Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapiområdet

Rapport til Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor

oslo**economics**

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndighetene, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller et grunnlag for interesseorganisasjoner som ønsker å påvirke sine rammebetingelser. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Om Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor

Foreningen er en serviceorganisasjon for manuellterapeuter. Servicekontorets hovedbeskjeftigelse er å bistå manuellterapeuter i alle typer spørsmål som gjelder næringsdrift, herunder råd om takster og takstbruk. Videre bidrar Servicekontoret til faglig vedlikehold i form av seminarer, kurs, utgivelse av fagblad og retningslinjer. På servicekontorets nettside manuellterapi.no er det kontaktinformasjon til alle landets praktiserende manuellterapeuter.

Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor er bestiller av denne rapporten.

Behandlingsforløp og kostnader ved behandling innenfor fysioterapiområdet/2021_20
© Oslo Economics, 2021
Kontaktperson:
Erik Magnus Sæther / Ansvarlig partner
ems@osloeconomics.no, Tel. 940 58 192
Foto/illustrasjon: SARINYAPINNGAM (iStockphoto.com)

Innhold

Sammendrag 5

1. Behov for kunnskap om omfang av og kostnader ved behandling innen fysioterapifeltet 9

1.1 Bakgrunn 9

1.2 Formål og metode 9

2. Behandlere innen fysioterapifeltet i Norge 11

2.1 Fysioterapi 11

2.2 Manuellterapi 11

2.3 Psykomotorisk fysioterapi 11

2.4 Behandlere i Norge 12

3. Behandling innen fysioterapiområdet 13

3.1 Kjennetegn ved pasientene 14

3.1.1 Diagnoser 14

3.1.2 Pasientkjennetegn 15

4. Behandlingsforløp og behandlingslengde 17

4.1 Definisjon av behandlingsforløp 17

4.1.1 Ekskluderte forløp 17

4.2 Statistisk beskrivelse av utvalget avgrensede forløp 20

4.3 Ujustert behandlingslengde 22

4.3.1 Behandlingens varighet målt i antall dager 22

4.3.2 Behandlingens lengde målt ved antall kontakter 23

4.3.3 Lange behandlingsforløp 24

4.4 Behandlingslengde justert for pasientegenskaper 24

5. Kostnader knyttet til honorarer ved behandlingsforløp 27

5.1 Takster 27

5.2 Ujustert kostnad per behandlingsforløp 27

5.2.1 Kostnad per behandlingsforløp for utvalgte diagnoser 27

5.2.2 Kostnad ved langvarige behandlingsforløp 28

5.3 Kostnad per behandlingsforløp justert for pasientsammensetning 29

6. Kommunalt driftstilskudd 30

6.1 Om kommunalt driftstilskudd 30

6.2 Fordeling av gjennomsnittlig driftstilskudd 30

6.2.1 Driftstilskudd fordelt per antall pasienter 30

6.2.2 Driftstilskudd fordelt på behandlingsforløp 31

6.3 Anslag på totalkostnad 31

7. Oppsummering og diskusjon 33

7.1 Oppsummering 33

7.2 Diskusjon 34

Referanser 35

Vedlegg A Takster for fysioterapi 36

Vedlegg B Median behandlingslengde 37

Vedlegg C Langvarige behandlingsforløp 38

Sammendrag

Årlig oppsøker omtrent 440 000 nordmenn en behandler innenfor fysioterapifeltet med delfinansiering fra Helfo. Det er tre praksistyper innenfor fysioterapifeltet med slik refusjon: fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Disse benytter seg til dels av felles og dels av ulike behandlingsmetoder for å behandle overlappende typer av plager. Vi viser at det er forskjell i behandlingsforløpene på tvers av praksistypene for utvalgte diagnoser, både når det gjelder behandlingens lengde og kostnad. Manuellterapeutene har i gjennomsnitt kortest behandlingsforløp, mens fysioterapeutene, som ofte har lavere utdanningsnivå og lavere takster, har lavest gjennomsnittskostnader knyttet til refusjoner og egenandeler for sine behandlingsforløp. Tar vi høyde for behandlernes kommunale driftstilskudd har manuellterapeutene lavere eller omtrent like lave kostnader per behandlingsforløp som fysioterapeutene, avhengig av hvordan det kommunale driftstilskuddet estimeres i våre analyser.

Behov for kunnskap om omfang av og kostnader ved behandling innen fysioterapifeltet

Innenfor fysioterapifeltet skiller man mellom tre ulike praksistyper som mottar finansiering fra Helfo: fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. I dag vet vi lite om hvordan de ulike praksistypene innen fysioterapiområdet skiller seg fra hverandre med tanke på behandlingseffekt, kostnad, og kostnadseffektivitet.

Formålet med denne analysen er å belyse behandlingsforløp og kostnader ved disse, fordelt på de tre praksistypene. Analysen bygger på administrative registerdata fra KUHR, som er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo) og som blant annet inneholder opplysninger om behandlinger innenfor fysioterapiområdet. Analysen bygger også på aggregert statistikk om kommunale driftstilskudd.

Behandlere innen fysioterapifeltet

Fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter benytter seg av til dels ulike metoder for å behandle delvis overlappende tilstander. Manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning på masternivå. Det finnes også ulike masterutdannelser innen fysioterapi.

Fysioterapeuter er helsepersonell som jobber med kropp og bevegelse for å fremme bedre helse, eksempelvis gjennom veiledet fysisk trening og spesifikke øvelser, massasje, elektroterapi og leddmobilisering. Manuellterapeuter benytter både manuelle behandlingsteknikker, som f.eks. manipulasjon og mobilisering av ledd, og øvelser, mens fysioterapeuter i hovedsak driver øvelsesbehandling. Manuellterapeuter har også spesialkompetanse innenfor undersøkelse, og har fullmakt til å sykmelde, adgang til å rekvirere bildediagnostikk (MR, røntgen osv.), og til å henvise til spesialisthelsetjeneste og fysioterapeut. Psykomotorisk fysioterapi retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstander i kroppen. De vanligste virkemidlene er ulike former for øvelser, bevegelser, massasje, berøring og sansestimulering. Det finnes cirka 3000 praktiserende fysioterapeuter, 570 praktiserende manuellterapeuter og 330 praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter i Norge.

Omfanget av behandling innen fysioterapiområdet

Rundt 440 000 pasienter får årlig behandling av en behandler med offentlig avtale innen fysioterapifeltet, og disse har til sammen hatt rundt åtte millioner kontakter som har utløst refusjon fra Helfo. Fysioterapeutene, som også er den største behandlergruppen, står for flesteparten av behandlingene. Sett opp mot antall behandlere, er det manuellterapeutene som behandler flest pasienter. En gjennomsnittlig manuellterapeut behandlet i 2019 dobbelt så mange pasienter (198) som fysioterapeutene (101 pasienter), og nesten fire ganger så mange pasienter som psykomotorikerne (57).

Praksistypene har en del overlappende aktivitet når man ser på hvilke diagnoser som behandles. Hele 73 og 87 prosent av kontaktene for henholdsvis fysioterapeuter og manuellterapeuter, er knyttet til L-diagnoser (Muskel og skjelett). Psykomotorikere skiller seg naturlig nok ut med betydelig høyere andel psykiske diagnoser, selv om også de i hovedsak behandler muskel- og skjelettplager (51 prosent av kontaktene). Omtrent 60 prosent av

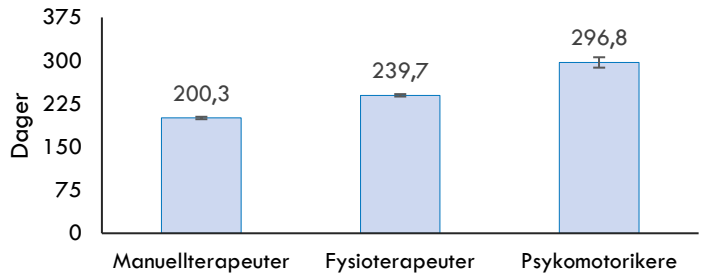
pasientene som behandles av fysioterapeut og manuellterapeut er kvinner, mens 80 prosent av de som behandles av psykomotorisk fysioterapeut er kvinner. De fleste som går til behandling er mellom 30 og 70 år, og fysioterapeuter behandler noe eldre pasienter enn manuellterapeuter og psykomotorikere.

Behandlingsforløp og behandlingens varighet

For å sammenligne behandlingsforløp på tvers av praksistyper avgrenser vi analysen til femten utvalgte diagnoser som er høyt forkommende hos pasienter hos alle tre praksistypene, og fokuserer på behandlingsforløp for hvilke vi kan fastslå varigheten. Analysen baserer seg derfor på forløp som startet etter 1. januar 2016 og som ble avsluttet innen utgangen av 2019. Som et unntak gjør vi også en separat analyse av langvarige forløp, som hverken har observert start eller stopp i analyseperioden.

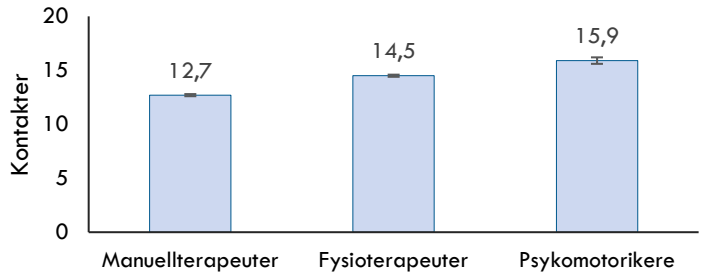
Når vi ikke tar høyde for forskjeller i pasientkjennetegn mellom praksistypene har manuellterapeutene de korteste behandlingsforløpene, både målt ved gjennomsnitt og median, for majoriteten av de utvalgte diagnosene. Vi finner at disse resultatene holder seg når vi benytter regresjonsanalyse for å beregne gjennomsnittlig varighet ved behandling justert for pasientkjennetegn som diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke. Gjennomsnittlig varighet for et avgrenset behandlingsforløp justert for forskjeller i pasientsammensetning hos en fysioterapeut, manuellterapeut og psykomotorisk fysioterapeut er henholdsvis 240, 200 og 297 dager (Figur 1). Det er viktig å merke seg at antall dager er kalendertiden fra første og siste behandling, ikke antall dager med behandling. Gjennomsnittlig antall kontakter justert for de samme pasientegenskapene er henholdsvis 14,5, 12,7 og 15,9 for de tre behandlertypene (Figur 2).

Figur 1 Gjennomsnittlig varighet for avgrensede behandlingsforløp for femten utvalgte diagnoser fordelt på praksistype, justert for forskjeller i pasientsammensetning



Resultat fra regresjonsanalyse for avgrensede forløp i perioden 1.1.16 – 31.12.19. Gjennomsnittet er justert for forskjeller i diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke.

Figur 2 Gjennomsnittlig antall kontakter i avgrensede behandlingsforløp for femten utvalgte diagnoser fordelt på praksistype, justert for forskjeller i pasientsammensetning



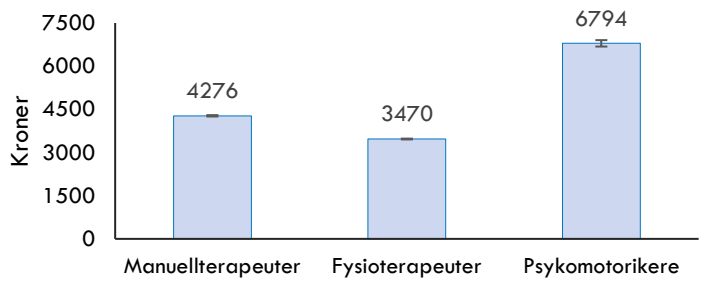
Resultat fra regresjonsanalyse for avgrensede forløp i perioden 1.1.16 – 31.12.19. Gjennomsnittet er justert for forskjeller i diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke.

Kostnader ved behandlingsforløp

Når vi ser på ujusterte variable gjennomsnittskostnader (egenandel og refusjon) for de avgrensede behandlingsforløp for de femten utvalgte diagnosene, viser analysene at fysioterapeutene har lavest gjennomsnittskostnad for elleve av femten diagnoser, mens manuellterapeuter har lavest gjennomsnittskostnad for fire av femten diagnoser. Psykomotoriske fysioterapeuter har gjennomgående høyest gjennomsnittskostnad. Et ujustert gjennomsnitt gir ikke nødvendigvis en korrekt gjengivelse av de faktiske gjennomsnittskostnadene fordi kostnadsforskjellene kan vcære påvirket av forskjeller i pasientsammensetningen. Når vi justerer gjennomsnittskonstandene for diagnose

og pasientkjennetegn, finner vi at fysioterapeutene har lavest gjennomsnittskostnad (3 470 kroner), fulgt av manuellterapeuter (4 276 kroner) og psykomotoriske fysioterapeuter (6 794 kroner) (Figur 3). I kostnadsanalysene korrigeres det ikke for at det gjennomsnittlige utdanningsnivået er lavere for fysioterapeutene.

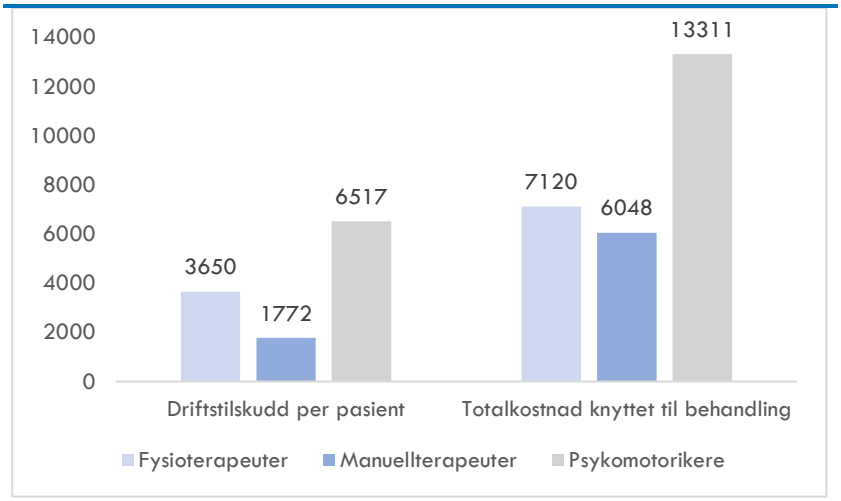
Figur 3 Gjennomsnittlig kostnad knyttet til refusjoner og egenandeler ved avgrensede behandlingsforløp fordelt på praksistype, justert for forskjeller i pasientsammensetning



Resultat fra regresjonsanalyse for avgrensede forløp i perioden 1.1.16 – 31.12.19. Gjennomsnittet er justert for forskjeller i diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke.

Kommunalt driftstilskudd utgjør en vesentlig del av kostnadene knyttet til fysioterapibehandling. Driftstilskuddets størrelse avhenger av driftsavtalen mellom behandler og kommune. Vi har ikke tilgang til opplysninger om de enkelte behandlernes driftstilskudd, men med utgangspunkt i statistikk fra Statistisk sentralbyrå, anslår vi kostnad knyttet til driftstilskudd per behandlingsforløp. Vi bruker to alternative tilnærminger for å fordele driftstilskudd på de utvalgte behandlingsforløpene. Den første tilnærmingen går ut på å fordele driftstilskuddet likt mellom alle pasienter som mottar behandling uavhengig av behandlingens varighet, og behandler driftstilskuddet som en fast kostnad per pasientforløp. Denne tilnærmingen gir manuellterapeutene lavest kostnad per pasient knyttet til driftstilskudd og lavest totalkostnad per behandlingsforløp for de utvalgte diagnosene, fulgt av fysioterapeuter og psykomotorikere (Figur 4).

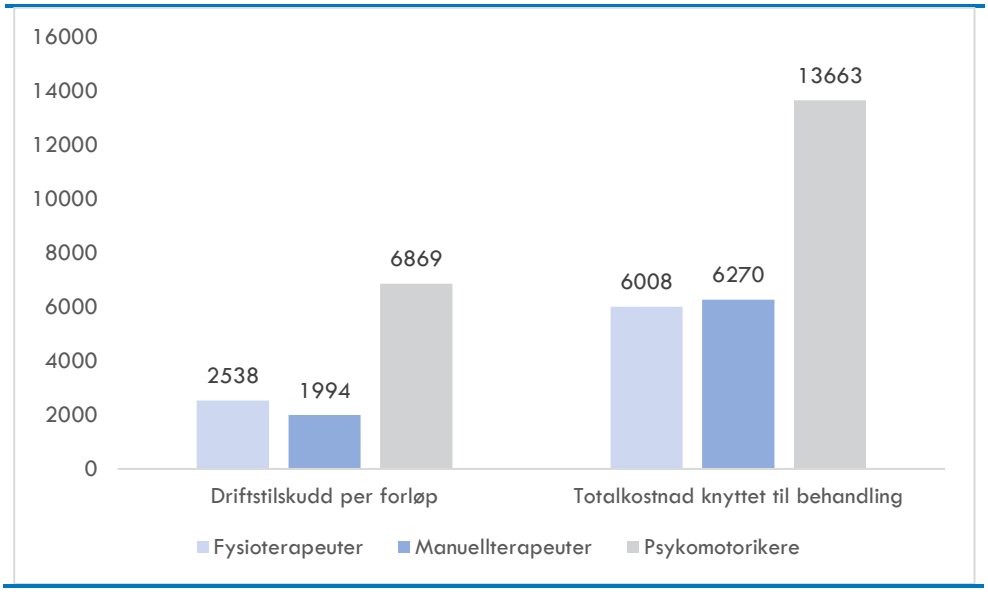
Figur 4 Anslag på kommunalt driftstilskudd fordelt per pasient og anslag på totalkostnad (honorar pluss driftstilskudd) for et gjennomsnittlig behandlingsforløp for femten utvalgte diagnoser, justert for pasientsammensetning



Beregning av kommunalt driftstilskudd er basert på beregninger av Statistisk sentralbyrå og gjennomsnittlig kontakter i et forløp.

Den andre tilnærmingen knytter driftstilskuddet til behandlingsforløpets lengde målt ved gjennomsnittlig antall kontakter. Det er flere usikkerhetsmomenter knyttet til denne fremgangsmåten, og resultatene bør tolkes med forsiktighet. Anslag basert på denne tilnærmingen gir manuellterapeutene lavest kostnad knyttet til driftstilskudd, men omtrent lik totalkostnad per behandlingsforløp som fysioterapeutene, hvilket skyldes deres høyere kostnad knyttet til takst og refusjon (Figur 5). Selv om det er usikkerhet knyttet til analysen av driftstilskudd, er hovedbildet at manuellterapeutene har lavere eller omtrent like lav totalkostnad knyttet til behandling som fysioterapeutene.

Figur 5 Anslag på kommunalt driftstilskudd fordelt per behandlingsforløp og anslag på totalkostnad (honorar pluss driftstilskudd) for et gjennomsnittlig behandlingsforløp for femten utvalgte diagnoser, justert for pasientsammensetning



Diskusjon

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ligger til grunn for analysen fører til at en varierende andel av praksistypenes forløp inkluderes i analysen. Vi kan avgrense forløpene (kjent starttidspunkt og sluttidspunkt i statistikken) til over halvparten av manuellterapeutenes pasienter i analyseperioden, mens andelen er lavere for fysioterapeutenes og psykomotorikernes pasienter. Når en varierende andel av forløpene inkluderes, kan utfallet av analysene påvirkes. Det er imidlertid uklart om eksklusjon av enkelte typer av forløp innebærer en entydig fordel eller ulempe for noen av behandlergruppene. Fysioterapeutene har en høyere andel forløp med én kontakt enn de andre praksistypene, og ved å ekskludere disse blir fysioterapeutenes gjennomsnittskostnader noe høyere. På den annen side vil ekskludering av forløp med lang varighet (som i noe høyere grad forekommer blant fysioterapeuter og psykomotorikere) trekke gjennomsnittet for disse behandlerne ned. Analysen viser imidlertid at behandlingsforløp med varighet over fire år utgjør en liten del av alle forløp for alle praksistypene, og vi utelukker dermed at eksklusjon av lange behandlingsforløp har en stor innvirkning på analysen.

Manuellterapeutene har kortere behandlingsforløp enn de andre praksistypene, men siden vi ikke har tilgang til informasjon om *utfallet* av behandlingene vi har analysert, er vanskelig å konkludere om nytten eller effekten av behandlingen. Med andre ord vet vi ikke om et avsluttet behandlingsforløp var vellykket, om plagene senere kom tilbake, og hvor lenge pasienten i så fall var fri fra sine plager. Vi vet heller ikke om et forløp ble avsluttet fordi en pasient ble henvist videre til en annen behandler. Forskningslitteratur om effekter av behandling innenfor fysioterapifeltet skiller i liten grad mellom praksistypene, og gir ikke entydige konklusjoner. Gitt at et behandlingsforløp er vellykket, er imidlertid et kortere forløp å foretrekke både fra pasientens og fra samfunnet side, siden det kan bidra til kortere sykefravær. Med sin særlige kompetanse innen undersøkelse og diagnostisering og henvisningsmulighet, kan manuellterapeutene spille en viktig rolle i første fase av behandlingsforløpet.

1. Behov for kunnskap om omfang av og kostnader ved behandling innen fysioterapifeltet

Årlig oppsøker rundt 440 000 nordmenn behandling innenfor fysioterapifeltet delfinansiert av Helfo, og utløser total takstrefusjon for over 1,8 milliarder kroner. Innenfor fysioterapifeltet er det tre typer av behandlere med avtale hos Helfo, som bruker til dels like og til dels ulike metoder for å behandle de samme tilstandene. I denne analysen undersøker vi forskjeller mellom fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter i behandlingsforløpenes varighet og kostnader for pasienter med utvalgte, vanlig forekommende diagnoser.

1.1 Bakgrunn

Hvert år oppsøker rundt 440 000 nordmenn behandlere innenfor fysioterapifeltet med avtale med det offentlige. Til sammen har disse pasientene nesten åtte millioner kontakter med behandler, og kontaktene utløser takstrefusjoner verdt mer enn 1,8 milliarder kroner (Helfo, 2017; Helfo, 2018; Helfo, 2019).

Innenfor fysioterapifeltet finnes tre ulike praksistyper med støtte fra Helfo: fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter, hvorav de to sistnevnte er fysioterapeuter med faglig spesialisering på masternivå. Det finnes også ulike masterutdanninger for fysioterapeuter. De tre praksisgruppene bruker delvis ulike tilnærminger for å behandle mange av de samme sykdomstilstandene, særlig muskel- og skjelettplager.

Det ligger i det offentliges interesse at sykdommer og plager behandles på en kostnadseffektiv måte, dvs. at gitte behandlingseffekter oppnås til lavest mulig kostnad. I dag vet vi lite om hvordan de ulike praksistypene innen fysioterapiområdet skiller seg fra hverandre med tanke på behandlingseffekt, kostnad, og følgelig kostnadseffektivitet.

1.2 Formål og metode

Formålet med denne analysen er å belyse behandlingsforløp og kostnader ved disse, fordelt på de tre praksistypene fysioterapeut, manuellterapeut og psykomotorisk fysioterapeut. Analysen bygger i hovedsak på administrative registerdata fra KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), som blant annet inneholder opplysninger om behandlinger innenfor fysioterapiområdet. KUHR er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo). KUHR omfatter ikke private behandlere, og kontakt med disse inngår ikke i analysen. For hver kontakt en pasient har med en behandler med avtale med det offentlige sendes det en regning til Helfo.

Vi har analysert kontakter med fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter i perioden 1.1.2016-31.12.2019. For hver kontakt har vi følgende opplysninger:

- Avidentifisert behandler-ID
- Praksistype (fysioterapeut, manuellterapeut og psykomotorisk fysioterapeut)
- Avidentifisert pasient-ID
- Diagnosekode (ICPC-2)
- Dato for kontakt
- Pasientalder (fordelt på 10-års grupper)
- Pasientkjønn
- Fylke
- Pasientens betalte egenandel (NOK)
- Refusjonsbeløp (NOK)
- Takstkode

Det har også tidligere blitt gjort kartlegginger av behandling innen fysioterapifeltet. For eksempel publiserer Helfo årlig rapporten *Måltall for refusjonsområdet fysioterapi*, som oppsummerer takstbruk innenfor feltet, fordelt på de tre praksistypene. Rapporten gir nyttige opplysninger om takstbruk og totale kostnader ved behandling innenfor området, men det er også mye man ikke kan lese ut av disse rapportene. Man kan for eksempel ikke identifisere enkeltindivider, og kan hverken analysere pasientforløp eller korrigere for pasientkjennetegn, som kan ha innvirkning på behandlingsforløpet, og dermed også på kostnadene ved behandlingen.

Et viktig bidrag i denne analysen er at vi har tilgang til opplysninger om pasientene, herunder både et anonymt ID-nummer og pasientkjennetegn som diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke. Det gjør at vi kan kartlegge i hvilken grad de ulike praksistypene har ulik pasientsammensetning. Videre kan vi ta høyde for disse pasientkjennetegnene når vi analyserer behandlingsforløp og kostnader, for å unngå at observerte forskjeller mellom praksistypene drives av forskjeller i pasientsammensetning.

Dataene fra KUHR inneholder ikke opplysninger om utfallet av behandlingen, eller om årsak til at behandlingsforløpet ble avsluttet. Dermed vet vi ikke om et avsluttet forløp var vellykket eller ikke. Dermed kan vi

heller ikke direkte analysere forskjeller i kostnadseffektivitet ved behandlingen som de ulike praksistypene gir.

Kommunale driftstilskudd utgjør en betydelig del av de totale kostnadene ved fysioterapibehandling. Det er ingen informasjon om behandlernes driftsavtaler eller driftstilskudd i KUHR-registeret. Dette må kobles til de individuelle behandlernes næringsoppgaver av Skatteetaten. Med bakgrunn i Statistisk Sentralbyrås Inntekts- og kostnadsundersøkelse (IKU)[1] drøfter vi også driftstilskuddets betydning for kostnadene ved behandlingsforløp. Vi benytter to ulike tilnærminger for fordeling av kommunalt driftstilskudd i rapporten. Den første tilnærmingen håndterer driftstilskuddet som en fast kostnad per pasient, og den andre knyttet driftstilskuddets størrelse til behandlingsforløpets lengde (antall kontakter).

Rapporten er strukturert som følger. I kapittel 2 gir vi en beskrivelse av behandlerne på fysioterapifeltet i Norge. I kapittel 3 beskriver vi omfanget av behandling på fysioterapiområdet i perioden 2016-2019, og beskriver pasientene som har mottatt behandling. I kapittel 4 avgrenser og analyserer vi behandlingsforløp for utvalgte diagnoser i den samme perioden. Vi studerer forløpenes varighet og antall kontakter i et forløp. I kapittel 5 analyserer vi kostnader knyttet til takstbruk ved behandlingsforløpene for de samme diagnosene som i kapittel 4. I begge disse kapitlene justerer vi også for kjennetegn ved pasientene. I kapittel 6 beregner vi kostnad ved behandling knyttet til kommunalt driftstilskudd. I kapittel 7 oppsummerer vi våre funn og diskuterer implikasjoner.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag for Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor.

[1] https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/fysioterapeuters-inntekter-og-kostnader

2. Behandlere innen fysioterapifeltet i Norge

Innenfor fysioterapifeltet skiller man i hovedsak mellom tre ulike praksistyper: fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Disse benytter seg av til dels ulike metoder for å behandle delvis overlappende tilstander. Manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter er fysioterapeuter med videreutdanning på masternivå.

2.1 Fysioterapi

Fysioterapeuter er helsepersonell som jobber med kropp og bevegelse for å fremme bedre helse. De behandler og forebygger skader og sykdommer som gir smerter eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Behandlingen baserer seg på undersøkelse og vurdering av pasientens problem og hva pasienten selv ønsker hjelp til. Målet er at pasienten kan utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og bidra aktivt i å bedre egen helse. Fysioterapeuter jobber gjennom veiledet fysisk trening og spesifikke øvelser, massasje, elektroterapi og leddmobilisering.

Det tar fire år å bli autorisert som fysioterapeut. Først må man bestå et treårig bachelorstudium i fysioterapi og deretter gjennomføre ett år lønnet med obligatorisk turnustjeneste. «Fysioterapeut» er en beskyttet tittel som krever autorisasjon fra Helsedirektoratet. Oslo Met er det eneste lærestedet i Norge som tilbyr mastergrad i fysioterapi. Masterutdanningen er særlig rettet mot forskning og utvikling.

Fysioterapeuter har ikke sykmeldings-, henvisnings- eller rekvireringsfullmakter. 1.1.2018 fikk pasienter adgang til å gå direkte til fysioterapeut, uten henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor – som var det tidligere kravet.

Fra 1.1.2017 måtte fysioterapeuter på fast lønn i kommune som krever egenandeler også rapportere dette til Helfo. Dette gjelder også manuellterapeuter og psykomotorikere med lignende avtaler. I den undersøkte perioden i denne rapporten var 198 fysioterapeuter kodet som kommunalt ansatte fra 2017. I datasettet er det derimot ingen slik inndeling for hverken manuellterapeuter eller psykomotorikere.

2.2 Manuellterapi

Manuellterapeuter er fysioterapeuter med tilleggsutdanning i manuellterapi. De har spesialistkompetanse innen undersøkelse, behandling og forebygging av problemer i nerve-, muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuter benytter behandlingsmetoder for å lindre smerter, gjenopprette normal funksjon eller forsinke en tiltakende funksjonssvikt. Eksempler på slike metoder er leddmobilisering og manipulasjon, manuell bløtvevsbehandling, massasje, muskeltøyninger og nervemobilisering.

Manuellterapeuter benytter både manuelle behandlingsteknikker, som f.eks. manipulasjon og mobilisering av ledd, og øvelser, mens fysioterapeuter i hovedsak driver øvelsesbehandling. Manuellterapeuter er den eneste gruppen innenfor fysioterapifeltet som driver utstrakt kombinasjonsbehandling.

For å bli manuellterapeut må man bestå eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi. Det finnes per 2020 én manuellterapiutdanning i Norge, ved Universitetet i Bergen. Denne tar opp 20 norske studenter annet hvert år. Tilsvarende utdanning finnes også i utlandet.

Manuellterapeuter har rettigheter til å utføre undersøkelse og behandling med refusjon uten henvisning fra lege, henvise pasienter videre til legespesialist, røntgen eller fysioterapi og sykmelde pasientene sine i opptil tolv uker.

«Manuellterapeut» er ikke en autorisert yrkestittel. Helsedirektoratet registrer manuellterapeuter som «fysioterapeut med fullmakt til å sykmelde, henvise og rekvirere» i Helsepersonellregistret.

I 2006 fikk pasienter rett til å gå direkte til manuellterapeut og likevel få trygderefusjon. Før dette var henvisning fra lege nødvendig for å få trygderettigheter. Samtidig fikk manuellterapeuter fullmakt til å sykmelde, adgang til å rekvirere bildediagnostikk (MR/røntgen osv.), og til å henvise til sykehus/spesialisthelsetjeneste og fysioterapeut.

2.3 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstander i kroppen. De vanligste virkemidlene er ulike former for øvelser, bevegelser, massasje, berøring og sansestimulering. Samspillet mellom muskulatur, pust og bevegelser står alltid sentralt. Fysioterapeuten legger vekt på aktiv deltagelse fra pasientens side, og på samtaler og refleksjon over pasientens reaksjoner og opplevelser. Psykomotorisk fysioterapi har som mål å være hjelp til selvhjelp.

Tittelen «spesialist i psykomotorisk fysioterapi MNFF» kan oppnås etter fullført spesialisering i psykomotorisk

fysioterapi på masternivå og fullført ytterligere praksis.

I januar 2018 fikk pasienter direkte tilgang til psykomotorisk fysioterapeut, uten henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor.

2.4 Behandlere i Norge

Det finnes cirka 3000 praktiserende fysioterapeuter, 570 praktiserende manuellterapeuter og 330 praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter i Norge (Tabell 2-1). De aller fleste arbeider med driftsavtaler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Noen få arbeider på sykehus og i privatpraksis uten kommunale driftsavtaler.

Tabell 2-1 Antall registrerte behandlere

	2016	2017	2018	2019
Fysioterapeuter *	2934	2916	3000	3043
Manuellterapeuter	526	545	550	566
Psykomotorikere	322	328	328	329

Kilde: KUHR-registeret. * Fysioterapeuter inkluderer både privatpraktiserende og kommunale.

3. Behandling innen fysioterapiområdet

Årlig behandles om lag 440 000 pasienter av fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter med refusjonsavtale. De aller fleste pasientene behandles for muskel- og skjelettlidelser. Det er nokså lik aldersspredning på pasienter behandlet i ulik praksis. Psykomotorikere har sterk overvekt av kvinnelige pasienter, og manuellterapeutbehandling er vanligst i fylkene Oslo og Viken.

I dette kapittelet ser vi nærmere på pasientene som i perioden 1.1.2016-31.12.2019 ble behandlet av en behandler innenfor fysioterapifeltet. Antallet pasienter per behandlergruppe varierte lite fra år til år i perioden (Tabell 3-1). Fysioterapeutene behandlet flest unike pasienter totalt (drøyt 300 000). Manuellterapeutene behandlet om lag 112 000 pasienter, og psykomotorikerne behandlet rundt 19 000 pasienter per år.

Det er stor variasjon i antall behandlere mellom behandlergruppene, og når vi undersøker gjennomsnittlig antall pasienter per behandler, finner vi at en gjennomsnittlig manuellterapeut hadde omtrent dobbelt så mange pasienter (rundt 200) som en gjennomsnittlig fysioterapeut (omtrent 100).[2] Videre hadde en gjennomsnittlig manuellterapeut nesten fire ganger så mange pasienter som en gjennomsnittlig psykomotorisk fysioterapeut (omtrent 50).

Til tross for at en gjennomsnittlig manuellterapeut behandlet nesten dobbelt så mange pasienter som en gjennomsnittlig fysioterapeut, hadde manuellterapeutene omtrent like mange kontakter per behandler som fysioterapeutene.

Dersom vi ser nærmere på hvor mange kontakter en gjennomsnittlig pasient hos de ulike praksistypene hadde, ser vi at manuellterapeutenes pasienter hadde færrest kontakter (Tabell 3-2). For pasienter som ble behandlet av manuellterapeut, var gjennomsnittlig antall kontakter 16 og medianen var 6 kontakter, sammenlignet med et gjennomsnitt på 36 kontakter og en median på 12 kontakter for pasienter som ble behandlet av fysioterapeut. Videre ser vi at fire til seks prosent av pasientene hos alle praksistypene kun hadde én kontakt.

Tabell 3-1: Pasienter og kontakter fordelt på praksistype per år

	Antall				Gjennomsnitt per behandler			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Pasienter								
Fysioterapeuter	307 651	300 837	310 272	307 670	105	103	103	101
Manuellterapeuter	111 797	111 384	111 225	111 860	213	204	202	198
Psykomotorikere	18 967	18 790	18 901	18 688	59	57	58	57
Alle	438 415	431 011	440 398	438 218				
Kontakter								
Fysioterapeuter	6 720 584	6 421 832	6 431 801	6 420 667	2 291	2 202	2 144	2 110
Manuellterapeuter	1 228 955	1 223 603	1 252 714	1 279 945	2 336	2 245	2 278	2 261
Psykomotorikere	289 672	285 447	286 683	284 293	900	870	874	864
Alle	8 239 211	7 930 882	7 971 198	7 984 905				

Merknad: alle behandlinger i årene 2016-2019, ikke bare avgrensede forløp.

[2] I KUHR dataene fremgår det ikke hvilken driftsavtalestørrelse behandlerne jobber i, og vi kan dermed ikke justere for dette i analysen. Dette vil innvirke på resultatene dersom det er systematiske forskjeller i andelen deltidsansatte mellom behandlergruppene.

Tabell 3-2: Alle behandlinger per pasient fordelt på praksistype i perioden 2016-2019

	Antall pasienter	Antall kontakter, gjennomsnitt	Antall kontakter, median	Maks antall kontakter	Andel med kun én kontakt
Fysioterapeuter	720 174	36	12	1170	6,25 %
Manuellterapeuter	303 370	16	6	966	5,45 %
Psykomotorikere	44 801	26	14	669	4 %

Merknad: alle behandlinger i årene 2016-2019, ikke bare avgrensede forløp.

3.1 Kjennetegn ved pasientene

3.1.1 Diagnoser

Praksistypene har en del overlappende aktivitet når man ser på hvilke diagnoser som behandles. Det er særlig sammenfall mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter. Hele 73 og 87 prosent av kontaktene for henholdsvis fysioterapeuter og manuellterapeuter, er knyttet til L-diagnoser (Muskel og skjelett).

Psykomotorikere skiller seg naturlig nok ut med betydelig høyere andel psykiske diagnoser, selv om også de i hovedsak behandler muskel- og skjelettplager (Tabell 3-3).

Tabell 3-4 viser de femten vanligste diagnosene for hver praksistype. Som det framgår er det større grad av overlapp mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter enn mellom begge disse og psykomotorikerne.

Tabell 3-3 Kontakter per diagnosegruppe og praksistype 2016 – 2019

Diagnosegruppe	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere
L – Muskel og skjelett	73,2 %	86,7 %	50,4 %
K – Hjerte og kar	5,3 %	1,3 %	2,1 %
N – Nerve	9,4 %	4,7 %	9,5 %
A – Allment og uspesifisert	4,2 %	3,6 %	8,1 %
P – psykisk	1,0 %	0,3 %	23,4 %
R – luftvei	3,8 %	1,4 %	2,9 %
Andre	3,1 %	2,1 %	3,5 %

Tabell 3-4 De femten vanligste diagnosekodene fordelt på praksistype

Rangering	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere
1	L90 Kneleddsartrose	L01 Nakkeplager	L18 Fibromyalgi
2	L89 Hofteleddsartrose	L02 Ryggplager	L01 Nakkeplager
3	L01 Nakkeplager	L08 Skulderplager	P01 Angst/anspenthet
4	L08 Skulderplager	L15 Kneplager	A04 Slapphet/tretthet
5	L88 Reumatoid artritt	L90 Kneleddsartrose	P82 Posttraumatisk stressl.
6	L02 Ryggplager	L13 Hofteplager	P76 Depressiv lidelse
7	L92 Skuldersyndrom	L03 Korsryggplager	L90 Kneleddsartrose
8	L15 Kneplager	L89 Hoftleddsartrose	P29 Psykisk IKA
9	L18 Fibromyalgi	L88 Reumatoid artritt	L02 Ryggplager
10	L99 Muskel/skjelett IKA	L92 Skyldersyndrom	P74 Angstlidelse
11	L13 Hofteplager	L83 Nakkesyndrom	L89 Hofteleddsartrose
12	N99 Nervesystem IKA	L86 Ryggsmerter, m/utstrål.	L88 Reumatoid artritt
13	R95 KOLS	A82 Følgetilstand traume	L83 Nakkesyndrom
14	K90 Hjerneslag	L99 Muskel/skjelett IKA	L99 Muskel/skjelett IKA
15	L03 Korsryggplager	L84 Ryggsmerter., u/utstrål.	A01 Smerte generell
	Diagnoser som er blant de 15 vanligste hos alle tre praksistypene	Diagnoser som er blant de 15 vanligste hos fysioterapeuter og manuellterapeuter	Diagnoser som er blant de 15 vanligste hos en praksistype

3.1.2 Pasientkjennetegn

I Tabell 3-5 sammenligner vi kjennetegn ved pasienter som behandles av de ulike praksistypene. Det er noen forskjeller mellom behandlergruppene hva angår pasientenes demografiske kjennetegn. Alle tre gruppene behandler flere kvinner enn menn, men overvekten av kvinner er særlig sterk blant psykomotorikere. Det er i hovedsak pasienter mellom 30 og 70 år som mottar behandling innenfor fysioterapifeltet. Aldersfordelingen innad i de tre behandlergruppene er statistisk signifikant forskjellig. Vi brukte en kji-kvadratstest for å undersøke hvorvidt pasientenes aldersfordeling er avhengig av behandlerpraksis. Testen indikerte sterk statistisk avhengighet mellom aldersfordeling og behandlerpraksis. Videre har vi ved t-testing innad i aldersgruppene funnet at punktestimatene for de ulike aldersgruppenes andel var signifikant ulike for samtlige aldersgrupper med unntak av de aller eldste pasientene.

Fysioterapeuter har en noe større andel eldre pasienter enn manuellterapeuter, og psykomotorikerne har en liten overvekt av yngre pasienter. I senere analyser vil vi kontrollere for disse ulikhetene i pasientsammensetning.

Tabell 3-5 Kjennetegn ved pasienter som mottar behandling fra ulike praksistyper, prosentandeler

	Fysioterapeuter N = 720 174	**Manuellterapeuter** N = 303 370	**Psykomotorikere** N = 44 801
Alder			
0 – 9	2,1 %	6,7 %	0,9 %
10 – 19	7,6 %	9,4 %	9,6 %
20 – 29	8,1 %	10,4 %	11,5 %
30 – 39	10,7 %	13,8 %	17,3 %
40 – 49	14,5 %	16,9 %	21,6 %
50 – 59	16,9 %	17,6 %	19,4 %
60 – 69	18,0 %	13,6 %	11,4 %
70 – 79	14,8 %	9,0 %	5,8 %
80 – 89	5,8 %	3,0 %	2,0 %
90 – 99	0,3 % †	0,7 %	0,3 % †
100 +	0,01 % †	0,002 %†	0,004 % †
Kvinner	61 %	58 %	80 %
Bostedsfylke			
Agder	7 %	3 %	4 %
Innlandet	10 %	6 %	7 %
Møre og Romsdal	5 %	3 %	6 %
Nordland	7 % †	8 %	7 % †
Oslo	8 %	16 %	8 %
Rogaland	7 %	8 %	7 %
Svalbard	0,01 %	0,01 %	0,03 %
Troms og Finnmark	5 %	5 %	6 %
Trøndelag	10 % †	8 %	8 % †
Vestfold og Telemark	8 %	8 %	11 %
Vestland	11 %	10 %	13 %
Viken	22 % †	25 %	22 % †

† Ikke signifikant forskjellig til 5 % signifikansnivå

4. Behandlingsforløp og behandlingslengde

Når vi sammenligner avgrensede behandlingsforløp for femten utvalgte, høyt forekommende diagnoser, finner vi at pasienter som behandles av manuellterapeut i gjennomsnitt har kortest behandlingsforløp, både målt i antall dager og antall kontakter. Dette funnet står seg også når vi bruker regresjonsanalyse for å ta høyde for forskjeller i pasientsammensetning mellom praksistypene.

I dette kapitlet avgrenser vi behandlingsforløp, analyserer varigheten på disse og sammenligner forløp for pasienter som behandles av de ulike praksistypene. KUHR-registeret inneholder ikke informasjon om pasientenes helsetilstand eller om utfallet av behandlingen. Vi kan dermed ikke vite noe om utfallet av eller årsaken til avsluttet behandlingsforløp.

For at en sammenligning av behandlingsforløp på tvers av praksistyper skal være meningsfull, må vi sammenligne pasienter som er mest mulig like. Vi avgrenser derfor analysen av femten utvalgte diagnoser som er høyt forekommende hos alle yrkesgrupper. Disse inkluderer 13 muskel/skjelettdiagnoser og to nevrologiske diagnoser (Tabell 4-1). Ni av femten (60 %) er på topp-15 listen til fysioterapeutene, tolv av femten (80 %) inngår i manuellterapeutenes topp-15, og åtte av femten (53 %) er på psykomotorikernes topp-15.

4.1 Definisjon av behandlingsforløp

For å sammenligne behandlingslengde på tvers av behandlergruppene er det nødvendig å definere og avgrense behandlingsforløp basert på informasjon som er tilgjengelig i KUHR-registeret. For å avgrense et behandlingsforløp, har vi satt opp to inklusjonskriterier: 1) diagnosetidspunktet må være observerbart i våre data (tidligst 1. januar 2016), og 2) siste behandling må være innen tre måneder før årsslutt 2019. I tilfeller hvor disse kravene ikke er oppfylt vil det ikke være mulig å si noe om når et behandlingsforløp har begynt eller avsluttet. Vi har gjort et unntak fra denne regelen ved å inkludere pasienter med langvarige forløp, definert som forløp som startet før 1.1.16 og som ikke hadde forløpsavbrudd per våre definisjoner i løpet av observasjonstiden. Formålet med denne tilleggsanalysen har vært å undersøke hvorvidt det var store forskjeller mellom behandlergruppene i hvilken grad langvarige forløp er ekskludert. Det ville ikke være meningsfullt å inkludere slike lange forløp i hovedanalysen siden vi ikke observerer start- og sluttidspunktet. Men dersom praksistypene hadde ulik andel lange forløp, kunne dette hatt innvirkning på tolkingen av resultatene. Forløp med kun én kontakt er også ekskludert fra analysen.

Videre har vi identifisert mulige årsaker til forløpsbrudd. Den første årsaken er at pasienten utredes på nytt, det vil si at en A1-takst utløses. Dette dekker også i stor grad tilfeller hvor pasienter bytter behandler innad i og mellom praksistypene. En annen årsak til forløpsbrudd er at pasienten behandles for en ny diagnose. Den siste årsaken til et avsluttet forløp er et lengre opphold i behandlingen av samme diagnose. Denne tiden ble bestemt å være tre måneder basert på Helsedirektoratets bestemmelse om at man ikke kan utløse utredningstakst mer enn fire ganger per år for samme diagnose. For en gitt pasient hvor en eller flere av markørene for forløpsbrudd var til stede, ble siste kontakt før forløpsbruddet ansett som den siste dato i forløpet.

For hvert behandlingsforløp har vi notert startdato, som tilsvarer datoen for utløst undersøkelsestakst, og sluttdato, som tilsvarer dato for siste utløste takst i forløpet. Videre har vi for hvert behandlingsforløp talt antall dager og kontakter.

Boks 1 Definisjon av behandlingsforløp

Oppstart: utløst undersøkelsestakst (A1a-h) tidligst 1. januar 2016, senest 29. september 2019

Avslutningsårsaker:

- Pasienten utredes på nytt (ny takst A1a-h)
- Pasientens diagnose endres
- Pasientens behandlingsopphold > 3 måneder
- Siste behandling senere enn 30. september 2019

4.1.1 Ekskluderte forløp

Ovennevnte avgrensninger førte til at vi ekskluderte fire grupper av pasienter far analysen av behandlingsforløp:

- Pasienter med diagnoser som ikke var utvalgt til sammenligning, men som ellers hadde et avgrenset behandlingsforløp
- Pasienter med bare én registrert kontakt
- Pasienter med pågående behandlingsforløp ved årsskiftet 2015/16, men med avsluttet forløp før oktober 2019
- Pasienter som begynte et behandlingsforløp i 2016 eller senere, men man ikke kunne utelukke at behandlingen fortsatte inn i 2020. Dette

gjelder behandlingsforløp hvor man ikke har observert et behandlingsopphold på tre måneder før utgangen av 2019.

Tabell 4-1, Tabell 4-2 og Tabell 4-3 viser, for hver praksistype, antall pasienter med en av de 15 utvalgte diagnosene, andel som er ekskludert og inkludert i analysen, fordelt på eksklusjonsårsak.

Når vi sammenligner andel behandlingsforløp som inkluderes fra hver diagnose hos de ulike praksistypene, ser vi at vi inkluderer flere av manuellterapeutenes pasienter (42-62 prosent, avhengig av diagnose) enn av fysioterapeutenes (30-53 prosent) og psykomotorikernes (32-58 prosent) pasienter. Fysioterapeuter har flere pasienter med uavgrensede forløp og med forløp med en kontakt, og psykomotorikere har flere pasienter med forløp som ikke er avgrenset i analyseperioden enn manuellterapeutene.

Tabell 4-1 Fysioterapeutenes behandlingsforløp i perioden: inkluderte og ekskluderte forløp fordelt på eksklusjonsårsak

		Eksklusjonsårsaker			Inkludert	
Diagnosekode	**Antall**	**Behandling påbegynt før 1.1.16**	**Kun én kontakt**	**Videre behandling etter 31.12.19 ikke utelukket**	**Avgrensede forløp**	**Lange forløp***
L90	51 387	40 %	14 %	14 %	33 %	2,2 %
L89	39 468	37 %	12 %	12 %	39 %	3,6 %
L01	70 970	18 %	15 %	18 %	49 %	2,9 %
L08	61 347	16 %	19 %	20 %	45 %	1,3 %
L02	54 630	15 %	18 %	18 %	49 %	0,4 %
L03	24 541	17 %	20 %	18 %	44 %	0,6 %
L83	12 211	30 %	16 %	15 %	39 %	0,6 %
L92	36 218	23 %	17 %	17 %	43 %	2,4 %
L84	15 338	23 %	19 %	19 %	39 %	0,8 %
L86	19 075	19 %	17 %	13 %	51 %	1,0 %
L88	16 079	49 %	9 %	14 %	29 %	1,0 %
L18	24 069	24 %	15 %	16 %	45 %	9,4 %
L99	23 036	24 %	18 %	13 %	45 %	2,1 %
N01	4 219	17 %	19 %	15 %	49 %	1,7 %
N95	2489	20 %	16 %	12 %	52 %	0,6 %

*** Diagnostisert med kode før 2016, og ikke byttet behandler, fått ny diagnose, eller avsluttet behandling tre måneder før årsslutt 2019.**

Tabell 4-2 Manuellterapeutenes behandlingsforløp i perioden: inkluderte og ekskluderte forløp fordelt på eksklusjonsårsak

		Eksklusjonsårsaker			Inkludert	
Diagnose-kode	Antall	Behandling påbegynt før 1.1.16	Kun én kon-takt	Videre be-handling et-ter 31.12.19 ikke utelu-ket	Avgrensede forløp	Lange for-løp*
L90	7 733	29 %	7 %	14 %	50 %	0,9 %
L89	5 244	31 %	7 %	15 %	48 %	2,3 %
L01	59 449	15 %	7 %	18 %	60 %	2,1 %
L08	39 272	14 %	10 %	21 %	56 %	1,0 %
L02	48 860	15 %	10 %	16 %	59 %	0,3 %
L03	21 841	14 %	11 %	21 %	54 %	0,6 %
L83	9 007	17 %	8 %	16 %	59 %	0,3 %
L92	8 769	17 %	9 %	19 %	55 %	1,1 %
L84	6 694	15 %	11 %	16 %	58 %	0,4 %
L86	7 337	15 %	9 %	16 %	59 %	0,5 %
L88	3 187	36 %	4 %	18 %	42 %	0,4 %
L18	3 063	20 %	7 %	18 %	55 %	6,8 %
L99	4 624	19 %	9 %	16 %	56 %	1,4 %
N01	3 491	15 %	8 %	16 %	61 %	1,2 %
N95	866	14 %	8 %	17 %	61 %	0,5 %

*** Diagnostisert med kode før 2016, og ikke byttet behandler, fått ny diagnose, eller avsluttet behandling tre måneder før årsslutt 2019.**

Tabell 4-3 Psykomotorikernes behandlingsforløp i perioden: inkluderte og ekskluderte forløp fordelt på eksklusjonsårsak

		Eksklusjonsårsaker			Inkludert	
Diagnose-kode	Antall	Behandling påbegynt før 1.1.16	Kun én kontakt	Videre behandling etter 31.12.19 ikke utelukket	Avgrensede forløp	Lange forløp*
L90	938	50 %	4 %	9 %	36 %	2,6 %
L89	741	49 %	4 %	13 %	34 %	3,2 %
L01	3 510	32 %	4 %	19 %	45 %	2,0 %
L08	1 013	24 %	7 %	20 %	49 %	2,7 %
L02	1 623	26 %	6 %	18 %	49 %	1,1 %
L03	806	28 %	7 %	17 %	48 %	1,2 %
L83	903	38 %	4 %	13 %	45 %	1,7 %
L92	812	37 %	4 %	12 %	46 %	3,0 %
L84	549	35 %	6 %	11 %	47 %	11,7 %
L86	529	37 %	5 %	11 %	47 %	1,8 %
L88	619	52 %	3 %	16 %	30 %	1,7 %
L18	8 194	31 %	4 %	22 %	44 %	6,0 %
L99	719	38 %	6 %	18 %	37 %	2,7 %
N01	1260	25 %	4 %	19 %	53 %	4,5 %
N95	826	31 %	4 %	14 %	51 %	0,7 %

*** Diagnostisert med kode før 2016, og ikke byttet behandler, fått ny diagnose, eller avsluttet behandling tre måneder før årsslutt 2019.**

4.2 Statistisk beskrivelse av utvalget avgrensede forløp

Det avgrensede utvalget omfatter 171 043 forløp hos fysioterapeut, 113 152 forløp hos manuellterapeut pasienter, og 9 595 forløp hos psykomotorikere. I Tabell 4-4 og Tabell 4-5 presenterer vi deskriptiv statistikk samlet for alle de avgrensede forløpene. Både målt ved varighet og antall kontakter har manuellterapeutene de korteste behandlingsforløpene. Et gjennomsnittlig forløp hos en manuellterapeut varer i 165 dager eller 11,5 kontakter, sammenlignet med 203 dager (17,2 kontakter) hos fysioterapeut og 202 dager (15,1 kontakter) hos psykomotorisk fysioterapeut. Det er stor avstand mellom gjennomsnitt og median i utvalgene for alle praksistyper. Dette skriver seg fra utvalgenes fordeling.

I Figur 1og Figur 4-2 viser vi fordelingen av dager og kontakter per forløp til hver praksistype. For både antall dager og kontakter er det for alle praksistyper svært skjev fordeling: i samtlige utvalg er massen fordelt mot venstre, men en lang høyre hale grunnet sjeldent forekommende ekstremverdier. Dette forteller oss at det vil være viktig å kontrollere for andre variabler som kan forklare ekstremverdier, det vil si å kontrollere for andre forklaringsfaktorer enn kun praksistype. Dette adresseres i neste delkapittel hvor vi benytter regresjonsanalyse. I denne benytter vi en logaritmisk transformering for å adressere skjevheten.

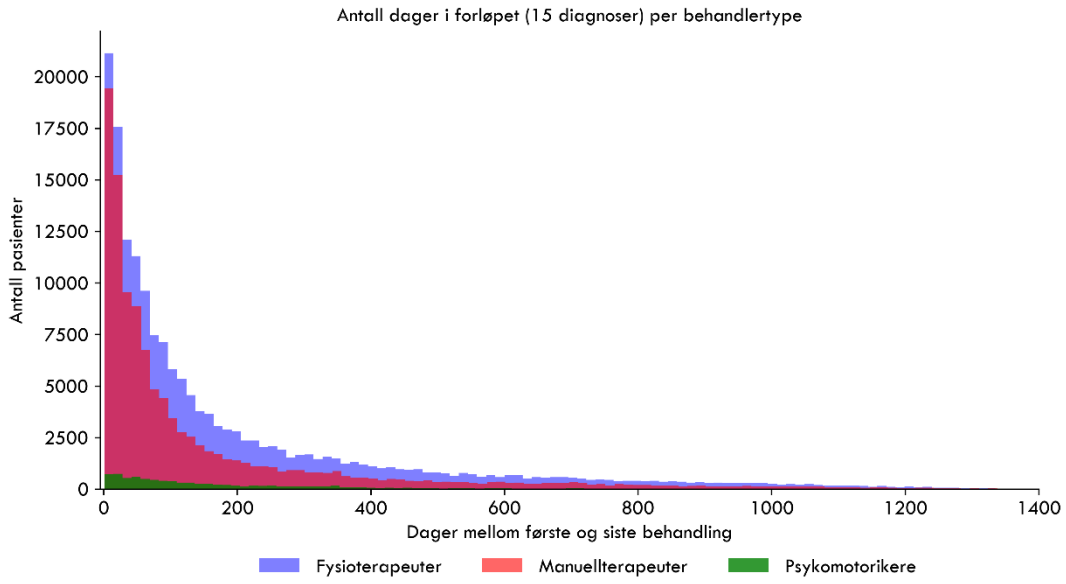
Tabell 4-4 Beskrivende statistikk, antall dager mellom første og siste besøk i forløpet alle diagnoser

	Antall	Gjennomsnitt	Median
Fysioterapeuter	171 043	203	94
Manuellterapeuter	113 152	165	62
Psykomotorikere	9 595	202	126

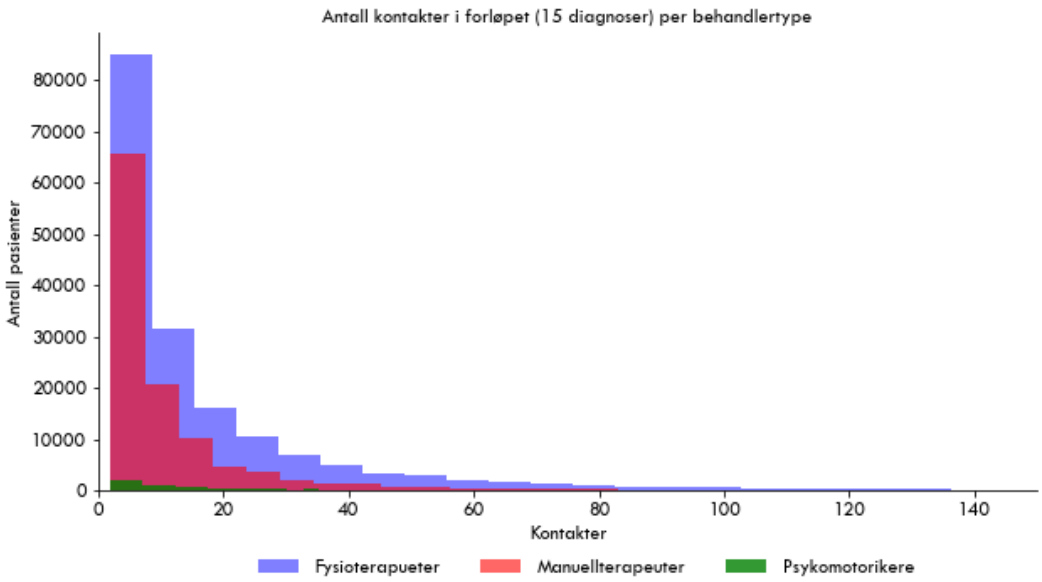
Tabell 4-5 Beskrivende statistikk, antall kontakter i forløpet alle diagnoser

	Antall	Gjennomsnitt	Median
Fysioterapeuter	171 043	17,2	9
Manuellterapeuter	113 152	11,5	6
Psykomotorikere	9 595	15,1	10

Figur 4-1 Fordeling av antall dager mellom første og siste besøk hos behandler



Figur 4-2 Fordeling av antall kontakter i forløpet per behandler



4.3 Ujustert behandlingslengde

Det er rimelig å anta at pasienter med samme diagnose til viss grad vil ha tilnærmet like plager, selv om det også her trolig er stor uobservert variasjon. Vi begynner derfor sammenligningen med å undersøke hvorvidt pasienter med samme diagnose har forskjellig behandlingslengde på tvers av praksistype. Etter dette undersøker vi om det finnes systematiske forskjeller mellom praksistypene i behandlingslengde når vi kontrollerer for ulikheter i «case-mix», i form av diagnoser og pasientkjennetegn. Avgrensede forløp og langvarige forløp analyseres separat.

4.3.1 Behandlingens varighet målt i antall dager

Behandlingsforløpets lengde kan defineres på to måter. Varigheten angir hvor mange dager det går fra diagnosetidspunkt til siste kontakt. Antallet kontakter sier oss noe om behandlingsfrekvensen i et forløp.

Tar vi først for oss de avgrensede behandlingsforløpenes varighet finner vi at det gjennomgående er statistisk signifikante forskjeller mellom praksistypene i gjennomsnittlig antall dager i forløpene for samtlige av de femten diagnosene med unntak av L08 skulderplager (Tabell 4-6). Dette gir en første indikasjon på at praksistype er en viktig dimensjon i å forklare forløpsvarighet. Vi sammenligner i tillegg parvis de ulike praksistypenes forløpsvarighet. Da finner vi at det for diagnosene L89, L08, L02, L92 og L88 ikke er signifikante forskjeller mellom forløpsvarighet for pasienter behandlet hos manuellterapeuter og psykomotorikere. Videre er det heller ikke signifikant ulik lengde på forløpsvarighet mellom fysioterapeuter og psykomotorikere for diagnosene L84 og L18.

Fysioterapeutene har det korteste forløpet for én av de femten diagnosene, og har lengst forløp ved åtte av femten diagnoser. Psykomotorikerne har det korteste forløpet for tre av diagnosene, mens manuellterapeutene har det korteste forløpet i elleve av femten undersøkte diagnoser.

I Tabell B-1 i Vedlegg B rapporterer vi også median antall dager i forløpet (dager mellom først og siste besøk). Tabellen viser at manuellterapeutene har kortest forløp for fjorten av femten diagnoser, mens fysioterapeutene har lengst forløp for fire av femten forløp og psykomotorikerne har lengst forløp for elleve av femten diagnoser.

Tabell 4-6 De avgrensede behandlingsforløpenes gjennomsnittlige varighet per diagnosekode, per pasient

Diagnosekode	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere	F-test (t-test)
L90 Kneleddsartrose	283	229	220	***
L89 Hofteleddsartose	285	233	230	*** (P - M, p = 0,87)
L01 Nakkeplager	174	169	193	***
L08 Skulderplager	163	159	170	* (P - M, p = 0,31)
L02 Ryggplager	148	161	162	*** (P - M, p = 0,95)
L03 Korsryggplager	197	145	180	***
L83 Nakke-syndrom	217	153	236	***
L92 Skulder-syndrom	205	159	184	*** (P - M, p = 0,05)
L84 Ryggsynd. u/utstråling	191	148	191	*** (P - F, p = 1)
L86 Ryggsynd. m/utstråling	241	142	192	***
L88 Revmatisk sykdom	341	289	249	*** (P - M, p = 0,12)
L18 Fibromyalgi	222	160	219	*** (P - F, p = 0,77)
L99 Muskel/skjelett IKA	188	166	211	***
N01 Hodepine	160	145	183	***
N95 Tensjonshodepine	217	150	196	***

F-test: test om inndeling i praksistyper har bedre statistisk forklaringskraft enn simpelt gjennomsnitt, T-test: parvis test om statistisk forskjell mot referansekategori (fysioterapeuter), signifikansnivå forskjell mellom behandlere * $\alpha < 0.10$, ** $\alpha < 0.05$, * $\alpha < 0.001$.**

4.3.2 Behandlingens lengde målt ved antall kontakter

Også for antall kontakter er praksistype en viktig forklaring på observerte forskjeller mellom pasientene innad i samme diagnosegruppe (Tabell 4-7). For fem av diagnosekodene er det derimot ikke statistisk forskjell i antall kontakter for pasienter behandlet hos manuellterapeuter og psykomotorikere (L89, L08, L92, L88 og L99). Videre er det heller ikke statistisk forskjell i antall kontakter i forløpene for fem av diagnosene mellom psykomotorikere og fysioterapeuter (L01, L02, L03, L86, N01, N98).

Manuellterapeutene har færrest antall kontakter i forløpene for samtlige diagnoser med unntak av L89 og L90. Psykomotorikerne har nest flest kontakter i forløpene, og har færrest der manuellterapeutene har nest flest (L89 og L90). Fysioterapeuter har flest kontakter i forløpene vi har undersøkt, men for fem av diagnosene har de statistisk like mange som psykomotorikerne.

I Tabell B-2 i Vedlegg B rapporterer vi for ordens skyld også median antall kontakter i forløpet. Tabellen viser at manuellterapeutene har kortest forløp for elleve av femten diagnoser, mens psykomotorikerne har lengst forløp for elleve av femten forløp.

Tabell 4-7 Behandlingsforløpenes gjennomsnittlige antall kontakter per diagnosekode, per pasient

Diagnose	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere	F-test (t-test)
L90 Kneleddsartrose	27	23	20	***
L89 Hofteleddsartose	26	24	22	*** (P - M, p = 0,41)
L01 Nakkeplager	14	11	14	*** (P - F p = 1)
L08 Skulderplager	14	12	13	* (P - M, p = 0,14)
L02 Ryggplager	13	10	12	*** (P – F, p = 0,10)
L03 Korsryggplager	13	9	13	*** (P – F, p = 1)
L83 Nakke-syndrom	19	11	17	***
L92 Skulder-syndrom	20	14	17	*** (P – M, p = 0,05)
L84 Ryggsynd. u/utstråling	17	10	16	***
L86 Ryggsynd. m/utstråling	17	11	17	*** (P – F, p = 1)
L88 Revmatisk sykdom	25	21	19	*** (P – M, p = 0,92)
L18 Fibromyalgi	17	12	16	***
L99 Muskel/skjelett IKA	18	14	16	*** (P – M, p = 0,23)
N01 Hodepine	13	10	13	*** (P – F, p = 1)
N95 Tensjonshodepine	14	11	14	*** (P – F, p = 1)

F-test: test om inndeling i praksistyper har bedre statistisk forklaringskraft enn simpelt gjennomsnitt, T-test: parvis test om statistisk forskjell mot referansekategori (fysioterapeuter), signifikansnivå forskjell mellom behandlere * $\alpha < 0.10$, ** $\alpha < 0.05$, * $\alpha < 0.001$.**

4.3.3 Lange behandlingsforløp

I Tabell C-2 i Vedlegg C rapporterer vi gjennomsnittlig antall observerte kontakter i lange behandlingsforløp. Det er observerte forskjeller i antall kontakter mellom praksistypene: fysioterapeutene har i gjennomsnitt flest kontakter, mens psykomotorikerne i snitt har færrest kontakter. Disse forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante, hvilket kan skyldes et lavt antall forløp innenfor hver diagnose.

4.4 Behandlingslengde justert for pasientegenskaper

I avsnittet over har vi vist at det er forskjeller i behandlingsforløp av pasienter med samme diagnose som behandles av ulike praksistyper. Men denne sammenligningen kan være misvisende dersom det er andre forhold enn diagnose som påvirker behandlingslengde, og som systematisk varierer mellom praksistypene. Intuitivt forstår vi at pasienter med mer alvorlige plager trolig behøver lengre behandlingsforløp og flere kontakter, og dersom pasienter med alvorlige plager er overrepresentert blant fysioterapeuter, vil det være viktig å kontrollere for denne forskjellen i alvorlighetsgrad i sammenligningen av behandlingslengde. I våre data har vi dessverre ingen opplysninger som kan identifisere helseproblemenes intensitet. Vi har derimot noen andre variabler som kan bidra til å forklare deler av forskjellene i behandlingslengde for pasienter med samme diagnoser mellom ulike praksistyper. Vi viste i kapittel 3 at både kjønns- og aldersfordelingen er forskjellig mellom praksistypene. For å være sikre på at effekten vi fanger opp av behandlerpraksis ikke påvirkes av forskjeller i pasientkjennetegn som diagnose, kjønn, alder

og fylke, kontrollerer vi for disse variablene ved hjelp av regresjonsanalyse. Vi har tilpasset to modeller. I den første ville vi forklare variasjonen i pasientenes forløpsvarighet med praksistype, diagnose, kjønn, fylke og aldersgruppe. I den andre ville vi forklare variasjonen i pasientenes kontakter med de samme uavhengige variablene. [3]Tabell 4-8 og Tabell 4-9 viser gjennomsnittlig antall dager og kontakter i de avgrensede behandlingsforløpene gitt behandlerpraksis, justert for aldersgruppe, kjønn, bostedsfylke og diagnose.[4] Manuellterapeutene har de korteste gjennomsnittsforløpene både i varighet og antall kontakter i forløpet, med i gjennomsnitt 12,7 kontakter over 200 dager. Fysioterapeutenes forløp er i gjennomsnitt litt over en måned lengre, i tillegg til 2,2 flere kontakter enn manuellterapeutene. Psykomotorikerne har de lengste gjennomsnittsforløpene med 15,9 kontakter over 296,8 dager.

Ved å kontrollere for andre faktorer som påvirker behandlingslengde, eksempelvis at noen diagnoser krever lengre eller kortere behandling, eller at enkelte aldersgrupper har systematisk lengre eller kortere behandling, kommer vi nærmere den sanne forskjellen i behandlingslengde mellom praksistypene. Vi har ikke mulighet til å kontrollere for *alle* potensielle drivere av behandlingslengde, men de justerte gjennomsnittene gir en bedre isolering av effekten av praksistype på behandlingslengde. Som vi allerede har sett i Tabell 3-5 er det statistisk signifikante ulikheter mellom pasientsammensetningen hos de ulike behandlerpraksisene. Justeringen medfører at gjennomsnittlig behandlingsvarighet fra første til siste besøk er lengre for samtlige praksistyper enn dersom man ikke forsøker å isolere effekten. Her er forklaringen at enkelte av pasientegenskapene har en reduserende effekt på varigheten av et forløp, for eksempel gjennom at en overvekt mer «lettbehandlede» diagnoser virker negativt på antall dager mellom første og siste besøk.

For antall kontakter per behandlerpraksis er effekten av å isolere virkningen av praksistype lik for manuellterapeuter og psykomotorikere som begge er litt høyere enn et gjennomsnitt hvor også diagnose, alder, kjønn, og øvrige variabler fritt påvirker gjennomsnittet. Effekten av å isolere praksistype hos fysioterapeuter gjør at dette gjennomsnittet er om lag tre færre kontakter i et typisk forløp. Dette viser at det er viktig å kontrollere for pasientegenskapene som også har forklaringskraft på behandlingslengde i slike sammenligninger.

For pasienter med langvarige forløp, der vi hverken observerer start eller slutt på forløpet, har fysioterapeutenes pasienter flest antall kontakter med 178,9 kontakter i løpet av fireårsperioden (Tabell 4-10). Manuellterapeutenes langvarige pasienter hadde 136,2 kontakter i gjennomsnitt, mens psykomotorikerne hadde 110,8 kontakter for langvarige pasienter. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 44, 34 og 28 kontakter per år for de tre praksistypene.

Tabell 4-8 Gjennomsnittlig antall dager i forløpet per praksistype justert for pasientsammensetning

	Gjennomsnitt	Standardfeil	95 % Konfidensintervall	
Fysioterapeuter	239,7	1,1	237,6	241,8
Manuellterapeuter	200,3	1,1	198,1	202,4
Psykomotorikere	296,8	4,6	287,8	305,8

Merknad: regresjonsanalyse av behandlingsforløpenes varighet. Presenterte gjennomsnitt er justert for påvirkning av pasientenes alder, kjønn, fylke og diagnose.

[3] Både antall dager og antall kontakter i forløpene viste såkalt positiv skjevhet. Dette er en vanlig fordeling for slike data når de fleste pasientene har få dager eller kontakter, mens noen få har veldig mange. Dette gjør at man ikke bør benytte en lineær spesifikasjon for regresjonsmodellen da man i tilpasningen kan predikere ulogiske effekter som negativt antall kontakter. I tillegg fant vi tydelige indikasjoner på heteroskedastiske residualer som ved lineær spesifikasjon vil gi konsistente og forventningsrette koeffisienter, men disse vil ha forventningsskjev varians (Deb, et al., 2017). Vi benyttet derfor en logaritmisk transformering av de avhengige variablene.

[4] Mer presist er dette pasientenes predikerte antall dager og kontakter, partiellderivert med hensyn på de ulike behandlerpraksisene. (marginaleffektene).

Tabell 4-9 Gjennomsnittlig antall kontakter i forløpet per justert for pasientsammensetning

	Gjennomsnitt	Standardfeil	95 % Konfidensintervall	
Fysioterapeuter	14,5	0,04	14,5	14,6
Manuellterapeuter	12,7	0,04	12,6	12,8
Psykomotorikere	15,9	0,16	15,6	16,2

Merknad: regresjonsanalyse av behandlingsforløpenes kontaktfrekvens. Presenterte gjennomsnitt er justert for påvirkning av pasientenes alder, kjønn, fylke og diagnose.

Tabell 4-10 Gjennomsnittlig antall observerte kontakter i lange behandlingsforløp per praksistype justert for pasientsammensetning

	Gjennomsnitt	Standardfeil	95 % Konfidensintervall	
Fysioterapeuter	178,9	1,30	176,4	181,5
Manuellterapeuter	136,2	2,05	132,2	140,2
Psykomotorikere	110,8	3,05	104,9	116,8

Merknad: regresjonsanalyse av behandlingsforløpenes kontaktfrekvens. Presenterte gjennomsnitt er justert for påvirkning av pasientenes alder, kjønn, fylke og diagnose.

5. Kostnader knyttet til honorarer ved behandlingsforløp

Når vi sammenligner gjennomsnittlige kostnader knyttet utelukkende til honorarer uten å ta høyde for pasientsammensetning, er gjennomsnittkostnaden for et behandlingsforløp hos manuellterapeut noe rimeligere enn hos fysioterapeut og psykomotorisk fysioterapeut. Når vi justerer kostnadene knyttet til honorarer for forskjeller i pasientsammensetning, er et gjennomsnittlig behandlingsforløp hos fysioterapeut det rimeligste. Psykomotorisk fysioterapeut har gjennomgående de dyreste behandlingsforløpene. Lavere utdanningsnivå og følgelig lavere takster for fysioterapeutene kan bidra til å forklare den lave gjennomsnittskostnaden knyttet til honorarer til tross for lenger behandlingsforløp enn manuellterapeutene.

I dette kapittelet tar vi for oss kostnader knyttet til honorarer (refusjoner og egenandeler) ved de avgrensede behandlingsforløpene for de utvalgte diagnosene i kapittel 4. Først analyserer vi forskjeller i ujusterte gjennomsnittskostnader mellom praksistypene. Deretter gjør vi rede for forskjeller i behandlingskostnader per diagnose. Til slutt beregner vi gjennomsnittskostnader per behandlerpraksis, justert for variasjon i sammensetning av diagnose og pasientkjennetegn.

5.1 Takster

Generelt kan noe av kostnadsforskjellene værredrevet av ulike takster som er spesifikke for de ulike behandlerpraksisene. Eksempelvis benyttes en egen takst for utredning hos manuellterapeut; et 70-kroners tillegg (Vedlegg A).

Behandlernes refusjoner kan inneholde flere ulike takster per kontakt, noe som gjør det komplisert å oppsummere forskjeller i takstbruk. Videre har takstene blitt endret i flere runder i det aktuelle tidsrommet, hvilket kompliserer sammenligninger over behandlerpraksis. Helfo publiserer årlig egne rapporter over praksistypenes takstbruk. Av den seneste rapporten framkommer det at fysioterapeutene har større variasjon i sine mest brukte takster enn manuellterapeutene og psykomotorikere (Helfo, 2019). Dette kan kanskje delvis forklares av deres mer generelle funksjon i forhold til de to andre mer spesialiserte praksistypene.

5.2 Ujustert kostnad per behandlingsforløp

5.2.1 Kostnad per behandlingsforløp for utvalgte diagnoser

Betrakter vi kostnader per behandlingsforløp for de avgrensede forløpene uten å ta høyde for noen annen dimensjon enn praksistype, kommer psykomotorikerne ut med høyest kostnad per forløp, målt ved både gjennomsnitt og median (Tabell 5-1). Det er små forskjeller i ujustert kostnad mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter. Et gjennomsnittlig forløp hos en fysioterapeut og en manuellterapeut koster i gjennomsnitt 3 826 respektive 3 705 kroner.

Tabell 5-1: Ujustert kostnad per behandlingsforløp for avgrensede forløp for femten utvalgte diagnoser fordelt på praksistype, kroner

	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere
Gjennomsnitt	3 826	3 705	7 024
Standardavvik	21,5	27,5	94,8
Median	2 141	2 269	4 412

I Tabell 5-2 rapporterer vi gjennomsnittlig ujustert kostnad per behandlingsforløp for hver av de femten utvalgte diagnosene, fordelt på praksistype. For samtlige diagnoser har psykomotorikerne høyest kostnader. For pasienter med hofteleddsartrose kan man derimot ikke utelukke at det er lik kostnad for manuellterapeuter og psykomotorikere. Manuellterapeutene har lavest kostnader for diagnosene L83, L92, L84 og L86, men man kan heller ikke utelukke at de har lik kostnad som fysioterapeutene for diagnosene L83 og N01. Fysioterapeutene har med manuellterapeutenes unntak lavest kostnader i forløpene for de resterende diagnosene.

En analyse av ujusterte gjennomsnittskostnader vil kunne gi et feilaktig inntrykk av de faktiske kostnadsforskjellene mellom praksistypene, fordi det kan være andre systematiske forskjeller mellom praksistypene som også innvirker på kostnadene. I avsnitt 5.2.2 presenterer vi derfor estimerte gjennomsnittskostnader justert for systematiske forskjeller mellom praksistypene i «case-mix», herunder diagnosesammensetning og pasientkarakteristikk.

Tabell 5-2 Gjennomsnittlig kostnad for avgrensede behandlingsforløp etter diagnose og praksistype

Diagnosekode	Fysioterapeuter	Manuell-terapeuter	Psykomotori-kere	F-test (t-test)
L90 Kneleddsartrose	5 200	5 944	6 352	***
L89 Hofteleddsartose	5 139	6 378	6 833	*** (P - M, p: 0,27)
L01 Nakkeplager	3 382	3 563	6 726	***
L08 Skulderplager	3 315	3 874	5 487	***
L02 Ryggplager	2 938	3 243	5 461	***
L03 Korsryggplager	2 923	3 089	5 753	***
L83 Nakkesyndrom	4 189	3 514	8 064	*** (F - M, p: 0,08)
L92 Skuldersyndrom	4 243	4 094	6 319	***
L84 Ryggsyndrom uten utstråling	3 682	3 257	6 549	***
L86 Ryggsyndrom med utstråling	3 685	3 552	7 092	***
L88 Revmatisk sykdom	5 206	6 091	7 909	***
L18 Fibromyalgi	3 910	4 342	7 906	***
L99 Muskel/skjelett IKA	3 683	4 335	6 501	***
N01 Hodepine	3 246	3 364	6 740	*** (F - M, p: 0,39)
N95 Tensjonshodepine	3 323	3 835	7 197	***

F-test: test om inndeling i praksistyper har bedre statistisk forklaringskraft enn simpelt gjennomsnitt, T-test: parvis test om statistisk forskjell mot referansekategori (fysioterapeuter), signifikansnivå forskjell mellom behandlere * $\alpha < 0.10$, ** $\alpha < 0.05$, *** $\alpha < 0.001$.

5.2.2 Kostnad ved langvarige behandlingsforløp

Ser vi på pasientene med forløp der vi ikke vet start- eller sluttidspunkt, de langvarige forløpene, er det liten forskjell mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter, mens psykomotorikerne har de klart høyeste snittkostnadene for disse pasientene (Tabell 5-3). Som for avgrensede forløp, er det også her grunn til å justere for ulikheter i pasientsammensetning.

Det er imidlertid høyst sannsynlig at kostnad vil henge sammen med diagnose, og også trolig at kostnaden vil henge sammen med andre faktorer, som kjennetegn ved pasientene, og denne sammenligningen gir derfor ikke et riktig bilde av kostnader ved behandling hos de ulike praksistypene.

Tabell 5-3: Kostnad per behandlingsforløp for langvarige forløp fordelt på praksistype, kroner

	Fysioterapeuter	Manuell-terapeuter	Psykomotorikere
Gjennomsnitt	39 289	39 532	44 659
Standard-avvik	23 296	23 597	24 725
Median	35 533	35 480	40 337

I Tabell C-3 i vedlegg C presenterer vi gjennomsnittskostnader per diagnose for lange forløp uten definert start- og sluttdato, og tester for forskjeller mellom praksistype. Det er ikke signifikante forskjeller mellom praksistypene, og heller ikke tydelige mønstre som tilsier at en praksistype har mer eller mindre kostbare langvarige forløp enn de andre.

5.3 Kostnad per behandlingsforløp justert for pasientsammensetning

På samme måte som det var nødvendig å kontrollere for en rekke andre faktorer da vi beregnet gjennomsnittlig behandlingslengde for praksistypene må vi gjøre dette også for behandlingskostnaden. I dette tilfellet vet vi at noen av takstene som benyttes er unike for den enkelte praksistype. I tillegg vet vi at fordi kostnaden er definert som produktet av honorar (refusjon pluss egenandel) og antall kontakter vil kostnad per pasient variere også med faktorene som påvirket antallet kontakter.

I vår regresjonsmodell for kostnader har vi derfor justert for de samme faktorene som i modellen som forklarte antallet kontakter, altså diagnose, kjønn, alder og bostedsfylke. Også her har vi benyttet en logaritmisk transformering av kostnadene for å unngå forventningsskjevhet i estimatenes varians.

Fysioterapeutene har lavest kostnad for et avgrenset behandlingsforløp med 3 470 kroner. Et gjennomsnittlig forløp for manuellterapeutene koster omtrent 800 kroner mer enn et gjennomsnittlig forløp hos fysioterapeut (Tabell 5-4). Psykomotorikerne har høyest gjennomsnittskostnad også når vi kontrollerer for diagnose, kjønn, aldersgruppe og bostedsfylke. Som kontrast til det ujusterte gjennomsnittet i Tabell 5-1, ser vi at når vi isolerer effekten av praksistype er estimatet for fysioterapeuters gjennomsnittskostnad lavere, mens manuellterapeutenes gjennomsnittskostnad øker. Dette betyr at manuellterapeuter har flere pasienter med kjennetegn som er korrelert med kortere behandlingsforløp enn fysioterapeutene, slik at når vi korrigerer for dette går gjennomsnittskostnaden for manuellterapeuter opp.

I Tabell 5-5 rapporterer vi gjennomsnittlig justert kostnad for langvarige behandlingsforløp. Blant disse forløpene er det ingen statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig kostnad for forløp hos fysioterapeuter og manuellterapeuter. Psykomotorikernes langvarige forløp har derimot signifikant høyere gjennomsnittskostnad enn de to andre praksistypene.

Tabell 5-4 Gjennomsnittlig kostnad per forløp, justert for forskjeller i pasientegenskaper

	Gjennomsnitt	Standardfeil	95 % Konfidensintervall	
Fysioterapeuter	3 470	7,8	3 455	3 485
Manuellterapeuter	4 276	11,9	4 253	4 300
Psykomotorikere	6 794	56,9	6 688	6 906

Merknad: regresjonsanalyse av behandlingsforløpenes kostand. Presenterte gjennomsnitt er justert for påvirkning av pasientenes alder, kjønn, fylke og diagnose. Analysen er avgrenset avgrensede behandlingsforløp for femten vanlig forekommende diagnoser.

Tabell 5-5 Gjennomsnittlig kostnad per forløp for langvarige forløp justert for forskjeller i pasientegenskaper

	Gjennomsnitt	Standardfeil	95 % Konfidensintervall	
Fysioterapeuter	39 685,8	278,1	39 141	40 231
Manuellterapeuter	39 894,2	569,6	38 778	41 011
Psykomotorikere	47 047,9	1 238,2	44 621	49 4745

Merknad: regresjonsanalyse av behandlingsforløpenes kostand. Presenterte gjennomsnitt er justert for påvirkning av pasientenes alder, kjønn, fylke og diagnose. Analysen er avgrenset lange behandlingsforløp for femten vanlig forekommende diagnoser.

6. Kommunalt driftstilskudd

Kommunale driftstilskudd utgjør en betydelig del av de totale kostnadene ved fysioterapibehandling. Med bakgrunn i Statistisk sentralbyrås analyser drøfter vi driftstilskuddets betydning for kostnadene ved behandlingsforløp.

6.1 Om kommunalt driftstilskudd

For å få Helfo-refusjon må behandlere i fysioterapifeltet ha driftsavtale med en kommune. Avtalehjemmelen skal reflektere behandlernes aktivitet, men til forskjell fra de variable kostnadene egenandel og refusjon som gis retrospektivt, avtales driftstilskuddet prospektivt. Med henblikk på våre definerte forløp er driftstilskuddet dermed å forstå som en fast kostnad.

Det er ingen informasjon om behandlernes driftsavtaler i vårt datamateriale, KUHR-registeret. Dette må kobles til de individuelle behandlernes næringsoppgaver av Skatteetaten. Statistisk sentralbyrå har i 2020 publisert Inntekts- og kostnadsundersøkelse (IKU) for fysioterapifeltet (Claus & Hove, 2020).

SSB presenterer ikke driftstilskudd per praksistype i sin rapport. Vi har antatt at en behandlers driftstilskudd kan anslås ved driftsinntekter fratrukket summen av egenandeler og refusjoner. Et fullt driftstilskudd tilsvarte 444 600 kroner i 2018. I gjennomsnitt har behandlerne på feltet omtrent 84 % av fullt driftstilskudd i sine avtaler. I Tabell 6-1 sammenfatter vi de relevante tallene fra SSBs rapport.

Tabell 6-1 Driftstilskudd 2018 fordelt på praksistype

Praksistype	Driftsinntekter	Sum egenandeler og refusjoner	Driftstilskudd (driftsinntekter – sum egenandeler og refusjoner)	Andel av fullt tilskudd
Fysioterapeuter	kr 1 037 000	kr 661 000	kr 376 000	84,6 %
Manuellterapeuter	kr 1 360 000	kr 1 002 000	kr 358 000	80,5 %
Psykomotorikere	kr 1 003 000	kr 625 000	kr 378 000	85,0 %

Kilde: Tabell C1.2 i Claus og Hove (2020)

6.2 Fordeling av gjennomsnittlig driftstilskudd

Når driftstilskuddet skal fordeles på behandlernes forløp, er det mulig å tenke seg ulike tilnærminger for å gjøre denne fordelingen. Driftstilskuddet avtales som beskrevet over prospektivt, og er ikke direkte knyttet til hverken antall pasienter eller omfanget av behandlingen. En første mulighet er å fordele driftstilskuddet jevnt på alle pasienter som mottar behandler hos en enkelt behandler. I dette tilfellet kan man tenke på driftstilskudd som en fast utgift knyttet til behandling. Det er imidlertid også mulig å knytte driftstilskuddet til behandlingens varighet, slik at en pasient som mottar behandling over lang tid bærer en større andel av driftstilskuddet. Det er ikke lett å si hvilken fremgangsmåte som er mer riktig, men begge presenteres i denne rapporten.

Det er også viktig å understreke at vi kun har tilgang til overordnet statistikk om driftstilskudd, og at det derfor er stor usikkerhet knyttet til resultatene av denne analysen. Vi har kun tilgang til anslått gjennomsnittlig driftstilskudd per behandlertype og vet ingenting om hvordan fordelingen av dette ser ut. Videre gjelder statistikken kun 2018, mens denne rapporten for øvrig dekker tidsperioden 2016-2019. Resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet.

6.2.1 Driftstilskudd fordelt per antall pasienter

Når vi fordeler driftstilskuddet på gjennomsnittlig antall pasienter som mottok behandling i 2018, for vi et overordnet bilde av kommunens kostnad for behandling per pasient. Tabell 6-2 viser at denne fordelingsnøkkelen gir manuellterapeutene lavest driftstilskudd per pasient (1 772 kroner, mens driftstilskuddet per pasient for fysioterapeutene er nesten dobbelt så høyt (3 650 kroner). Psykomotorikerne har et driftstilskudd per pasient på 6 517 kroner.

Tabell 6-2 Anslått driftstilskudd per pasient i 2018 fordelt på praksistype

Praksistype	Anslått driftstilskudd	Gjennomsnittlig antall pasienter*	Driftstilskudd per pasient
Fysioterapeuter	kr 376 000	103	Kr 3 650
Manuellterapeuter	kr 358 000	202	Kr 1 772
Psykomotorikere	kr 378 000	58	Kr 6 517

* **Fra Tabell 3-1**

6.2.2 Driftstilskudd fordelt på behandlingsforløp

Når vi fordeler driftstilskuddet på behandlingsforløp slik at et lengre behandlingsforløp bærer en høyere kostnad knyttet til driftstilskudd, får vi en fordelingsmåte som er mer i tråd med analysene i kapittel 4 og 5, siden den reflekterer at praksistypene har behandlingsforløp av ulike lengde.

Vi beregner driftstilskudd per behandlingsforløp i Tabell 6-3 ved hjelp av følgende formel:

$$\left(\frac{\text{Driftstilskudd}}{\text{Antall kontakter}}\right) \cdot (\text{Antall kontakter per forløp})$$

Vi begynner med å dele driftstilskuddet med gjennomsnittlig antall kontakter per behandler i 2018 for å få driftstilskudd per kontakt. Driftstilskuddet i 2018 fordelt på gjennomsnittlig antall kontakter i 2018 gir et driftstilskudd per kontakt mellom 157 og 432 kroner avhengig av praksistype. Manuellterapeutene har lavest kostnad knyttet til driftstilskudd per kontakt, hvilket henger sammen med at de har flest kontakter.

Multipliserer vi driftstilskudd per kontakt med antall kontakter i et gjennomsnittlig forløp får vi at fysioterapeutenes driftstilskudd per behandlingsforløp er 2 538 kroner, manuellterapeutenes 1 994 kroner, og psykomotorikernes tilskudd per forløp er 6 869 kroner. Igjen har altså manuellterapeutene lavest kostnad knyttet til driftstilskudd av de tre praksistypene, men denne gangen er forskjellen mellom manuellterapeutene og fysioterapeutene ikke like stor.

Det er igjen verdt å merke seg at det er mye usikkerhet knyttet til denne analysen siden den baserer seg på statistikk som ikke er direkte knyttet til vårt datamateriale, og siden vi bruker gjennomsnitt selv når vi vet fra kapittel 4 at fordelingen av behandlingslengde ikke er normalfordelt. Av den grunn er det noe mindre usikkerhet knyttet til driftstilskuddet som fordelt per antall pasienter.

Tabell 6-3 Anslått driftstilskudd per behandlingsforløp i 2018 fordelt på praksistype

Praksistype	Anslått driftstilskudd	Gjennomsnittlig antall kontakter per behandler*	Driftstilskudd per kontakt	Antall kontakter i gjennomsnittlig forløp**	Driftstilskudd per forløp
Fysioterapeuter	kr 376 000	2 144	175	14,5	Kr 2 538
Manuellterapeuter	kr 358 000	2 278	157	12,7	Kr 1994
Psykomotorikere	kr 378 000	874	432	15,9	Kr 6 869

* **Fra Tabell 3-1** ** **Fra Tabell 4-9**

6.3 Anslag på totalkostnad

Legger vi sammen våre tidligere definerte gjennomsnittskostnader knyttet til refusjon og egenandeler fra Tabell 5-4 med driftstilskuddet fra Tabell 6-2 og Tabell 6-3 kan vi anslå en totalkostnad per forløp for de tre praksistypene (Tabell 6-4).

Rangeringen av praksistypene etter anslått behandlingskostnad avhenger av hvilken fordelingsnøkkel for driftstilskudd man velger. Når vi fordeler driftstilskuddet per pasient, har manuellterapeutene lavest totalkostnad per forløp, siden de i løpet av et år behandlet flere pasienter enn de andre praksistypene. Manuellterapeuter hadde en gjennomsnittlig totalkostnad

på 6 048 kroner sammenlignet med 7 120 kroner for fysioterapeutene og 13 311 kroner for psykomotorikerne.

Når vi fordeler driftstilskuddet på antall kontakter, og multipliserer med antall kontakter i et gjennomsnittlig forløp, er det liten forskjell i totalkostnaden mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter. Fysioterapeutene har en totalkostnad på 6 008 kroner per forløp, mens kostnaden for manuellterapeutene er 6 270 kroner.

Psykomotorikerne har en totalkostnad per forløp på 13 663 kroner.

Det er, som diskutert over, usikkerhet knyttet til beregningene av driftstilskudd, og disse resultatene skal derfor tolkes med varsomhet. Analysen kan dog tolkes dithen at når man slår sammen kostnad knyttet til driftstilskudd og honorarer er manuellterapeuter rimeligere eller like rimelige som fysioterapeutene. Psykoterapeutene har alt jevnt de høyeste kostnadene knyttet til behandling.

Tabell 6-4 Anslag på totalkostnad per behandlingsforløp fordelt på praksistype

Praksistype	Refusjoner og egenandeler per forløp	Per pasient		Per behandlingsforløp	
		Driftstilskudd	Totalkostnad	Driftstilskudd	Totalkostnad
Fysioterapeuter	Kr 3 470	Kr 3 650	Kr 7 120	Kr 2 538	Kr 6 008
Manuellterapeuter	Kr 4 276	Kr 1 772	Kr 6 048	Kr 1994	Kr 6 270
Psykomotorikere	Kr 6 794	Kr 6 517	Kr 13 311	Kr 6 869	Kr 13 663

7. Oppsummering og diskusjon

Vår analyse viser at manuellterapeuter i snitt behandler flest pasienter per behandler per år, og at manuellterapeuter i gjennomsnitt har kortere forløp enn de andre praksistypene. Fysioterapeutene har likevel lavest kostnad knyttet til refusjoner og egenandeler per behandlingsforløp. Inkluderer vi kommunalt driftstilskudd har manuellterapeutene lavest, eller omtrent like totalkostnader som fysioterapeutene.

7.1 Oppsummering

Det finnes tre praksistyper innen fysioterapifeltet i Norge: fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Omtrent 77 prosent av disse er fysioterapeuter, 14 prosent manuellterapeuter og 9 prosent psykomotoriske fysioterapeuter. Disse praksistypene bruker delvis ulike metoder for å behandle mange av de samme plagene. I denne rapporten har vi analysert forskjeller i behandlingsforløp mellom de ulike gruppene, med formål om å undersøke forskjeller i behandlingsforløpenes varighet og kostnader.

Analyser av omfanget av behandling hos de ulike praksistypene viser at fysioterapeutene behandler flest pasienter totalt sett, hvilket er naturlig da de er den største behandlergruppen. Når man derimot analyserer gjennomsnittlig antall pasienter per behandler, viser det seg at manuellterapeutene behandler flest unike pasienter per år (198 pasienter i 2019), fulgt av fysioterapeuter (101 pasienter) og psykomotoriske fysioterapeuter (57 pasienter).

Vår analyse av behandlingslengde for utvalgte, høyt forekommende diagnoser viser at pasienter som behandles av manuellterapeut i gjennomsnitt har kortest behandlingsforløp målt i både antall dager og antall kontakter. Pasienter som behandles av fysioterapeut har nest kortest forløp, mens pasienter som behandles av psykomotoriker har lengst forløp. Dette mønsteret gjelder også når vi kontrollerer for pasientenes diagnose, kjønn og alder: estimert gjennomsnittlig varighet (antall kontakter) for et behandlingsforløp er da 200 dager (12,7 kontakter) for manuellterapeut, 240 dager (14,5 kontakter) for fysioterapeut og 297 dager (15,9 kontakter) for psykomotorisk fysioterapeut.

Analyser av kostnader knyttet til refusjoner og egenandeler for de samme behandlingsforløpene viser at når vi justerer for pasientenes diagnose, kjønn og alder, er det pasienter som behandles av fysioterapeut som har de rimeligste behandlingsforløpene (3 470 kroner), fulgt av manuellterapeut (4 276 kroner) og psykomotorisk fysioterapeut (6 794 kroner). Dette henger sammen med at fysioterapeutenes takster er lavere enn manuellterapeutenes takster siden manuellterapeutene har færre kontakter per forløp.

Manuellterapeutene har lavest kostnad knyttet til kommunalt driftstilskudd både når det fordeles per pasient og per behandlingsforløp. Når vi inkluderer behandlernes kommunale driftstilskudd i totalkostnadene for behandlingsforløp, har manuellterapeutene lavest, eller omtrent like lave, totalkostnader per forløp som fysioterapeutene, avhengig av om driftstilskuddet fordeles per pasient eller per behandlingsforløp.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ligger til grunn for analysen fører til at en varierende andel av praksistypenes forløp inkluderes i analysen av avgrensede forløp. Mellom 1.1.2016 og 31.12.2019 kan man avgrense forløp for over halvparten av manuellterapeutenes pasienter innen tretten av femten diagnosekoder. For fysioterapeutene og psykomotorikerne har man gjennomgående en lavere andel inkluderte pasienter per diagnosekode enn hos manuellterapeutene. Når en varierende andel av forløpene inkluderes, kan utfallet av analysene påvirkes, men det er uklart om eksklusjon av enkelte typer av forløp innebærer en entydig fordel eller ulempe for noen av behandlergruppene. Dersom man i de ekskluderte forløpene gjennomgående behandler mer alvorlige plager og dermed vanskeligere oppnår effekt, vil en slik skjevhet virke negativt på manuellterapeutenes relative kostnader per forløp. Fysioterapeutene har en høyere andel forløp med én kontakt enn de andre praksistypene, og ved å ekskludere disse blir fysioterapeutenes gjennomsnittskostnader noe høyere. På den annen side vil ekskludering av forløp med lang varighet trekke gjennomsnittet ned.

Vår analyse viser at det er få pasienter som har lange behandlingsforløp (lenger enn fire år). Det var heller ikke spesielt store forskjeller mellom praksistypene rundt graden av langvarige forløp. Videre er det interessant at gjennomsnittskostnadene var veldig like for de med langvarige forløp hos fysioterapeuter og manuellterapeuter. Dette kan henge sammen med at fysioterapeutene hadde flere kontakter i forløpene enn manuellterapeutene, som også har noe mer kostbare takster. Da vi ikke vet når disse pasientenes forløp begynte, eller vil slutte, er det derimot begrenset hvor mye man bør tolke ut disse resultatene.

Samtidig kan vi heller ikke for våre inkluderte pasienter observere noen årsaker til behandlingsavbrudd utover diagnosebytte, behandlerbytte, eller opphold i behandlingen på over tre måneder. De øvrige

årsakene kan naturligvis være alt fra at pasienten har blitt frisk til at pasienten har gått bort.

7.2 Diskusjon

Det ligger i samfunnets interesse at det offentliges ressurser brukes effektivt. Innenfor helsetjenesten er kostnadseffektivitet et eget prioriteringskriterium (Meld. St. 34, 2015-2016), som noe forenklet sier at den behandlingen som gir «mest helse for pengene» skal foretrekkes. Når det gjelder behandling innenfor fysioterapifeltet kan man spørre seg om behandlingen de ulike praksistypene gir, kan ses som alternative behandlingsmetoder for en del overlappende plager, og hvilken type behandling som er mest kostnadseffektiv for en gitt diagnose.

For kunne vurdere behandlingens kostnadseffektivitet, må man veie behandlingseffekten opp mot kostnaden ved behandlingen. I denne rapporten har vi analysert kostnadssiden ved behandlingen. Vi finner at fysioterapeutene har lavest gjennomsnittlig kostnad knyttet til refusjoner og egenandeler per behandlingsforløp, selv om de ikke har de korteste forløpene målt i antall kontakter. Dette henger sammen med at fysioterapeutene har lavere takster enn manuellterapeutene. Når vi inkluderer kommunalt driftstilskudd i analysen finner vi imidlertid at manuellterapeutene har lavere totalkostnad eller omtrent like lav totalkostnad per behandlingsforløp som fysioterapeutene, hvilket henger sammen med at manuellterapeutene behandler flere pasienter og kan flere kontakter per år enn fysioterapeutene.

Vi har ikke tilgang til informasjon om *utfallet* av behandlingene vi har analysert, noe som er nødvendig for å analysere nytten ved behandlingen. Med andre ord vet vi ikke om et avsluttet behandlingsforløp var vellykket, om plagene senere kom tilbake, og om hvor lenge pasienten i så fall var fri fra sine plager.

For å si noe om behandlingseffekter av ulike typer av behandling innenfor fysioterapifeltet kan vi se til forskningen på feltet. Det finnes en rekke studier som analyserer forskjeller mellom fysioterapi, manuellterapi og annen oppfølging (f.eks. fra lege) eller placebo (Gross, et al., 2002; Aure, et al., 2003; Korthals-de Bos, et al., 2003; Walker, et al., 2008). Selv om enkeltstudier viser at manuellterapi kan være mer effektivt enn fysioterapi for behandling av smerter i nakke og korsrygg, er kvaliteten på den eksisterende forskningen varierende, og resultatene er sprikende. Den internasjonale fysioterapeutorganisasjonen WCPT (World Congress of Physical Therapists) har de siste 10-20 årene arbeidet for at manuellterapi skal defineres som fysioterapi. Dette har også ført til at det de senere år ikke har blitt utført studier som sammenligner effekter av manuellterapi og fysioterapi, og at tilgjengelige studier er nesten 20 år gamle. Vi har derfor ikke grunnlag for å konkludere med at det er vitenskapelig bevist at manuellterapi gir bedre behandlingseffekter enn fysioterapi, særlig ikke for andre diagnoser enn de som er studert i forskningen. Vi har ikke gjennomgått forskning om effekten av psykomotorisk fysioterapi.

Våre analyser viser at pasienter som behandles av manuellterapeuter har et kortere behandlingsforløp enn de som behandles av fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter, hvilket i seg selv kan antas å ha en verdi for pasientene, og for samfunnet i den grad det f.eks. kan føre til kortere sykefravær og lavere kostnader knyttet til dette.[5]

På den andre siden er det viktig å ta med i vurderingen av resultatene at behandlingslengde kan avsluttes av ulike grunner, selv uten at pasienten er ferdigbehandlet. En mulig årsak til avsluttet behandlingsforløp, slik det er definert i denne analysen, er at pasienten blir henvist videre i helsevesenet. Fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter kan ikke selv henvise pasienter videre, men manuellterapeuter kan henvise pasienter videre både til fysioterapeut og spesialist. Dette kan potensielt bidra til å forklare manuellterapeutenes kortere behandlingsforløp relativt til de andre praksistypene. Selv om det kan bidra til skjevhet i analysen av behandlingslengde, må det fra samfunnets side ses på som en positiv virkning dersom en pasient som av sin behandler vurderes å ha behov for annen oppfølging blir henvist videre.

Relatert til dette må det også nevnes at manuellterapeutene, med sin kompetanse innen undersøkelse og diagnostisering, kan spille en viktig rolle, og en annen rolle enn de andre praksistypene innen fysioterapifeltet. Istedenfor at fysioterapeuter, manuellterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter ses som alternative behandlere av de samme plagene, er det kanskje mer hensiktsmessig å se på de ulike gruppene som komplement til hverandre. Manuellterapeutene, med et høyere kompetanse- og kostnadsnivå, spiller en særlig viktig rolle i diagnostiseringsfasen, da de kan henvise pasienter videre til de den behandler som har best forutsetning til å behandle den enkelte pasienten.

[5] En undersøkelse som SINTEF gjorde i 2010, viste at en ukes sykefravær kostet en bedrift 13 000 kroner (Hem, 2011).

Referanser

Aure, O., Hoel Nilsen, J. & Vasseljen, O., 2003. manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*, 28(6), pp. 525-531.

Claus, G. & Hove, I. H., 2020. *Fysioterapeuters inntekter og kostnader,* Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Deb, P., Norton, E. C. & Manning, W. G., 2017. *Health Econometrics Using Stata*. s.l.:Stata Press College Station, TX.

Gross, A. R. et al., 2002. Manual therapy for machanical veck disorders: a systematic review. *Manual Therapy*, August, 7(3), pp. 131-149.

Helfo, 2017. *Måltall for refusjonsområdet fysioterapi 2016-tall,* Oslo: Helfo.

Helfo, 2018. *Måltall for refusjonsområdet fysioterapi 2017-tall,* Oslo: Helfo.

Helfo, 2019. *Måltall for refusjonsområdet fysioterapi 2018-tall,* Oslo: Helfo.

Hem, K.-G., 2011. *Bedriftenes kostnader ved sykefravær. En undersøkelse blant NHO-bedrifter,* s.l.: SINTEF Teknologi og samfunn.

'Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ*.

Meld. St. 34, 2015-2016. *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering,* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Walker, M. et al., 2008. The Effectiveness of Manual Physical Therapy and Exercise (MTE) for Mechanical Neck Pain: A Randomized Clinical Trial. *Spine*, 33(22), pp. 2371-2378.

Vedlegg A Takster for fysioterapi

TAKSTER FOR FYSIOTERAPI FRA 01.07.2019

For fysioterapeuter som har avtale om driftstilskudd med kommunen,
og kommunalt ansatte fysioterapeuter.

		Honorartakst	Refusjonstakst	Pasientens egenandel
A1a	Undersøkelse, inntil 30 min.	309	136	173
A1c	Undersøkelse, ut over 30 min.	150	150	0
A1d	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til A8, A9 eller A2k, inntil 30 min.	393	220	173
A1f	Undersøkelse hos fysioterapeut med rett til A8, A9 eller A2k, ut over 30 min.	185	185	0
A1g	Tillegg ved undersøkelse individuell plan/tverrfaglig utredning	105	105	0
A1h	Tillegg for undersøkelse hos manuellterapeut	70	70	0
A2g	Tillegg for bruk av spesialkonstruert utstyr for medisinsk trenings- eller slyngeterapi	20	8	12
A2k	Kompetansetillegg, spesialist	50	50	0
A3a	Behandling hos fysioterapeut	160	37	123
A3b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	76	39	37
A4	Enkel pasientkontakt	63	63	0
A8a	Behandling hos manuellterapeut	261	98	163
A8b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	110	51	59
A9a	Behandling hos fysioterapeut med tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi	202	79	123
A9b	Tillegg for behandling ut over 20 min. per påbegynte 10. min.	97	58	39
A10	Veiledet trening, minst 30 min.	30	5	25
C33a	Behandling i grupper med inntil 3 barn under 16 år, i 60 min.	255	255	0
C33b	For de neste tre barna i 60 min.	190	190	0
C34a	Gruppebehandling i 30 min (1-5 personer)	73	18	55
C34b	Gruppebehandling i 30 min (6-10 personer)	55	0	55
C34c	Gruppebehandling i 60 min (1-5 personer)	133	36	97
C34d	Gruppebehandling i 60 min (6-10 personer)	97	0	97
C34e	Gruppebehandling i 90 min (1-5 personer)	196	58	138
C34f	Gruppebehandling i 90 min (6-10 personer)	138	0	138
C34g	Tillegg for behandling i basseng, per pasient	37	13	24
C34h	Tillegg for behandling i smågrupper (2-4 personer) per pasient	25	25	0
D40	Tillegg undersøkelse/behandling for pasient over 80 år/rullestolbruker	17	17	0
E50a	Møtegodtgjørelse med reisetid inntil 30 min.	328	328	0
E50b	Møtegodtgjørelse med reisetid ut over 30 min.	328	328	0
E51a	Telefonsamtale/skriftlig kommunikasjon	132	132	0
E51b	Skriving av epikrise/tilbakemelding til henvisende behandler uten samtidig undersøkelse/behandling	223	223	0
E51c	Skriving av henvisning/rekvisisjoner uten samtidig undersøkelse/behandling. Kan ikke benyttes ved rekvirering av pasientreiser.	223	223	0
E52	Nødvendig samtale med pårørende/foresatte	148	148	0
F1	Tillegg ved behandling i pasientens hjem	134	134	0
F21	Hjemmebehandling: reise per km med bil, motorsykkel eller tog	9	9	0
F22	Reise med annet transportmiddel, hver påbegynte halvtime	71	71	0
F23	Hjemmebehandling: fast skysstillegg	71	71	0
H2a	Elektronisk samhandling	926	926	0
H2b	Elektronisk samhandling	888	888	0

«Takstplakaten» er et forenklet utdrag fra «Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi» og må brukes sammen med denne. Du finner takstforskriften på www.lovdata.no

Vedlegg B Median behandlingslengde

Tabell B-1 Median (minimum, maksimum) antall dager i et avgrenset behandlingsforløp, fordelt på praksistype

Diagnosekode	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere
L90 Kneleddsartrose	161 (1, 1358)	117 (1, 1364)	130 (1, 1351)
L89 Hofteleddsartose	168 (1, 1355)	115 (1, 1362)	145 (2, 1120)
L01 Nakkeplager	75 (1, 1351)	59 (1, 1360)	124 (1, 1258)
L08 Skulderplager	77 (1, 1350)	69 (1, 1359)	92 (1, 1014)
L02 Ryggplager	61 (1, 1342)	58 (1, 1365)	98 (1, 1212)
L03 Korsryggplager	77 (1, 1345)	50 (1, 1331)	98 (1, 1320)
L83 Nakke-syndrom	105 (1, 1317)	55 (1, 1346)	144 (1, 1355)
L92 Skulder-syndrom	110 (1, 1341)	70 (1, 1347)	106 (1, 1218)
L84 Ryggsynd. u/utstråling	86 (1, 1356)	48 (1, 1365)	110 (1, 1355)
L86 Ryggsynd. m/utstråling	108 (1, 1357)	54 (1, 1339)	121 (1, 872)
L88 Revmatisk sykdom	224 (1, 1351)	152 (1, 1350)	133 (3, 1350)
L18 Fibromyalgi	111 (1, 1348)	63 (1, 1285)	147 (1, 1266)
L99 Muskel/skjelett IKA	94 (1, 1343)	76 (1, 1359)	121 (1, 1017)
N01 Hodepine	66 (1, 1362)	54 (1, 1317)	112 (2, 1352)
N95 Tensjonshodepine	84 (1, 1347)	63 (2, 1212)	128 (2, 1203)

Tabell B-2 Median (minimum, maksimum) antall kontakter i et avgrenset behandlingsforløp, fordelt på praksistype

Diagnosekode	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere
L90 Kneleddsartrose	15 (2, 417)	11 (2, 405)	11 (2, 131)
L89 Hofteleddsartose	15 (2, 423)	12 (2, 435)	14 (2, 168)
L01 Nakkeplager	8 (2, 368)	6 (2, 367)	9 (2, 207)
L08 Skulderplager	7 (2, 606)	7 (2, 367)	8 (2, 119)
L02 Ryggplager	6 (2, 365)	6 (2, 543)	8 (2, 77)
L03 Korsryggplager	7 (2, 358)	6 (2, 205)	8 (2, 82)
L83 Nakke-syndrom	10 (2, 294)	6 (2, 303)	12 (2, 118)
L92 Skulder-syndrom	10 (2, 439)	7 (2, 452)	10 (2, 158)
L84 Ryggsynd. u/utstråling	8 (2, 359)	6 (2, 202)	9 (2, 258)
L86 Ryggsynd. m/utstråling	9 (2, 325)	7 (2, 218)	10 (2, 97)
L88 Revmatisk sykdom	13 (2, 347)	11 (2, 295)	10 (2, 101)
L18 Fibromyalgi	9 (2, 311)	7 (2, 211)	11 (222)
L99 Muskel/skjelett IKA	8 (2, 673)	7 (2, 252)	10 (2, 97)
N01 Hodepine	7 (2, 223)	6 (2, 216)	9 (2, 79)
N95 Tensjonshodepine	8 (2, 220)	7 (2, 135)	9 (2, 87)

Vedlegg C Langvarige behandlingsforløp

Tabell C-2 Gjennomsnittlig antall observerte kontakter i lange behandlingsforløp per diagnosekode, per pasient

Diagnosekode	Fysioterapeuter	Manuellterapeuter	Psykomotorikere	F-test (t-test)
L90 Kneleddsartrose	206	170	145	10,9 (P-M, 0,29)
L89 Hofteleddsartose	194	157	141	7,2 (P-M, 0,59)
L01 Nakkeplager	138	112	84	28,0 ***
L08 Skulderplager	147	122	98	3,9 (P-M, 0,42)
L02 Ryggplager	164	113	98	26,6 (P-M, 0,49)
L03 Korsryggplager	149	103	67	11,9 (P-M, 0,13)
L83 Nakke-syndrom	163	125	84	10,0 (P-M, 0,07)
L92 Skulder-syndrom	178	171	107	2,8 (F-M, 0,72)
L84 Ryggsynd. u/utstråling	159	133	84	3,8 (F-M, 0,14, P-M, 0,15)
L86 Ryggsynd. m/utstråling	185	134	90	6,5 (P-M, 0,26)
L88 Revmatisk sykdom	119	150	193	21,4 (P-M, 0,12)
L18 Fibromyalgi	148	111	85	58,7 ***
L99 Muskel/skjelett IKA	185	154	123	5,3 (F-M, 0.07, P-M, 0,23)
N01 Hodepine	127	83	79	1,5 (F-M, 0,14, P-M, 0,91)
N95 Tensjonshodepine	144	99	126	3,5 (F-M, 0,25, P-M, 0,51)

F-test: test om inndeling i praksistyper har bedre statistisk forklaringskraft enn simpelt gjennomsnitt, T-test: parvis test om statistisk forskjell mot referansekategori (fysioterapeuter), signifikansnivå forskjell mellom behandlere * $\alpha < 0.10$, ** $\alpha < 0.05$, *** $\alpha < 0.001$.

Tabell C-3 Gjennomsnittlig kostnad i lange behandlingsforløp per diagnosekode, kroner per pasient

Diagnosekode	Fysioterapeu-ter	Manuell-terapeuter	Psykomotori-kere	**F-test** (t-test)
L90 Kneleddsartrose	40 544	40 410	50 480	2,7 (F-M 0,94)
L89 Hofteleddsartose	40 011	43 570	41 338	1,1 (F-M, 0,14, P-M, 0,74)
L01 Nakkeplager	35 988	37 990	44 142	6,3 (F-M 0,08)
L08 Skulderplager	37 852	38 500	44 460	0,4 (F-M, 0,80, P-M, 0,41)
L02 Ryggplager	38 728	36 190	48 630	3,4 (F-M 0,15)
L03 Korsryggplager	36 060	34 980	36 477	0,1 (F-M, 0,71, P-M, 0,80)
L83 Nakke-syndrom	38 734	41 620	40 090	0,6 (F-M, 0,30, P-M, 0,67)
L92 Skulder-syndrom	39 454	43 900	49 395	2,2 (F-M, 0,22, P-M, 0,38)
L84 Ryggsynd. u/ut-stråling	37 443	43 060	39 648	0,5 (F-M, 0,30, P-M, 0,74)
L86 Ryggsynd. m/ut-stråling	39 476	38 060	40 935	0,1 (F-M, 0,74, P-M, 0,70)
L88 Revmatisk sykdom	40 696	43 450	47 898	3,1 (F-M, 0,09, P-M, 0,27)
L18 Fibromyalgi	44 020	40 320	43 782	8,8 (F-M, 0,27, P-M, 0,33)
L99 Muskel/skjelett IKA	41 228	48 450	53 876	3,6 (F-M, 0,10, P-M, 0,42)
N01 Hodepine	48 780	37 830	39 067	1,3 (F-M, 0,14, P-M, 0,90)
N95 Tensjonshodepine	35 810	45 630	37 632	0,5 (F-M, 0,35, P-M, 0,47)

F-test: test om inndeling i praksistyper har bedre statistisk forklaringskraft enn simpelt gjennomsnitt, T-test: parvis test om statistisk forskjell mot referansekategori (fysioterapeuter), signifikansnivå forskjell mellom behandlere * $\alpha < 0.10$, ** $\alpha < 0.05$, *** $\alpha < 0.001$.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo