i forsøksfylkene har fått sin informasjon i hovedsak gjennom ”fagblad, tidsskrifter, aviser”. Kiropraktorene i kontrollfylkene oppgir kolleger som hovedkilde, mens manuellterapeutene har i hovedsak fått informasjon fra fagorganisasjon. Fagblad, tidsskrifter, aviser fremstår som den viktigste informasjonskilden for allmennleger og legespesialister i kontrollfylkene.

### **10.10 Oppsummering av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen**

Hensikten med spørreskjemaundersøkelsen var å kartlegge samarbeidsrelasjoner mellom aktuelle faggrupper og holdninger til de tiltak som omfattes av henvisningsprosjektet før ordningen trådte i kraft 1. september 2001. Undersøkelsen omfattet samtlige manuellterapeuter, kiropraktorer, allmennleger og legespesialister i forsøksfylkene og kontrollfylkene, og ble gjennomført i perioden 21. august – 1. september 2001. Vi sendte ut 1 665 spørreskjemaer og mottok 650 svar (40%). Svarprosenten varierer mye mellom de ulike faggruppene. Vi har her gjengitt noen av hovedfunnene i undersøkelsen.

#### *Samarbeid mellom faggruppene*

En kan ikke ut fra resultatene å si noe entydig om omfanget av, innholdet i og kvaliteten på samarbeidet mellom de ulike faggruppene som omfattes av undersøkelsen. Generelt er det grunn til å hevde at kiropraktorer og manuellterapeuter i liten grad fremstår som naturlige samarbeidspartnere. Når det gjelder de to faggruppenes samarbeid med allmennlegene, varierer dette i stor grad – både med hensyn til omfang og innhold. Et funn i undersøkelsen er at allmennleger som oppgir at de samarbeider med kiropraktorer og manuellterapeuter, ofte følger deres anbefalinger om sykmelding. Allmennlegenes kontakt og samarbeid med manuellterapeutene er mer utbredt enn samarbeidet med kiropraktorene. Dette kan nok for en stor del skyldes at manuellterapeutpasientene i langt større grad enn kiropraktorpasientene har henvisning fra lege. Samarbeid mellom kiropraktorer/manuellterapeuter og legespesialister forekommer i liten grad. Et gjennomgående trekk er at i den grad det er noe samarbeid mellom de ulike faggruppene, så vurderes dette som bra. Dette kan nok forklares med at de som går inn i et samarbeid, i utgangspunktet er positivt innstilt til et samarbeid med andre faggrupper, noe som i sin tur virker inn på deres opplevelser av dette samarbeidet.

#### *Holdninger til tiltakene i henvisningsprosjektet*

Vårt utgangspunkt for denne delen av undersøkelsen var at faggruppenes holdninger til de ulike tiltakene i henvisningsprosjektet, vil få betydning for hvordan de forholder seg til og opplever effekten av ordningen når den trer i kraft. Undersøkelsen viser, ikke overraskende, at kiropraktorene og manuellterapeutene gjennomgående er positive til alle de tiltakene som foreslås i henvisningsprosjektet, samtidig som allmennlegene og legespesialistene er noe mer tilbakeholdne og på enkelte områder klart negative. Visse nyanser ser en imidlertid i materialet. Kiropraktorene og manuellterapeutene er svært positive til de nye rettighetene eller mulighetene som innføres for egen faggruppe, samtidig som de positive holdningene ikke er like fremtredende

når de to gruppene skal gi til kjenne hva de mener om at den andre gruppen gis de samme rettighetene som en selv. Dette kommer klarest til uttrykk i svarene fra kiropraktorene.

Ser en på enkelttiltakene, kommer legenes negative holdninger klarest til uttrykk når det blir snakk om kiropraktorenes og manuellterapeutenes rett til å sykmelde inntil åtte uker. Dette har jo også vært det mest fremtredende stridsspørsmålet i de diskusjonene som har pågått før og etter at vedtaket om gjennomføring av henvisningsprosjektet ble vedtatt. Når det gjelder bortfall av henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut, er det legespesialistene som er mest negative til dette. Allmennlegene er noe mer delt i sine holdninger, og vel en tredjedel er klart negative. Et tiltak i henvisningsprosjektet er at kiropraktor og manuellterapeut får anledning til å henvise til legespesialist. Resultatene fra undersøkelsen blant allmennlegene og legespesialistene viser ikke noe entydig bilde i holdningene til dette spørsmålet. Både blant allmennlegene og legespesialistene er det omkring 40% som er positive og 40% som er negative til at kiropraktorene og manuellterapeutene skal kunne henvise til spesialist. Når det gjelder anledning til å rekvirere fysikalsk behandling, er et flertall av allmennlegene positive til at kiropraktorer og manuellterapeuter får dette, samtidig som det er større spredning i svarene fra legespesialistene. Gjennom henvisningsprosjektet vil manuellterapeutene få anledning til å rekvirere radiologisk undersøkelse. Kiropraktorene er dels tilbakeholdne og dels negative i sine vurderinger av dette tiltaket, noe 2/3 av kiropraktorene i kontrollfylkene begrunner med at manuellterapeutene ikke har faglig forutsetning til å kunne ivareta denne oppgaven. Et flertall av legespesialistene stiller seg negative til dette spørsmålet, mens allmennlegene er mere delt i sine holdninger.

#### *Antatte resultater av henvisningsprosjektet*

Kiropraktorene og manuellterapeutene mener at en effekt av henvisningsprosjektet vil bli at pasientene vil komme raskere til rett behandler, og at tiltakene totalt sett vil føre til en mer effektiv utnyttelse av faggruppens kompetanse. Allmennlegene er delt i synet på om dette vil bli resultatet av henvisningsprosjektet, mens vel halvparten av legespesialistene er uenige i at dette vil bli resultatet. Det er i den debatten som har pågått, og da særlig blant legene, blitt hevdet at henvisningsprosjektet vil undergrave fastlegeordningen. Kiropraktorene og manuellterapeutene er uenige i dette utsagnet, samtidig som en stor andel av allmennlegene og legespesialistene er enige i at dette vil bli resultatet av henvisningsprosjektet. På den annen side er en relativt stor andel av legegruppene usikre på om dette vil bli resultatet, og et ikke ubetydelig mindretall er klart uenige. Kiropraktorene og manuellterapeutene mener antallet pasienter som henvender seg til allmennlege med skade/funksjonsproblem i muskel- og skjelettsystemet, vil bli redusert som en følge av

ordningen, mens legene er delt i synet på om en vil se en reduksjon eller om situasjonen vil forbli uendret. Legenes negative holdninger til at kiropraktorene og manuellterapeutene skal kunne sykmelde inntil åtte uker, gir seg også uttrykk i vurderingene av hvilken betydning henvisningsprosjektet vil ha for antallet sykmeldingsdager. Legene mener en her vil se en økning eller opprettholdelse av status quo, mens terapeutene mener antallet sykmeldingsdager vil bli redusert. I de spørsmålene som omhandler hvilken betydning tiltakene i henvisningsprosjektet vil ha for den enkelte faggruppes arbeidsdag og på samarbeidet med andre faggrupper, ser i hovedsak manuellterapeutene og kiropraktorene for seg økt grad av samarbeide med legene og fysioterapeutene og en økt mengde administrativt arbeid, samtidig som de er delt i synet på hva som vil skje med hensyn til antallet behandlede pasienter og ventetid. Hovedtendensen i svarene fra begge de to legegruppene er at de for en stor del ikke forventer noe særlig endring på noen av disse områdene i forhold til dagens situasjon.

## 11 Forundersøkelse til delutredning 4: ”Samfunnsøkonomiske besparelser”

I dette kapitlet er formålet å anslå de økonomiske effektene av henvisningsprosjektet i form av endringer i sykefravær og forbruk av legetjenester. Omfanget av henvisninger til somatiske sykehus vil også bli berørt. Hensikten med denne oversikten er å vise nivåene på de parametre som skal følges opp og å vise hvilke muligheter man har for analyse av dataene.

I analysene benyttes fire ulike datakilder:

- Sykepengeutbetalinger fra trygden
- En ny sykefraværstatistikk som utarbeides i Rikstrygdeverket i samarbeid med Statistisk sentralbyrå
- Legeregninger fra legene til trygden
- Statistikk fra SINTEF Unimed Norsk Pasientregister over antall henvisninger til somatiske sykehus

Tallene presenteres for noe ulike tidsperioder, avhengig av hva de ulike statistikkproduzentene på kort tid har kunnet skaffe til veie. Vi vil senere kunne presentere de fleste av tallene for perioden før henvisningsprosjektet (1.9.2001) og for perioden etter, eller en tilnærming til dette.

### 11.1 Sykepenger

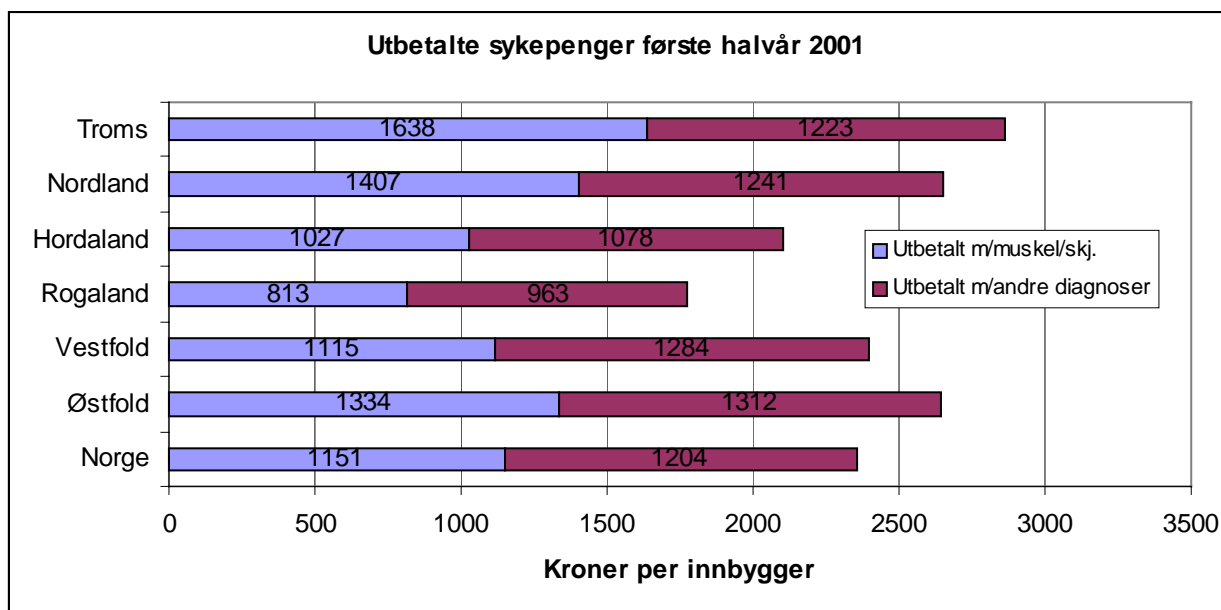
Den viktigste delen av den økonomiske analysen vil være å vurdere endringer i utbetalinger til sykepenger. Dette gjøres ved å sammenligne utbetalingene i forsøksfylkene opp mot kontrollfylkene. Sykepenger utbetales fra trygdekontorene til arbeidsgiverne fra og med den 17. fraværsdagen i det enkelte sykefravær. Denne analysen vil derfor vise endringer i det lengre fraværet. Disse regnskapstallene er noe forsinket eller forskjøvet i forhold til selve det konkrete sykefraværet, fordi arbeidsgiver først må sende inn krav til sitt lokale trygdekontor. Denne forskyvelsen er nokså konstant, slik at tallene viser situasjonen 1-2 måneder tilbake i tid.

En reduksjon i dette fraværet, og derved i utbetalingene, kan skyldes to forhold: Enten kan antall sykefraværstilfeller gå ned, eller så kan antall dagers fravær for den enkelte bli redusert. I praksis vil en gjerne ha en kombinasjon av disse to effektene. Det er derfor også utarbeidet oversikt over antall sykepengetilfeller i forsøks- og kontrollfylkene. Disse to oversiktene (utbetalingene og antall tilfeller) er fordelt etter totalt fravær og fravær som skyldes muskel/ skjelett- diagnoser<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ref. Ola Thune, Rikstrygdeverket

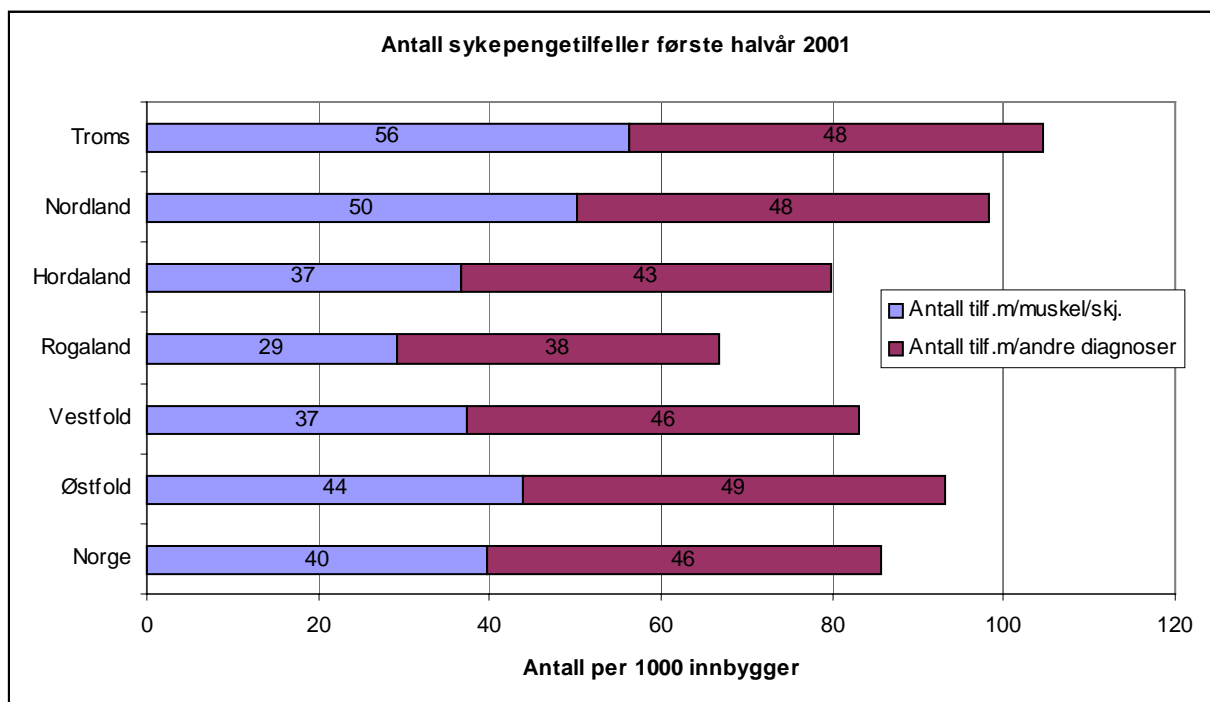
Første halvår 2001 var utbetalte sykepenger i de tre forsøksfylkene 2,06 milliarder kroner, mens utbetalingene i kontrollfylkene var i alt 1,75 milliarder. Regnet relativt til innbyggertallene hadde Nordland høyest utbetaling blant forsøksfylkene, mens Troms hadde høyest utbetaling blant kontrollfylkene (figur 1). Andelen av utbetalingene som skyldes sykdommer i muskel-skjelettsystemet var nokså like mellom de deltakene fylkene.



Figur 1. Utbetalte sykepenger for første halvår 2001

### *Sykepengetilfeller*

Antall sykepengetilfeller er også en indikator for det totale sykefraværet. Kontrollfylkene er valgt ut også med tanke på likhet i antall tilfeller, og i likhet med sykepengene har man også her visse likhetstrekk (figur 2). Troms er også det fylket som har flest sykepengetilfeller, mens Rogaland har lavest antall tilfeller pr. 1000 innbygger.



Figur 2. Antall sykepengetilfeller pr. 1000 innbygger. Første halvår 2001

## 11.2 Sykefraværstatistikk

En ny statistikk som er utarbeidet i samarbeid mellom Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå (SSB) viser alt sykefravær med legeerklæring, dvs. utover egenmeldingsperioden som (foreløpig) er tre dager<sup>2</sup>. Også her vil det bli foretatt en sammenligning av sykefraværet i forsøksfylkene opp mot kontrollfylkene. Disse tallene gir også flere muligheter for å analysere sammensetningen av sykefraværet, både med hensyn til varighet, alder, kjønn og diagnose. I forsøksfylkene blir det også registrert hvem som foretar sykmeldingen, slik at man kan følge opp fordelingen mellom leger på den ene siden og manuellterapeuter og kiropraktorer på den andre.

Sykefraværstatistikken viser at det gikk tapt 5,7 millioner dagsverk til sykefravær over tre dager blant arbeidstakere i 2. kvartal 2001. Dette utgjør 6,2% av avtalte dagsverk, og representerer en svært liten økning fra tilsvarende periode året før. Sykefraværet øker med alder, f.eks. er sykefraværet i gruppen 20-24 år 5,0%, mens det for gruppen 60-64 år er på 10,1%. Varigheten på fraværet er også avhengig av alder. F.eks. er 16,5% av fraværet over tre dager på mer enn 26 uker i aldersgruppen 20-24 år, mens tilsvarende tall er 41,7% for gruppen 60-64 år. Fraværet er høyere for kvinner (7,8%) enn for menn (5,0%), og det er høyest i næringen helse- og sosialtjenester og

<sup>2</sup> Se <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefra/>

lavest i finanstjenester og forretningsmessig tjenesteyting. Det er også de eldste aldersgruppene som står for de lengre fraværene.

Tallene for sykefravær vil bli brutt ned på diagnose, alder og fylke i den neste rapporten for å analysere mulige endringer i sykefravær fordelt på de relevante diagnosegruppene. Kiropraktorer og manuellterapeuter kan i følge retningslinjene sykmelde pasienter med L-diagnoser og visse N-diagnoser (se avsnitt 8.6).

Denne statistikken viser ikke det totale sykefraværet, i det fravær fra en til tre dager ikke er med. Ut fra detaljerte tall fra NHO om sykefravær i industrien kan man imidlertid anslå at sykefravær som er mellom en og tre dager i alt utgjør omkring 0,8% av "mulige arbeidsdager". Før vi har tallene fra SSB kan vi derfor med rimelig sikkerhet anslå at sykefraværet i Norge er omkring 7% (6,2 + 0,8). SSB vil tidlig i 2002 utføre en egen undersøkelse som vil gi en bedre oversikt over det egenmeldte fraværet.

Tallene som er presentert for sykefravær pr. oktober 2001 inneholder fordeling på næring, men man kan foreløpig ikke få ut tall etter diagnose. Dette vil i følge Rikstrygdeverket foreligge mot slutten av 2001. Vi vil derfor kunne foreta analyser av sykefravær etter diagnose i sluttrapporten.

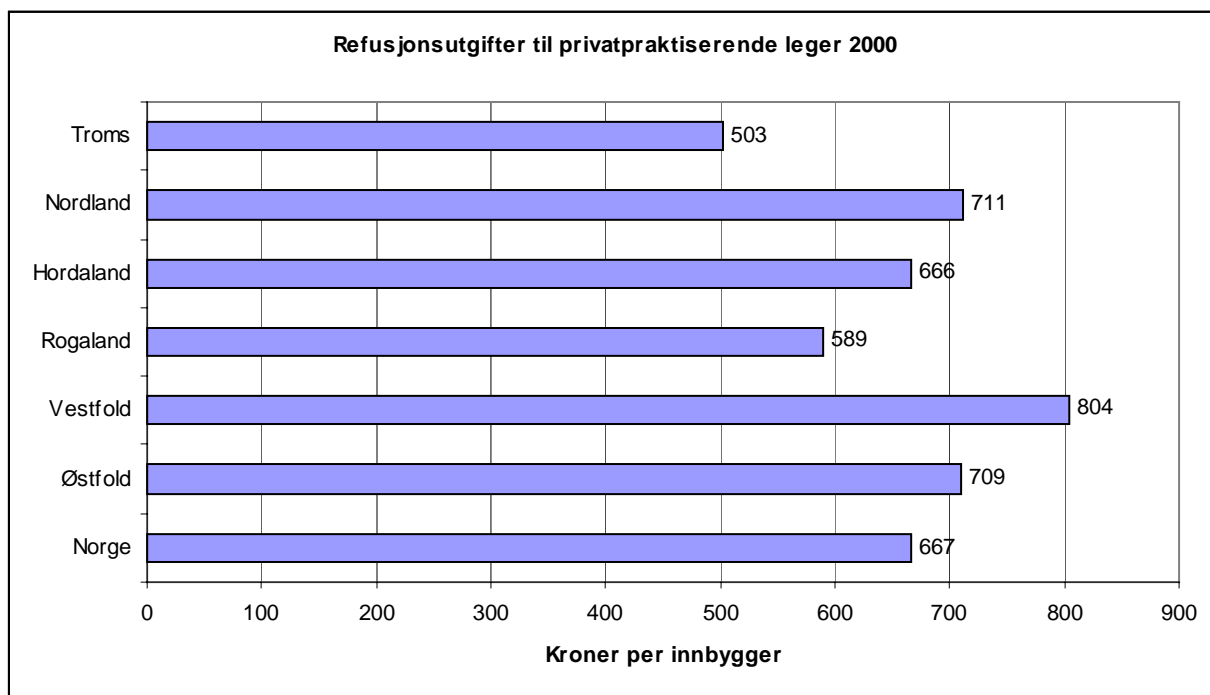
### **11.3 Legeregninger**

En mulig virkning av henvisningsprosjektet vil være at presset på allmennlegene blir redusert, ved at noen av pasientene henvender seg direkte til manuellterapeuter og kiropraktorer i stedet for å ta veien om primærlegen. Det finnes ikke en total oversikt over forbruket av allmennlegetjenester, men trygdens utbetalinger for legekonsultasjoner gir en nokså god indikasjon over endringer i forbruket. Det er i dag få leger som driver helt uten noen form for trygderefusjon. Hver allmennlege, enten de har driftsavtale eller ikke, sender hver måned en regning til oppgjørskontoret i sitt fylke. Dette blir bokført i trygdesystemet, og vi vil derfor sammenligne utbetalinger i de ulike fylkene for å se om forbruket endrer seg på ulike måter.

Fra Rikstrygdeverket er det oversendt regnskapstall for 2000 som viser folketrygdens refusjonsutgifter til privatpraktiserende leger (figur 3)<sup>3</sup>. Disse utgiftene føres på konti for allmennleger, spesialistleger og refusjon av egenbetaling til legehjelp pga. frikort.

---

<sup>3</sup> Ref. Per Øivind Gaardsrud, Rikstrygdeverket



Figur 3. Folketrygdens refusjonsutgifter til privatpraktiserende leger, inklusive refusjon pga. frikort. 2000

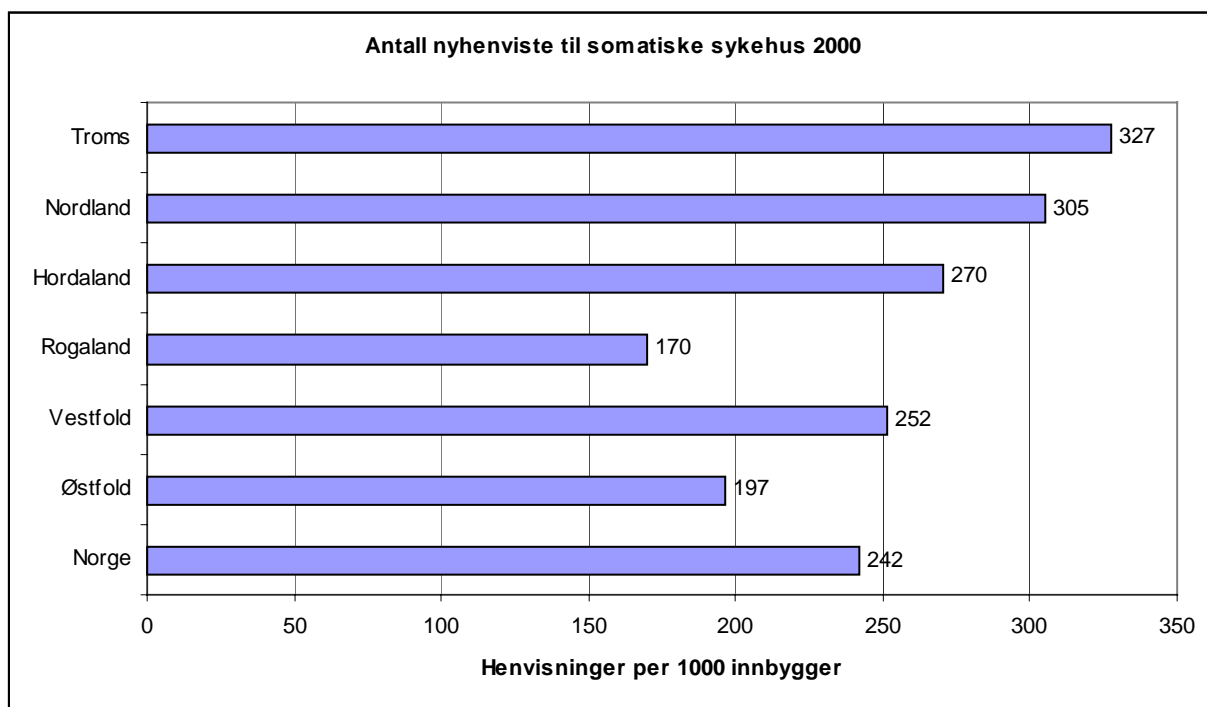
#### 11.4 Henvisninger til sykehus

Registreringsundersøkelsene vil gi en grov oversikt over i hvilken grad kiropraktorer og manuellterapeuter henviser sine pasienter til sykehus. I tillegg har vi her valgt å presentere noen tall fra sykehusene selv.

SINTEF Unimed Norsk Pasientregister henter inn flere typer statistiske opplysninger fra det enkelte sykehus tre ganger i året, både om utført pasientbehandling og om ventelister. I statistikk for ventelister fremgår antallet nyhenviste til det enkelte sykehus<sup>4</sup>. Oversikten over hvem som foretar henvisningen er desverre ikke komplett rapportert, og kan derfor ikke benyttes her. Men tallene skal likevel gi en indikasjon over den totale henvisningsnivået for hvert fylke. Foreløpige beregninger for 2000 (se avsnittet om resultater) viser imidlertid en større variasjon for henvisningsraten enn en skulle forvente. Dette tyder på at ulikheter i registreringer og andre rutineforskjeller mellom fylkene påvirker nivåtallene. Gitt at denne forskjellen vedvarer, vil likevel *endringer* i de observerte henvisningsratene kunne gi indikasjoner om endringer i pasientstrømmene.

<sup>4</sup> Tallene presenteres på internett; se <http://www.npr.no/InfoVent/index.htm>

Tallene presenteres etter pasientenes bostedsfylke, og man kan derved følge utviklingen i henvisninger i forsøks- og kontrollfylkene (figur 4).



Figur 4. Henvisningsratene til somatiske sykehus etter bostedsfylke. 2000

### 11.5 Samlede samfunnsøkonomiske besparelser

Tallmaterialet som er presentert ovenfor gir til sammen et grovt bilde av de rene økonomiske parametre som vil bli fulgt opp under evalueringen av henvisningsprosjektet. Det viktigste er å følge opp utbetalingene til sykepenger i forsøksfylkene sammenlignet med kontrollfylkene. Dernest vil trygdens refusjoner til legene indikere i hvilken grad prosjektet har lyktes i å avlaste primærlegene i deres arbeid. Både utbetalinger fra trygdekontorene, og sykmeldingene fra leger, sykehusene, kiropraktorer og manuellterapeuter vil bli brutt ned på detaljerte ICPC-diagnoser og fylker. Vi vil også gjennomføre analyser basert på alder og lengden av sykefraværet.

## 12 Drøfting og konklusjon

### 12.1 Om mål, metoder og resultater

Målet med forundersøkelsen har vært å etablere en statusbeskrivelse før henvisningsprosjektet trer i kraft 1. september 2001. Hovedformålene med henvisningsprosjektet er følgende:

6. *å få en mer effektiv og målrettet bruk av helsepersonell*
7. *raskere igangsatt behandling og kortere sykmeldingsperiode*
8. *samfunnsøkonomiske besparelser*
9. *bedre utviklet samarbeid mellom kiropraktorer, manuellterapeuter og andre grupper helsepersonell*
10. *mer fornøyde pasienter som følge av bedre behandlingstilbud*

I denne forundersøkelsen har vi satt søkelyset på punktene 1 – 4. Måling av brukertilfredshet (punkt 5) vil bli gjennomført i form av en komparativ studie (forsøksfylkene og kontrollfylkene) i 2003. Gjennom to studier – en registreringsundersøkelse og en spørreskjemaundersøkelse - har vi satt søkelyset på pasientprofil, pasientbevegelser og iverksatte tiltak, samarbeidsrelasjoner, holdninger til og antatte virkninger av tiltakene i henvisningsprosjektet. Tallmaterialet som er presentert i kapittel 11 ”Samfunnsøkonomiske besparelser”, gir et bilde av de rene økonomiske parametre som vil bli fulgt opp under evalueringen av henvisningsprosjektet. Her vil det viktigste være å følge opp utbetalingene til sykepengene, trygdens refusjoner til legene, sykmeldingene fra leger, sykehusene, kiropraktorer og manuellterapeuter.

Som evaluatører skal vi følge henvisningsprosjektet gjennom hele forsøksperioden på to år. Det som presenteres i denne rapporten er en statusbeskrivelse - en ”temperaturmåling” - før prosjektet trer i kraft 1. september 2001. Noe av den dokumentasjonen som legges frem er statistikk bl.a. hentet fra Rikstrygdeverket, inneholdende oversikter over faktiske utgifter, omfang av sykefravær osv. Dokumentasjon av en annen karakter er hentet inn gjennom spørreskjemaundersøkelsen der vi bl.a. har kartlagt hvilke holdninger de ulike faggruppene har til innholdet i henvisningsprosjektet. Etter vår vurdering krever kompleksiteten omkring måling av effektene av tiltakene i henvisningsprosjektet at det benyttes ulike innfallsvinkler og dermed valg av ulike metoder for datainnsamling som et sentralt element i evalueringen.

Gjennomføringen av og resultatene fra *registreringsundersøkelsen* har gitt oss et godt utgangspunkt og grunnlag for sammenligninger med tilsvarende undersøkelser som skal gjennomføres i 2002 og 2003. Datamaterialet er relativt omfattende, både med hensyn til antallet behandlere som har deltatt i undersøkelsen og antallet registrerte skjemaer. Samtidig har vi avdekket visse svakheter bl.a. når det gjelder formulering av spørsmål og svaralternativer som kan ha hatt uheldig innvirkning på resultatene. Sett ut fra tilbakemeldinger fra informantene, fagforbundene og referansegruppen mener vi likevel at dette ikke har vært av et slik omfang at det har hatt vesentlig betydning for utfallet av undersøkelsen. I den grad det har vært uoverensstemmelser mellom bl.a. fagforbundene og prosjektledelsen har dette et stykke på vei hatt sitt grunnlag i ulik forståelse av hva som var hensikten med denne undersøkelsen. Av de kommentarene som har kommet til et foreløpig rapportutkast, synes det å herske liten grad av uenighet om at resultatene ligger innenfor det en hadde forventet. Resultatene fra registreringsundersøkelsen har dermed gitt oss et bilde av hvem pasientene er, hvilke skader/funksjonsproblemer de har, hvilke andre behandlere de har vært i kontakt med, og hvilke tiltak som er satt i verk.

I *spørreskjemaundersøkelsen* har vi satt søkelys på samarbeidsrelasjoner, holdninger og antatte resultater av henvisningsprosjektet. Styrken ved denne undersøkelsen er at vi på vesentlige områder har kunnet lese ut relativt klare tendenser både med hensyn til samarbeid og holdninger. Dette danner således et godt utgangspunkt for den videre evalueringen i forsøksperioden. Hvis vi skulle peke på eventuelle svakheter, så vil det være den relativt lave svarprosenten generelt, og i legegryppene spesielt. Det er blitt stilt spørsmål om hvorfor vi ikke gjennomførte noen purrerunde. Hovedbegrunnelsen for ikke å gjøre dette, er knyttet til den tiden vi hadde til rådighet fra oppstarten av prosjektet, til forsøksordningen ble satt i verk 1. september 2001. Videre kan det synes som at vi spesielt i forhold til legespesialistene har formulert spørsmål og utsagn på en måte som har gjort at de ikke har kjent seg igjen, at det ikke har vært relevant for dem eller angått dem. På den annen side har vi gjennom utviklingsarbeidet med individuelle intervjuer, dokumentstudier og pilotering presentert utsagn og spørsmål som vi mener står sentralt i henvisningsprosjektet. Det at enkelte informantgrupper svarer at de ikke har noen erfaring med eller mening om et eller flere tema, vil i en slik sammenheng være et interessant resultat i seg selv. Resultatene viser, ikke overraskende, at manuellterapeutene og kiropraktorene er positivt innstilt til det som følger av henvisningsprosjektet og at de har store forventninger til de effektene og resultatene som dette vil medføre. På den annen side hadde vi ut fra det som foreligger av høringsuttalelse, debattinnlegg oa., antatt at motstanden og de negative holdningene blant legene skulle være mye tydeligere

artikulert gjennom undersøkelsen enn det resultatene viser. Dette kan skyldes skjevheter på grunn av frafallet – dvs. at de som er minst negative har svart. En annen forklaring kan være at det er divergerende holdninger og meninger mellom det Den norske legeforening gir uttrykk for, og de holdningene som råder ute blant de menige legene. Vi kan her kun begrense oss til å antyde, mer enn bekrefte eller avkrefte.

Den delen av forundersøkelsen som omhandler *samfunnsøkonomiske besparelser*, har så langt i større grad skissert hvilke muligheter som ligger i eksisterende statistikk og i statistikk som er under utarbeidelse, enn å gi en nærmere analyse på de parametrene som er relevante for henvisningsprosjektet. Tallmaterialet gir til sammen et grovt bilde av de rene økonomiske parametre som vil bli fulgt opp under evalueringen av henvisningsprosjektet. Det viktigste er å følge opp utbetalingene til sykepengene i forsøksfylkene sammenlignet med kontrollfylkene. Dernest vil trygdens refusjoner til legene indikere i hvilken grad prosjektet har lyktes i å avlaste primærlegene i deres arbeid. Både utbetalinger fra trygdekontorene, og sykmeldingene fra leger, sykehusene, kiropraktorer og manuellterapeuter vil bli brutt ned på detaljerte ICPC- diagnoser og fylker. Vi vil senere i evalueringen også gjennomføre analyser basert på alder og lengden av sykefraværet.

## 12.2 Om intensjonene med henvisningsprosjektet

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

- De samfunnsmessige kostnadene i forbindelse med muskel- og skjelettlidelser er svært høye.
- Det er nødvendig med effektiv utnyttelse av knappe helsekroner, og en målrettet og effektiv utnyttelse av helsepersonell.
- Helsepersonell må gjøre det de er best i og utdannet for.
- Det vil innebære en tidsbesparelse for leger dersom henvisningskravet til kiropraktor og manuellterapeut bortfaller, og dersom kiropraktorer og manuellterapeuter kan henvise direkte til spesialist.
- Ordningen vil gi innsparinger for pasient (egenandel) og for folketrygden (refusjoner i forbindelse med legehonorar).
- Pasientene vil komme raskere til behandling hvis henvisningskravet bortfaller, samtidig som rask igangsatt behandling vil føre til at man unngår kroniske tilstander og til færre sykmeldingsdager noe som i sin tur betyr besparelser i sykelønn og sykepengene.

- Primærlegen skal ha den faglige oppgaven med å vurdere pasienten i en bredere medisinsk sammenheng, samtidig som primærlegen kan ivareta sin portvaktrolle også når pasienten kan oppsøke kiropraktor og manuellterapeut direkte.

Som vi var inne på i forbindelse med gjennomgangen av høringsuttalelsene i forskriftsutkastet, var det flere av høringsinstansene som stilte spørsmål ved riktigheten av og realismen i flere av disse intensjonene og antakelsene om hva de foreslåtte tiltakene ville føre til. Vi har gjennom det grunnlaget som er lagt i forundersøkelsen et godt utgangspunkt for senere i evalueringen å kunne si noe om i hvilken grad man når de målene man har satt seg og de intensjonsne man har for henvisningsprosjektet. Samtidig er det grunn til å være oppmerksom på at henvisningsprosjektet som et forsøk eller en forsøksordning ikke lever i et vakuum upåvirket av andre tiltak og reformer som vil berøre de aktuelle faggruppens virksomhet, forbruk av helsetjenester, pasientbevegelser, sykefravær, sykepengeutbetalinger oa. I den videre evalueringen vil det derfor være viktig å være klar over andre tiltak og endringer som settes i verk i prosjektperioden og som vil kunne gi seg utslag på de parametrene som vi i vår evaluering skal sette søkelys på. I henhold til tilbakemeldinger fra Rikstrygdeverket vil det bl.a. bli satt i verk en rekke andre tiltak for å få en generell reduksjon i sykepengeutbetalingene, f.eks. det som er lagt til grunn i intensjonsavtalen mellom regjeringen og partene i arbeidslivet med 20% nedgang i sykefraværet som en av målsettingene. Slike tiltak kan virke inn forskjellig i de enkelte fylkene avhengig av når arbeidet kommer i gang og avhengig av hvor flinke fylkestrygdekontorene er til å følge opp tiltakene.

Sommeren 2001 ble fastlegeordningen innført. Fastlegeordningen formaliserer tilknytningen mellom lege og pasient. I det formaliserte forholdet vil fastlegen ha ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Fastlegen skal også ha ansvar for pasientens journal med oppdatering av sykehistorie og bruk av legemidler. Formaliseringen vil skape kontinuitet i det enkelte lege- pasientforhold, og ansvarliggjøre legen i høyere grad enn ved tilfeldig legebruk (Ot. prp. nr. 99 (1998 – 99)). Det er bl.a. fra legehold stilt spørsmål om i hvilken grad fastlegen skal kunne ivareta denne rollen (portvaktrollen) når henvisningskravet fra lege til kiropraktorer og manuellterapeuter bortfaller, og kiropraktorer og manuellterapeuter gis utvidede rettigheter. Mister fastlegen den nødvendige oversikten over den behandlingen pasienten mottar? Et viktig punkt i evalueringen blir å beskrive endringer i allmennlegens rolle som følge av fastlegeordningen, og hvilke endringer som må tilskrives henvisningsprosjektet. I en slik analyse vil en komparativ studie mellom forsøksfylkene og kontrollfylkene stå sentralt.

### **13 Referanser**

Græsborg, Kristian (2001). "Kiropraktorpasienter i Danmark – en patientprofil"

Leboeuf- Yde, Charlotte et. al. (1997). "Chiropractic in Sweden: A short Description of Patients and Treatment". J. Manipulative Physiol Ther. 1997; 20: 507- 10.

Pedersen, P. (1994). "A survey of chiropractic practice in Europe". Eur. J. Chiropr. 1994; 42: 3-28.

Rubinstein, S. et. al (2000). "Chiropractic patients in the netherlands: A descriptive study". J. Manipulative Physiol Ther. 2000; 23: 557- 63.

## 14 Vedlegg

- Oversendelsesbrev - registreringsundersøkelsen
- Registreringsskjema
- Spørreskjema – kiropraktorer i forsøksfylkene
- Spørreskjema – kiropraktorer i kontrollfylkene
- Spørreskjema – manuellterapeuter i forsøksfylkene
- Spørreskjema – manuellterapeuter i kontrollfylkene
- Spørreskjema – allmennleger i forsøksfylkene
- Spørreskjema – allmennleger i kontrollfylkene
- Spørreskjema – legespesialister i forsøksfylkene
- Spørreskjema – legespesialister i kontrollfylkene