

SNF-RAPPORT 9/02

Tverrfaglig poliklinisk behandling av ryggpasienter – besparelser for folketrygden?

av

**Egil Kjerstad
Tor Helge Holmås**

SNF-prosjekt nr. 2435: ”Evaluering av ny tverrfaglig poliklinikkttakst”

Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedepartementet

**SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKING AS
BERGEN, APRIL 2002**

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 82-491-0196-0
ISSN 0803-4036

Forord

Prosjektet har strakt seg over en periode på nærmere tre år, og rapporten er et resultat av innsatsen til flere personer. Takk til Arild Aakvik som var med å utarbeide prosjektsøknaden og som har bidratt med råd underveis. Vi vil også takke Sturla Alvheim, Elisabeth Steckmest og Hege Gabrielsen, kollegaer ved SNF, for viktige bidrag. Vi vil spesielt takke Søren Brage, Nasjonal ryggnettverk, for mange gode råd og innspill underveis. Takk også til Norsk pasientregister og Rikstrygdeverket som har lagt til rette for innsamlingen av de kvantitative dataene som studien bygger på.

Til sist vil vi takke Helsedepartementet for meget godt samarbeid i løpet av disse årene.

Egil Kjerstad

Bergen, april 2002

Prosjektleder

Innhold

Sammendrag

1.	Innledning	1
2.	Ny takst – utvidet tilbud til pasienter med ryggglidelser?	4
2.1	Poliklinisk aktivitet rettet mot pasienter med rygg- og/eller nakkelidelser	5
2.2	Hovedinntrykk fra intervjuundersøkelsene	12
2.2.1	<i>Telefonintervjuer november 1999 – januar 2000</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Telefonintervju mai – juni 2001</i>	<i>18</i>
2.3	Informasjon om forholdet mellom medisinsk og administrativt personell	20
2.4	Oppsummering	22
3.	Ny takst – virkninger for folketrygden?	24
3.1	Nærmere om pasientene – basert på data for 2000	25
3.2	Databeskrivelse	27
3.3	Behandlingseffekten målt som tid i sykemelding	31
3.4	Behandlingseffekten målt ved tid til attføring	35
4.	Ny takst – vridningseffekter mellom trygdede og ikke-trygdede? ..	38
4.1	Databeskrivelse	38
4.2	Analyse	41
5.	Konklusjoner	45
	Referanser	48
	Vedlegg 1	49
	Vedlegg 2	50
	Vedlegg 3	51

Sammendrag

I rapporten redegjøres det for evalueringsarbeidet som er gjort i forbindelse med innføringen av ny tverrfaglige poliklinisk behandlingstakst for ryggpasienter. Taksten ble innført i januar 1999 og evalueringen har blitt gjennomført over en periode på omlag tre år. Studien baserer seg både på registerdata og intervjuundersøkelser.

Et av hovedfunnene i evalueringsstudien er at sykemeldingsperioden for pasienter som mottar tverrfaglig behandling er signifikant kortere sammenlignet med hva som er tilfellet for sykemeldte pasienter som ikke mottar slik behandling. Et annet hovedfunn er at vi finner vekst både i antall institusjoner som tilbyr tverrfaglig behandling, og vekst i antallet behandlede pasienter. Imidlertid gjør underrapportering av poliklinisk aktivitet ved norske sykehus til Norsk pasientregister at veksten vi finner i både antall institusjoner og pasienter kan være høyere enn reelt. Et tredje funn er at personer som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser prioriteres fremfor andre grupper av pasienter, i den forstand at relativt flere som mottar sykdomsrelaterte ytelser enn andre typer av pasienter får behandling. Et fjerde funn er at pasienter som ikke mottar ytelser må vente lenger i gjennomsnitt på første konsultasjon hos spesialist enn de som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser. Et femte funn er at intervjuundersøkelsene blant overleger ved et utvalg sykehus avslører uenighet om hensiktsmessigheten ved tverrfaglig behandling og differensiering av taksten.

1. Innledning

Stadig flere i den norske befolkningen får langvarige helseplager. Utviklingen reflekteres i sykefraværstatistikken. Antallet erstattede sykepengedager steg i perioden 1997 til 2001 fra 20 110 000 til 26 283 000. Veksten er på omlag 30 prosent over fire år. Antallet avsluttede sykepengetilfeller økte fra 434 929 i 1999 til 526 389 tilfeller i 2001, en økning på rundt 21 prosent på to år.¹

Økning i sykefraværet generelt og økningen i antall langvarige sykefraværstilfeller spesielt er bekymringsfullt av flere årsaker. Sykepengeutbetalingene utgjør omlag 13 prosent av Folketrygdens samlede utbetalinger i 2001, etter alderspensjon (37,6 prosent) og uførestønader (19,4 prosent). Langtidssykemelding bidrar til rekruttering av uførestønadsklienter .

Omlag 50 prosent av alle sykmeldinger i løpet av et år kommer som følge av muskel- og skjelettlidelser (RTV, 2001). Mange av personene som sykemeldes, rundt 16 prosent, har en eller annen form for rene ryggglidelser. Muskel- og skjelettlidelser, som omfatter leddverk, muskelsmerter, ryggglidelse og deformiteter i brusk og knokler, utgjør en stigende andel av sykdomsbildet for befolkningen over 16 år. Mens andelen i befolkningen med slike lidelser utgjorde omlag 18 prosent både i 1975 og 1985, økte andelen betydelig det neste tiåret. I 1995 var andelen 32 prosent. Andelen sank noe, til 26 prosent, frem til 1998. (Statistisk sentralbyrå, 2001). Muskel- eller skjelettlidelser er således i dag blant de viktigste årsaken til sykkelighet og funksjonshemming i befolkningen.

Sykefraværet har fått stor politisk oppmerksomhet de siste årene, og myndighetene forsøker å bidra med tiltak som kan resultere i en stabilisering og helst en nedgang i sykefraværet. Et av virkemidlene som Stortinget har samlet seg om er en poliklinisk takst for tverrfaglig *behandling* av ryggpasienter. Stortingets vedtak, som ble fattet i forbindelse med behandlingen av Statsbudsjettet for 1999, ble blant annet basert på behandlingserfaringer gjort i kontrollerte forsøk. Stortinget påpekte at det med bakgrunn i nye forskningsresultater ligger

¹ Gjelder ansatte i ordinært arbeid og ut over arbeidsgiverperioden på 14 dager og eksklusiv statsansatte (RTV, 2001).

til rette for betydelige gevinster i folketrygden som følge av behandlingsformer som har veldokumenterte positive effekter.

Refusjonstaksten ble innført fra og med 1. januar 1999 og representerer en oppfølging av den tverrfaglige *utredningstaksten* som ble etablert i 1998. Refusjonstaksten for behandling er differensiert. Det gis anledning til å benytte dobbel takst ved behandling av pasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser, som sykepenger, medisinsk rehabilitering og uførepensjon. Personer som ikke mottar slike trygdeytelser gir med andre ord bare halvparten i refusjon til institusjonen som behandler pasienten. Innføringen av den differensierte taksten og forhåpningene knyttet til den fra politisk hold baserer seg med andre ord på en tillit til at institusjoner og enkeltpersoner innen det medisinske fagmiljøet reagerer på økonomiske insentiver. I denne rapporten gjøres det rede for analyser som er gjennomført med sikte på å evaluere om så er tilfellet. Det utføres analyser basert både på kvantitative og kvalitative data. Kvantitative data er skaffet til veie gjennom samarbeid med Norsk pasient register (NPR) og Rikstrygdeverket (RTV). Det vises til vedlegg 1 for en oversikt over hvordan datainnsamlingsprosessen har vært. Kvalitative data er basert på telefoniske intervjuer med overleger ved et utvalg poliklinikker.

Gitt at de økonomiske insentivene virker, hvilke konsekvenser kan man tenke seg at den nye differensierte behandlingstaksten får for ressursallokeringen ved klinikker/sykehus? Noen av hovedeffektene vil eventuelt kunne være:

- Økning i behandlingsskapitet, som følge av at takstene gir økonomiske insentiver til å etablere nye poliklinikker, eventuelt utvide behandlingsskapiteten til eksisterende klinikker.
- Redusert varighet av sykemeldingsperiodene for de som behandles, som følge av at tverrfaglig behandling gir en større sannsynlighet for suksess (friskmelding) enn uten behandling, og at ventetiden på behandling går ned/ikke øker som følge av økt kapasitet.

- Endringer i pasientsammensetning, dvs. at personer som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser, og da spesielt sykemeldte, prioriteres fremfor andre grupper pasienter som ikke mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser.²

Har takstendringen ført til at det opprettes nye tilbud til pasienter med rygglidelser, dvs. såkalte ryggpoliklinikker, eventuelt utvidelse av kapasiteten til eksisterende klinikker? Dette spørsmålet drøftes i kapittel 2. Vi finner at flere pasienter behandles, selv om veksten i antall institusjoner som utfører behandling av et visst omfang er relativt liten. Vi finner at av de som får behandling, så utgjør trygdede pasienter den største gruppen.

I kapittel 3 drøftes de behandlingmessige effektene av den tverrfaglige behandlingen. Vi anvender to suksesskriterier: varigheten på sykefraværsperioden og sannsynligheten for å komme på attføring. Hovedresultatene er at behandling har en signifikant effekt på sykemeldingsperioden, dvs. at sykemeldingsperioden går ned, og at sannsynligheten for å havne på attføring reduseres.

I kapittel 4 drøftes det nærmere om ryggpasienter som ikke mottar trygd blir forskjellsbehandlet sammenliknet med pasienter som mottar trygd. Vi finner at ikke-trygdede pasienter har en signifikant lengre ventetid fra henvisningsdato til sykehus/klinikk og dato for første konsultasjon sammenliknet med sykemeldte pasienter.

I kapittel 5 samles konklusjonene fra studien og det presenteres noen synspunkter på hensiktsmessigheten ved at behandlingssatsen er differensiert.

² Begrepet 'trygdet' brukes vanligvis som betegnelse på personer som mottar alderspensjon. Her vil vi i for enkelhet skyld betegne personer som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser for trygdede. Der det er nødvendig vil det fremgå hvilke trygdestatus enkeltindivid eller grupper av individer har.

2. Ny takst - utvidet tilbud til pasienter med ryggglidelser?

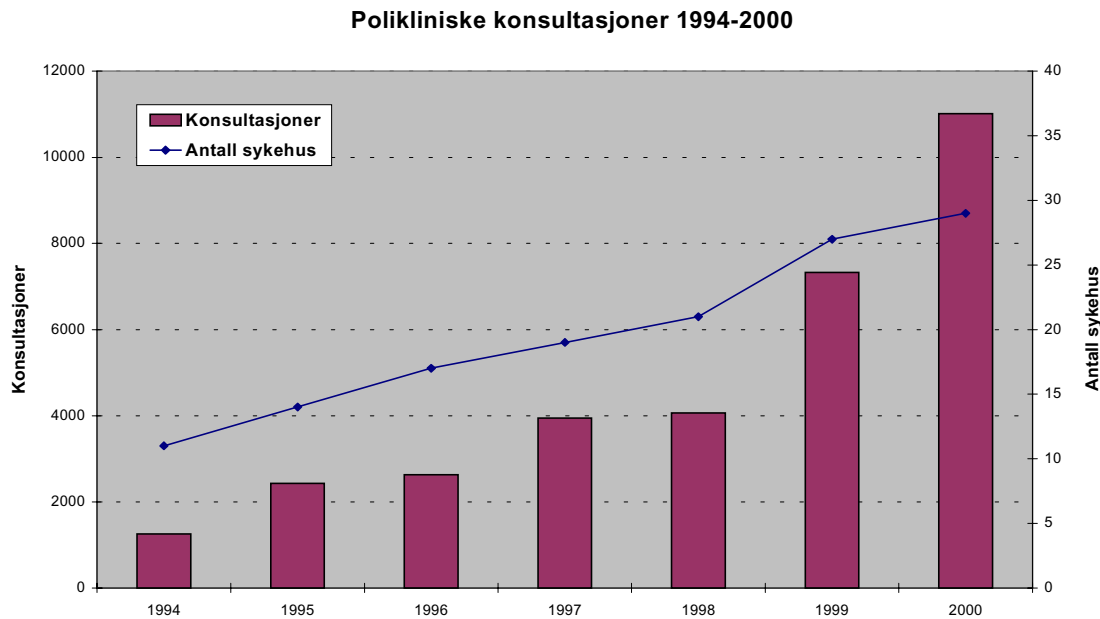
Innen deler av det medisinske forskningsmiljøet har man over flere år forsket på hva som kan redusere sykefraværet for personer med ryggglidelser. Forskningen har bidratt til å klarlegge årsaksmekanismene bak utviklingen av ryggsmarter og analysert effekten av forskjellige behandlingstilbud. Resultatet av forskningen er at behandlingsformene for pasienter med vonde rygger har endret seg. Fra en periode dominert av passiv behandling og hvile for å skåne ryggen, anbefales nå tidlig intervensjon med lett fysisk aktivitet. Informasjonsarbeid med råd og veiledning omkring de ulike ryggdiagnosene er blitt en viktig del av behandlingstilbudet. Pasientene gis informasjon om hva som gjør vondt og hvorfor, for derigjennom å gi en bedre forståelse av hvorfor lett fysisk aktivitet er viktig selv om smertene er store. De fleste ryggplagene går over i løpet av relativ kort tid, og operative medisinske inngrep anbefales i mindre grad. Den beste behandlingen består av oppfordring til og veiledning i fysisk aktivitet, og informasjon om at ryggsmarter er noe en må leve med for en kortere eller lengre periode.

Forskningsprosjekter om nye behandlingstilbud til ryggpasienter viser at det er potensiale for friskmelding og tilbakeføring til arbeidslivet ved tidlig utredning og behandling av denne pasientgruppen. Ved Ryggklinikken ved Østfold Sentralsykehus i Fredrikstad er det gjennomført et prosjekt hvor mer enn 400 pasienter som hadde vært sykemeldt 8-12 uker på grunn av plager i korsryggen, ble fulgt opp med informasjon og oppfordret til lett fysisk aktivitet. Etter 200 dager var 30 prosent av pasientene fortsatt sykemeldt. I kontrollgruppen på over 500 pasienter som hadde benyttet det vanlige behandlingsapparatet, var dobbelt så mange sykemeldt på samme tidspunkt (Indahl et al (1995)). Ved poliklinikk for rehabilitering ved Haukeland Sykehus i Bergen er det gjennomført en lignende studie (Behandlingsprosjektet "Aktiv oppfølging"). Ryggpasientene ble funksjonstestet ved poliklinikken, og deretter delt i tre grupper. En gruppe fungerte som kontrollgruppe og ble henvist til primærlege. Gruppe 2 bestod av pasienter som fikk et enklere behandlingstilbud ved klinikken. Gruppe 3 fikk et utvidet behandlingstilbud med fire uker tverrfaglig kognitiv (innlæring) rehabilitering. Resultat fra studien viser at de tyngste pasientene i gruppe 3 kommer signifikant bedre ut enn kontrollgruppen (Haldorsen et al (2002)).

I fortsettelsen ser vi nærmere på poliklinisk aktivitet rettet mot pasienter med rygg og/eller nakkelidelser, blant annet ved å studere utviklingen i antall refusjoner søkt for polikliniske refusjoner og antall personer det er søkt refusjoner for.

2.1 Poliklinisk aktivitet rettet mot pasienter med rygg- og/eller nakkelidelser

I det følgende opererer vi med tre ulike begreper; refusjoner, konsultasjoner og personer. Begrepene er viktig å holde fra hverandre. En enkelt person kan ha flere konsultasjoner i løpet av et behandlingsforløp, og til hver konsultasjon kan det knyttes flere refusjonskrav, selv om enkelte refusjoner er gjensidig utelukkende.



Figur 1: Polikliniske konsultasjoner 1994-2000, personer med rygg- og nakke diagnoser.

Det fremgår av figur 1 at det i perioden 1994 til 2000 har det vært en klar økning i antall polikliniske konsultasjoner for pasienter med rygg/nakke lidelser, og det har også vært en vekst i antall sykehus som har engasjert seg i denne pasientgruppen (se vedlegg 2 for en oversikt over diagnoser). Veksten er likevel mindre enn hva figuren antyder. Registreringen av poliklinisk aktivitet ved norske sykehus har i perioden 1994 til 2000 ikke vært tilfredsstillende. Norsk pasientregister (NPR) opplyser at frem til og med 1998 ble poliklinisk aktivitet underreportert både når det gjelder antall konsultasjoner og hvilke sykehus som har engasjert seg i pasientgruppen. Årsaken til underreporteringen er manglende elektronisk registrering og overføring av data. NPR mener imidlertid at registreringene er tilfredsstillende fra og med 1999. Et viktig unntak er Hordaland generelt og den rygg poliklinisk aktivitet underlagt Haukeland sykehus spesielt. De ulike refusjonstakstene innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering er (basert på Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker fra 1. april 1999):

Tabell 1: Refusjonstakster fysikalsk medisin og rehabilitering

I01	Enkel undersøkelse	60,-
I02	Fullstendig undersøkelse	172,-
I03a	Arbeids-EKG sykkelergometri	410,-
I03b	Gipsing og tillaging av enkle ortoser	410,-
I03c	Diagnostisk blokad av nerver og ledd	410,-
I03d	Tverrfaglig behandling av ryggpasienter (fra 1999)	410,-
I03e	Tverrfaglig behandling av ryggpasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser eller attføringspenger (fra 1999)	820,-
I04a	Isokinetisk muskel/ergonomi	665,-
I04b	Full undersøkelse av bevegelsesapparatet	665,-
I05a	Full utredning av rehabiliteringspotensialet. Samarbeid med andre faggrupper, fysioterapeut, ergoterapeut m.v. er inkludert.	1 120,-

Takstene for I03 d og e er noe endret siden de ble innført. I 2001 var takstene henholdsvis kroner 421 og kroner 842.

I03-, I04- og I05-takstene kan kun brukes en gang pr. halvår for samme pasient og samme sykdom/skade, og ikke i kombinasjon med hverandre. Dersom en pasient er innom flere av takstene, utløses kun den høyeste refusjonstaksten (jfr. Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker fra 1. april 1999). Vårt tallmateriale baserer seg på søkte refusjoner fra de enkelte sykehus, og tar derfor ikke hensyn til disse begrensningene.

Det fremgår av tabell 2 at det i 2000 ble fremmet henholdsvis 162 og 1081 refusjonskrav knyttet til de nye takstene I03d (ikke-trygdede) og I03e (trygdede). Antallet refusjonskrav knyttet til I03e viser en klar vekst sammenliknet med 1999. Det fremgår av tabell 3 at henholdsvis 288 og 112 refusjonskrav ble knyttet til de to nye takstene i 1999.

Tabell 2. Antall refusjoner søkt for polikliniske konsultasjoner fordelt etter refusjonstakster for Fysikalsk medisin og rehabilitering og etter behandlende institusjon. 2000.

	I01	I02	I03a	I03b	I03c	I03d	I03e	I04a	I04b	I05a
Ssh Oppland, Gjøvik	2	2				1			1	10
Tynset Sjukehus	6									
Ssh Hedmark, Elverum	524	710	1		24	127	357		213	436
Sunnaas sh	41	33			1			3	8	25
Fsh Molde										76
Ssh Møre & Romsdal	51	102			1			11	21	74
RiT	25	83								25
RiTø	9	31				2			26	5
Ssh Akershus	9	21	1			7	14	2	2	23
Sykehuset Østfold	862	1047			37	24	261		706	407
Ringerike sykehus		47								66
Buskerud ssh	241	240						1	218	174
Rikshospitalet			2	2			3	2	59	59
Ullevål sh	1029	910	115	9	15		6	111	398	871
Aker sh			1					1	3	32
Ssh Vestfold										44
Telemark ssh	263	1001		15	1		110		58	910
Ssh Nordland	57	107			6				102	8
Sandnessjøen sykehus									5	
Ssh Aust-Agder	8	51			5					482
Kongsgård sykehus	76	388					73			385
Lister sykehus		6								13
Ssh Vest-Agder						1				
Ssh Rogaland		1								1
Kysthospitalet Hagavik	14	515						3	863	22
Haukeland sykehus		2			2					
Kysthospitalet Stavern							257		11	796
Ssh Sogn & Fjordane	27	56								52
Lovisenberg diak. Sykehus										27
Totalt	3244	5352	120	26	92	162	1081	134	2694	5023

Kilde: NPR/RTV.

Tabell 3. Antall refusjoner søkt for polikliniske konsultasjoner fordelt etter refusjonstakster for Fysikalsk medisin og rehabilitering og sykehus som benytter nye takster (I03d og I03e). 1999.

	I01	I02	I03a	I03b	I03c	I03d	I03e	I04a	I04b	I05a	Totalt
Gjøvik sh	0	0	0	0	0	9	0	0	0	1	10
Ssh Hedmark, Elverum	230	611	3	0	20	243	2	1	183	379	1672
Sunnaas sh	36	33	0	1	2	1	0	1	10	24	108
Ullevål sh	892	818	200	4	16	4	25	190	216	822	3187
Telemark ssh	228	887	0	5	2	0	80	0	36	811	2049
Nordland ssh	13	105	0	0	0	31	5	1	75	32	262
Totalt	1399	2454	203	10	40	288	112	193	520	2069	7288

Kilde: NPR/RTV.

Tabell 4. Antall personer det er søkt refusjon for fordelt etter refusjonstakster. 2000.

	I01	I02	I03a	I03b	I03c	I03d	I03e	I04a	I04b	I05a
Ssh Oppland, Gjøvik	2	2				1			1	9
Tynset Sjukehus	1									
Ssh Hedmark, Elverum	182	645	1		22	95	101		194	424
Sunnaas sh	33	30			1			3	8	23
Fsh Molde										76
Ssh Møre & Romsdal	24	98			1			10	21	70
RiT	23	82								20
RiTø	8	30				2			25	5
Ssh Akershus	7	16	1			5	9	2	1	16
Sykehuset Østfold	528	896			34	24	261		578	392
Ringerike sykehus		44								62
Buskerud ssh	186	230						1	208	167
Rikshospitalet			2	2			3	2	58	50
Ullevål sh	586	878	106	9	14		5	106	352	832
Aker sh			1					1	3	23
Ssh Vestfold										29
Telemark ssh	176	936		15	1		16		58	866
Ssh Nordland	46	107			6				102	8
Sandnessjøen sykehus									5	
Ssh Aust-Agder	8	45			5					451
Kongsgård sykehus	73	353					73			352
Lister sykehus		6								13
Ssh Vest-Agder						1				
Ssh Rogaland		1								1
Kysthospitalet Hagavik	14	504						3	845	18
Haukeland sykehus		2			2					
Kysthospitalet Stavern							188		10	765
Ssh Sogn & Fjordane	23	56								51
Lovisenberg diak. Sykehus										27
Totalt	1920	4960	111	26	86	128	656	128	2469	4750

Kilde: NPR/RTV.

Tabell 4 viser at antallet personer som har mottatt tverrfaglig behandlingen i 2000, og som det søkes refusjon for, er 784, fordelt på 128 personer under I03d og 656 personer under I03e. I alt 11 institusjoner er registerert med tverrfaglig behandlingsaktivitet i 2000.

Tabell 5 viser at 169 personer med rygg- og nakkelidelser mottok tverrfaglig behandling i 1999. 134 personer fikk behandling som gir grunnlag for refusjon etter I03d-taksten, mens 35 personer kvalifiserer for I03e-takst. Ettersom to personer har fått begge deler, er det til sammen 167 personer som har mottatt behandling som faller innenfor de nye takstene. I 1999 er kun seks institusjoner registeret med aktivitet knyttet til tverrfaglig behandling av ryggpasienter.

Tabell 5. Antall personer som har mottatt behandling det er søkt refusjon for, fordelt etter refusjonstakster, sykehus som benytter nye takster. 1999.

	I01	I02	I03a	I03b	I03c	I03d	I03e	I04a	I04b	I05a	Totalt
Gjøvik sh	0	0	0	0	0	9	0	0	0	1	10
Ssh Hedmark, Elverum	124	573	3	0	20	103	2	1	174	376	619
Sunnaas sh	34	31	0	1	2	1	0	1	10	24	56
Ullevål sh	467	796	150	4	16	4	20	140	177	795	966
Telemark ssh	169	865	0	5	2	0	10	0	35	793	904
Nordland ssh	13	104	0	0	0	17	3	1	75	31	130
Totalt	807	2369	153	10	40	134	35	143	471	2020	2685

Kilde: NPR/RTV.

Som nevnt tidligere, skal man være oppmerksom på at NPR har opplyst at det har vært underrapportering av poliklinisk aktivitet ved sykehusene i landet. Noe av veksten fra 1999 til 2000 skyldes derfor bedre innrapportering til NPR. En av de største klinikkene i landet – ”Nesttun-klinikken” i Bergen – mangler både i 1999 og 2000, slik at de absolutte tallene, den reelle aktiviteten, er større enn hva som fanges opp av tallene fra NPR.

En annen forklaring er at takstene var nye det året (innført fra og med 1999), slik at ikke alle klinikken nødvendigvis kjente til takstene til tross for informasjon sendt av departementet. Manglende viten om de nye takstene ble bekreftet gjennom telefoniske intervjuundersøkelser utført som en del av prosjektet. I avsnitt 2.2 omtales hovedresultatene fra undersøkelsen.

En tredje faktor kan være uenighet i fagmiljøet når det gjelder effekten av tverrfaglig behandling for å få trygdede tilbake i arbeid – en uenighet som kom frem i intervjuundersøkelsene - kan ha en selvstendig negativ effekt på omfanget av bruken av behandlingstakstene vi studerer her. På den andre siden så kan det også tenkes at *reduisert* faglig uenighet om nytten av tverrfaglig behandling har bidratt til veksten i antall behandlinger fra 1999 til 2000.

Med de forbehold som må tas på grunn av underrapportering, er konklusjonen at aktiviteten i 2000 representerer en økning både i antall refusjonskrav, i antall behandlede personer og i antall institusjoner som benytter de nye takstene, sammenlignet med 1999. Denne trenden synes å fortsette i 2001. Basert på opplysninger om antall refusjoner som er utbetalt av RTV til ulike institusjoner, fremgår det av tabell 6 at hele 4140 refusjoner ble utbetalt knyttet til tverrfaglig behandling av trygdede personer (I03e) og 254 refusjoner knyttet til takst I03d. Effekten av å få med registreringene fra ”Nesttun-klinikken” er betydelig. Omlag 1800 refusjoner knyttet til I03d og e kommer fra den klinikken. I 2001 er det 16 institusjoner som

er registrert med aktivitet knyttet til tverrfaglig behandling av personer med rygg- og nakke diagnoser.

For både 1999, 2000 og 2001 ser vi for øvrig også en betydelig opphopning av refusjonskrav på I05a-taksten, som gir høyeste refusjonssats (kr 1 120,- i 1999, kr 1150,- i 2002) og som dessuten skal omfatte samarbeid mellom ulike faggrupper. Det kan tenkes at denne taksten blir foretrukket fordi den gir høyere refusjonsbeløp enn I03d og I03e. Det er med andre ord mulig at flere pasienter får behandling enn hva som fremkommer av tabell 3 og 4.

Det fremgår av tabell 6 at noen institusjoner har en forholdsvis høy aktivitet på tverrfaglig utredning (I05a), men liten aktivitet knyttet til behandling (I03d og e). I ”makro” er forholdet omlag 1 til 3, dvs. hver tredje konsultasjon av typen tverrfaglig utredning ender i tverrfaglig poliklinisk behandling. Sagt på en annen måte, antall behandlingsrefusjoner utgjør omlag 34 prosent av antallet utredninger. Forholdet var omlag 42 prosent i 2000 og 20 prosent i 1999. Veksten i antall institusjoner som utfører tverrfaglig utredning er større enn veksten i antall institusjoner som tilbyr behandling. Vi kan ikke svare på hva som skjer med de pasientene som utredes ved en institusjon som ikke tilbyr behandling. Opplysningene er samlet i tabell 7. Brage og Gihle (2001) konkluderer også med at etableringen av ryggpoliklinikker går sakte og at tverrfaglig arbeid generelt sett ikke er så utbygd som ønskelig.

Tabell 6. Antall refusjoner søkt for polikliniske konsultasjoner fordelt etter refusjonstakster for Fysikalsk medisin og rehabilitering og sykehus. 2001.

	I01	I02	I03A	I03B	I03C	I03D	I03E	I04A	I04B	I05A	Totalt
Aker sykehus		1	1		37		6		42	178	265
Aust-agder sentralsjukehus	8	86			1			3		610	708
Aust-agder sykehus										7	7
Barnehabiliteringstjenesten	1										1
Buskerud sentralsykehus	319	277						26	310	71	1003
Diakonhjemmets sykehus					6			1	1	1	9
Friskvernklubben	3	84				22	691		5	80	885
Fs i haugesund					1						1
Fylkessjukehuset i Molde										203	203
Fylkessjukehuset Nordfjordeid					9						9
Fysikalsk medisin	61	23					149		61	23	317
Harstad sykehus	11	58								66	135
Haukeland sykehus	3066	1641			39	77	1717		26	837	7403
Innherred sykehus	15	131					2	13	61	21	243
Kirkenes sykehus		1	5							30	36
Kongsberg sykehus				6							6
Kongsgård sykehus	21	1121								1122	2264
Kragerø komb. Helseinstitusjon					9						9
Kysthosp. Stavern	558	1491					427	2	98	1469	4045
Kysthospitalet i Hagevik						7	218		943	43	1211
Lister sykehus		26								36	62
Lovisenberg diakonale sykehus			1							208	209
Namdalen sykehus										1	1
Narvik sykehus					1					10	11
Nordland sentralsykehus	198	217			17			3	184	54	673
Notodden sykehus					59						59
Oppl. s.s, Gjøvik	4	33				3			4	134	178
Oppl. s.s, Lillehammer	1	37		4						41	83
Rikshospitalet	26	57	1	2	5		2	11	63	113	280
Ringerike sykehus	8	119						2		122	251
Rit	443	751	335		20			1	232	330	2112
Ritø	45	267		106		105		19	70	720	1332
Sandnessjøen sykehus		1			10						11
Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal	458	347	18		93		16	9	54	249	1244
Sentralsjukehuset Sogn og Fjordane	102	334								241	677
Sir		1								203	204
Ss i Akershus	72	578			1	8	1		1	611	1272
Ss i Hedmark	964	1005			29	19	807		395	609	3828
Ss i Vestfold Larvik	1									1	2
Ss i Vestfold Tønsberg	43	139	3		36					285	506
Sunnaas sykehus	130	146		1		4	2	5	91	74	453
Sykehuset Østfold Askim	106	77			2			1	10	74	270
Sykehuset Østfold Fredrikstad	532	754	8		14	2	5	1	730	31	2077
Sykehuset Østfold Moss										5	5
Telemark sentralsjukehus	1363	2323		137	10		97	2	219	1848	5999
Tynset sykehus	5										5
Ullevål sykehus	2682	2640	128	3	53	7		123	1345	2163	9144
Vest-agder sentralsykehus										1	1
Østerlunde habiliteringssenter	3										3
Totalt	11249	14766	500	259	452	254	4140	222	4945	12925	49712

Tabell 7. Antall refusjoner I03d, I03e og I05a.³

	1999	2000	2001
I05a	2069	5023	12925
I03d + I03e	400	1135	4394
Andel behandlinger	20%	22%	34%
Antall institusjoner I05a	6	25	40
Antall institusjoner I03de	6	11	17

Kilde: NPR/RTV.

2.2 Hovedinntrykk fra intervjuundersøkelsene

Som del av evalueringsarbeidet, ble det gjennomført tre intervjurunder av i første rekke overleger på poliklinikker som bla. foretar ryggdiagnostisering og ryggbehandling. Hovedinntrykket er at det er ulike erfaringer og meninger om innføringen av de nye polikliniksatsene *Tverrfaglig behandling av ryggpasienter (I03d)* og *Tverrfaglig behandling av ryggpasienter som mottar sykdomsrelatert trygd (I03e)*.⁴ En årsak til at legene har så ulikt syn er at intervjuobjektene representerer ulike behandlingsfelt og står overfor ulike pasientgrupper. En annen faktor av betydning er størrelsen på sykehusene overlegene representerer. En tredje faktor er den enkelte leges holdning til avveiningen mellom medisinske og økonomiske hensyn.

Intervjuene ble foretatt i tre omganger, først over en periode på ca en måned (november/desember 1999). Vi ønsket å undersøke om det hadde skjedd omlegginger i driften ved sykehusene som følge av takstendringen, eventuelt om det var planer om en omlegging. I tillegg var vi ute etter å få overlegenes meninger om prinsippet som ligger til grunn for et slikt tiltak. Den andre intervjurunden ble foretatt i januar 2000. Disse intervjuene ble foretatt for å utfylle og supplere de allerede gjennomførte intervjuene. Intervjuene varte fra ti minutter til en halv time.

³ Tallene for 1999 inneholder kun opplysninger om takstbruken av I05a ved de institusjonene som også hadde aktivitet på I03d og/eller I03e. Antallet refusjoner knyttet til I05a er dermed lavere enn det reelle nivået slik at andelen behandlingsrefusjoner (trolig) er lavere enn 20%.

⁴ Det vises til Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker fra 1. april 1999 for en nærmere beskrivelse av takstene.

Våren 2001 ble det foretatt en ny intervjurunde som en oppfølging av tidligere intervjuer. Hensikten med en slik oppfølging var å se om situasjonen hadde endret seg med hensyn til bruken og meninger om de nye poliklinikketsatsene. I tillegg har det vært gjennomført et intervju i februar i år.

Rapporten ”Takstbruk ved offentlige poliklinikker –etiske, medisinske og økonomiske dilemma” laget av en prosjektgruppe nedsatt av sentralstyret i Den Norske Legeforening (Dnlf) gir utfyllende informasjon om hvordan takstpraksisen fungerer ved poliklinikkene. Det refereres til rapporten i den videre presentasjonen.

Følgende poliklinikker er kontaktet:

Ryggpoliklinikk:

1. Sentralsykehuset i Hedmark, ryggpoliklinikk på Ottestad
2. Ullevål Sykehus, nevrologisk poliklinikk
3. Aust Agder Sentralsykehus
4. Kongsgård Sykehus, fysikalsk medisinsk poliklinikk
5. Sykehuset Østfold, ryggpoliklinikken i Sarpsborg
6. Nakke- og ryggpoliklinikken, Nesttun, Bergen.

Poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering

7. Telemark Sentralsykehus
8. Sentralsykehuset i Møre og Romsdal
9. Kysthospitalet Stavern

Ortopedisk poliklinikk

10. Regionsykehuset i Tromsø
11. Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane
12. Regionsykehuset i Trondheim
13. Rikshospitalet, Oslo
14. Kysthospitalet Hagevik
15. Buskerud Sentralsykehus
16. Inherred Sykehus
17. Sentralsykehuset i Akershus

Nevrologisk poliklinikk

15. Sentralsykehuset i Akershus

18. Nordland Sentralsykehus

Under følger en sammenfatning av sentrale forhold når det gjelder det medisinske personalets holdninger til innføring av den nye taksten for poliklinisk behandling av trygdede pasienter med ryggglidelser. Resultatene av telefonintervjuene er presentert i to avsnitt.

2.2.1 Telefonintervjuer november 1999 – januar 2000

Av de seksten som ble intervjuet var ti klar over at det hadde blitt innført en takstendring for trygdede ryggpasienter. Fem av de seks som ikke hadde hørt om takstendringen var ellers godt kjent med takstene for fysikalsk medisin og rehabilitering. En hadde ikke hørt om disse takstene heller.

De fleste av dem som var klar over den nye taksten fikk høre om den på nyåret/ våren 1999. En av de intervjuede var med på å diskutere den fram, mens de andre fikk vite om den gjennom kolleger, brev fra departementet eller ved å lese takstheftet.

Kapasitetsutvidelse

På spørsmål om det vil være aktuelt å øke behandlingstilbudet totalt sett gitt økt inntjening på behandling av trygdede pasienter er hovedinntrykket at legene foreløpig forholder seg avventende. Mange har ikke kartlagt de økonomiske konsekvensene av takstendringen, men er åpne for å se på muligheten av å legge om og/ eller utvide behandlingspraksisen.

Fire av overlegene mente at takstendringen kunne få direkte følger for aktiviteten på deres poliklinikk. Dette var institusjoner som hadde planer om igangsetting av ryggskole eller annet tverrfaglig behandlingstilbud til ryggpasienter. Planleggingen av disse prosjektene var, med unntak av ett, satt i gang uavhengig av takstendringen. Det kan tenkes at økte inntjeningsmuligheter som følge av takstendringen er det ekstra løftet som skal til for at de planlagte prosjektene faktisk kan realiseres.

Det er på ryggpoliklinikkene vi finner de mest positive holdningene til at takstendringen kan øke tilbudet til ryggpasienter totalt sett. En av overlegene, vedkommende har vært med på å utforme forslaget om takstøkningen, forteller at de har planer om å gjenåpne en

ryggpoliklinikk som følge av den økte inntjeningen fra trygdede pasienter. Denne ryggpoliklinikken ble opprettet i 1997 med midler fra staten. Ett år senere måtte den stenge fordi det ikke lenger fantes penger til videre drift. Et viktig spørsmål før en eventuell kapasitetsutvidelse gjennomføres er løfter fra myndighetene om at takstøkningen blir opprettholdt. De ansatte på sykehusene uttrykker frustrasjon over at deres drift er prisgitt beslutninger som tas fra sentralt hold. En garanti om at ordningen blir opprettholdt vil gjøre beslutningsprosessen i forhold til en evt. kapasitetsutvidelse enklere.

Inntrykket er personalet har mer enn nok med å utføre sine daglige oppgaver. De mangler både tid og motivasjon til å sette seg ned og vurdere hvilke konsekvenser en aktiv bruk av den nye taksten vil ha for avdelingen. Man uttrykte at ressursituasjonen - argumentet var spesielt fremtredende blant representanter fra de større sykehusene - er så dårlig at kapasitetsutvidelse var lite tenkelig. Utfra samme argumentasjon blir det også pekt på at konsekvensen av at poliklinikken får økt inntjening for behandling av trygdede pasienter neppe vil være at sykehusene utvider det eksisterende tilbudet slik at det kommer alle pasienter til gode. Det blir pekt på at systemet er tungrodd og at gevinsten ved den økte inntjeningen på trygdede ryggpasienter vil bli overført til andre poster på sykehusets budsjett. Resultatet vil i så fall bli at behandling av de trygdede går på bekostning av personer med ryggglidelser som ennå er i arbeid. Denne holdningen synes å være sterkest ved de store sykehusene uten egne ryggpoliklinikker. Motivasjonen det medisinske personale har til å tenke lønnsomhet blir antagelig mindre her enn den ville vært på et mindre sykehus der man mer direkte merker økt inntjening på ressursituasjonen på avdelingen.

En del påpeker også at det er dårlig kommunikasjon mellom sykehusenes administrasjon og det medisinske personale. Dette gjelder i hovedsak de store sykehusene der det er uklarhet i forhold til ansvar og iverksetting av nye tiltak, eksempelvis økt satsing på ryggbehandling.

Et sterkt argument mot å forvente kapasitetsutvidelse som følge av takstendring er at tilbudet som gis ikke ensidig er et økonomisk spørsmål, men at det er snakk om et interesse og kapasitetsproblem samt mangel på personale og kompetanse. I teorien er det mulig å argumentere for at økt inntjening vil muliggjøre økt tilbud. I praksis viser det seg at det ikke er så enkelt. Et tilbud til ryggpasienter på en poliklinikk kan være svært personavhengig. Et av intervjuobjektene fortalte at deres tilbud til behandling av ryggpasienter på poliklinikken vil i

løpet av kort tid falle bort fordi han selv går av med pensjon og det ikke finnes folk til å overta hans stilling.

Behandlingsformer

Det er sterk uenighet blant de intervjuede når det gjelder effekten av tverrfaglig behandling for å få trygdede pasienter tilbake i jobb.

En av legene hadde deltatt i et studie som gikk ut på å følge opp de pasientene hun hadde behandlet over en periode på to år. Behandlingen ved poliklinikken viste seg å gi positive resultater i forhold til friskmelding av pasienter sammenliknet med primærhelsetjenesten. Hun er derfor svært positiv til at en økt satsning på tverrfaglig behandling av trygdede ryggpasienter vil redusere sykemeldingsomfanget betraktelig.

På den andre siden er det en gruppe av de intervjuede som er skeptisk til innføringen av den nye taksten fordi de mener tverrfaglig behandling til trygdepasienter som gruppe ikke vil føre til at disse pasientene kommer raskere tilbake i jobb. Argumentasjonen henger nært sammen med spørsmålet om en gruppe pasienter skal prioriteres fremfor en annen og eventuelle negative virkninger av dette. Hovedargumentet er at trygdede pasienter er en ressurs svak gruppe som det vil være vanskelig å få tilbake i jobb uansett. Negative holdninger og svak motivasjon er i følge mange av legene et problem hos mange av pasientene som går på trygd. En del av de spurte hevder derfor at det er sløsing med ressurser å satse mye på å få denne gruppen pasienter tilbake i arbeid. Det vil være mer samfunnsøkonomisk lønnsomt å konsentrere behandlingen om de pasientene som ennå arbeider, men som har store smerter og risikerer å måtte sykemelde seg dersom de ikke får den medisinske hjelpen de trenger.

Poenget med behov for motivasjon bekreftes av en av de som har jobbet lengst med behandling av ryggpasienter. De beste resultatene får man ved at klinikken kan aktivt følge opp pasientene over tid og dermed bidra til at motivasjonen til den enkelte opprettholdes. Oppfølging av denne typen gir imidlertid ikke klinikkene noen refusjoner. Vedkommende mener at en tverrfaglig oppfølgingssats eller lignende absolutt vil være regningssvarende for folketrygden.

Det synes klart at typen ryggglidelse har betydning for effekten av tverrfaglig behandling. Legene som ble intervjuet representerer ulike felt innenfor utredning og behandling av

ryggpasienter. Generelt er det leger som behandler pasienter med lettere former for rygglidelser som har mest tro på at et tverrfaglig behandlingsopplegg for pasienter på trygd vil føre frem. Dette står noe i motstrid til forskningsresultater som tyder på at tverrfaglig behandling også kan ha god effekt på de "tunge" ryggpasientene. Kronikere, dvs. personer som har vært sykemeldt i tre måneder eller mer har imidlertid lavere sannsynlighet for suksess i følge noen av våre informanter.

Et par av sykehusene driver egne behandlingsopplegg og benytter i liten grad den aktuelle taksten. De vil heller ikke ta den i bruk fordi de tror på andre, og i følge dem, mer effektive former for behandling. De mener det er galt å la seg styre ut fra økonomiske hensyn til å bruke behandlingsopplegg de ikke selv mener er det beste for pasientene. En av de intervjuede mener at både pasientene og sykehusene er tjent med at undersøkelser og utredninger skjer på sykehuset, men at den gjentatte behandlingen foregår der folk bor, via primærhelsetjenesten. Da får sykehusene frigjort kapasitet til å ta inn flere pasienter på et tidlig tidspunkt til utredninger og forhåpentligvis på den måten unngå at pasientene blir lenge sykemeldt. Dette er imidlertid avhengig av at primærhelsetjenesten er villige til å drive den type behandling det er snakk om, eks. behandling i grupper. Det vil de være dersom det er tilstrekkelig inntjening på denne type behandling. Hvis ikke primærhelsetjenesten er villig til å ta på seg dette vil sykehuset gjøre det for at tilbudet skal opprettholdes. Da får man en løsning som i utfra denne legens syn vil være ugunstig både for pasientene og sykehuset. Det til tross for at sykehuset totalt sett vil få økt inntjening som følge av den nye taksten.

Takstpraksis

Med få unntak innser overlegene at den økonomiske situasjonen ved sykehusene er så vanskelig at de må være bevisst på takster og inntjeningsmuligheter. Det er likevel store forskjeller i hvordan legene oppfatter situasjonen. Enkelte hevder at økonomene styrer den kliniske virksomheten, andre sier at takstheftet tas i bruk av og til for å se på lønnsomheten til sykehuset og evt. potensielle økte inntjeningsmuligheter, men at dette ikke er noe man tenker på i hverdagen. En siste gruppe mener at avgjørelsene som tas er fullstendig uavhengige av økonomiske hensyn, kun basert på faglige vurderinger. Enkelte hevder at det er dårlig kommunikasjon mellom økonomiavdeling og medisinsk personell. Inntrykket er at det er uklare retningslinjer i forhold til hvordan takstheftet brukes i praksis.

Det ser også ut til å være uklarhet omkring bruken av tasksystemer, et eget for poliklinikker og DRG systemet for avdelingene. Den tverrfaglige behandlingen som er aktuell for ryggpasientene foregår ikke nødvendigvis på poliklinikken, men også på avdelingene.

Likhetsprinsippet og medisinsk etikk

Blant våre intervjuobjekter er de fleste skeptisk til prinsippet om å forskjellsbehandle pasientgrupper. Legene ønsker primært å gi hver enkelt pasient den behandlingen vedkommende har behov for. Samtidig merkes ressursmangelen på sykehusene godt, og legene er nødt til å tenke mer økonomi i det de gjør enn hva som fra deres ståsted er ønskelig.

De legene som har stor tro på at behandlingsopplegget for ryggpasientene vil fungere og bli utvidet slik intensjonen var da taksten ble innført, legger mindre vekt på likhetsprinsippet. De mener ordningen vil komme alle pasientene til gode.

En relativt stor gruppe av de spurte stiller seg svært skeptisk til at det legges opp til en forskjellsbehandling av pasienter og mener at denne tankegangen bryter med de etiske normer enhver lege bør forholde seg til, nemlig prioriteringer kun utfra medisinske hensyn.

Avveiningen mellom likhetsprinsippet og troen på behandlingen er viktig for hvordan legene stiller seg til takstendringen. De legene som mener tiltaket bør videreføres tror at fordelene ved at flere pasienter behandles totalt sett og at de som er sykemeldte kommer fortere tilbake i jobb er større enn ulempen ved å måtte gjøre prioriteringer på pasienter utfra andre hensyn enn rent medisinske.

2.2.2 Telefonintervju mai - juni 2001

Hovedhensikten med oppfølgingsintervjuene var å finne ut om takstendringene hadde ført til opprettelse av nye tilbud til pasienter med ryggglidelser. Igjen ble det tatt utgangspunkt i tall fra Norsk Pasientregister (NPR) for 1999 og 2000. Tallene viser antall behandlede pasienter der refusjonstaktene I03D og I03E er brukt, fordelt på de ulike sykehusene.

Av de opprinnelige 16 sykehusene som ble intervjuet i 1999/2000, var det 5 sykehus som viste en vesentlig økning i takstbruken fra 1999 til 2000. Det sykehuset med flest antall

refusjoner i 2000 var imidlertid et sykehus som vi ikke hadde tatt kontakt med tidligere. Dette sykehuset ble inkludert i den siste intervjurunden.

En økning i antall behandlede pasienter trenger imidlertid ikke representere en reell økning i behandlingstilbudet. Introduksjonen av de nye poliklinikkstakstene kan gi sykehusene ekstra betaling for et tilbudet som allerede eksisterer, men som de tidligere ikke fikk betalt for. Vi tok kontakt med overleger ved de 6 sykehusene som hadde en økning i takstbruken for å finne ut om tallene fra NPR representerte en økning i den tverrfaglige behandlingen av ryggpasienter, og om økningen kom som følge av de nye refusjonstakstene.

Det var kun to av seks overleger som mente at økningen i behandlingstilbudet skyldtes de nye refusjonstakstene. Det ene sykehuset hadde en egen ryggpoliklinikk som på grunn av de nye takstene kunne utvide det allerede etablerte tverrfaglige behandlingstilbudet til ryggpasienter. Ved det andre sykehuset kunne den tverrfaglige poliklinikken gi et bedre og utvidet tilbud til ryggpasienter. Ved denne poliklinikken hadde de i tillegg startet opp et samarbeid med trygdekontorene om rask behandling av personer som mottar sykemelding 2. Ved begge disse sykehusene var det primært behandlet pasienter som mottok trygd (refusjonstakst I03E).

Ved de øvrige sykehusene som viste en økning i bruken av poliklinikkstakstene, var det to overleger som sa de hadde økt det tverrfaglige poliklinikktilbudet for ryggpasienter, men at denne økningen kun delvis skyldtes de nye refusjonstakstene. Takstene bidro til å finansiere tilbudet, men de var ikke hovedårsaken til at tilbudet eksisterte. Ved et av sykehusene var det tverrfaglige behandlingstilbudet en del av et forskningsprosjekt finansiert delvis gjennom Norges forskningsråd og delvis gjennom refusjonstakstene. Både refusjonstakst I03D og I03E var brukt ved dette sykehuset, mens det andre sykehuset kun hadde behandlet pasienter som ikke mottok trygdeytelser.

Overlegene ved to av sykehusene mente at takstene ikke hadde noen betydning for behandlingstilbudet. Takstene ble benyttet til å finansiere tilbudet, men det var andre forhold (primært tilgjengelige eksisterende helsepersonell) som avgjorde hvorvidt sykehusene skulle ha et slikt tverrfaglig tilbud.

Tallene fra NPR viste at 11 av de sykehusene vi hadde vært i kontakt med i den første intervjurunden, ikke hadde brukt de nye poliklinikkstakstene i 1999 eller 2000. Vi tok kontakt

med 7 av disse sykehusene for å undersøke årsaken til at de nye poliklinikkstakstene ennå ikke var tatt i bruk.

De fleste overlegene forklarte dette med at de hadde andre tilbud til ryggpasienter, hovedsakelig utredning og operasjon, og at selv med de nye refusjonstakstene hadde de ingen planer om å endre praksisen. En av overlegene forklarte at mangel på helsepersonell gjorde det umulig å utvide behandlingstilbudet. En annen overlege sa at han ikke kjente til refusjonstakstene, men at han nå ville se nærmere på takstene og trolig ta dem i bruk da sykehuset allerede hadde et tverrfaglig poliklinisk behandlingstilbud for ryggpasienter. Ved et av sykehusene var en tidligere ryggpoliklinikk nylig gjenopprettet takket være de nye poliklinikkstakstene. Fra januar 2001 har klinikken vært åpen annenhver dag, men de er allerede i gang med å ansette flere for å kunne ha et tilbud hele uken.

Hovedinntrykket etter den siste intervjurunden er at takstene har resultert i en viss økning i den tverrfaglige behandlingen av ryggpasienter. Det ser ikke ut som om det har skjedd noen vesentlig endring i overlegenes holdninger eller planer om bruk av de nye poliklinikkstakstene. På de sykehusene der refusjonstakstene er tatt i bruk, uttrykte overlegene at erfaringene med de nye takstene var gode, men de etterlyste tilsvarende tverrfaglige refusjonstakster for andre pasienter, ikke bare ryggpasienter.

2.3 Informasjon om forholdet mellom medisinsk og administrativt personell

Den delen av intervjuet som omhandlet takstpraksis er den vanskeligste å si noe generelt om. Inntrykket er at det er mye usikkerhet og uklarheter i forhold til takstpraksisen på de ulike sykehus. Det ser ut til å være forskjeller mellom store og små sykehus. Igjen gjelder det at kommunikasjonen er bedre og retningslinjene klarere ved de mindre enhetene. I den andre perioden av arbeidet med intervjuene ble det behov for mer utfyllende informasjon om hvordan kommunikasjonen mellom medisinsk og administrativt personell var og hvilke forhold som bestemte takstpraksisen ved norske poliklinikker. Rapporten fra Dnlf, "Takstbruk ved offentlige poliklinikker" gir mer innsyn i disse spørsmålene. De viktigste forholdene som omtales i rapporten følger under.

Prosjektet ble satt i gang som respons på en henvendelse til Rådet for legeetikk. I henvendelsen ble det reist flere problemstillinger i forhold til takstbruk ved offentlige

poliklinikker. Det ble påpekt at den praksis som synes å ha innarbeidet seg ville vært klart kritikkverdig dersom det hadde vært praktisert slik av en privatpraktiserende spesialist.

Rapporten er basert på tre elementer:

1. Rådets egne vurderinger av problemstillingen.
2. Spørreundersøkelse blant avdelingsoverleger/ spesialforeninger.
688 avdelingsoverleger ble spurt, 324 svarte (svarprosent 47%) på 13 spørsmål.
3. Undersøkelse av takstbruk fra Norges Institutt for Sykehusforskning (NIS).

Problemområder:

1. Instruksjon fra administrativt overordnet leder uten medisinsk fagansvar
Er det slik at avdelingsoverleger ved sykehusene opplever press og/ eller instruksjon fra sykehusets ledelse om takstbruk som gir inntekter, men som det ikke er medisinsk grunnlag for?
2. Nedprioritering av utdannelsen
Fører fokusering på takstbruk til at utdanning og rekruttering til spesialhelsetjenesten, som isolert sett krever mye ressurser og gir lite inntekter, blir skadelidende?
3. Forskjellig praktisering av uklare regler?
4. Varierende tilbakemeldingsystemer?

Konklusjoner fra undersøkelsen:

1. Ca 10% av avdelingsoverlegene har opplevd instruksjon fra administrativt overordnet leder uten medisinsk fagansvar
2. Nedprioritering av utdannelsen som følge av økt fokusering på takstbruk oppleves helt eller delvis av 1/3 av avdelingsoverlegene
3. Kun 1/5 av respondentene mener at "Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker" har en adekvat tekst og merknader som sikrer en enhetlig fortolkning og korrekt takstbruk.
4. 1 av 2 poliklinikker får regelmessig tilbakemelding om takstbruken.

Rådets oppfatning er at dagens situasjon er bekymringsfull når legen for å skaffe størst mulig inntekter til egen institusjon, på direktiv fra ledelsen, tøyser takstbruken lenger enn det som kan forsvares. Legene blir presset til gå på akkord med det de vet er faglig forsvarlig virksomhet og akseptabel takstbruk pga. føringer fra administrativ myndighet.

2.4 Oppsummering

Den kvalitative studien avslører at det er et skille mellom legenes syn på de nye takstene utfra hvilke typer ryggglidelser de arbeider med. De som har med de mest alvorlige ryggglidelsene å gjøre er de som er mest skeptisk til den nye poliklinikk taksten. Det henger antagelig nært sammen med at de har mindre tro på at tverrfaglig behandling vil føre til at denne pasientgruppen vil komme seg tilbake i jobb. På ryggpoliklinikkene, der det ofte er mindre alvorlige ryggglidelser som blir behandlet, er forbedringspotensiale større og da er det også lettere å se de positive følgene av takstendringen.

Som har vært drøftet over, takstendringen kan tenkes å ha ulike effekter som må veies opp mot hverandre. Den første effekten er at den stimulerer til økt behandlingstilbud fordi den økonomiske inntjeningen er bedre og det gir rom for et utvidet tilbud. Den andre positive effekten er at trygdede pasienter som følge av den tverrfaglige behandlingen kommer fortere tilbake i arbeid. Dermed sparer samfunnet inn igjen det takstomleggingen kostet i form av sparte trygdeutbetalinger. Disse positive effektene må veies opp mot den negative, nemlig at man kan oppleve å få flere sykemeldinger dersom de allerede sykemeldte pasientene prioriteres på bekostning av de som fremdeles er i jobb. Dette vil være tilfelle dersom kapasiteten ikke blir utvidet i takt med at flere trygdede pasienter behandles. En del av legene vi var i kontakt med var svært skeptiske til takstendringen nettopp fordi de så for seg at det var det som ville være realiteten når det kom til stykket.

Det er også klart at de som er de mest positive til takstendringen hører til et miljø rundt de som nylig har drevet forskning på ryggnettverk og alternative behandlingsmetoder. Denne forskningen hadde betydning for at takstendringen ble innført. En av legene ved en ryggpoliklinikk som er negativ til den nye ordningen stiller seg skeptisk til resultatene fra forskningsprosjektet.

Det kommer fram både gjennom intervjuene og rapporten fra Dnlf at den stadig økende fokuseringen på økonomi og inntjeningsmuligheter fører til at legene må ta et bevisst standpunkt til i hvilken grad de skal la seg styre av økonomiske hensyn. Det oppleves av mange som urettferdig at man får lide i form av ressursmangel dersom man ikke utnytter de mulighetene systemet gir fullt ut. Vår erfaring er at det er svært ulike syn blant legene hvordan de og administrasjonen på sykehusene forholder seg til takstregler og endringer. Dersom det skjer en prioritering av pasienter basert på inntektsmuligheter fremfor medisinske

kriterier vil dette normalt oppfattes å være i strid med de legeetiske reglene. Det uttrykkes bekymring for konsekvensene av en slik prioritering. Det hevdes at dersom prinsippene videreføres kan det føre til at et viktig fundamentet for all medisinsk behandling undergraves, nemlig prioritering på medisinsk grunnlag.

3. Ny takst – virkninger for folketrygden?

Hensikten med innføringen av den tverrfaglige behandlingstaksten er å stimulere til økt bruk av tverrfaglig poliklinisk behandling av ryggpasienter. Forskningsresultater tyder på at slik behandling kan, for visse pasientgrupper, gi bedre medisinske resultater enn innleggelser og kirurgiske inngrep. Ved å stimulere til økt bruk av poliklinisk behandling, kan man dermed også bidra til reduserte behandlingstkostnader sammenliknet med kostnadene forbundet med innleggelse og kirurgisk behandling.

Hovedmålsettingen for sentrale myndigheter synes imidlertid å være at økt bruk av tverrfaglig behandling skal munne ut i besparinger for folketrygden på en mer direkte måte. Dersom behandlingen bidrar til å øke sannsynligheten for suksess, dvs. at pasientene føler seg frisk nok til å gå tilbake i arbeid, reduseres potensielt sett sykefraværperiodene for pasienter med ryggglidelser. Det samme vil også gjelde for andelen pasienter som etter hvert kommer over på andre trygdeordninger, som attføring eller uførepensjon. Dersom satsene også bidrar til at det blir mer attraktivt å etablere ryggpoliklinikker, eventuelt utvide kapasiteten på eksisterende klinikker, kan ventetiden fra henvisning til behandling reduseres. Begge disse faktorene - økt sannsynlighet for suksess og kortere ventetid på behandling - vil bidra til å øke denne pasientgruppens muligheter til å delta i arbeidslivet og dermed "lette trykket" på folketrygden.

I denne delen av rapporten drøfter vi nærmere om tverrfaglig behandling av ryggpasienter har kan sies å være en suksess. Vi bruker to suksesskriterier. For det første bruker vi varigheten av pasientens sykemeldingsperiode. Ved hjelp av statistiske metoder, sammenligner vi sykemeldingsperiodene for pasienter som mottar behandling med pasienter som ikke blir behandlet. Reduksjon i sykemeldingsperioden var den sentrale målsettingen som myndighetene la til grunn for den nye taksten. I utgangspunktet antas det her at desto kortere tid, jo bedre. En mulig innvending mot å bruke tid som sykemeldt som suksesskriterie kan være at pasienter som mottar behandling kommer *for tidlig* tilbake til jobb, ved at de bare makter å jobbe en kort periode, for så å bli sykemeldt på nytt. En annen mulighet er at tilstanden forverres og pasienten ender opp på attføring eller uførepensjon. Om dette var tilfellet, ville vi overvurdere effekten av behandling.

Som vårt andre mål på effekten av tverrfaglig behandling, ser vi derfor på om pasienten kommer på attføring eller ikke.

Andre suksesskriterier kunne være aktuelle, som fravær av smerte og om vedkommende får økt førlighet som bedrer mulighetene for ikke-yrkesmessige aktiviteter. De nevnte suksesskriteriene er delvis av subjektiv karakter, noe som ville kreve andre type data enn de eksisterende datakildene som dette prosjektet baserer seg på.

For tolkningen av resultatene i dette kapitlet, er det viktig å ha klart for seg følgende problem: For å kunne fastslå effekten av en behandling med sikkerhet, måtte vi vite hvordan personene som får behandling (behandlingsgruppen) ville gjort det om de ikke fikk behandling, noe som ikke mulig å observere i praksis. Vanligvis forsøker man å løse det såkalt *kontrafaktiske problemet* ved å sammenligne pasientene som mottar behandling med en gruppe som ikke får behandling (en kontrollgruppe). Om det ikke er noen sammenheng mellom sannsynligheten for å motta behandling og sannsynligheten for å bli frisk, så er en slik framgangsmåte korrekt. Sammenhenger som man er bekymret for i en slik sammenheng er om pasienter som er svært motiverte for å komme tilbake i arbeid også har høyere sannsynlighet for å få behandling. Behandlingsgruppen vil da ha relativt flere motiverte pasienter enn hva tilfellet ville være i kontrollgruppen, slik at det som ser ut som en behandlingseffekt egentlig kunne (helt eller delvis) være utslag av ulik motivasjon. I denne analysen legger vi imidlertid til grunn en metodisk tilnærming som medfører en antakelse om at det ikke er slik sammenhenger mellom behandlingsgruppen og sammenligningsgruppen, som vi betegner kontrollgruppen gitt den ikke-eksperimentelle karakteren av evalueringen.⁵

3.1 Nærmere om pasientene – basert på data for 2000

I analysene tar vi utgangspunkt i et utvalg på 6124 personer (jf tabell 8) som i løpet av 2000 fikk henvisning til sykehus/klinikk for en rygg- og nakke relatert lidelse. Av disse var 2649 (ca 43 prosent) sykemeldte, 833 (ca 14 prosent) var på attføring, 586 (ca 10 prosent) var uførepensjonerte og 328 (ca 5 prosent) hadde alderspensjon. Gruppen Andre utgjør omlag 28 prosent. Den gjennomsnittlige tiden fra henvisning til første konsultasjon variere fra 46,8 dager for personer med status sykemeldt til 72,2 dager for personer på attføring.

⁵ I Aakvik et al (2002) benytter vi en avansert statistisk metode (på det samme datamaterialet) for å teste om det eksisterer en slik sammenheng. Vi finner ingen statistisk signifikant sammenheng.

Tabell 8. Antall henviste pasienter fordelt på tilstandskategorier. Gjennomsnittlig tid fra henvisningsdato til spesialist til 1. konsultasjon hos spesialist.

	Antall personer	Tid fra henvisning til første konsultasjon
Sykemeldt	2649 (43%)	46,8
Attføring	833 (14%)	72,2
Uførepensjon	586 (10%)	57,9
Alderspensjon	328 (5%)	59,1
Andre	1728 (28%)	59,7
Totalt	6124 (100%)	55,6

Det fremgår av tabell 9 under at 647 av de 6124 personene som ble henvist til klinikk får poliklinisk behandling i løpet av 2000.⁶ Nær 62 prosent av disse var sykemeldte, dvs. med status som arbeidstaker. Tid fra henvisning til første behandling er kortest for denne gruppen, 73,2 dager i gjennomsnittlig ventetid, sammenliknet med 136,2 dager i snitt for gruppen på attføring. Gruppen Andre, som blant annet inneholder personer som er i arbeid, men som trenger behandling, har en gjennomsnittlige ventetid på 123,2 dager.

Tabell 9. Antall behandlede pasienter fordelt på tilstandskategorier. Gjennomsnittlig tid fra henvisning til 1. behandling (I03 d og e).

	Antall personer	Tid fra henvisning til første behandling
Sykemeldt	404 (62%)	73,2
Attføring	83 (13%)	136,2
Uførepensjon	61 (9%)	81,7
Alderspensjon	11 (2%)	81,0
Andre	87 (14%)	123,2
Totalt	647 (100%)	89,0

Tar vi utgangspunkt i de 2649 personene som var sykemeldte (tabell 9), finner vi at 404 av disse fikk behandling. Sammenliknet med de sykemeldte som ikke fikk behandling - i alt 2245 personer - viser tabell 10 at personer med behandling i snitt hadde flere sykemeldingsdager i perioden 1995-2000 sammenliknet med personene som ikke fikk behandling. Det fremgår videre at perioden fra første konsultasjon til slutt på sykemeldingsperioden er lenger for behandlingsgruppen sammenliknet med de som ikke mottar behandling. Det samme gjelder for antall dager fra henvisning til slutt på sykemelding.

⁶ I tabell 4 fremgår det imidlertid at i alt 784 personer utløste en behandlingstakst (I03d eller I03e) ved de sykehusene/klinikkene som inngår i utvalget vårt. Årsaken til differansen er mangelfulle data fra RTV og/eller NPR for noen av individene i utvalget.

Tabell 10. Behandlede og ikke-behandlede sykemeldte ryggpasienter.

	Antall personer	Tid fra første konsultasjon til slutt sykemelding	Tid fra henvisning til slutt sykemelding	Totalt antall dager sykemeldt i perioden 1995-2000
Mottatt behandling	404	146,4	187,8	463,1
Ikke mottatt behandling	2245	138,0	184,8	456,4
Alle	2649	139,2	185,2	457,4

3.2 Databeskrivelse

Vi legger som nevnt til grunn to ulike suksesskriterier i denne evalueringen: varigheten på sykemeldingsperioden skal bli kortere som følge av behandlingen og sannsynligheten for å havne på attføring skal reduseres sammenliknet med en situasjon uten behandling.⁷

I den første delen av analysen - effekten av behandling målt som tiden man er sykemeldt – inkluderer vi bare personer som faktisk er registrert som sykemeldte. Fra tabell 8 ser vi at dette gjelder 2649 personer totalt.

Når det gjelder behandlingseffekten målt ved attføring kunne vi imidlertid også inkludert personer fra "Andre" gruppen (men ikke de som allerede er på attføring, uførepensjon eller alderspensjon). Årsaken til at vi ikke gjør dette er først og fremst at det er lettere å sammenligne behandlingseffekten målt ved henholdsvis sykemelding og attføring når vi bruker det samme utvalget.

Vi kan for øvrig ikke inkludere alle i utvalget vårt som er registrert som sykemeldte. Årsaken til dette er at vi ønsker å følge hvert individ fra den første dagen de blir registrert som sykemeldte. Vi utelater med andre ord personer som er sykemeldte før vår analyseperiode starter. På denne måten unngår vi det som blir betegnet som problemer med venstresensurering. Vi avgrenser imidlertid utvalget ytterligere. Selv om vi ser på personer som starter en sykemeldingsperiode i 2000, er vi likevel ikke garantert å ikke ha et problem med venstresensurering. Årsaken er at personer som starter en periode med sykemelding bare har rett på ett år med sykemelding om de ikke har vært sykemeldt det siste halve året. For å unngå dette problemet, har vi bare inkludert individer som *ikke* har vært sykemeldt i løpet av de siste seks månedene før de kommer med i utvalget. Siden vi ønsker å følge disse personene

⁷ Analysene i kapittel 3 og 4 bygger på den statistiske metoden forløpsanalyse. I vedlegg 3 gis det en kort og uformell innføring i hva denne metoden går ut på.

over et gitt tidsrom, betyr det at vi ikke kan inkludere alle som er blitt sykemeldt i løpet av det året vi har data for (år 2000).

Analyseutvalget vårt består dermed av alle individer som er blitt sykemeldt i løpet av de fire første månedene i 2000. Vi har riktignok data om sykemeldinger for halve 2001, men mangler informasjon om pasientene som er sykemeldt i denne perioden får behandling eller ikke. (NPR har ikke klare data for 2001). Vi har derfor valgt å følge pasientenes bare i 2000. Det vil si at vi observerer pasientene over en periode på maksimalt ni måneder (om vi skal kunne følge alle like lenge).

Når det gjelder overgang til attføring har vi imidlertid vært nødt til å bruke data for 2001. Årsaken er at de fleste er sykemeldt i 12 måneder før de kommer på attføring, slik at nesten ingen av pasientene i vårt utvalg starter på attføring i 2000. Det betyr følgelig at noen pasienter som ikke har mottatt behandling i 2000 kan ha blitt behandlet i 2001. Gitt at behandling har en positiv effekt, betyr dette i så tilfelle at vi undervurderer effekten av behandling.

Totalt har dette gitt et utvalg på 750 personer. Av disse er det 106 som har mottatt behandling i løpet av den tiden vi observerer dem, mens antallet som ikke har mottatt behandling er 644. Personer som er registrert med en sluttdato for sykemeldingen i løpet av undersøkelsesperioden blir registrert med en overgang ut av sykemelding. De som fortsatt er sykemeldt etter åtte måneder, er høyre sensurert.

En overgang til attføring blir registrert om pasienten er registrert med en startdato for attføring før det er gått 15 måneder etter startdatoen for sykemeldingen. Personer som ikke kommer på attføring, eller som kommer på attføring etter at 15 måneder er gått, blir høyre sensurert. Variablene som benyttes er de samme i begge analysene, jf tabell 11 for definisjoner. Alle variablene er konstante over tid.

Tabell 11. Definisjon av variabler.

Behandling	Dummy variabel. 1 om individet har mottatt en eller flere behandlinger i løpet av sykemeldingsperioden, 0 ellers.
Venteliste	Dummy variabel. 1 om pasienten har stått på venteliste, 0 ellers.
Behandlingsgaranti	Dummy variabel. 1 om pasienten er omfattet av ventetidsgaranti, 0 ellers.
Mann	Dummy variabel. 1 om individet er mann, 0 ellers.
Alder	Individets alder.
Dager sykemeldt	Gjennomsnitt av sykemeldingsdager i 1998 og 1999.
Inntekt (i 1000 kr)	Gjennomsnitt av inntekten i 1997, 1998 og 1999.
100 % sykemeldt	Dummy variabel. 1 om sykepengegrad er 100 %, 0 ellers
Bidiagnose	Dummy variabel. 1 om individet er registrert med bidiagnose, 0 ellers.
Diagnose:	Basert på diagnosegrupper i pasientregisteret.
Prolaps	1 om hoveddiagnose er innenfor M51 gruppen, 0 ellers.
Diffus	1 om hoveddiagnose er innefor M54 gruppen, 0 ellers.
Annet	1 om "Prolaps"=0&"Diffus"=0, 0 ellers.

I tabell 12 nedenfor gis det beskrivende statistikk over variablene som benyttes i analysen. Tabellen inneholder gjennomsnitt og standard avvik for variablene. I kolonne 1 er disse størrelsene rapporterer for det totale utvalget, mens kolonne 2 og 3 viser tilsvarende størrelser for utvalget delt opp etter om individet mottar behandling eller ikke.

Tabell 12. Variabelbeskrivelse, gjennomsnitt og standard avvik i parentes.

	Hele utvalget	Behandling	Ikke behandling
Varighet sykemelding	293,4 (110,2)	282,5 (109,3)	294,9 (110,4)
Overgang ut av sykemelding	0,35 (0,48)	0,41 (0,49)	0,34 (0,48)
Tid til attføring	333,4 (191,7)	361,9 (216,1)	328,7 (187,2)
Overgang til attføring	0,39 (0,49)	0,36 (0,48)	0,40 (0,49)
Behandling	0,14 (0,35)	-	-
Venteliste	0,95 (0,22)	0,94 (0,23)	0,95 (0,22)
Behandlingsgaranti	0,09 (0,29)	0,01 (0,10)	0,11 (0,31)
Mann	0,60 (0,49)	0,60 (0,50)	0,60 (0,49)
Alder	42,3 (10,6)	42,3 (10,0)	42,3 (10,7)
Dager sykemeldt	26,6 (43,4)	27,5 (49,1)	26,5 (46,0)
Inntekt (i 10000 kr)	22,12 (10,46)	20,63 (8,26)	22,37 (10,77)
100 % sykemeldt	0,79 (0,41)	0,82 (0,39)	0,78 (0,42)
Bidiagnose	0,04 (0,19)	0,01 (0,10)	0,04 (0,20)
Diagnose:			
Prolaps	0,31 (0,46)	0,11 (0,32)	0,34 (0,47)
Diffus	0,49 (0,50)	0,57 (0,50)	0,47 (0,50)
Annet	0,20 (0,40)	0,32 (0,46)	0,19 (0,39)
Antall individ	750	106	644

Den første raden i tabellen viser gjennomsnittsverdien på den avhengige variabelen, ”varighet sykemelding”. Vi ser at personene i utvalget i gjennomsnitt er sykemeldt i om lag 293 dager. Personer som tilhører behandlingsgruppen er imidlertid omtrent 12 dager kortere sykemeldt enn hva tilfellet er i kontrollgruppen. Den neste variabelen gir andelen som forlater sykemelding i løpet av de 9 månedene vi følger utvalget (andelen som ikke er høyresensurert). Som forventet er denne andelen høyest i behandlingsgruppen og vi ser at differansen er 7 prosent (0,41-0,34). Isolert sett er dette en indikasjon på at behandlingen har en positiv effekt målt i antall sykemeldingsdager. Ser vi på det andre suksesskriteriet, altså attføring, finner vi at varigheten fra start sykemelding til start attføring i gjennomsnitt er lengre for pasientene i behandlingsgruppen enn i kontrollgruppen. Siden denne varigheten til en viss grad er institusjonelt bestemt (de fleste som kommer på attføring er sykemeldt i 12 måneder) vil vi i analysen fokusere mindre på denne størrelsen. Vi ser imidlertid at andelen som blir sykemeldt er lavere i behandlingsgruppen enn i den andre gruppen (0,36 mot 0,40), og dette må igjen

tolkes som at behandlingen har en positiv effekt. Siden differansen mellom andelen som kommer på attføring i kontroll- og behandlingsgruppen er lavere enn hva tilfellet var ved sykemelding, tyder dette på at behandlingseffekten til en viss grad avhenger av hva vi bruker som suksesskriterie.

Med unntak for diagnosevariablene, er gjennomsnittene for de øvrige variablene i tabellen omtrent like i behandlingsgruppen og kontrollgruppen. Vi ser at det er betydelig færre personer med diagnosen ”prolaps” i behandlingsgruppen, mens det motsatte er tilfellet når det gjelder ”diffus” og ”annet”.

Som vi forklarte ovenfor, består utvalget av personer som blir sykemeldt i løpet av de fire første månedene i 2000. Nå er det imidlertid ingen teori eller empiri som tilsier at vi ikke skulle velge en periode på for eksempel to eller seks måneder i stedet. For å teste om resultatene er sensitive i forhold til lengden på utvalgsperioden, har vi trukket utvalg som består av personer som blir sykemeldt i løpet av kortere og lengre tidsrom enn hva som er tilfelle med vårt utvalg. Vi tar utgangspunkt i differansen mellom andelen som forlater sykemelding i løpet av en ni måneders periode for henholdsvis kontroll- og behandlingsgruppen. Noe overraskende finner vi at denne differansen varierer fra vel fire prosent ved korteste utvalgsperiode til vel ti prosent ved lengste utvalgsperiode (mot syv prosent i vårt utvalg). Dette betyr derfor at selv om vi i alle utvalg finner en positiv effekt av behandling, så vil størrelsen på denne effekten være betinget på hvilket utvalg vi analyserer.

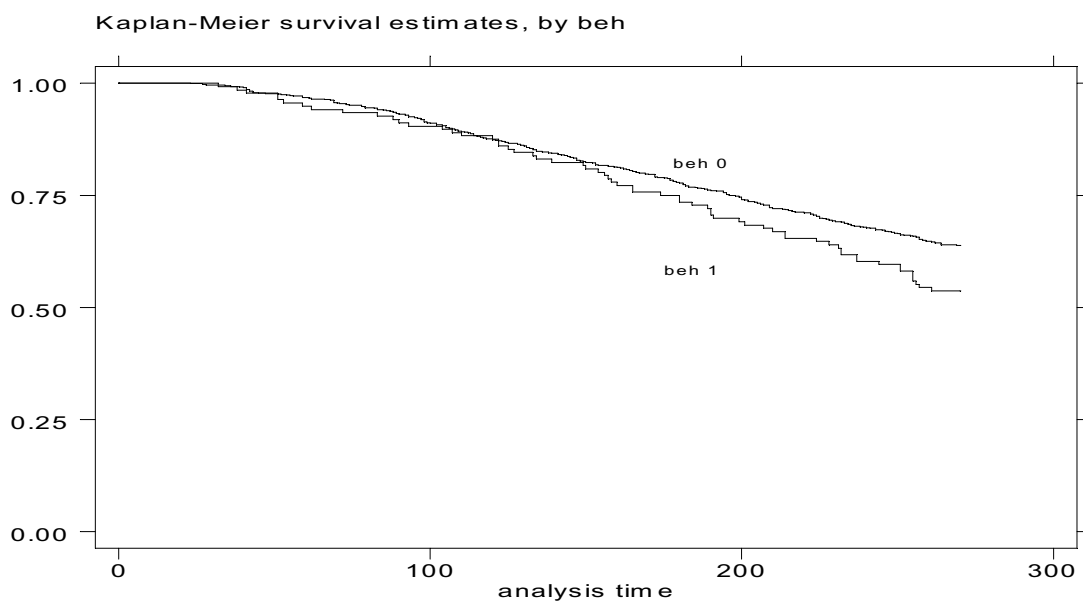
3.3 Behandlingseffekten målt som tid i sykemelding

I figur 2 nedenfor sammenligner vi Kaplan-Meier estimater⁸ for individer som har mottatt behandling med tilsvarende estimater for de som ikke har mottatt behandling. Kaplan-Meier estimatene viser hvordan sannsynligheten for å ”overleve” i tilstanden utvikler seg over tid. I motsetning til overlevelsesfunksjonen er ikke disse estimatene korrigert for at individene har ulike verdier på forklaringsvariablene. Vi ser at de to gruppene har omtrent samme sannsynlighet for å forbli sykemeldte fram til noe i overkant av 100 dager av sykemeldingsperioden. Etter dette har kontrollgruppen en høyere sannsynlighet for å forbli sykemeldt sammenlignet med behandlingsgruppen. Det er også en tendens til at forskjellen mellom de to gruppene øker over tid.

⁸ Se vedlegg 3 for en presentasjon av metoden som er brukt.

At behandling ikke synes å ha noen særlig effekt før etter omtrent 110 dager, kan skyldes to forhold. For det første er det rimelig å anta at en behandling av den type vi ser på her først vil ha effekt etter at noe tid er gått. For det andre tar det gjerne noe tid fra pasientene blir sykemeldt til de får behandling. For pasientene i vårt utvalg går det i gjennomsnitt 106 dager. Foran tok vi forbehold om at resultatene må tolkes med utgangspunkt i at våre data ikke stammer fra et naturlig eksperiment. Selv om dette forbeholdet selvsagt fortsatt gjelder, bør det nevnes at Kaplan-Meier estimatene kan tolkes som en indikasjon på at behandlingsgruppen og sammenlikningsgruppen er relativt like i forhold til uobserverte egenskaper. Om det for eksempel var slik at pasientene i behandlingsgruppen var mye mer motiverte for å komme tilbake til jobb enn pasientene i kontrollgruppen, ville vi forvente å finne forskjeller i andelen som forlater sykemelding fra første dag, og ikke først etter over hundre dager.

Figur 2. Kaplan-Meier estimater



Resultatene fra forløpsanalysen er gjengitt i tabell 13 nedenfor. I tabellen er effekten av forklaringsvariablene rapportert som relative effekter på hasardraten. Som vi forklarte i metoddelen, betyr en hasardbøk som er lik 1 at variabelen ikke påvirker hasardraten. Er hasardbrøken større enn 1, øker variabelen hasardraten, mens en hasardbrøk mindre enn 1 innebærer at variabelen reduserer hasardraten. Som omtalt i metoddelen, er hasardraten den betingede sannsynligheten for at det skal finne sted en overgang, gitt at det ikke har funnet sted noen overgang hittil. I metoddelen viser vi også til at det er en invers sammenheng

mellom hasardraten og den forventede tiden man tilbringer i tilstanden som analyseres. Når vi omtaler resultatene nedenfor vil vi gjøre bruk av begge disse begrepene. For at vi skal kunne feste lit til de estimerte sammenhengene er det i også nødvendig at sammenhengen er statistisk signifikant. I tabellen rapporterer vi signifikansnivå på 1, 5 og 10 prosent. Noe forenklet innebærer et signifikansnivå på 10 prosent at det er 90 prosent sannsynlighet for at den estimerte sammenhengen ikke opptrer ved en tilfeldighet.

Tabell 13. Weibull estimater, varighet av sykemelding.

	Hasardbrøk	Standardavvik	Z
Behandling	1,329**	0,183	2,067
Venteliste	0,491***	0,144	-2,417
Behandlingsgaranti	1,043	0,114	0,384
Mann	1,187	0,192	1,057
Alder	0,986***	0,004	-3,330
Dager sykemeldt	0,997*	0,002	-1,722
Inntekt (i 10000 kr)	1,011**	0,005	2,064
100 % sykemeldt	0,460***	0,061	-5,820
Bidiagnose	0,432	0,269	-1,347
Diagnose:			
Prolaps	1,078	0,226	0,356
Diffus	0,966	0,332	-0,101
P	1,773***	0,138	7,362
Log likelihood	-602,48		

Koeffisienter merket *, **, *** er signifikant på henholdsvis 10, 5 og 1 prosent nivå.

Av tabell 13 ser vi at effekten av behandling er positiv og klart signifikant. Hasardbrøken er 1,33 og det betyr altså at en person som mottar behandling har en 33 prosent høyere hasardrate enn en person som ikke mottar behandling. Hvor mye dette betyr i forhold til å redusere antall dager med sykemelding, kan man få en indikasjon på ved å beregne forventet tid i tilstanden (se ligning (2) i vedlegg 3). I motsetning til i tabell 12 ovenfor, der vi bare så på gjennomsnittlig tid i som sykemeldt, korrigerer vi nå for at individene har ulike verdier på variablene. I tabellen nedenfor har vi gjengitt forventet tid som sykemeldt for hele utvalget, behandlingsgruppen og kontrollgruppen. I forhold til de empiriske gjennomsnittene ser vi at

de forventede gjennomsnittene er noe høyere. Forskjellen mellom behandlingsgruppen og sammenligningsgruppen er imidlertid betydelig større når vi ser på de forventede gjennomsnittene, hele 49 (jf tabell 14 og differansen mellom sammenligningsgruppen og behandlingsgruppen) mot 16 dager (jf tabell 12). Noe av denne forskjellen vil imidlertid skyldes at det ikke er mulig å betinge prediksjonene på at ingen kan være sykemeldt i mer enn ett år. De forventede gjennomsnittene må derfor betraktes som øvre anslag.

Tabell 14. Gjennomsnittlig forventet tid som sykemeldt.

	Antall	Dager sykemeldt	Standard avvik
Hele utvalget	750	334,7	98,0
Behandlingsgruppen	106	293,8	69,8
Kontrollgruppen	644	341,4	100,4

Basert på estimatene, dvs. de forventede gjennomsnittsverdiene for sykemeldingsperiodene for henholdsvis de som mottar behandling og de som ikke mottar behandling, kan vi grovt regnet anslå hvilke besparelser folketrygden vil kunne realisere gjennom satsingen på tverrfaglig behandling. Resultatene må tolkes med forsiktighet. I tabell 15, som riktignok er basert på et større utvalg enn hva som ligger til grunn for analysene i dette kapittelet og i kapittel 3, fremgår det at den gjennomsnittlige brutto inntekten for sykemeldte er kroner 237 055 (som er omlag 6 G). Når vi tar hensyn til at folketrygden bare gir dekning for bortfall av inntekt opp til 6 G, finner vi en gjennomsnittlig inntekt på om lag 205 760 kroner.

Tabell 15. Andel kvinner, gjennomsnittlig alder, inntekt og dager sykemeldt fordelt på tilstandskategorier.

	Antall	Andel kvinner	Alder	Inntekt i 1999	Dager sykemeldt fra 1995-2000
Sykemeldt	2977	43,9	41,3	237055	459,0
Attføring	1086	53,2	41,3	123576	447,4
Uførepensjon	757	63,1	52,1	38275	235,9
Alderspensjon	399	55,1	74,7	3381	14,7
Andre	2076	46,5	40,3	189689	152,1
Totalt	7295	48,6	44,0	173274	322,5

Tar vi utgangspunkt i at et årsverk innebærer omlag 230 arbeidsdager, er den gjennomsnittlige utbetalingen per dag per sykemeldt omlag 900 kroner. Den estimerte reduksjonen i sykemeldingsperioden som følge av behandlingen er 49 dager, inkludert helgedager. Reduserer vi derfor perioden med anslagsvis 12 dager, er antallet reduserte sykepengedager

37 dager. Det følger at brutto besparelsen for folketrygden (dvs. det er ikke trukket fra hva poliklinikkene mottar i refusjon fra folketrygden) per pasient utgjør rundt 33 300 kroner. For hele behandlingsgruppen på 106 personer, blir besparelsen omlag 3,5 millioner kroner. Dersom alle de 2649 sykemeldte med henvisning til behandling ved sykehus/poliklinikk (fra tabell 8), mottok tverrfaglig behandling, er besparelsen anslagsvis omlag 88 millioner kroner. I 2001 ble det refundert 4140 tilfeller med bruk av I03e, behandlingstaksten for trygdede (jf tabell 6 kapittel 2), noe som kan indikerer et større antall behandlede pasienter enn tidligere år.

Når det gjelder effektene av de øvrige kovariatene, ser vi at alder påvirker overgangssannsynligheten negativt signifikant, mens effekten av inntekt er motsatt. Personer som er 100 prosent sykemeldt eller som er registrert med en eller flere bidiagnoser har som forventet lavere betinget sannsynlighet for å bli friskmeldt enn andre. Videre finner vi at desto flere dager man har vært på sykemelding i 1999 og 1998, desto mer reduserer hasarden. Noe uventet finner vi at diagnosevariablene ikke påvirker den betingede sannsynligheten for å bli friskmeldt.

3.4 Behandlingseffekten målt ved tid til attføring

Som vi var inne på tidligere, vil vi ikke vektlegge tiden fram til attføring i særlig grad. Årsaken er at denne tiden i stor grad synes å være institusjonelt bestemt, siden nesten alle som kommer på attføring har vært gjennom en 12 måneders periode med sykemelding. Det betyr også at nesten alle overganger skjer i løpet av de 3 siste månedene vi observerer pasientene, noe som potensielt kunne være et problem i forhold til at vi estimerer en Weibull modell. Vi har derfor estimert andre parametriske forløpsmodeller som Gompertz, log-logistisk, og log-normal, i tillegg til den semiparametriske Cox-modellen. Siden alle disse modellene gir omtrent identiske resultater til det vi får i Weibull modellen⁹, er resultatene som vi rapporterer i tabell 16 nedenfor fra denne modellen.

På samme måte som når vi bruker sykemelding som mål på behandlingseffekten, finner vi en positiv effekt av behandling på overgangen til attføring. Effekten synes imidlertid å være noe lavere i dette tilfellet sammenliknet med sykeperioden: De som får behandling har omtrent 20

⁹ Vi har også estimert de samme modellene for overgang ut av sykemelding. Også her ga de ulike modellene omtrent identiske resultat.

prosent lavere hasardrate inn til attføring enn hva tilfelle er for de som ikke mottar behandling. Dette stemmer for så vidt bra med tallene i tabell 12. Der så vi at det var 7 prosent flere som forlot sykemelding før ni måneder i behandlingsgruppen enn i sammenligningsgruppen, mens det tilsvarende var 4 prosent færre som hadde overgang til attføring i behandlingsgruppen. Det er likevel to forhold som gjør det vanskelig å sammenligne disse størrelsene direkte. For det første har vi bare kunnet følge pasientene i 15 måneder, noe som betyr at flere vil kunne komme på attføring på et senere tidspunkt. For det andre kan det være pasienter som får behandling i 2001 som ikke fikk behandling i 2000. Siden vi ikke har data fra NPR for 2001, vil vi feilaktig plassere disse pasientene i sammenligningsgruppen. Om behandling har en positiv effekt, det vil si at disse pasientene har en lavere sannsynlighet for å komme på attføring, vil vi undervurdere effekten av behandling. Hvor stor en slik effekt eventuelt måtte være, er imidlertid ikke mulig å svare på uten data for 2001.

Tabell 16. Weibull estimater, overgang til attføring.

	Hasardbrøk	Standardavvik	Z
Behandling	0,802*	0,103	-1,707
Venteliste	1,122	0,348	0,372
Behandlingsgaranti	0,943	0,107	-0,520
Mann	0,781**	0,100	-1,929
Alder	0,998	0,008	-0,302
Dager sykemeldt	1.002*	0,001	1,688
Inntekt (i 10000 kr)	0,993	0,009	-0,748
100 % sykemeldt	2,560***	0,451	5,339
Bidiagnose	1,827**	0,515	2,135
Diagnose:			
Prolaps	0,869	0,170	-0,720
Diffus	1,105	0,266	0,414
P	5,799***	0,457	22,169
Log likelihood	-296,60		

Koeffisienter merket *, **, *** er signifikant på henholdsvis 10, 5 og 1 prosent nivå.

De øvrige variablene har fortegn som forventet og påvirker i all hovedsak sannsynligheten for å komme på attføring i tråd med resultatene fra sykemeldingsanalysen. Det er imidlertid færre

variabler som har en signifikant virkning. Personer som er 100 prosent sykemeldte eller har en bidiagnose har betydelig høyere betinget sannsynlighet for å komme på attføring enn andre. Har man vært relativt mye sykemeldt i 1998 og 1999, synes man også å ha en høyere hasardrate. Menn har lavere hasardrate enn kvinner, mens alder, i motsetning til hva vi fant da vi så på sykemelding, ikke lenger påvirker den betingede sannsynligheten for overgang.

4. Ny takst – vridningseffekter mellom trygdede og ikke-trygdede?

Basert på deskriptiv statistikk, konkluderte vi forsiktig i kapittel 2 at flere pasienter mottar tverrfaglige behandlingen. Det fremgår også at pasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser prioriteres fremfor ikke-trygdede i den forstand at flere som mottar slike ytelser får behandling sammenliknet med den andre gruppen av pasienter. Basert på opplysninger for 1999 og 2000, går antall ikke-trygdede pasienter svakt ned, mens antall behandlede trygdede pasienter har en sterk vekst. Tabell 8 og 9 i kapittel 3 bekrefter dette inntrykket. Av henviste pasienter, utgjør sykmeldte 43 prosent og kategorien Andre, som blant annet inneholder personer som er i arbeid, 25 prosent. Ser vi på de som blir behandlet av disse gruppene, utgjør de sykemeldte 62 prosent, mens kategorien Andre utgjør bare 14 prosent. En slik vridning er ikke overraskende gitt de differensierte satsene.

En annen mulig vridningseffekt er at ikke-trygdede pasienter må vente lenger på første konsultasjon hos spesialist enn hva trygdede erfarer. Vi har beregnet tiden fra den dato pasientens allmennlege henviser vedkommende til spesialist til den datoen pasienten får sin første konsultasjon hos spesialist. Tabell 8 viser at Andre gruppen må vente lenger enn sykemeldte. Forskjell i ventetid til første konsultasjon vil med stor sannsynlighet påvirke ventetiden til første behandling. Tabell 9 i kapittel 3 viser at gjennomsnittlig tid fra henvisning til første *behandling for behandlede pasienter*, er omlag 60 dager lenger for ikke-trygdede (Andre gruppen) sammenliknet med gruppen av sykemeldte.

På samme måte som i analysen av behandlingseffekten, benytter vi forløpsanalyse. Vi anvender samme modell (Weibull-modellen) som i kap. 3, slik at metodedelen der gjelder også for dette kapittelet.

4.1 Databeskrivelse

Utvalget vi bruker i denne delen av analysen består av alle individ som har vært inne til en eller flere konsultasjoner/behandlinger ved en av poliklinikken i datamaterialet vårt. Totalt var dette 5990 individer (1305 personer måtte utelates fordi de manglet opplysninger på en eller flere av forklaringsvariablene). I analysen fokuserer vi på tiden som går fra pasienten blir henvist til han kommer til sin første konsultasjon. Pasientens trygdestatus er registrert på tidspunktet for første konsultasjon, og vi har delt utvalget i følgende fire kategorier: sykemeldt, uførepensjon eller attføring, alders- eller AFP pensjonist og til sist andre.

Kategorien "Andre" består av alle som ikke faller innunder noen av de tre øvrige kategoriene, og for eksempel personer som er i jobb, hjemmeværende eller under utdanning kommer inn her. I tabell 17 nedenunder gir vi en oversikt over antall personer i de ulike kategoriene og tiden det i gjennomsnitt tar fra henvisning til første konsultasjon. Vi ser at sykemeldte skiller seg ut ved at de kommer betydelig raskere inn til første konsultasjon enn de andre. For sykemeldte tar det i gjennomsnitt 47 dager fra henvisning til første konsultasjon, mens det for de andre gruppene tar fra 57 til 67 dager. Nå kan det imidlertid være slik at sykemeldte skiller seg fra de andre gruppene på ulike karakteristika, men dette vil vi korrigere for i forløpsanalysen nedenfor.

Tabell 17. Gjennomsnittlig tid fra henvisning til første konsultasjon.

	Antall	Dager fra henvisning til 1. konsultasjon	Standard avvik
Sykemeldte	2597	47,0	43,6
Uføre/attføring	1386	66,6	65,6
Aldrespensjon/AFP-pensjon	320	57,3	57,4
Andre	1687	59,4	55,3
Totalt	5990	55,6	53,5

Variablene som benyttes i denne delen av analysen er definert i tabell 18. Tabell 19 viser gjennomsnittsverdier og standardavvik for disse variablene. Noen av variablene er de samme som vi benyttet i kapittel 3, og siden utvalgene er forskjellige vil også gjennomsnitt og standardavvik være ulike. I motsetning til da vi så på effekten av behandling, viser det seg at sykehus er en viktig variabel for å forklare tiden det går fra henvisning til første konsultasjon. Vi har valgt ut de sykehusene som har gjennomført flest konsultasjoner (mer enn 5 prosent av det totale antall konsultasjoner) og har plassert alle andre sykehus i en restkategori (Andre sykehus). Denne restkategorien består av totalt 18 sykehus hvorav ingen utfører mer enn 2 prosent av alle utførte konsultasjoner. For å kunne identifisere effekten av sykehus må vi utelate en av dummy variablene i regresjonen. Vi har valgt å utelate det sykehuset som har flest konsultasjoner i 2000 (Ullevål Sykehus), og det innebærer at vi sammenligner ventetiden ved Ullevål Sykehus med de andre sykehusene.

Tabell 18. Definisjon av variabler

Sykemeldt	Dummy variabel. 1 om individet er sykemeldt, 0 ellers
Uførepensjon	Dummy variabel. 1 om individet er ufør eller på attføring, 0 ellers
Alderspensjon	Dummy variabel. 1 om individet er AFP- eller alderspensjonist, 0 ellers
Andre	Dummy variabel. 1 om individet ikke er sykemeldt, ufør eller alderspensjonist, 0 ellers
Behandling	Dummy variabel. 1 om individet har mottatt en eller flere behandlinger i løpet av sykemeldingsperioden, 0 ellers.
Behandlingsgaranti	Dummy variabel. 1 om individet er garantipasient, 0 ellers
Mann	Dummy variabel. 1 om individet er mann, 0 ellers.
Alder	Individets alder i 2000.
Dager sykemeldt (i 100 dager)	Antall dager sykemeldt i 1997, 1998 og 1999.
Inntekt (i 1000 kr)	Gjennomsnitt av inntekten i 1997, 1998 og 1999.
Diagnose:	Basert på diagnosegrupper i pasientregisteret.
Prolaps	1 om hoveddiagnose er innenfor M51 gruppen, 0 ellers.
Diffus	1 om hoveddiagnose er innenfor M54 gruppen, 0 ellers.
Andre diagnoser	1 om "Prolaps"=0&"Diffus"=0, 0 ellers.
Sykehus:	
Hedmark	Sentralsykehuset i Hedmark
Østfold	Sykehuset Østfold
Buskerud	Buskerud sentralsykehus
Ullevål	Ullevål sykehus
Telemark	Telemark sentralsjukehus
Aust-Agder	Aust-agder sentralsjukehus
Kongsgård	Kongsgård sykehus
Hagevik	Kysthospitalet i Hagevik
Stavern	Kysthospitalet ved Stavern
Andre sykehus	Alle andre sykehus i utvalget (Ingen av disse har mer enn 2 prosent av antall konsultasjoner.

Tabell 19. Variabelbeskrivelse, gjennomsnitt og standard avvik i parentes.

Sykemeldt	0,43 (0,50)
Uførepensjon	0,23 (0,42)
Alderspensjon	0,05 (0,22)
Andre	0,28 (0,45)
Behandling	0,10 (0,31)
Behandlingsgaranti	0,09 (0,28)
Mann	0,52 (0,50)
Alder	43,9 (13,4)
Dager sykemeldt (i 100 dager)	3,24 (2,69)
Inntekt (i 1000 kr)	169,5 (129,1)
Diagnose:	
Prolaps	0,27 (0,44)
Diffus	0,49 (0,50)
Andre diagnoser	0,24 (0,43)
Sykehus:	
Hedmark	0,09 (0,28)
Østfold	0,14 (34,4)
Buskerud	0,05 (0,22)
Ullevål	0,16 (0,37)
Telemark	0,13 (0,34)
Aust-Agder	0,05 (0,21)
Kongsgård	0,06 (0,24)
Hagavik	0,10 (0,30)
Stavern	0,12 (0,33)
Andre sykehus	0,10 (0,30)

4.2 Analyse

Fra tabell 20, ser vi at sykemeldte har en signifikant kortere ventetid på første konsultasjon sammenliknet med personer som verken er sykemeldt, ufør eller alderspensjonist (Andre gruppen). Hasardbrøken er 1,41, som betyr at sykemeldte har 41 prosent høyere hasardrate

enn kategorien andre. Uførepensjonister og alderspensjonister har på sin side ingen signifikant forskjell i ventetid sammenliknet med ”Andre” gruppen.

Tabell 21 viser den forventede forskjellen i antall dager. Gruppen Andre må vente rundt 12 dager lenger enn de sykemeldte.

Av de andre forklaringsvariablene synes det spesielt å være behandlingsgaranti og sykehus som er viktig. Pasienter med behandlingsgaranti har som forventet betydelig kortere forventet ventetid sammenliknet med andre pasienter. Vi ser fra tabell 20 at denne gruppen har en betinget sannsynlighet nesten 180 prosent høyere enn de andre. Ventetiden ved de ulike sykehusene sammenlignes med ventetiden ved Ullevål Sykehus (som er utelatt dummy variabel). Vi ser at bortsett fra Sykehuset i Østfold og sentralsykehuset i Telemark, har alle sykehus lengre forventet ventetid enn Ullevål (da behandles alle sykehus i restkategorien som ett sykehus).

Også diagnose, dager sykemeldt og inntekt påvirker ventetiden signifikant. Personer med en diagnose som faller innunder kategorien ”Prolaps” har noe kortere ventetid sammenliknet med personer med andre diagnoser, mens det er motsatt med personer i gruppen ”Diffus”. Personer som har vært relativt mye sykemeldt i 1997, 1998 og 1999 har lengre ventetid enn andre, mens personer med relativt høy inntekt de samme årene har kortere ventetid.

Tabell 20. Weibull estimater, dager fra henvisning til 1. konsultasjon.

	Hasardbrøk	Standard avvik	Z
Sykemeldt	1,4150 ^{***}	0,0527	9,317
Uførepensjon	0,9690	0,0395	-0,440
Alderspensjon	0,9405	0,0751	-0,443
Behandling	0,8823 ^{***}	0,0412	-2,683
Behandlingsgaranti	2,8167 ^{***}	0,1719	16,964
Mann	0,9992	0,0277	0,978
Alder	0,9993	0,0012	-0,541
Dager sykemeldt	0,9658 ^{***}	0,0060	-5,565
Inntekt (i 1000 kr)	1,0002 [*]	0,0001	1,714
Diagnose:			
Prolaps	1,1766 ^{***}	0,0454	4,213
Diffus	0,9018 ^{***}	0,0325	-2,865
Sykehus:			
Hedmark	0,5924 ^{***}	0,0332	-9,314
Østfold	2,2088 ^{***}	0,1177	14,877
Buskerud	0,5156 ^{***}	0,0342	-9,992
Telemark	1,6431 ^{***}	0,0794	10,277
Aust-Agder	0,5552 ^{***}	0,0381	-8,579
Kongsgård	0,8571 ^{**}	0,0559	-2,366
Hagavik	0,3123 ^{***}	0,0204	-17,850
Stavern	0,7920 ^{***}	0,0438	-4,219
Andre sykehus	0,6824 ^{***}	0,0375	-6,955
P	1,3547 ^{***}	0,0126	32,694
Log likelihood	-7286,56		

Tabell 21. Gjennomsnittlig forventet tid fra henvisning til første konsultasjon.

	Antall	Dager fra henvisning til 1. konsultasjon
Sykemeldte	2597	51,7
Uføre/attføring	1386	72,3
Aldrespensjon/AFP-pensjon	320	64,5
Andre	1687	63,4
Totalt	5990	60,4

5. Konklusjoner

Hovedfunnet i studien er at tverrfaglig poliklinisk behandling av sykemeldte ryggpasienter bidrar til å redusere sykemeldingsperioden for disse pasientene. Resultatene trekker i retning av at innføringen av taksten kan gi besparelser for folketrygden, dvs. reduksjon i utbetalinger i sykepenges for sykemeldte med ryggglidelser.

Vi finner også at poliklinikkene foretrekker å behandle pasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser fremfor andre grupper av pasienter, som man skulle forvente gitt at pasienter som mottar sykdomsrelaterte trygdeytelser gir dobbel så stor refusjon sammenliknet med hva behandling av ikke-trygdede gjør. Denne effekten kan være ønskelig sett fra myndighetenes side: ressursene settes i hovedsak inn mot allerede sykemeldte personer med sikte på å få disse unna langtidsledighet og eventuell uførepensjonering. På den andre siden, mangelen på behandling for personer som ikke er sykemeldte kan føre til at disse ender opp som sykemeldte på et senere tidspunkt. Dette argumentet kom frem gjennom intervjuundersøkelsen rettet mot overleger ved et utvalg sykehus. Noen av intervjuobjektene mente at det var bedre å satse på personer som trass sine ryggglidelser er i arbeid enn å satse på dårlig motiverte sykmeldte. Andre av intervjuobjektene, spesielt de som arbeider tverrfaglig, pekte på at motivasjon er en nøkkelfaktor. Disse miljøene savnet en økonomisk belønning for oppfølging av pasienter, i form av en tverrfaglig oppfølgingssats. Erfaringene tyder på at slik oppfølging er avgjørende for at enkelte av pasientene ikke skal ende som sykemeldte igjen.

En betydelig vekst i behandlingsskapiteten kunne tenkes å "dra med seg" de ikke-trygdede på den måten at utnyttelse av kapasiteten økte inntaket av ikke-trygdede pasienter. Vi finner imidlertid ikke det man kan karakterisere som en betydelig vekst i antall institusjoner som utfører behandling. Av de 17 institusjonene som i 2001 har brukt behandlingstakstene, har 8 av institusjonene behandlet 10 eller færre pasienter (antall konsultasjoner er likt eller lavere enn antall personer). 7 institusjoner har behandlet omlag hundre pasienter eller flere. Av disse 7 finner man 4-5 store miljøer. De store miljøene finnes på Vestlandet, Sørlandet og på Østlandet. Fra Midt-Norge og nordover er tilbudet nært ikke-eksisterende.¹⁰

I vår studie finner vi tegn på at eksisterende klinikker øker sin behandlingsskapitet, men at de foretrekker trygdede pasienter. Det kommer til få nye klinikker som tilbyr behandling.

¹⁰ Vi kjenner til at myndigheten høsten 2001 godkjente at en privat klinikk i Trondheim kan utføre utredninger og behandling etter de offentlige takstene. Lignende godkjenning ble gitt en klinikk i Asker.

Imidlertid tilbyr stadig flere institusjoner tverrfaglig utredning. Bruken av utredningstaksten I05a, målt ved antall konsultasjoner, vokser kraftig i perioden 1999-2001 (fra 2069 i 1999 til 12925 i 2001). Veksten i antall konsultasjoner drives av økt bruk ved institusjoner som også tilbyr behandling, men ikke minst av at stadig flere andre institusjoner utfører tverrfaglig utredning. Gitt at utredningstaksten er høyere enn behandlingstakstene, er det kanskje noe påfallende at det i 2001 utføres tverrfaglig utredninger ved hele 40 institusjoner, mens tverrfaglig behandling kun utføres ved 17 institusjoner. Det er nærliggende å konkludere med at antallet pasienter med tverrfaglig utredning som (potensielt sett) venter på tverrfaglig behandling har steget over tid. Dette argumentet baserer seg imidlertid på at det for de fleste pasientene er nødvendig å følge opp utredningen med tverrfaglig behandling, noe som ikke trenger å være tilfellet.

Konklusjonen er at den nye tverrfaglige behandlingssatsen har hatt betinget suksess. Flere blir behandlet på en måte som bidrar til å redusere sykemeldingsperiodene sammenliknet med tidligere. På den andre siden er det få nye klinikker som kommer til. I realiteten er det bare 6-7 klinikker som behandler pasienter i et antall av betydning. Dette kan skyldes at takstene er for lave til at sykehusene ønsker å satse bredt på ryggbehandling.

Det er vanskelig å si om ytterligere vekst i taksten vil stimulere til at flere klinikker vil satse på tverrfaglig behandling. Ved mange institusjoner synes personalmessige begrensinger og manglende faglig interesse for ryggbehandling blant staben å være de alvorligste hindringene for utvidelse av tilbudet. På den andre siden vil økte satser utvilsomt gjøre den økonomiske situasjonen bedre for de klinikkene som allerede er etablerte. Spørsmålet er om eventuelt økte ressurser på dette feltet heller bør brukes til å opprette nye takster a la den tverrfaglige oppfølgingssatsen som enkelte innenfor behandlingsmiljøet etterlyser. En slik taksten vil bety at enkelte klinikker får bedre betalt for oppgaver de alt gjør i dag, men som ikke tydeliggjøres. I så måte kan man si at en heving av den tverrfaglige behandlingstaksten også vil gi en slik kompensasjon. Poenget med en egen takst må være at ressurser *må* brukes til oppfølging og ikke etter klinikkens forgodtbefinnende. Hele argumentet for en slik takst må naturligvis bygge på at oppfølging av pasienter, motivasjonsarbeid, bidrar til å holde folk i aktivitet slik at de ikke ender opp som sykemeldte igjen.

Betydningen av at relativt få ikke-trygdede får behandling er ikke studert nærmere her. Argumentet om at ikke-trygdede og yrkesaktive personer kan ende opp som trygdede som

følge av manglende behandling er imidlertid et rimelig argument. Dersom omfanget av en slik rekrutteringen til sykefraværstatistikken er stor, kan man se for seg at den positive gevinsten ved reduserte sykemeldingsperioder for pasienter som allerede mottar sykepenger, blir ”spist opp” av tilveksten av nye sykemeldte. Kun økt behandlingsskapasitet og reduserte ventetider vil da kunne bidra til at nettoeffekten på sykemeldingsperiodene blir positiv, dvs. at antall sykemeldingsdager går ned.

Dersom rekrutteringsproblemet nevnt over er betydelig, kan man spørre seg om den differensierte satsen bør erstattes med en flat takst på nivå med snittet av de to takstene (eller eventuelt nærmere det høyeste takstbeløpet). Hva ville konsekvensene av en slik endring bli? Klinikkerne vil i utgangspunktet ikke ha økonomiske grunner til å ”diskriminere” mellom de to gruppene av pasienter gitt at behandlingsforløp og –organisering er like for de to gruppene.

To forhold kan trekke i retning av at så ikke er tilfellet. Et forhold er at behandlingsforløp og –organisering ikke er like for de to gruppene. Kanskje er det enklere å få til smidige behandlingsforløp for personer som alt er sykemeldte, enn å måtte inngå avtaler med personer som må forklare overfor sine arbeidsgivere at de skal ta del i behandling - i arbeidstiden - som skal bidra til at de ikke blir sykemeldte en gang i fremtiden? Avhengig av hvilke yrke vedkommende har og nær sagt hvem som er arbeidsgiver, kan slike avbrudd i arbeidstiden bli avvist. På den andre siden vil personer med ryggglidelser ofte ha en sykefraværshistorie innenfor ”de første 14 dagene” (nå 16 dager), og eventuelt også lengre perioder, slik at arbeidsgiver kan se nytten av tiltaket. anbefalinger fra fastlege kan også være med på å legge til rette for behandling i arbeidstiden. Dersom det er enklere for klinikkerne å etablere smidige (sett fra klinikkens side) behandlingsforløp og –organisering for allerede sykemeldte pasienter, må kanskje taksten for ikke-trygdede være *høyere* enn satsen for trygdede "alt annet like" dersom de skal stimuleres til å behandle flere pasienter av ikke-trygdede kategorien.

Et annet forhold er om personer med ryggglidelser som trass i dette likevel holder seg i arbeid er lettere å motivere enn pasienter som allerede er sykemeldte, og det kanskje i en lengre periode. Ressursbruk på motivering og oppfølging skulle da potensielt sett være mindre.

Referanser

Brage, S. og I. Gihle (2001): Sykehusbasert ryggomsorg i Norge, Nasjonalt Ryggnettverk, Formidlingsenheten, Rapport nr. 1/Juli 2001.

Haldorsen, E.M.H., A.L. Grasdahl, J.S. Skouen, A.E. Risa, K. Kronholm og H. Ursin (2002): "Is there a right treatment for a particular patient group? ", *Pain* , 95 (2002) 49-63.

Indahl, A., L. Velund, and J. Reikerås (1995): "Good Prognosis for Low Back Pain when left Untreated," *Spine*, 4, 473-477.

Lancaster (1990): *The Econometric Analysis of Transition Data*, Cambridge University Press, Cambridge.

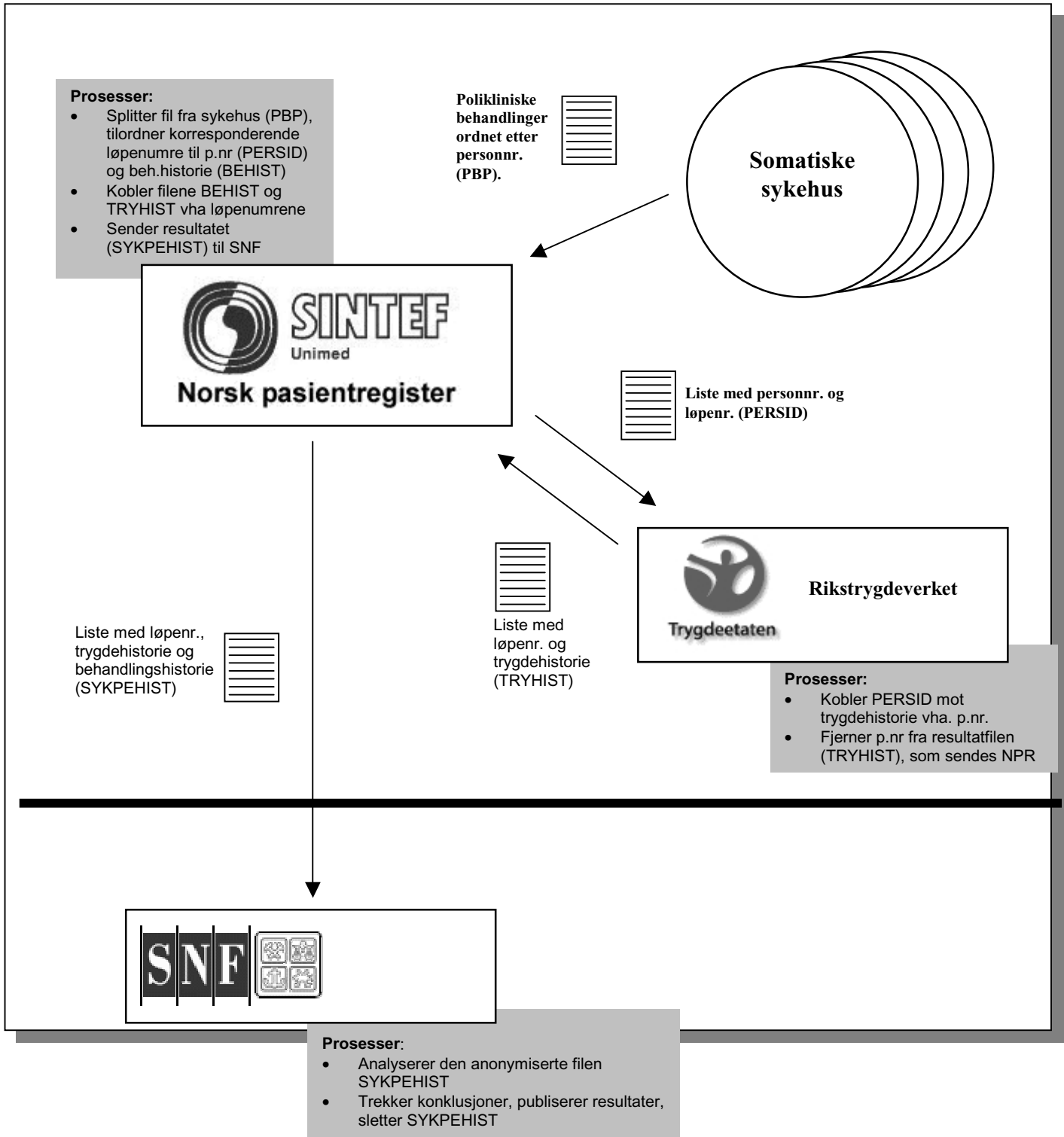
RTV (2001), Rikstrygdeverket, Folketrygden Nøkkeltall 2001, Utredningsavdelingen, 01/2001.

SSB (2001), Statistisk sentralbyrå, <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefra/>.

Aakvik, A., T.H. Holmås og E. Kjerstad (2002): "A low-key Social Insurance Reform – Treatment Effects for Back Pain Patients in Norway," Working paper, Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.

Vedlegg 1

I figuren under har vi skjematisk fremstilt dataflyten i den kvantitative delen av prosjektet. Figuren skisseres modellen for dataflyt mellom SNF, Norsk pasientregister (NPR), Rikstrygdeverket (RTV) og de enkelte sykehus. Modellen minimerer sjansene for at sensitive opplysninger kommer på avveie. På bakgrunn av denne modellen har vi fått konsesjon fra Datatilsynet til å opprette de nødvendige personregistre som må til for å gjøre koblingen. I tillegg har Sosial- og helsedepartementet gitt de enkelte sykehusene dispensasjon fra taushetsplikten, slik at identifiserbare pasientopplysninger kan utleveres.



Vedlegg 2

Under følger en oversikt over de diagnosene (ICD-10) som ligger til grunn for utvalget av pasienter analysert i kapittel 2, 3 og 4.

- M404 Annen spesifisert lordose
- M411 Juvenil idiopatisk skoliose
- M421 Osteokondrose i ryggstøyle hos voksne
- M429 Uspesifisert spinal osteokondrose
- M431 Spondylolistese
- M470 Syndr. s. sk. kompr. art. spinalis anterior/ar. vertebralis
- M472 Annen spondylose med radikulopati
- M479 Uspesifisert spondylose
- M480 Spinal stenose
- M50 Lidelser i cervikalskive
- M501 Lidelse i cervikalskive, med radikulopati
- M502 Annen forskyvning av cervikalskive
- M503 Annen degenerativ lidelse i cervikalskive
- M509 Uspesifisert lidelse i cervikalskive

- M51 Andre lidelser i mellomvirvelskive
- M510 Lid. i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, m. myelopati
- M511 Lid. i lumbalskive og a. mellomvirvelskiver, m. radikulopati
- M512 Annen spesifisert forskyvning av mellomvirvelskive
- M513 Annen spesifisert degenerativ lidelse i mellomvirvelskive
- M518 Andre spesifiserte lidelser i mellomvirvelskive
- M519 Uspesifisert lidelse i mellomvirvelskive

- M530 Cervikokranialt syndrom
- M531 Cervikobrakialt syndrom
- M538 Andre spesifiserte ryggglidelser
- M539 Uspesifisert ryggglidelse

- M54 Ryggsmerte
- M540 Pannikulitt som angår nakke- og ryggregion
- M541 Radikulopati
- M542 Nakkesmerte
- M543 Isjialgi
- M544 Lumbago med isjialgi
- M545 Lumbago
- M546 Ryggsmerte i torakaldelene
- M548 Annen spesifisert ryggsmerte
- M549 Uspesifisert ryggsmerte

- M706 Trokanterbursitt
- M751 "Rotator cuff syndrome"
- M754 "Impingement syndrome" i skulder
- M790 Uspesifisert reumatisme
- M791 Myalgi

Vedlegg 3

Metode

I analysedelene bruker vi den statistiske metoden forløpsanalyse. Som bakgrunn for resultatene gir vi derfor en kort og uformell innføring i hva denne metoden går ut på. For de som er interessert i en mer teknisk framstilling av stoffet, viser vi til Lancaster (1990).

Sentrale begreper

Forløpsanalyse beskriver hvordan observasjonsenheter – f.eks. individer – beveger seg eller *har overganger* mellom gjensidig utelukkende tilstander. I denne rapporten ser vi blant annet på sykemelding: En kan ønske å studere hvordan individer går fra tilstanden ”sykemeldt” til tilstanden ”ut av sykemelding”. Et opplagt mål er *varigheten* av sykemeldingsperioden (eller *tid i tilstand*).

Et grunnleggende begrep i forløpsanalyse er *hasardraten*.¹¹ Hasardraten er definert som den betingede sannsynligheten per tidsenhet¹² for at en overgang ”snart” finner sted, gitt at det ikke har funnet sted noen overgang hittil. Forskjellen på hasardraten og sannsynlighet for en overgang kan anskueliggjøres med et eksempel. Hva er (den ubetingede) sannsynligheten for at en person skal dø på sin førtiende fødselsdag? I dette tilfellet er tid i tilstand personens alder – førti år.

Et estimat for overgangssannsynligheten på førtiårsdagen kunne vi få ved å telle opp hvor mange personer som dør på sin førtiende fødselsdag og dele på befolkningen. For å få et estimat for *hasardraten* (som er en *betinget* sannsynlighet) må vi derimot dele på de som overlevde minst til sin førtiende fødselsdag – det vil si de som er minst førti år gamle. Dette må nødvendigvis bli mer enn forholdet mellom de som dør på førtiårsdagen og hele

¹¹ Andre betegnelser er exitraten eller sviktintensiteten.

¹² Strengt tatt skal denne tidsenheten gå mot null.

befolkningen, og hasardraten er alltid større enn den ubetingede sannsynligheten (unntatt på første levedag da de to størrelsene er identiske). Dette gjelder generelt.

Nært knyttet til hasardraten er *overlevelsesfunksjonen*. På et gitt tidspunkt angir denne sannsynligheten for å forbli i utgangstilstanden minst til dette tidspunktet. I eksemplet vi så på vil et estimat på denne rett og slett være andelen av befolkningen som er over førti år (siden disse har *overlevd*). Vi ser også at hasardraten er lik forholdet mellom den ubetingede sannsynligheten og overlevelsesfunksjonen.¹³ Dette er en viktig sammenheng, som kan vises generelt.

Om vi holder oss til eksemplet, er det selvsagt mulig å regne ut en verdi for overlevelsesfunksjonen for ethvert tidspunkt i en persons liv. Det er opplagt at verdiene vil reduseres over tid så sant noen overhodet forlater utgangstilstanden. Både sannsynlighetsfunksjonen og hasardraten kan imidlertid tenkes både å være konstante eller å endres over tid. For det valgte eksemplet virker det riktignok noe søkt at noen av disse størrelsene skulle holde seg konstant over livsløpet. Fra sammenhengen mellom hasardraten, sannsynligheten for en overgang og overlevelsesfunksjonen er det klart at *hvis sannsynligheten for en overgang er konstant over tid, vil hasardraten være økende*. Det er fordi tallet i nevneren – verdien for overlevelsesfunksjonen – blir stadig mindre. Av samme grunn forutsetter en *konstant hasardrate* at overgangssannsynligheten *reduseres* over tid. Endelig er det klart at det er en invers sammenheng mellom hasardraten og tid i tilstand: Jo høyere hasardrate, jo lavere gjennomsnittlig tid før en overgang finner sted.

I mange sammenhenger er det av stor interesse om hasardraten endrer seg over tid. Ofte er det lettere å tolke informasjonen om hvordan hasardraten utvikler seg enn informasjon om utviklingen av overgangssannsynligheten. Et eksempel kan være varighet av sykemelding. Overgangssannsynligheten etter f.eks. 4 og 40 uker sier oss hvor mange som forlater

¹³ Den totale befolkningen står jo i nevneren både i sannsynligheten og overlevelsesfunksjonen, så forholdet mellom disse blir det samme som mellom antall som dør på førtiårsdagen og antall personer over førti år i befolkningen.

tilstanden etter disse lengdene på sykemeldingsperioden. Sammenligning av hasardratene vil derimot si oss om en person som har vært sykemeldt i 40 uker har større eller mindre sannsynlighet for å bli friskmeldt enn en som har vært syk i 4 uker.

Weibullmodellen

Det fins flere metoder for å beskrive utviklingen av hasardrater og overlevelsesfunksjoner som grovt sett går ut på å telle opp hvor mange som har en overgang i en periode i forhold til antall mulige overganger.¹⁴ De viktigste av disse *ikke-parametriske* metodene – som vi ikke skal gå detaljert inn på her – er *aktuar-* eller *livstabellmetoden* og *Kaplan-Meier's metode*. Ofte er en imidlertid interessert i å forklare tid i tilstand eller nivået på hasardraten ved hjelp av et sett av forklaringsvariabler. Da er det nødvendig å spesifisere en modell for hasardraten eller overgangssannsynligheten. Det finnes en rekke slike *parametriske* forløpsmodeller. De skiller seg fra hverandre ved måten hasardraten antas å utvikle seg over tid, og ved måten forklaringsvariablene inngår. I denne rapporten brukes *Weibullmodellen*. Dette er en av de mest anvendte modellene i forløpsanalyse, og vi gjør her kort rede for den.

La t betegne tid i tilstand. I Weibullmodellen antas hasardraten, $h(t)$, å kunne beskrives ved ligningen

$$(1) \quad h(t) = pt^{p-1} e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_K x_K}.$$

Her er x_1, x_2, \dots, x_K forklaringsvariabler (kovariater), for eksempel alder. $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_K$ er parametre som bestemmer hvordan forklaringsvariablene (for eksempel alder) virker på hasardraten. Parameteren p bestemmer tidsavhengigheten. Som illustrasjon, viser figur A Weibull hasardrater for ulike verdier av p .

¹⁴ Antall individ som kan ha en overgang i en periode, kalles *risikomengden*.

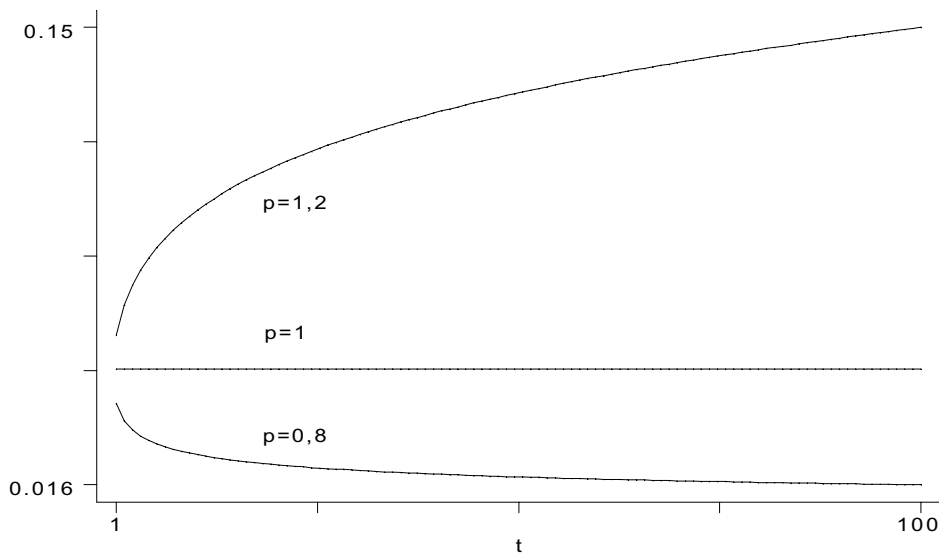


FigurA. Weibull hasardrater

Det er lett å vise at

- $p > 1$ gir en hasardrate som øker over tid
- $p = 1$ gir en hasardrate som er konstant over tid
- $p < 1$ gir en hasardrate som avtar over tid.

Ut fra data kan vi observere forklaringsvariablene, for eksempel alder, men ikke hvordan variablene påvirker hasardraten. Formålet med en analyse er derfor, utfra observasjoner på individer med ulike verdier for tid i tilstand og forklaringsvariablene, å beregne (estimere) de mest sannsynlige verdiene på parametrene p og $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots, \beta_K$. For en detaljert framstilling om dette henviser vi til Lancaster (1990).

I forbindelse med estimering av forløpsmodeller dukker nesten alltid *sensureringsproblemet* opp. Dette består i at vi som regel bare kan observere et utvalg for en begrenset tidsperiode. De som ikke har hatt noen overgang ved observasjonsperiodens slutt er *høyresensurerte* – vi vet ikke om de faktisk hadde en overgang etter at vi sluttet å observere dem. (*Høyre* viser til at sensureringen er til høyre på tidsaksen). Høyresensurering kan også skyldes at en observasjon opphører uten at vi vet om det skjedde noen overgang. Det finnes veletablerte statistiske metoder for å behandle høyresensurering.

Tolking av resultater i Weibullmodellen

Selv om forløpsanalyse med forklaringsvariabler minner om vanlig regresjonsanalyse, ser vi av ligning (1) at resultatene kan være litt vanskeligere å tolke. Betydningen av parameteren p har vi allerede vært inne på – den viser om hasardraten øker eller avtar over tid. Videre er det klart fra (1) at hvis en parameter β_k er positiv, innebærer det at en økt verdi på den tilhørende variabelen x_k vil øke hasardraten.

En vanlig måte å rapportere resultatene fra Weibullmodellen er som relative effekter på hasardraten, dvs. som *effekten av én enhets økning* av en forklaringsvariabel på hasardraten. Siden hasardraten har proporsjonalitetsegenskapen, er denne relative effekten konstant over tid. For en variabel x_k lar denne seg lett beregne som e^{β_k} .¹⁵ Denne størrelsen kalles hasardbrøken (engelsk: hazard ratio). Hvis hasardbrøken for x_k er 1, har variabelen ingen effekt. Er den f.eks. 1,2, medfører én enhets økning i x_k at hasardraten øker med 20 %. En verdi på f.eks. 0,85 betyr at en enhets økning i x_k reduserer hasardraten med 15%.

Det kan også vises at *forventet tid i tilstand* er

$$(2) \quad E(T) = e^{\frac{-1}{p}(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_K x_K)}.$$

Ved å definere $\beta_k^* = -\frac{\beta_k}{p}$ for $k = 0, \dots, K$, kan vi dermed også beregne relative virkninger på forventet tid i tilstand når en variabel øker med én enhet som $e^{\beta_k^*}$.

¹⁵ Anta at x_k endres med én enhet, mens alle andre variabler holdes konstante. Hasardraten endres da fra $h^0(t) = pt^{p-1} \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1^0 + \dots + \beta_k x_k^0 + \dots)$ til $h^1(t) = pt^{p-1} \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1^0 + \dots + \beta_k (x_k^0 + 1) + \dots)$. Den relative effekten blir

$$h^1(t)/h^0(t) = \exp\{(\beta_0 + \beta_1 x_1^0 + \dots + \beta_k (x_k^0 + 1) + \dots) - (\beta_0 + \beta_1 x_1^0 + \dots + \beta_k x_k^0 + \dots)\} = \exp(\beta_k).$$