

SNF-rapport nr. 24/09

Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester

Delrapport 2

av

**Egil Kjerstad
Tor Helge Holmås**

SNF-prosjekt nr. 2445
Evaluering av tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte

Prosjektet er finansiert av Arbeids- og inkluderingsdepartementet

**SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING AS
BERGEN, DESEMBER 2009**

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

ISBN 978-82-491-0677-6 Trykt versjon
ISBN 978-82-491-0678-3 Elektronisk versjon
ISSN 0803-4036

Sammendrag

Hovedtemaet i denne rapporten er fastlegenes bruk av ”Raskere tilbake”, dvs. vi ønsker å belyse fastlegenes tilretteleggerrolle nærmere. Med dette som utgangspunkt, følger flere problemstillinger: I hvor stor grad henvises pasienter til ordningen? Hvor kjent er fastlegene med innholdet i tilskuddsordningen for helse- og rehabiliteringstilskudd? Hvor detaljert kunnskap kan vi si at fastlegene har om ”Raskere tilbake”? Hvilke vurderinger har man av ordningen rundt to år etter at den ble innført i januar 2007? Rapporten bygger på en landsomfattende spørreundersøkelse gjennomført i desember 2008. Undersøkelsen fikk en svarprosent om lag 32 prosent, som er for lav i forhold til å hevde at undersøkelsen gir et representativt tverrsnitt av hva populasjonen av fastleger mener. Vi mener likevel at undersøkelsen gir verdifull innsikt i hvordan over 1000 fastleger vurderer ordningen.

Det store flertallet av legene som har svart på undersøkelsen, nær 98 prosent, kjenner til ”Raskere tilbake” i regi av helseforetakene. Bruken av ordningen – målt ved henvisningsgrad - kombinert med svarfordelingen på flere andre nøkkelspørsmål, gir grunn til ettertanke. En betydelig andel mener at ordningen er problematisk sett ut fra prioriteringsforskriften. Omlag 35 prosent av legene sier seg noe enige eller helt enige i at ”Raskere tilbake” er en ordning som vil bidra til at sykmeldte kommer raskere tilbake i arbeid enn tidligere. I forhold til målsettingen – at ”Raskere tilbake” skal bidra med en reduksjon i sykefraværet - kan dette synes som en lav andel. Vi vet imidlertid ikke om oppfatningen baserer seg på erfaringer som er gjort med sykmeldte pasienter og deltakelse på ”Raskere tilbake”- tiltak eller om oppfatningen blant legene er avmålte av andre grunner. En mulig bekymring er knyttet til muligheten av at de legene som er minst positive til ordningen ikke legger like stort arbeid ned i å henvise de ”riktige” pasientene, dvs. de pasientene som har forventet størst effekt av behandlingen sammenliknet med og ikke få noe tilbud i det hele tatt. På den andre siden så finner vi at rundt 65 prosent av de som sier seg enige i påstanden om at ordningen vil virke, faktisk bruker ordningen relativt mye. I den samme gruppen er det hele 70 prosent som mener at ordningen fanger opp de rette gruppene av sykmeldte. Nær 40 prosent oppfatter det slik at ”Raskere tilbake” gjør det enklere å henvise sykmeldte pasienter, eller personer som står i fare for å bli sykmeldt, enn tidligere.

Vårt hovedinntrykk er at oppfatningen av ”Raskere tilbake” ikke er udelt positiv blant de legene som har deltatt i undersøkelsen. Hvor avgjørende dette er for ordningen er ikke uten videre enkelt å svare på. Isolert sett kan man argumentere for at henvisningsgraden samlet sett er høy nok i forhold til midlene som er stilt til disposisjon.

Innhold

1. Innledning.....	1
2. Nærmere om gjennomføringen av spørreundersøkelsen.....	2
3. Fastlegenes henvisningsgrad eller bruk av ”Raskere tilbake”.....	3
3.1 Fastlegenes kjennskap til Raskere tilbake	11
3.2 Fastlegenes vurdering av ”Raskere tilbake”	12
3.3 Utfordringer i bruken av ”Raskere tilbake”	16
3.4 Nærmere om fastlegenes vurdering av typer av ”Raskere tilbake”-tiltak	22
4. Regresjonsanalyser.....	24
5. Avsluttede kommentarer	29
Referanser.....	31
Vedlegg: Spørreskjema	33

1. Innledning

I november 2006 avga Sykefraværsutvalget sin rapport (Ot.prp. nr. 6 (2006-2007)). Utvalget ble oppnevnt ved brev fra statsministeren til organisasjonene i arbeidslivet den 11. september 2006. Utvalget fikk følgende mandat:¹ ”Regjeringen inviterer lederne for organisasjonene som er parter i IA-avtalen (Inkluderende arbeidsliv) til deltakelse i et utvalg for gjennom reelle drøftelser, jf IA- avtalens pkt. 6, å gjennomgå regjeringens forslag til endringer i arbeidsgivers medfinansiering av utgiftene til sykepenges, og å gjennomgå organisasjonenes innspill. Utvalget kan foreslå alternative løsninger som vil gi tilsvarende forventet nedgang i sykefraværet og statens kostnader til sykepenges innenfor samme budsjetttramme i folketrygdens som i regjeringens forslag. Utvalget kan i den forbindelse også komme med forslag til konkret utforming av skjermingsordninger. Utvalget kan vurdere særtiltak overfor enkeltgrupper og/eller enkeltbransjer i arbeidslivet. Utvalgets forslag skal foreligge innen 6. november 2006”.

Utvalget skisserte flere aktuelle tiltak for å redusere sykefraværet. Man konkluderte med at det er behov for tiltak langs flere dimensjoner, for å oppnå en effekt på sykefraværet. Utvalget sluttet seg til en satsing som inneholder en kombinasjon av:

- mer aktivitetsorienterte tiltak tidligere i sykemeldingsperioden sammenliknet med tidligere
- tiltak som bidrar til bedre og mer forpliktende oppfølging og tydeliggjøring av ansvar sammenliknet med tidligere
- tiltak som bedrer muligheten for kontroll og sanksjoner sammenliknet med dagens regelverk

Det ble konkretisert åtte tiltak. Her trekker vi frem punkt 7 i tiltakslisten:

”Det er en utfordring at sykefraværsperioden kan være avhengig av helsevesenets behandlingsskapasitet. Det innføres en ordning for kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenges raskere tilbake til arbeidslivet og dermed redusere sykefraværet. Den endelige utformingen av ordningen drøftes med partene.”

¹ Utvalget hadde 6 møter i tidsrommet 12. september 2006 til 6. november. Møtene ble ledet av statsminister Stoltenberg.

Myndighetenes satsing på å få redusert sykefraværet gjennom tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, endte opp med to hovedsatsinger. Den ene satsingen knytter seg til å stimulere spesialisthelsetjenestene, dvs. helseforetakene, til å etablere nye tilbud rettet mot sykmeldte arbeidstakere (og personer som står i fare for å bli sykmeldte). Det andre hovedgrepet er å legge til rette for at Arbeids- og velferdsetaten (NAV) kan tilby tre nye tiltak; avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering, og at disse tiltakene kan iverksettes langt tidligere i et individs sykemeldingshistorie enn hva som var mulig før tilskuddsordningen. Tilskuddsordningen inngår i den såkalte "Raskere tilbake"-satsingen.²

Som drøftet i Delrapport 1 (Drangslund og Kjerstad (2008), SNF rapport 18/08), så er saksbehandlerne ved de lokale NAV-kontorene og fastlegene i utgangspunktet sentrale i arbeidet med å få rekruttert sykmeldte inn på Raskere tilbake - tiltak. Fastlegen har hovedansvaret for å legge til rette for deltakelse på Raskere tilbake- tiltak innen spesialisthelsetjenesten, dvs. tiltak i regi av helseforetakene og private tilbydere under kontrakt med de regionale helseforetakene. Saksbehandlerne ved NAV har samme tilrettelegger rolle når det gjelder NAVs egne tiltak levert av private aktører under kontrakt med NAV sentralt. En mindre brukerundersøkelse (Kjerstad og Ravneberg (2008), SNF-rapport 19/08) viser imidlertid at veien til deltakelse i praksis også har vært tilrettelagt av andre aktører, men planen med ordningen er at fastlegene og saksbehandlerne er sentrale som tilretteleggere.

Hovedtemaet i denne rapporten er fastlegenes bruk av tilskuddsordningen, dvs. vi ønsker å belyse fastlegens tilretteleggerrolle og hvilke faktorer som kan påvirke bruken av ordningen. Rapporten bygger på en spørreundersøkelse rettet mot landets fastleger. Undersøkelsen ble gjennomført i desember 2008. Det ble sendt ut i overkant av 3300 spørreskjema, som kunne besvares elektronisk. Vi fikk 1081 skjema i retur, dvs. en svarprosent på om lag 32 prosent. Svarprosenten er lavere enn ønskelig. Den lave svarprosenten gjør at vi må ta forbehold om representativiteten til undersøkelsen. I fortsettelsen vil alle resultater og drøftingene av dem knytte seg til hva de 32 prosentene har ment. Vi kan med andre ord ikke hevde at de vurderingene som gjøres av Raskere tilbake gjelder for hele populasjonen av fastleger i landet.

² Raskere tilbake innbefatter også ny sykemeldingsblankett og dialogmøter mellom sykmeldt og arbeidsgiver. Disse tiltakene er ikke tema for evalueringen av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester. I det følgende favner med andre ord betegnelsen Raskere tilbake kun om tilskuddsordningen.

Undersøkelsen søker å belyse en rekke problemstillinger: I hvilken grad benytter legene ordningen? Hvor kjent er fastlegene med innholdet i ordningen? Hvor detaljert kunnskap kan vi si at fastlegene har om ”Raskere tilbake”? Hvilke vurderinger har man av ordningen rundt to år etter at den ble innført i januar 2007? Vi bygger drøftingen på en landsomfattende spørreundersøkelse gjennomført i desember 2008.

Rapporten er disponert på følgende måte: I kapittel 2 presenteres hvordan undersøkelsen ble gjennomført. Utvalget som har besvart undersøkelsen sammenlignes med opplysninger fra Fastlegedatabasen, som gir opplysninger om populasjonen av fastleger. I kapittel 3 omtales fastlegenes kjennskap til tilskuddsordningen; tar for seg legenes bruk av ordningen; presenterer vurderinger og synspunkter på ordningen og går noe nærmere inn på fastlegenes vurderinger av ulike kategorier av tiltak. I kapittel 4 følger resultater fra en regresjonsanalyse av legenes bruk av ordningen. Avsluttende kommentarer er samlet i kapittel 5.

2. Nærmere om gjennomføringen av spørreundersøkelsen

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i desember 2008. Undersøkelsen ble gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse³, dvs. adressert til e-postadressene til fastlegene. Hovedutsendelsen ble sendt ut 1. desember og fulgt opp med to purringer henholdsvis 5. desember og 10. desember.

Utformingen av spørreskjemaet baserte seg på en mindre pilotundersøkelse i Hordaland. Det ble lagt vekt på å gjøre undersøkelsen så kortfattet som mulig, samtidig som det var ønskelig å få inn opplysninger om hvem respondentene var, dvs. alder, kjønn, listestørrelse, geografisk lokalisering m.m.

Det ble sendt ut invitasjoner til 3466 fastleger. Av disse fikk vi svar fra 1087, dvs. en svarprosent på 31,4 %. Svarprosenten er lavere enn ønskelig, noe som problematisk i forhold til om synspunktene som kommer frem i vår undersøkelse er representativ for hele populasjonen av fastleger. Hovedproblemet i så måte er at andelen leger som er kritiske (eller positive) til ordningen kan være en annen i populasjonen enn i vårt utvalg. Dette er ikke mulig å teste direkte, men en indikasjon kan være å se på de observerbare egenskapene (kjønn,

³ Først mottok fastlegene på listen over aktuelle respondenter en invitasjon til å delta via e-post. De som ønsket å delta fulgte så en lenke til en web-side og undersøkelsen ble besvart på skjerm. Undersøkelsen tok 10-15 minutter å besvare. Spørreskjemaet finnes som vedlegg til denne rapporten.

alder, osv.) i utvalget sammenlignet med legepopulasjonen. Om disse er svært forskjellige vil det være en indikasjon på at utvalget er lite representativt, mens det motsatte vil være tilfelle om de observerbare egenskapene i utvalget og populasjonen er svært like.

I tabell 1 nedenfor sammenlikner vi legene i vårt utvalg med alle leger i Fastlegedatabasen (2006). Hovedinntrykket er at legene i utvalget ikke skiller seg særlig fra legepopulasjonen. Det er imidlertid noen unntak. Ser vi nærmere på tabell 1, så finner vi for andelen fastleger over 45, at Akershus og Nordland skiller seg noe ut fra de andre fylkene. Vi har fått svar fra relativt flere yngre leger, dvs. leger under 45 år, enn andelen disse utgjør i populasjonen. I Oppland er det motsatt situasjon, dvs. det er en høyere andel leger over 45 år som svarer enn hva aldersfordelingen i fastlegedatabasen tilsier.

Andelen menn som har besvart undersøkelsen i forhold til andelen menn i populasjonen er rimelig fordelt. Troms skiller seg ut i den forstand at andelen menn som har besvart undersøkelsen er 57 prosent mens andelen menn i populasjonen er 70 prosent. Andelen respondenter som deltar i gruppepraksis sammenliknet med populasjonene i de ulike fylkene samsvarer også bra. Noen unntak finnes. I Oppland, Vestfold, Aust-Agder, Vest-Agder og Troms er det forholdsvis flere i gruppepraksis som har deltatt i undersøkelsen enn leger som ikke er i slik praksis.

Når det gjelder listelengde, så er det rimelig samsvar mellom andelen leger med listelengde færre enn 1000 i utvalget og populasjonen. Hedmark, Oppland, Buskerud og Aust-Agder er unntakene. I disse fylkene er andelen høyere i populasjonen enn blant de som har svart på vår undersøkelse.

Noen av de samme fylkene skiller seg ut dersom vi tar utgangspunkt i listelengde 1000-1500 pasienter. I Oppland, Buskerud og Aust-Agder er det slik at andelen leger som har besvart undersøkelsen er forholdsvis mye større enn andelen med lister mellom 1000-1500 i populasjonen. Det samme gjelder for Troms.

Tar vi utgangspunkt i listelengde over 1500 pasienter, så er det for Akershus, Vestfold, Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Troms vedkommende slik at vi har langt lavere andel leger med i utvalget enn hva som gjelder i populasjonen. For Telemark er situasjonen motsatt.

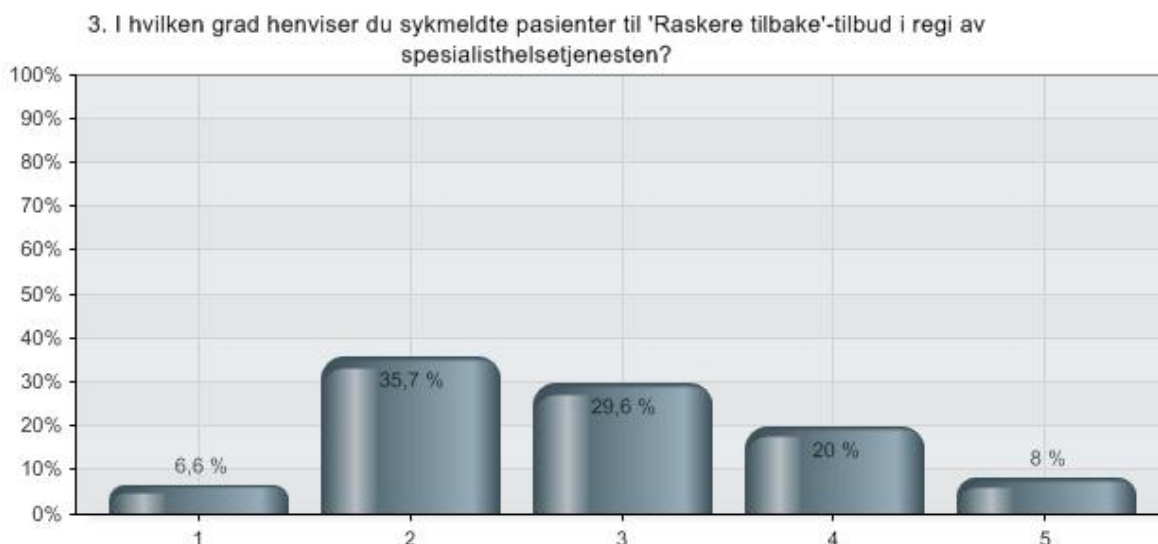
Tabell 1. En sammenlikning av utvalget og populasjonen av leger (fastlegedatabasen, 2006), per fylke. Tallene i parentes refererer til utvalget.

Fylke	Antall leger	Andel over 45	Andel menn	Andel i gruppepraksis	Listelengde: Færre enn 1000	Listelengde: 1000-1500	Listelengde: Flere enn 1500
Østfold	208 (46)	0,59 (0,60)	0,68 (0,59)	0,70 (0,75)	23,9 (27,1)	58,9 (60,4)	17,2 (12,5)
Akershus	379 (92)	0,64 (0,50)	0,65 (0,54)	0,78 (0,92)	20,8 (21,0)	52,8 (61,0)	26,4 (18,0)
Oslo	439 (111)	0,72 (0,66)	0,62 (0,61)	0,87 (0,92)	20,7 (20,9)	55,9 (50,9)	23,4 (28,2)
Hedmark	158 (38)	0,62 (0,55)	0,70 (0,68)	0,89 (0,97)	38,0 (29,7)	53,2 (64,9)	8,8 (5,4)
Oppland	169 (39)	0,59 (0,67)	0,66 (0,72)	0,80 (0,92)	46,5 (36,8)	41,8 (52,6)	11,7 (10,6)
Buskerud	199 (54)	0,65 (0,59)	0,72 (0,66)	0,83 (0,85)	33,0 (20,4)	47,0 (63,0)	20,0 (16,6)
Vestfold	166 (42)	0,59 (0,52)	0,76 (0,74)	0,73 (0,93)	19,9 (21,4)	53,0 (59,5)	27,1 (19,1)
Telemark	140 (30)	0,58 (0,67)	0,66 (0,69)	0,73 (0,83)	29,3 (23,3)	56,4 (53,3)	14,3 (23,4)
Aust-Agder	96 (35)	0,63 (0,66)	0,77 (0,74)	0,79 (0,94)	44,8 (34,3)	41,7 (57,1)	13,5 (8,6)
Vest-Agder	149 (40)	0,70 (0,75)	0,71 (0,77)	0,73 (0,93)	36,4 (33,3)	51,7 (56,4)	11,9 (10,2)
Rogaland	290 (84)	0,66 (0,63)	0,68 (0,72)	0,81 (0,82)	20,8 (20,5)	44,4 (39,8)	34,8 (39,7)
Hordaland	375 (102)	0,65 (0,70)	0,70 (0,68)	0,79 (0,82)	30,9 (27,0)	47,3 (52,0)	21,8 (21,0)
Sogn og Fjordane	100 (28)	0,55 (0,50)	0,73 (0,75)	0,81 (0,86)	54,0 (50,0)	46,0 (50,0)	0 (0)
Møre og Romsdal	214 (40)	0,56 (0,53)	0,70 (0,77)	0,89 (0,92)	41,9 (50,0)	42,9 (47,4)	15,2 (2,6)
Sør- Trøndelag	224 (63)	0,52 (0,60)	0,67 (0,71)	0,94 (1,00)	23,4 (14,5)	50,0 (58,1)	26,6 (27,4)
Nord- Trøndelag	101 (34)	0,52 (0,56)	0,74 (0,76)	0,82 (0,82)	23,5 (26,5)	60,8 (58,8)	15,7 (4,7)
Nordland	212 (52)	0,55 (0,37)	0,69 (0,69)	0,74 (0,80)	45,8 (43,1)	43,9 (47,1)	10,3 (9,8)
Troms	145 (42)	0,59 (0,64)	0,70 (0,57)	0,86 (0,90)	43,8 (38,1)	48,0 (61,9)	8,2 (0)
Finnmark	77 (18)	0,39 (0,39)	0,70 (0,61)	0,64 (0,81)	69,2 (61,1)	29,5 (38,9)	1,3 (0)

Når vi sammenligner legene i vårt utvalg med alle fastleger er altså vårt hovedinntrykk at disse er relativt like på observerbare egenskaper. På grunn av den lave svarprosenten mener vi likevel at dette ikke er et tilstrekkelig grunnlag for å hevde at synspunktene som kommer frem i undersøkelsen er representative for hele populasjonen av fastleger.

3. Fastlegenes henvisningsgrad eller bruk av ”Raskere tilbake”

Figur 1 illustrerer i hvilken grad⁴ fastlegene som har deltatt i undersøkelsen har henvist pasienter til ”Raskere tilbake”-tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten (sp. 3). Det fremgår at 6,6 prosent ikke har henvist i det hele tatt, mens 8 prosent har gjort dette i stor grad.⁵ Grupperer vi svarkategoriene 2-3 som lav til middels grad av henvisning, så utgjør denne grupperingen 65,3 prosent. Kategori 4 (i noen grad) utgjør 20 prosent.



Figur 1. Graden av henvisning av pasienter til ”Raskere tilbake”-tilbud innen spesialisthelsetjenesten

La oss se nærmere på noen enkle toveis-tabeller som kan utdype bildet noe. I tabell 2 er respondentene kategorisert i henhold til grad av henvisning og i hvilken grad man er enig i påstanden ”Raskere tilbake er en ordning som vil føre til at folk kommer raskere tilbake i arbeid”. Blant de av legene som sier seg helt enige i påstanden (svarkategori 5), så rapporterer 27 % at de har brukt ordningen i stor grad og 39 % rapporterer svarkategori 4 (i noen grad). Det er med andre ord slik at 66 prosent av de som sier seg helt enig i påstanden, henviser i noen grad eller i svært sterk grad (slår sammen leger med henvisningsgrad 4 og 5).

⁴ Svarkategori 1 = ikke i det hele tatt; kategori 2 = i svært liten grad; kategori 3 = i noen grad; kategori 4 = i stor grad og kategori 5 = i svært stor grad.

⁵ Vi valgte ikke å spørre om antallet henvisninger, siden vi vurderte dette å kunne påvirke svarprosenten negativt. Måten spørsmålet skal besvares åpner dermed opp for at fastlegenes vurdering av svarkategoriene 2-5 kan variere med tanke på hvilket antall som ligger bak. Vi mener likevel at det ligger viktig informasjon i svarene. I kapittel 4 kommer vi tilbake til en regresjonsanalyse som søker å belyse årsaker til variasjon i henvisningsgraden på en mer systematisk måte, dvs. avgjøre om forklaringsfaktorer kan sies å ha en statistisk signifikant effekt på henvisningsgraden eller ikke.

Tabell 2:

		"Raskere tilbake er en ordning som vil føre til at folk kommer raskere i arbeid"					
		1	2	3	4	5	Total
Grad av henvisning til "Raskere tilbake"	1	34 %	8 %	4 %	2 %	4 %	7 %
	2	41 %	59 %	40 %	18 %	8 %	36 %
	3	12 %	24 %	34 %	38 %	21 %	30 %
	4	11 %	7 %	17 %	31 %	39 %	20 %
	5	3 %	2 %	5 %	11 %	27 %	8 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

I det "motsatte hjørnet" av tabellen finner vi andelene av legene som sier seg helt uenige i påstanden (svarkategori 1). Blant disse er det 34 % som rapporterer ikke å ha brukt ordningen i det hele tatt. Gruppen som bare i svært liten grad (svarkategori 2) har brukt ordningen utgjør 41 %. Med andre ord så er det 75 % av de som sier seg helt uenig i påstanden, som rapporterer svært liten grad av henvisninger eller ikke henvisninger i det hele tatt.

Kausalsammenhengen mellom grad av henvisning og troen på ordningen er ikke opplagt. Det vi registrerer er at de som ikke har brukt ordningen i særlig grad er kritiske til at ordningen vil føre folk raskere tilbake i arbeid. En måte å tolke dette på er at man har gjort seg opp en mening uten å basere den på egne erfaringer, eventuelt at kvaliteten på tilbudene ikke oppfattes som god nok. I så måte er manglende tro på ordningen årsaken til liten henvisning (effekten). Dette kan gjelde også for de som rapporterer at de har brukt ordningen mye og som samtidig sier seg enige i påstanden. I dette tilfellet kan det likevel være lettere å argumentere for at erfaringene med ordningen er med å forklare henvisningsgraden enn i det foregående eksempelet. Kausalsammenhengen kan med andre ord gå andre veien også: tro på ordningen baserer seg på erfaringer man har gjort med ordningen, som så påvirker henvisningsgraden. Siden vi bare har tilgang til tverrsnittsdata (data kun på et tidspunkt), er det vanskelig å foreta statistiske tester av kausalvirkninger.

Vi har i kapittel 4 likevel valgt å la svarene på påstanden "Raskere tilbake er en ordning som vil føre til at folk kommer raskere tilbake i arbeid", samt en rekke andre lignende spørsmål, inngå som forklaringsfaktorer for å forklare variasjonen i grad av henvisning.

I tabell 3 fremgår det at blant de legene som sier seg helt enige i påstanden "Raskere tilbake fanger opp riktig gruppe pasienter", så er andelen som henviser relativt mye (svarkategori 4

og 5 samlet) på 70 %. Bare 5 % av disse legene rapporterer at de ikke har henvist i det hele tatt.

Det fremgår videre at blant de legene som er helt uenige i påstanden, så er det 67 % som bare i liten eller ingen grad har henvist til ordningen. Blant legene som er helt uenige, er det 5 % som likevel har henvist mye til ordningen.

Tabell 3:

		"Raskere tilbake fanger opp riktig gruppe pasienter"					
		1	2	3	4	5	Total
Grad av henvisning til "Raskere tilbake"	1	23 %	6 %	5 %	1 %	5 %	7 %
	2	44 %	58 %	34 %	15 %	3 %	36 %
	3	21 %	25 %	34 %	37 %	21 %	30 %
	4	7 %	9 %	22 %	34 %	34 %	20 %
	5	5 %	2 %	6 %	13 %	36 %	8 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Vi har ikke noen a priori oppfatning av hvordan legenes alder og hvor lenge legen har praktisert i en kommune kan påvirke henvisningsgraden. I henholdsvis tabell 4 og 5 ser vi likevel følgende:

- aldersforskjeller ser ut til å ha liten betydning for henvisningsgraden, selv om det er en tendens til at de yngre legene henviser mer enn de eldste.
- hvor lenge legen har praktisert i et lokalsamfunn ser ut til å ha liten betydning for henvisningsgraden

Tabell 4:

		Hva er din alder?				
		25-35	36-45	46-55	over 56	Total
Grad av henvisning til "Raskere tilbake"	1	4 %	7 %	6 %	8 %	7 %
	2	26 %	33 %	39 %	40 %	36 %
	3	30 %	31 %	28 %	30 %	30 %
	4	25 %	22 %	22 %	14 %	20 %
	5	14 %	7 %	5 %	9 %	8 %
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 5:

		Hvor lenge har du praktisert i kommunen der du jobber i dag?				
		1-5	6-10	11-15	Over 15	Total
Grad av henvisning til "Raskere tilbake"	1	5 %	4 %	10 %	8 %	7 %
	2	29 %	38 %	31 %	41 %	36 %
	3	28 %	34 %	31 %	28 %	29 %
	4	25 %	17 %	22 %	17 %	20 %
	5	13 %	7 %	6 %	7 %	8 %
	Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabell 6 gir en oversikt over hvordan leger i landets fylker fordeler seg i forhold til selvrapportert grad av henvisning. Betrakter vi summen av svarkategori 1 (ikke i det hele tatt) og svarkategori 2 (i liten grad), så peker Aust-Agder, Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland seg ut med samlet andel over 50 prosent for svarkategori 1 og 2. Akershus og Oppland ligger også høyt. I disse fylkene finner vi den største andelen av legene som ikke har henvist til ordningen/i liten grad har henvist til ordningen. Aust-Agder, Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland har samtidig forholdsvis lave andeler av leger som svarer kategori 4 (i stor grad) og kategori 5 (i svært stor grad), henholdsvis 24, 14, 23 og 20 prosent.

Når det gjelder svarkategori 4 (i stor grad) og 5 (i svært stor grad), peker Hedmark, Buskerud, Vestfold, Sør-Trøndelag og Troms seg ut med andeler lik eller over 40 prosent. Rogaland og Nord-Trøndelag ligger også forholdsvis høyt.

Den fylkesvise variasjonen er interessant. Den kan i prinsippet avspeile variasjoner i antall sykmeldte; variasjoner i kapasitet innen "Raskere tilbake"-prosjekt; variasjoner i typer av "Raskere tilbake"-prosjekt og institusjonelle forskjeller når det gjelder samhandling og utveksling av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. En annen forklaringsfaktor kan være at enhver "nyvinning" vil kreve tid før ordningen blir tatt i bruk av det store flertallet. Dessuten representerer noen av tiltakene lavterskeltilbud som ikke har vært tilgjengelig for fastlegene tidligere og som det dermed krever noe tid å bli kjent med. Lavterskeltilbud innen muskel-skjelettsykdommer og psykisk helse er eksempler på slike tilbud.

Tabell 6: Graden av henvisninger til "Raskere tilbake, fylkesfordelt.

		Grad av henvisning til "Raskere tilbake"					
		1	2	3	4	5	Total
	Østfold	4 %	38 %	35 %	15 %	8 %	100 %
	Akershus	4 %	43 %	31 %	14 %	7 %	100 %
	Oslo	11 %	30 %	35 %	20 %	5 %	100 %
	Hedmark	5 %	37 %	11 %	37 %	11 %	100 %
	Oppland	8 %	38 %	26 %	28 %	0 %	100 %
	Buskerud	0 %	26 %	34 %	25 %	15 %	100 %
	Vestfold	2 %	7 %	46 %	34 %	10 %	100 %
	Telemark	3 %	31 %	41 %	21 %	3 %	100 %
	Aust-Agder	15 %	41 %	21 %	21 %	3 %	100 %
Hvilket fylke jobber du i?	Vest-Agder	13 %	23 %	41 %	21 %	3 %	100 %
	Rogaland	4 %	30 %	28 %	19 %	19 %	100 %
	Hordaland	10 %	51 %	25 %	11 %	3 %	100 %
	Sogn og Fjordane	7 %	29 %	36 %	14 %	14 %	100 %
	Møre og Romsdal	5 %	50 %	23 %	18 %	5 %	100 %
	Sør-Trøndelag	5 %	26 %	29 %	26 %	15 %	100 %
	Nord-Trøndelag	3 %	26 %	32 %	26 %	12 %	100 %
	Nordland	14 %	49 %	18 %	16 %	4 %	100 %
	Troms	2 %	24 %	29 %	33 %	12 %	100 %
	Finnmark	0 %	39 %	33 %	22 %	6 %	100 %
	Total	6 %	35 %	30 %	21 %	8 %	100 %

I kapittel 4 presenteres resultater fra en analyse der målsettingen er å fastslå om variasjonene mellom fylkene når det gjelder graden av henvisning til "Raskere tilbake" er statistisk signifikante. I kapittel 4 ser vi med andre ord ikke utelukkende på betydning av legenes

lokalisering, men inkluderer også en rekke andre viktige forklaringsfaktorer (som listelengde, legenes alder og kjønn og svar som legene har avgitt på sentrale spørsmål om ordningen).

Før vi ser nærmere på hvilke faktorer som kan forklare legenes henvisningsgrad, skal vi imidlertid se på svarfordelingene på en rekke andre viktige enkeltspørsmål fra undersøkelsen. I korthet kan vi si at spørreundersøkelsen er bygget opp rundt tre hovedkategorier av spørsmål:

- (i) spørsmål om fastlegenes kjennskap til ordningen;
- (ii) spørsmål om fastlegenes vurderinger av hensiktsmessigheten ved tilbudet og
- (iii) spørsmål om fastlegenes oppfatninger knyttet til utfordringer i bruken av ordningen.

3.1 Fastlegenes kjennskap til Raskere tilbake

Forventningene er at ordningen er kjent for det store flertall av fastlegene gitt at arbeidet med å implementere ordningen startet ved årsskiftet 2006/2007. Riktignok tok det noe tid før behandlingstilbudene ble etablert rundt om i landet. Krav om skjermede enheter med egne ansatte, krav om administrative rutiner som skal sikre sporbarhet når det gjelder ressursbruken, og krav til utformingen og utvelgelsen av behandlingstilbudene bidro til at det var først mot høstparten 2007 at Raskere tilbake kunne sies å være ”oppe å gå”. Helsedirektoratet, som er tildelt ansvaret for å følge opp Raskere tilbake innen spesialisthelsetjenesten, avventet derfor å gjennomføre informasjonskampanjer i påvente av at tilbudene skulle bli etablert.

På spørsmål om man kjenner til ”Raskere tilbake”-tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten i egen helseregion eller andre regioner (sp.2), svarte 97,4 prosent av de som svarte på undersøkelsen bekreftende. Av de som svarte på dette spørsmålet, var det 2,6 prosent som ikke kjente til tilbudet. Det er derfor grunn til å konkludere med at kjennskapet til tilbudet er god, og at manglende kjennskap blant fastlegene ikke fremstår som en flaskehals i bruken av ”Raskere tilbake”. Som vi skal komme tilbake til under, kan det være andre årsaker til at man ikke anvender ordningen like hyppig som kjennskapet skulle tilsi.

Hovedinformasjonskildene (respondentene kunne bruke flere svaralternativer) om tilbudene var informasjon gjennom NAV (78,6%), Tidsskrift for den norske legeforening (31,8%) og

brev fra Helsedirektoratet (30,2%). Dagens medisin og informasjon gjennom spesialisthelsetjenesten var også hyppig brukte svaralternativ (sp.1⁶).

Når det gjelder kjennskapen til at ordningen også er åpen for personer som står i fare for å bli sykmeldt (sp.5), svarer 75,8 prosent bekreftende. Rundt en fjerdedel svarte med andre ord nei på dette spørsmålet. Av de som svarte at de var oppmerksomme på denne muligheten, så er fordelingen ganske delt på midten når det gjelder henvisning av slike pasienter (sp. 6). 49,4 prosent svarte at de hadde henvist personer som stod i fare for å bli sykmeldt, mens 50,6 prosent svarte nei på dette spørsmålet. Ikke alle informerer personer som står i fare for å bli sykmeldt om tilbudet (sp. 7). Flertallet gjør det (56,9%), men andelen som ikke gjør det er likevel betydelig (43,1%).

Om lag 75 prosent av de som svarte på undersøkelsen kjenner dessuten til at NAV har egne tiltak under ordningen Raskere tilbake (sp. 12).⁷ Bare 7,5 prosent svarte at de ikke kjente til noen av tiltakstypene, dvs. avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering. Arbeidsrettet rehabilitering er best kjent blant fastlegene, med en "kjennskapsandel" på 75,5 prosent (sp. 13). Fastlegene er også godt orientert om tilbydere av arbeidsrettet rehabiliteringstjenester i eget fylke (sp. 14): 74,2 prosent svarte bekreftende på dette spørsmålet. Det er dessuten interessant å registrere at hele 68,9 prosent av fastlegene svarer at de har bidratt til å få pasienter med på arbeidsrettet rehabilitering i regi av NAV (sp. 15).

Vi registrerer at kjennskapen til ordningen er god. Henvisningsgraden kan imidlertid, som antydnet over, også påvirkes av andre forhold enn kjennskap til ordningen.

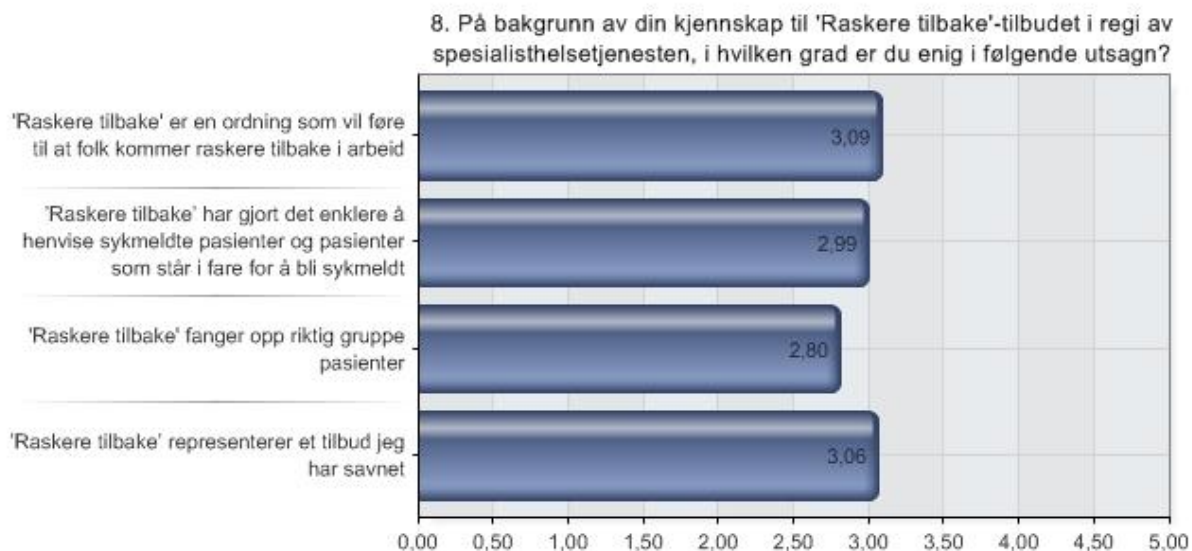
3.2. Fastlegenes vurdering av "Raskere tilbake"

Figur 2 gir et inntrykk av hvordan fastlegene vurderer noen sider ved behandlingstilbudet slik de kjenner det. Oppslutningen er ikke udelt positiv. Gjennomsnittscorene på spørsmålene er rundt 3⁸, dvs. at man bare i forholdsvis liten grad sier seg enig i påstandene, som alle er av positiv valør i forhold til "Raskere tilbake".

⁶ Forkortelsen sp.1 henviser til spørsmål 1 i spørreundersøkelsen, sp.2 henviser til spørsmål 2 osv, jf. vedlegget.

⁷ Måten undersøkelsen var lagt opp på innebar at 265 eller rundt 25 prosent, ikke svarte på de påfølgende spørsmålene om NAV, som var betinget på ja-respons på spørsmål 12.

⁸ Svarkategori 1 = helt uenig; kategori 2 = delvis/noe uenig; kategori 3 = nøytral; kategori 4 = delvis/noe enig og kategori 5 = helt enig.



Figur 2. Fastlegenes vurdering av noen påstander knyttet til "Raskere tilbake".

Ser vi nærmere på de bakenforliggende dataene, så viser figur 3 at om lag 35 prosent av legene sier seg noe enige eller helt enige i at "Raskere tilbake" er en ordning som vil bidra til at sykmeldte faktisk kommer raskere tilbake i arbeid enn tidligere. I forhold til målsettingen med ordningen, er det interessant at de fleste av legene som har deltatt i undersøkelsen har en avmålt oppfatning av om tiltakene faktisk bidrar til ordningens viktigste suksesskriterium. Det er interessant av tre grunner.



Figur 3.

For det første dersom oppfatningen faktisk baserer seg på erfaringer som er gjort med sykmeldte pasienter. Dersom oppfatningen stemmer med den reelle situasjonen, kan det være behov for å endre innretningen på de eksisterende tiltakene med sikte på å bedre behandlingseffektene, korte ned ventetidene på "Raskere tilbake" tiltak mv. Her kan man imidlertid stille spørsmål ved om legene er i stand til objektivt å vurdere tiltakseffektene, selv med lang klinisk erfaring.

For det andre, og kanskje mer viktig i forhold til bruken av ordningen, er det interessant dersom oppfatningen ikke stemmer med den reelle situasjonen, men at det fører til at legene er avmålte i forhold til å henvise pasienter til tiltakene. Dersom denne effekten er sterk, så kan henvisningsgraden være lavere enn ønskelig sett fra myndighetenes side.

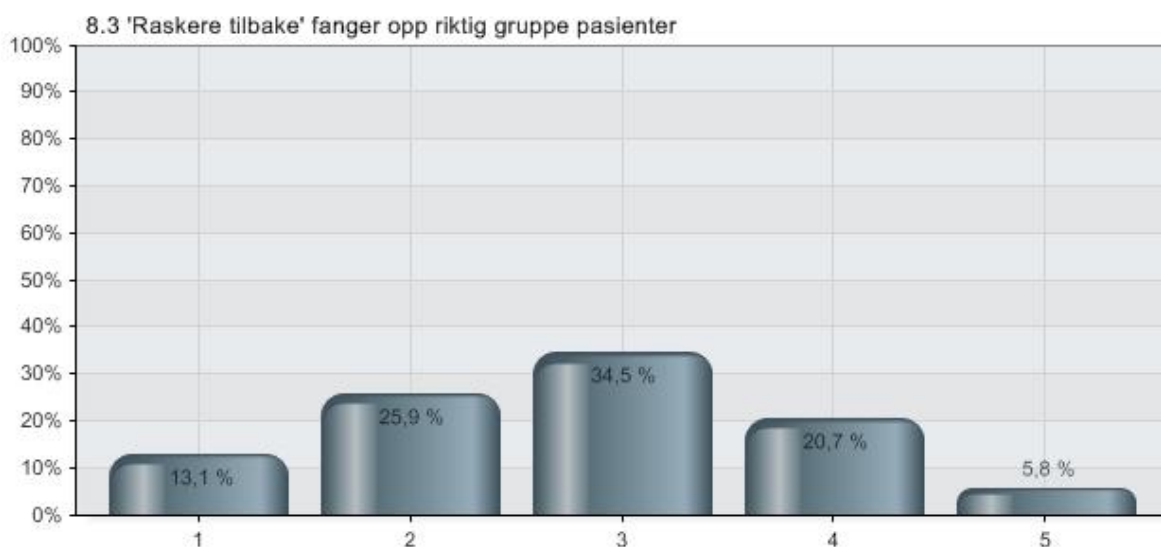
Et tredje forhold er at de mindre entusiastiske legene kanskje ikke legger like stort arbeid ned i å henvise de "riktige" pasientene, dvs. de pasientene som har forventet størst effekt av behandlingen sammenliknet med å ikke få noe tilbud i det hele tatt. Man kan frykte at leger som ikke har tro på ordningen er mindre nøye med hvem de henviser til "Raskere tilbake"-tiltak og når henvisningen blir gjort i sykemeldingsperioden.

På den andre siden, så illustrere figur 4 at nær 40 prosent oppfatter det slik at "Raskere tilbake" gjør det enklere å henvise sykmeldte pasienter, eller personer som står i fare for å bli sykmeldt, enn tidligere. Flertallet deler likevel ikke denne oppfatningen, dersom vi velger å ta med kategori 3 svarene. Uansett er det slik at 37 prosent sier seg helt uenige/noe uenig i påstanden (kategori 1 og 2).



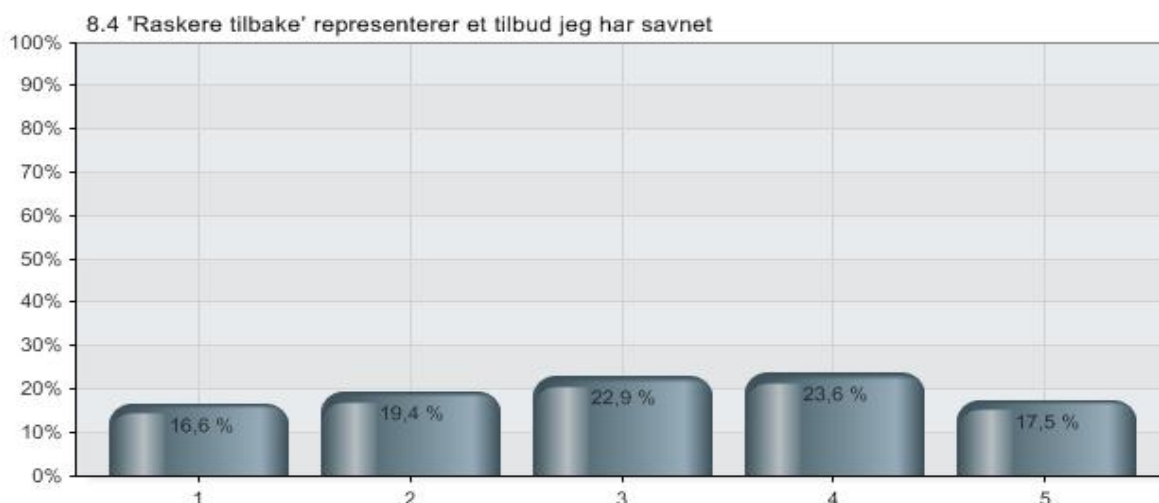
Figur 4.

Figur 5 viser en relativ lav oppslutning om påstanden at ordningen fanger opp de rette pasientgruppene. Bare rundt 27 % sier seg helt enige/ganske enige i påstanden. Dette resultatet er også interessant fordi det kan være en indikasjon på at tiltakene som er etablert ved helseforetakene ikke godt nok stemmer overens med behovene som legene ser.⁹



Figur 5.

Til tross for de forholdsvis avmålte vurderingene som kommer til uttrykk i undersøkelsen, så er det likevel slik at rundt 40 prosent sier seg noe enig eller helt enige i at ”Raskere tilbake” representerer et tilbud man har savnet (figur 6).



Figur 6.

⁹ P.g.a. spørsmålsformuleringen kan det være at svarene også fanger opp de som er uenig i ordningen bare gjelder sykmeldte, selv om spørsmålsbolken knytter seg til sykmeldte arbeidstakere.

Dette forandrer likevel ikke vårt hovedinntrykk. Blant legene som har deltatt i undersøkelsen, så er ikke oppfatningen av ”Raskere tilbake” udeelt positiv. Hvor avgjørende dette er for ordningen er ikke uten videre enkelt å svare på. Vi vet at utnyttelsen av ordningen ligger på et nivå som er nær den kapasiteten som følger av de tildelte midlene (jf. statusrapporter fra NAV). Isolert sett kan man derfor argumentere for at selv om ikke entusiasmen blant fastlegene som har besvart undersøkelsen kan sies å være høy, så er henvisningsgraden høy nok i forhold til midlene som er stilt til disposisjon.

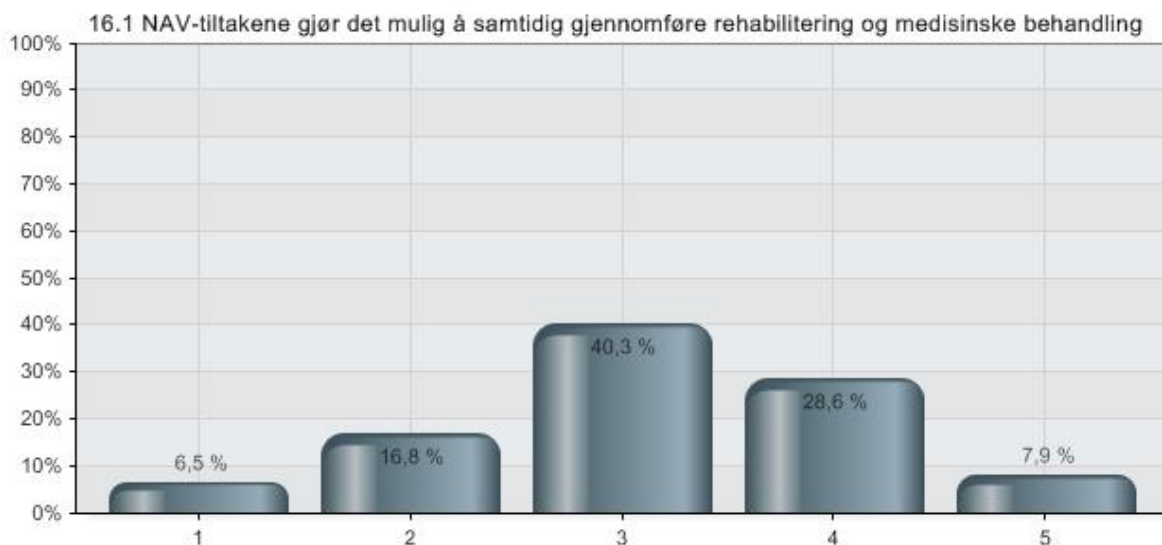
3.3 *Utfordringer i bruken av ”Raskere tilbake”*

Når det gjelder hvilke utfordringer fastlegene ser ved bruken av ”Raskere tilbake”, så peker flere forhold seg ut (sp. 10, flere svaralternativer mulig), som det fremgår av tabell 7.

Tabell 7. På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom ”Raskere tilbake”, hva ser du som utfordringer ved bruken av ordningen? Flere svaralternativer mulig.

Svaralternativer	Prosent	Verdi
1 Utvelgelsen av pasienter som bør delta på 'Raskere tilbake'-prosjekt	50,0 %	517
2 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten	52,0 %	538
3 Samarbeidet med arbeidsgiverne	20,3 %	210
4 Koordinering av ulike løp for pasienten mellom spesialisthelsetjenesten og NAV	62,7 %	649
5 Pasientene ønsker ikke å delta i ordningen	3,2 %	33
6 Mangelfull informasjon om ordningen	31,3 %	324
Total		1035

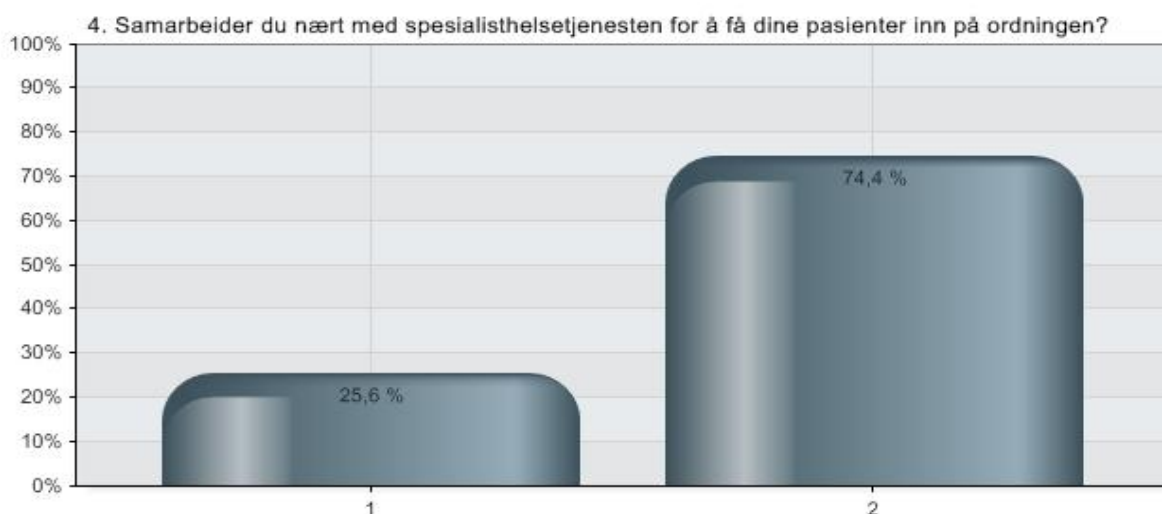
For det første har 62,7 prosent av legene indikert at ”koordinering av ulike løp for pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og NAV er en utfordring”. Oppfatningen av denne utfordringen er likevel mer nyansert enn prosentandelen tilsier. Blant de som svarte at de kjente til at NAV hadde egne tiltak innen ”Raskere tilbake”, (de som svarte ja på sp. 12), er oppfatningen blant 36,5 prosent at NAV-tiltakene likevel gjør det mulig å gjennomføre både rehabilitering og medisinsk behandling (sp. 16).



Figur 8.

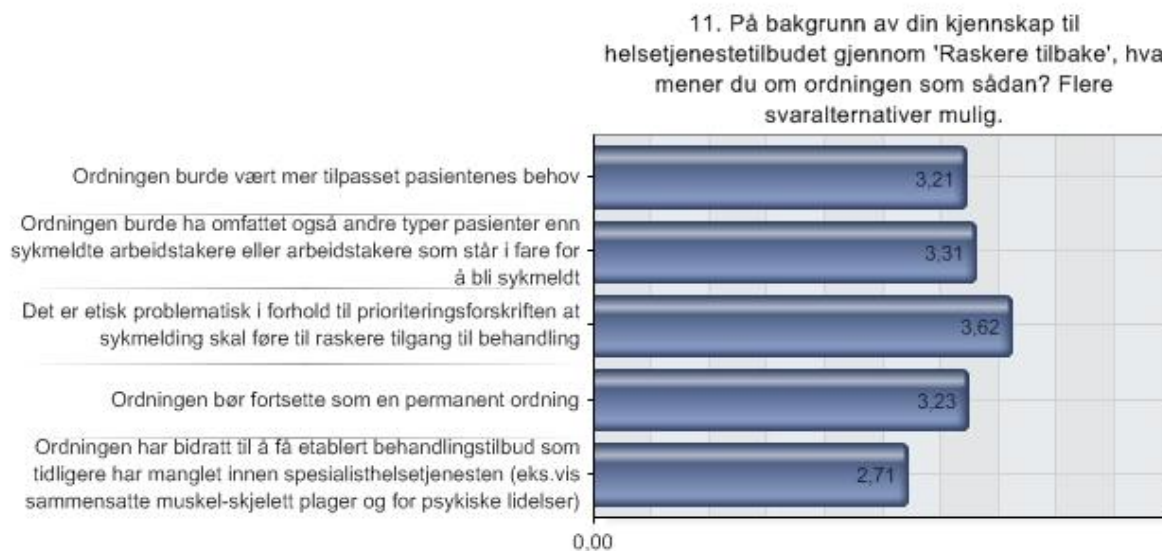
De som er uenig i denne påstanden utgjør om lag 24 prosent. Tar vi med svarkategori 3 blant de som heller til å være kritiske, så er inntrykket likevel rimelig klart og støtter opp under tolkningen av svarprosenten på alternativt 4 i tabell 7.

For det andre, 52 prosent av legene har brukt svarkategori ”samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er en utfordring i tilknytning til Raskere tilbake”. Det virker heller ikke som det er etablert nære samarbeidsrelasjoner mellom fastlegene og sykehusene, som figur 9 viser (sp. 4, svarkategori 1 = Ja, svarkategori 2 = Nei).



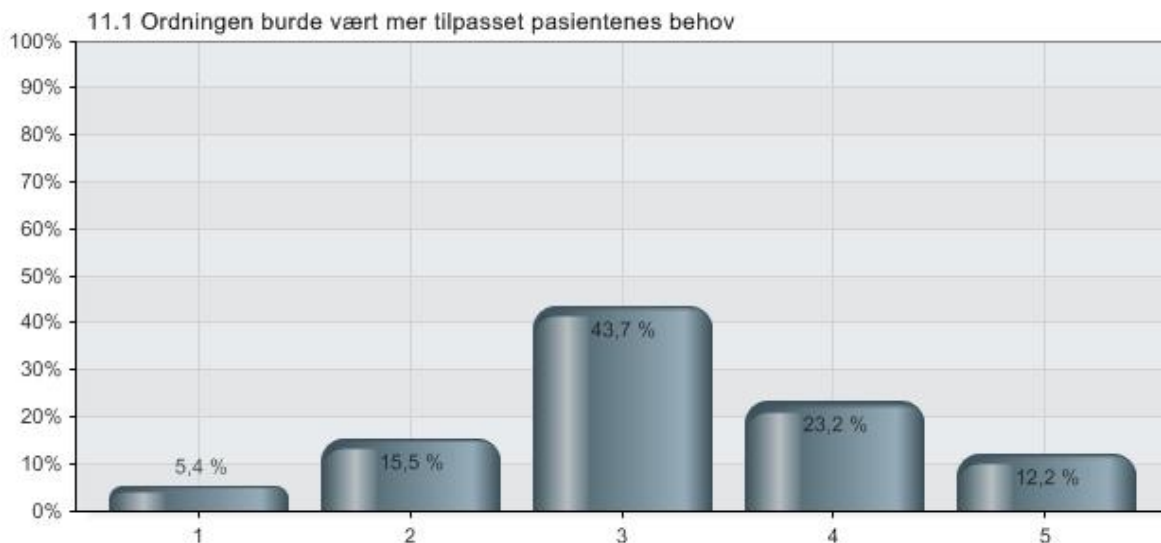
Figur 9.

For det tredje, mange påpeker også at utvelgelsen av pasienter som bør delta på ”Raskere tilbake”-tiltak representerer en utfordring (svarkategori 1 i tabell 7). Følgende figurer gir mer innsikt i denne problematikken:



Figur 10.

På en skala fra 1 = helt uenig til 5 = helt enig, er gjennomsnittsvurderingen av påstandene under spørsmål 11 rimelig like. Vi registrer likevel interessant spredning i svarene. Figur 11 viser svarfordelingen knyttet til påstanden 'Ordningsen burde vært mer tilpasset pasientens behov' (995 leger hadde brukt dette svaralternativet, ikke vist i tabell). Om lag 35 prosent sier seg helt eller delvis enig i denne påstanden, mens bare om lag 20 prosent sier seg helt uenig eller delvis uenig.



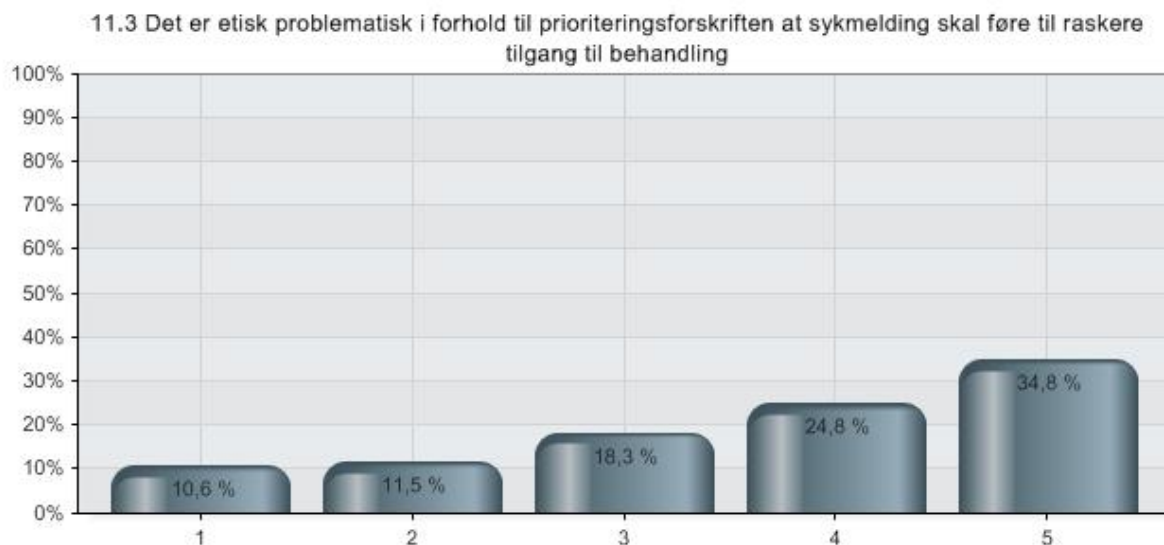
Figur 11.

Enda flere sier seg enige i påstanden at ordningen også burde være åpen for andre typer pasienter enn sykmeldte arbeidstakere. Det fremgår av figur 12 at om lag 48 prosent sier seg delvis eller helt enige i den påstanden.



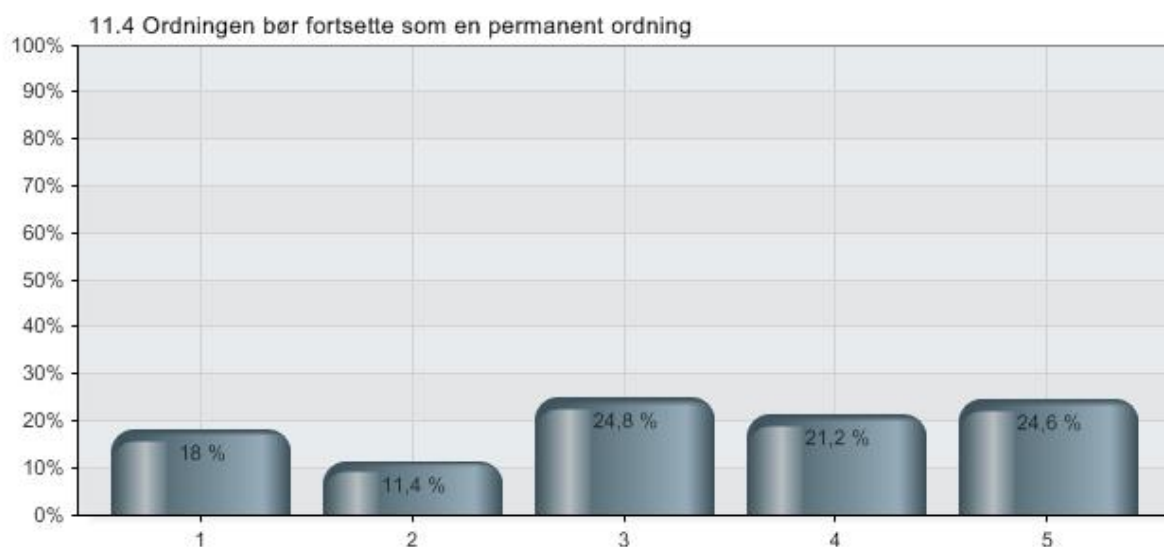
Figur 12.

Svaralternativet som samlet flest stemmer (1040), og som samtidig har den høyeste gjennomsnittsverdien, er 'Det er etisk problematisk i forhold til'. Figur 13 illustrerer bakgrunnsdataene:



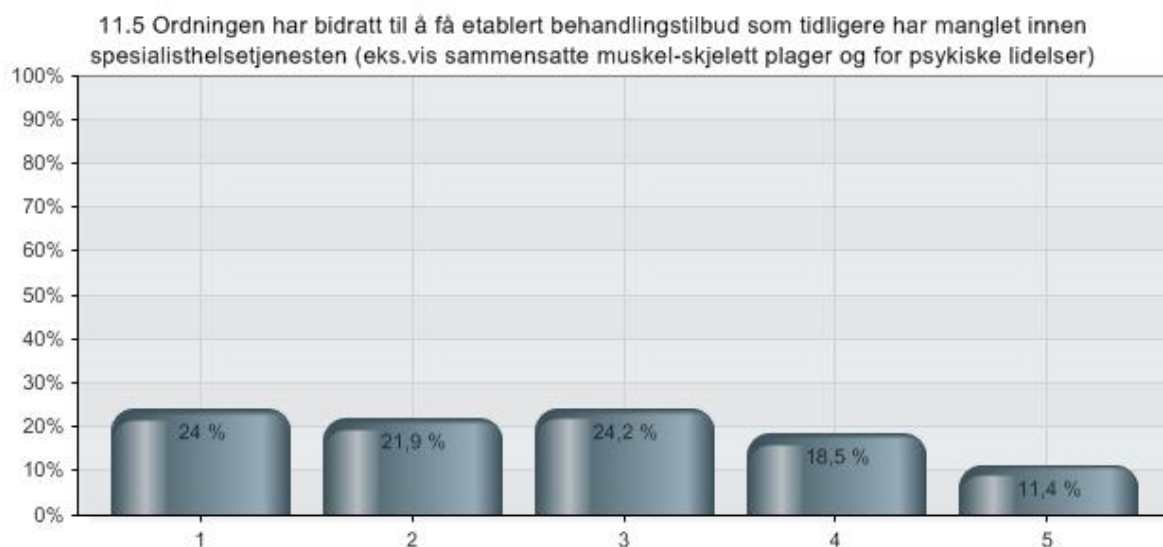
Figur 13.

Nær 60 prosent sier seg delvis eller helt enige i påstanden, som figur 13 viser. Samtidig er det slik at 46 prosent som sier seg helt eller delvis enig i dette at 'Ordnningen bør fortsette som en permanent ordning' (jf figur 14). Riktignok er det nær 30 prosent av de som har benyttet dette svaralternativet, som er helt uenig eller delvis uenig i at ordningen bør fortsette som en permanent ordning.



Figur 14.

Når det gjelder påstanden om at 'Ordningsen har bidratt til å få etablert behandlingstilbud som tidligere har manglet innen spesialisthelsetjenesten (eks.vis sammensatte muskel-skjelett plager og for psykiske lidelser)', så samler denne påstanden den laveste gjennomsnittscoren av alle påstandene som fastlegene skulle forholde seg til i tilknytning til spørsmål 11. Det er med andre ord denne påstanden som flest er helt eller delvis uenig i. Dette kan tyde på at legene ikke oppfatter tiltakene som nye, men som mer-kapasitet innenfor allerede eksisterende behandlingsformer.



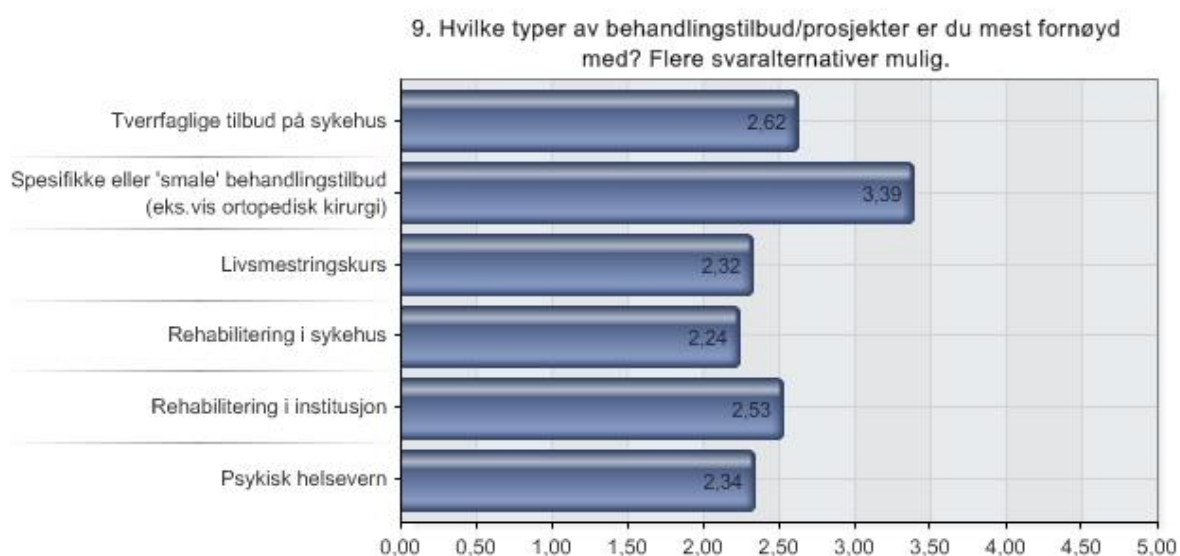
Figur 15.

En andel på om lag 46 prosent (svarkategori 1 og 2) sier seg helt uenig eller delvis uenig, som det fremgår av figur 15. Dette er en indikasjon på at de etablerte "Raskere tilbake"-prosjektene i regi av helseforetakene ikke er optimalt utformet sett fra fastlegenes synspunkt. Dette er interessant fordi det kan ha konsekvenser for graden av henvisning. Gitt at det er rimelig å anta at fastlegene kjenner de sykmeldtes behov best, så er vår vurdering av graden av henvisninger at den er lavere enn hva man kunne ønske.

3.4 Nærmere om fastlegenes vurdering av typer av "Raskere tilbake"-tiltak

Her redegjøres det nærmere for vurderingene som fastlegen har gjort av konkrete typer av tiltak. Som vi skal se, utfyller disse svarene påpekingen over når det gjelder utformingen av tilbudene.

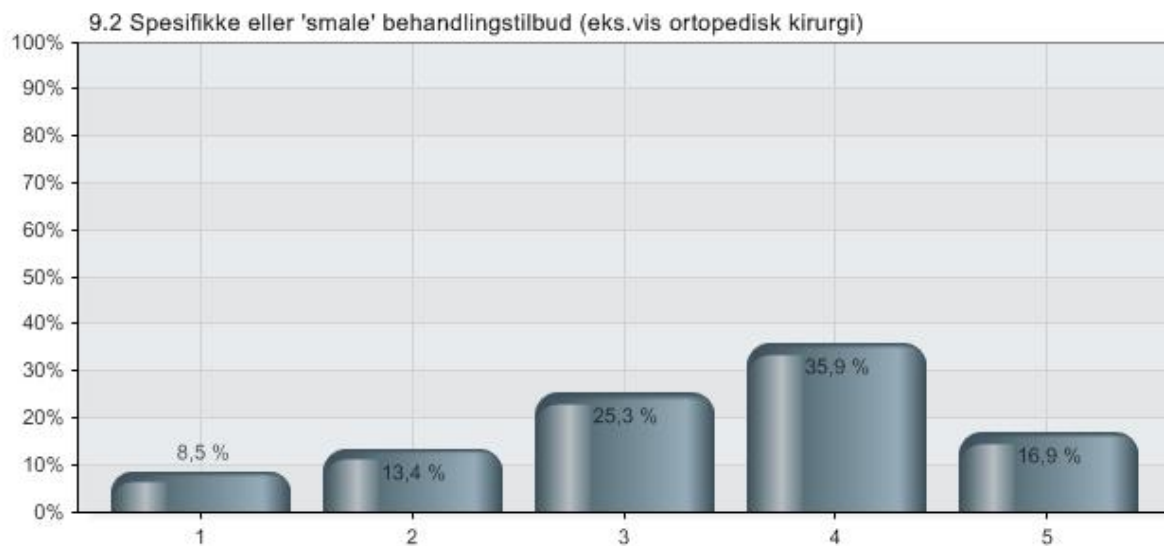
Vi spurte spesifikt om seks typer av behandlingstilbud. På spørsmål om hvor fornøyd man er med disse kategoriene av tilbud (sp. 9), svarer fastlegene gjennomgående på en måte som indikerer at man ikke er fornøyd med tingenes tilstand. Som det fremgår av figur 16, så er det forholdsvis lave gjennomsnittsverdier på hvor fornøyde legene er. Spesifikke eller "smale" tilbud kommer best ut, mens rehabilitering i sykehus kommer dårligst ut. En mulig feilkilde er at svarene kan reflekterer både en kvantums- og en kvalitetsvurdering. Etter vår oppfatning er vurderingene uansett lave, men det er umulig å si om vurderingen skyldes erfaringer med køer, tilbakemeldinger om kvaliteten på tilbudene eller en kombinasjon av disse.



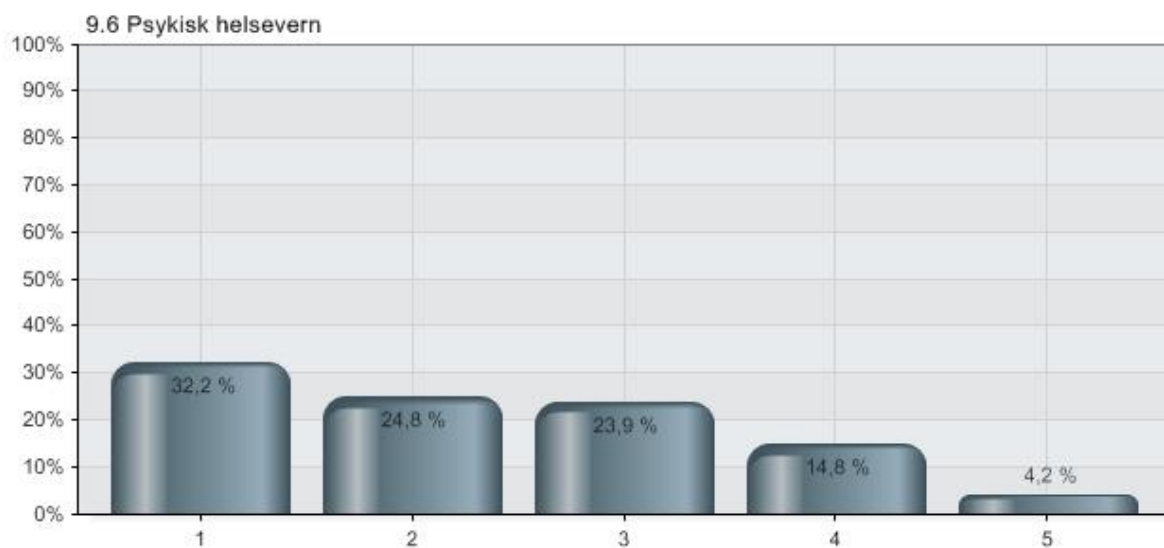
Figur 16.

Psykisk helsevern, livsmestringskurs og tverrfaglige tilbud kommer alle lavt ut, noe som er uheldig gitt den vekten slike tiltak ble gitt i styringsdokumentene som ble sendt til de

regionale helseforetakene. Figurene 17 og 18 viser svarfordelingen når det gjelder henholdsvis 'Spesifikke eller 'smale' behandlingstilbud...' og 'Psykisk helsevern':



Figur 17.



Figur 18.

4. Regresjonsanalyser

I denne delen av rapporten ser vi nærmere på hvilke forhold som kan forklare variasjonen i henvisningsgrad mellom legene. Man kan tenke seg flere ulike måter å analysere dette spørsmålet på, men vi velger her å benytte regresjonsanalyser. Den viktigste fordelen med regresjonsanalyser, sammenlignet for eksempel med korrelasjonsmatriser, er at vi kan studere effekten av en forklaringsvariabel, som legenes bostedsfylke, samtidig som vi har kontrollert for andre ulikheter ved legene.

Hovedmålsettingen med dette kapittelet er å foreta en systematisk vurdering av hvilken betydning enkeltfaktorene omtalt i kapittel 3 har for graden av henvisning til ”Raskere tilbake”. I gjennomføringen av en slik systematisk analyse, benytter vi såkalte ”ordered probit”-modeller. Årsaken er at den avhengige variabelen er ordinal (svaralternativer fra 1 til 5), noe som gjør det mulig å rangere svaralternativene, men at ”avstanden” mellom de ulike alternativene er ubestemt. Vi kan med andre ord ikke si at eksempelvis avstanden mellom 1 og 2 er like stor som avstanden mellom 4 og 5. Dette innebærer at den vanlige lineære regresjonsmodellen (OLS) ikke er særlig velegnet, siden denne forutsetter at den avhengige variabelen er kontinuerlig.

Som forklaringsvariabler i analysen, bruker vi informasjon om legene hentet fra spørreundersøkelsen (legens kjønn og alder, om legen er spesialist eller deltar i en gruppe praksis og legens listelengde). Vi bruker også svarene fra noen av spørsmålene som forklaringsvariabler (spørsmål 8.1 til 8.4¹⁰ og spørsmål 10.1 til 10.6). I tillegg inkluderer vi variabler for fylket hvor legen har sin praksis.

Variablene vi benytter er av to typer, noe som har betydning for tolkningen av resultatene. Dummy-variabler er variabler som har verdien 1 eller 0, og som derfor deler utvalget i to grupper. Variablene ”Mann”, ”Gruppepraksis”, ”Spesialist”, samt svarene på spørsmål 8.1 til 8.4 og 10.1 til 10.6 er av denne typen. Om vi for eksempel finner en negativ effekt for variabelen ”Mann”, betyr dette at mannlige leger (i gjennomsnitt) har en lavere (rapportert) henvisningsgrad enn kvinnelige leger. De andre forklaringsvariabler er kategoriske, noe som innebærer at variablene deler utvalget i flere grupper (kategorier). For eksempel er legene delt etter alder (yngre enn 35 år, 35 til 45 år, 46 til 55 år og eldre enn 55 år). I regresjonsanalysen utelater vi en av gruppene (leger yngre enn 35 år), og resultatene som er gjengitt i tabellen

¹⁰ På spørsmål 8.1 til 8.4 har vi gruppert legene i to kategorier; de som svarer 4 og 5 har verdien 1 og de som svarer 1, 2 eller 3 har verdien 0.

nedenfor viser da hvordan leger i alderen 35 til 46, 46 til 55 og eldre enn 55, svarer i forhold til den utelatte gruppen. Om koeffisienten er positiv, betyr det at denne gruppen rapporterer en høyere henvisningsgrad enn sammenligningsgruppen (leger yngre enn 35 år), mens det er motsatt om koeffisienten er negativ.

I tabell 8 gjengir vi resultatene fra analysen. I den første kolonnen rapporterer vi koeffisient-estimer. Disse er best egnet til å si noe om retningen i sammenhengene, og om sammenhengene er statistisk signifikante, men er mindre egnet til å si noe eksakt om styrken i sammenhengene. Koeffisienter som er merket med stjerner er statistisk signifikante (noe forenklet vil det si at det er mindre sannsynlig at sammenhengen opptrer ved en ren tilfeldighet sammenliknet med koeffisienter som ikke er signifikante).

For å kunne si noe mer presist om styrken rapporterer vi marginaleffekter i kolonne to og tre. Kolonne to angir sannsynligheten for at respondenten skal velge svaralternativ 2, mens kolonne tre angir sannsynligheten for at respondenten skal velge alternativ 4. Årsaken til at vi har valg å se på sannsynligheten for å svare alternativ 2 og 4, er at dette er de to svaralternativene som flest leger benytter.

Fra tabell 8 ser vi at mannlige leger synes å benytte ordningen i mindre grad enn kvinnelige leger. Som antydnet i kapittel 3 (tabell 4), ser det også ut til at henvisningsgraden varierer med legens alder. Sammenhengen er ikke helt entydig, men det ser ut for å være en tendens til at yngre leger benytter ordningen mer enn eldre leger. Vi finner videre at også listelengde påvirker i hvilken grad ordningen brukes av legene; jo flere pasienter en lege har, desto mer benytter legen ordningen. Dette kan imidlertid være en effekt av at det å ha mange pasienter også gir flere aktuelle pasienter for ordningen.

Når det gjelder spørsmålene fra undersøkelsen som er brukt som forklaringsvariabler, ser vi at de legene¹¹ som er enig i at "Raskere tilbake" er en ordning som vil føre til at folk kommer raskere tilbake i arbeid (spørsmål 8.1) og at "Raskere tilbake" har gjort det enklere å henvise sykmeldte pasienter og pasienter som står i fare for å bli sykmeldt (spørsmål 8.2) er signifikant mer tilbøyelig til å henvise pasienter til ordningen. Også når det gjelder 8.3 ("Raskere tilbake" fanger opp riktig gruppe pasienter) og 8.4 ("Raskere tilbake" representerer et tilbud jeg har savnet) finner vi en signifikant positiv sammenheng.

¹¹ Det vil si de legene som har svart alternativ 4 eller 5 på spørsmålet.

Den siste gruppen av spørsmål (10.1 til 10.6) dreier seg om hva legen ser som den største utfordringen ved bruken av ordningen. De legene som ser på utvelgelsen av pasienter (spørsmål 10.1) og mangelfull informasjon (spørsmål 10.6) som problematisk, er også signifikant mindre tilbøyelig til å benytte ordningen. De legene som ser på samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (spørsmål 10.2) og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og Nav (spørsmål 10.4) som problematisk synes derimot (noe overraskende) å henvise flere pasienter inn i ordningen enn andre leger. For de to siste spørsmålene (Samarbeid med arbeidsgiverne (10.3) og Pasienter ønsker ikke å delta i ordningen (10.5) er det ingen signifikante sammenhenger. Som vi var inne på i kapittel 3, kan det i noen tilfeller være problematisk å fastslå om disse sammenhengene er kausale og resultatene bør derfor tolkes med en viss forsiktighet.

Tabell 8. Spørsmål 3: I hvilken grad henviser du pasienter til spesialisthelsetjenesten?

	Koeffisient estimat	Marginal effekter, (alternativ 2)	Marginal effekter, (alternativ 4)
Mann	-0.155* (0.080)	0.049* (0.025)	-0.035* (0.018)
<i>Alder (basiskategori: yngre enn 36 år)</i>			
36 – 45 år	-0.237** (0.123)	0.073** (0.037)	-0.051** (0.026)
46 – 55 år	-0.175 (0.132)	0.055 (0.041)	-0.039 (0.029)
Over 55 år	-0.227*** (0.135)	0.071** (0.041)	-0.050** (0.029)
Gruppe praksis	0.171 (0.116)	-0.053 (0.036)	0.037 (0.024)
<i>Listelengde (basiskategori: færre enn 1000 pasienter)</i>			
Liste 1000 – 1500	0.227*** (0.087)	-0.071*** (0.027)	0.050*** (0.019)
Liste 1500 – 2000	0.352*** (0.119)	-0.109*** (0.037)	0.080*** (0.028)
Spesialist	-0.032 (0.098)	0.010 (0.031)	-0.007 (0.022)
Spørsmål 8.1	0.483*** (0.095)	-0.149*** (0.029)	0.108*** (0.022)
Spørsmål 8.2	0.588*** (0.089)	-0.180*** (0.027)	0.130*** (0.021)
Spørsmål 8.3	0.265*** (0.099)	-0.083*** (0.031)	0.060*** (0.023)
Spørsmål 8.4	0.219** (0.090)	-0.068** (0.028)	0.049** (0.020)
Spørsmål 10.1	-0.136* (0.072)	0.043* (0.023)	-0.030* (0.016)
Spørsmål 10.2	0.201*** (0.073)	-0.063*** (0.023)	0.045*** (0.016)
Spørsmål 10.3	-0.009 (0.090)	0.003 (0.028)	-0.002 (0.020)
Spørsmål 10.4	0.191*** (0.074)	-0.060*** (0.023)	0.042*** (0.016)
Spørsmål 10.5	-0.114 (0.205)	0.035 (0.063)	-0.025 (0.044)
Spørsmål 10.6	-0.339*** (0.080)	0.104*** (0.025)	-0.073*** (0.017)
<i>Sentralitet (basiskategori: storby)</i>			
Distrikt	-0.228** (0.143)	0.085** (0.043)	-0.059** (0.029)
By	-0.053 (0.127)	0.016 (0.040)	-0.012 (0.028)
<i>Fylke (basiskategori: Østfold)</i>			

SNF-rapport nr. 24/09

Akershus	-0.573** (0.238)	0.164*** (0.057)	-0.113*** (0.039)
Oslo	-0.484** (0.207)	0.142*** (0.054)	-0.098*** (0.037)
Hedmark	-0.085 (0.253)	0.026 (0.078)	-0.019 (0.055)
Oppland	-0.385 (0.253)	0.115* (0.068)	-0.079* (0.046)
Buskerud	0.008 (0.231)	-0.003 (0.072)	0.002 (0.052)
Vestfold	-0.176 (0.238)	0.054 (0.072)	-0.038 (0.050)
Telemark	-0.253 (0.263)	0.077 (0.077)	-0.054 (0.052)
Aust-Agder	-0.523** (0.250)	0.149*** (0.059)	-0.102*** (0.041)
Vest-Agder	-0.350 (0.244)	0.105 (0.068)	-0.072 (0.047)
Rogaland	-0.039 (0.226)	0.012 (0.071)	-0.009 (0.050)
Hordaland	-0.637*** (0.209)	0.179*** (0.047)	-0.123*** (0.033)
Sogn og Fjordane	-0.037 (0.299)	0.012 (0.093)	-0.008 (0.066)
Møre og Romsdal	-0.280 (0.272)	0.085 (0.079)	-0.059 (0.053)
Sør- Trøndelag	-0.139 (0.226)	0.043 (0.069)	-0.030 (0.048)
Nord- Trøndelag	0.099 (0.249)	-0.031 (0.078)	0.022 (0.057)
Nordland	-0.583*** (0.230)	0.164*** (0.052)	-0.112*** (0.036)
Troms	0.184 (0.238)	-0.057 (0.074)	0.042 (0.055)
Finnmark	0.100 (0.311)	-0.031 (0.097)	0.023 (0.071)

Til sist ser vi på geografiske forskjeller i tilbøyeligheten til å benytte ordningen. Det er en klar tendens til at leger i distriktskommuner benytter ordningen i mindre grad enn andre leger og det er nærliggende å tro at dette skyldes at pasientene i distriktskommunene har lengre avstand til spesialisthelsetjenesten. Om vi sammenligner leger med praksis i Østfold med leger fra Akershus, Oslo, Aust-Agder, Hordaland og Nordland, så finner vi at de er signifikant mindre tilbøyelig til å henvise pasienter. I tillegg ser det også ut til (fra kolonne 2 og 3) å være en tendens til at leger med praksis i Oppland benytter ordningen i mindre grad enn legene med praksis i Østfold.

Den fylkesvise variasjonen i henvisningsgrad kan skyldes flere forhold. For eksempel kan det være fylkesvise variasjoner i etterspørselen (antall og typer sykmeldte), det kan være fylkesvise variasjoner i tilbudet (kapasitet og typer "Raskere tilbake"-prosjekt) og det kan være institusjonelle forskjeller når det gjelder samhandling og utveksling av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene.

5. Avsluttende kommentarer

Basert på svarfordelingen knyttet til henvisningsgraden, så virker det rimelig å konkludere med at bruken av ordningen er "midt på treet". Vi vet imidlertid at utnyttelsen av ordningen ligger på et nivå som er nær de økonomiske rammene som følger av de tildelte midlene, så henvisningsgraden trenger ikke være et problem for ordningen som sådan. Fordelingen av henvisningsgraden kombinert med svarfordelingen på flere andre nøkkelspørsmål, gir imidlertid grunnlag for en viss ettertanke. For det første er det slik at bare omlag 35 prosent av legene sier seg noe enige eller helt enige i at "Raskere tilbake" er en ordning som vil bidra til at sykmeldte faktisk kommer raskere tilbake i arbeid enn tidligere. I forhold til målsettingen med ordningen er det interessant at de fleste legene som har deltatt i undersøkelsen, har en avmålt oppfatning av om tiltakene faktisk bidrar til ordningens viktigste suksesskriterium. Det er bekymringsfullt dersom oppfatningen faktisk baserer seg på erfaringer som er gjort med sykmeldte pasienter og deltakelse på "Raskere tilbake"- tiltak. For det andre, og kanskje mer viktig i forhold til bruken av ordningen, er det grunn til ettertanke dersom oppfatningen ikke stemmer med den reelle situasjonen, men at det fører til at legene er avmålte i forhold til å henvise pasienter til tiltakene av andre grunner. Et tredje forhold som kan være av negativ karakter er dersom de mindre entusiastiske legene ikke legger like stort arbeid ned i å henvise de "riktige" pasientene, dvs. de pasientene som har forventet størst effekt av behandlingen sammenliknet med ikke å motta noe tilbud i det hele tatt, sammenliknet med de entusiastiske legene. Man kan frykte at leger som ikke har tro på ordningen er mindre nøye med hvem de henviser til "Raskere tilbake"-tiltak og når henvisningen blir gjort i sykemeldingsperioden.

Vi finner for øvrig at bare rundt 27 % sier seg helt enige i/ noe enig i påstanden at "Raskere tilbake" fanger opp de rette pasientgruppene. På den andre siden, nær 40 prosent oppfatter det slik at "Raskere tilbake" gjør det enklere å henvise sykmeldte pasienter, eller personer som står i fare for å bli sykmeldt, enn tidligere. Flertallet deler likevel ikke denne oppfatningen.

Svært mange mener dessuten at ordningen er problematisk i forhold til prioriteringsforskiiften. Vi spurte dessuten om en vurdering av seks typer av behandlingstilbud. På spørsmål om hvor fornøyd man er med disse kategoriene av tilbud, svarer fastlegene gjennomgående på en måte som indikerer at man ikke er fornøyd med tingenes tilstand.

Vårt hovedinntrykk er dermed at legene som har deltatt i undersøkelsen ikke er udelt positiv til "Raskere tilbake". Hvor avgjørende dette er for ordningen er ikke uten videre enkelt å svare på. Isolert sett kan man argumentere for at selv om ikke entusiasmen blant fastlegene som har besvart undersøkelsen kan sies å være høy, så er henvisningsgraden i populasjonen av fastleger høy nok i forhold til midlene som er stilt til disposisjon.

Referanser

Drangslund, K.A. og E. Kjerstad (2008): Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester – Delrapport 1, SNF-rapport 18/08, Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Kjerstad, E. og B. Ravneberg (2008): Fornøyd med 'Raskere tilbake' – resultater fra en brukerundersøkelse, SNF-rapport 19/08, Samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Statusrapporter (2007, 2008) – Tilskudd til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester, NAV

VEDLEGG**SPØRRESKJEMA****Tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester**

1087 respondenter (1087 unike)

1. Hvor fikk du informasjon om 'Raskere tilbake' tjenestetilbudene som spesialisthelsetjenesten står bak? Flere svaralternativer mulig.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Tidsskrift for Den norske legeforening	31,8 %	344
2 Dagens medisin	26,7 %	289
3 Informasjon gjennom spesialisthelsetjenesten	25,0 %	270
4 Informasjon gjennom NAV	78,6 %	850
5 Forskrift fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet	5,5 %	59
6 Brev fra Helsedirektoratet	30,2 %	327
7 Kollega	14,1 %	152
8 Andre medieoppslag	12,4 %	134
9 Annet	8,1 %	88
10 Jeg har ikke hørt om ordningen	0,8 %	9
Total		1081

2. Kjenner du til 'Raskere tilbake'-tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten i din helseregion eller andre helseregioner?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	97,4 %	1037
2 Nei	2,6 %	28
Total		1065

3. I hvilken grad henviser du sykmeldte pasienter til 'Raskere tilbake'-tilbud i regi av spesialisthelsetjenesten?

På en skala fra 1 til 5, der 1= ikke i det hele tatt, mens 5= i svært stor grad.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	6,6 %	71
2 2	35,7 %	382
3 3	29,6 %	317
4 4	20,0 %	214
5 5	8,0 %	86
Total		1070

4. Samarbeider du nært med spesialisthelsetjenesten for å få dine pasienter inn på ordningen?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	25,6 %	273
2 Nei	74,4 %	794
Total		1067

5. Kjenner du til at ordningen også er åpen for personer som står i fare for å bli sykmeldt?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	75,8 %	810
2 Nei	24,2 %	258
Total		1068

6. Har du henvist personer som står i fare for å bli sykmeldt til ordningen?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	49,4 %	522
2 Nei	50,6 %	535
Total		1057

7. Informerer du pasienter som står i fare for å bli sykmeldt om ordningen?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	56,9 %	609
2 Nei	43,1 %	461
Total		1070

8. På bakgrunn av din kjennskap til 'Raskere tilbake'-tilbudet i regi av spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad er du enig i følgende utsagn?

På en skala fra 1 til 5, der 1=helt uenig, mens 5=helt enig.

Alternativer	N
1 'Raskere tilbake' er en ordning som vil føre til at folk kommer raskere tilbake i arbeid	1071
2 'Raskere tilbake' har gjort det enklere å henvise sykmeldte pasienter og pasienter som står i fare for å bli sykmeldt	1069
3 'Raskere tilbake' fanger opp riktig gruppe pasienter	1070
4 'Raskere tilbake' representerer et tilbud jeg har savnet	1068

8.1 På bakgrunn av din kjennskap til 'Raskere tilbake'-tilbudet i regi av spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad er du enig i følgende utsagn? - 'Raskere tilbake' er en ordning som vil føre til at folk kommer raskere tilbake i arbeid

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	7,1 %	76
2 2	24,2 %	259
3 3	32,9 %	352
4 4	24,7 %	265
5 5	11,1 %	119
Total		1071

8.2 På bakgrunn av din kjennskap til 'Raskere tilbake'-tilbudet i regi av spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad er du enig i følgende utsagn? - 'Raskere tilbake' har gjort det enklere å henvise sykmeldte pasienter og pasienter som står i fare for å bli sykmeldt

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	16,2 %	173
2 2	20,7 %	221
3 3	23,3 %	249
4 4	27,2 %	291
5 5	12,6 %	135
Total		1069

8.3 På bakgrunn av din kjennskap til 'Raskere tilbake'-tilbudet i regi av spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad er du enig i følgende utsagn? - 'Raskere tilbake' fanger opp riktig gruppe pasienter

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	13,1 %	140
2 2	25,9 %	277
3 3	34,5 %	369
4 4	20,7 %	222
5 5	5,8 %	62
Total		1070

8.4 På bakgrunn av din kjennskap til 'Raskere tilbake'-tilbudet i regi av spesialisthelsetjenesten, i hvilken grad er du enig i følgende utsagn? - 'Raskere tilbake' representerer et tilbud jeg har savnet

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	16,6 %	177
2 2	19,4 %	207
3 3	22,9 %	245
4 4	23,6 %	252
5 5	17,5 %	187
Total		1068

9. Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig.

På en skala fra 1 til 5, der 1= ikke i det hele tatt, mens 5= i svært stor grad.

Alternativer	N
1 Tverrfaglige tilbud på sykehus	958
2 Spesifikke eller 'smale' behandlingstilbud (eks.vis ortopedisk kirurgi)	1018
3 Livsmestringskurs	913
4 Rehabilitering i sykehus	903
5 Rehabilitering i institusjon	918
6 Psykisk helsevern	970

9.1 Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig. -**Tverrfaglige tilbud på sykehus**

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	22,2 %	213
2 2	24,3 %	233
3 3	28,4 %	272
4 4	19,4 %	186
5 5	5,6 %	54
Total		958

9.2 Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig. -**Spesifikke eller 'smale' behandlingstilbud (eks.vis ortopedisk kirurgi)**

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	8,5 %	87
2 2	13,4 %	136
3 3	25,3 %	258
4 4	35,9 %	365
5 5	16,9 %	172
Total		1018

9.3 Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig. - Livsmestringskurs

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	26,6 %	243
2 2	30,1 %	275
3 3	30,1 %	275
4 4	10,5 %	96
5 5	2,6 %	24
Total		913

9.4 Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig. - Rehabilitering i sykehus

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	27,0 %	244
2 2	33,2 %	300
3 3	30,2 %	273
4 4	8,0 %	72
5 5	1,6 %	14
Total		903

9.5 Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig. - Rehabilitering i institusjon

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	21,7 %	199
2 2	26,5 %	243
3 3	32,6 %	299
4 4	16,0 %	147
5 5	3,3 %	30
Total		918

9.6 Hvilke typer av behandlingstilbud/prosjekter er du mest fornøyd med? Flere svaralternativer mulig. - Psykisk helsevern

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	32,2 %	312
2 2	24,8 %	241
3 3	23,9 %	232
4 4	14,8 %	144
5 5	4,2 %	41
Total		970

10. På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva ser du som utfordringer ved bruken av ordningen? Flere svaralternativer mulig.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Utvelgelsen av pasienter som bør delta på 'Raskere tilbake'-prosjekt	50,0 %	517
2 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten	52,0 %	538
3 Samarbeidet med arbeidsgiverne	20,3 %	210
4 Koordinering av ulike løp for pasienten mellom spesialisthelsetjenesten og NAV	62,7 %	649
5 Pasientene ønsker ikke å delta i ordningen	3,2 %	33
6 Mangelfull informasjon om ordningen	31,3 %	324
Total		1035

11. På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva mener du om ordningen som sådan? Flere svaralternativer mulig.

På en skala fra 1 til 5, der 1= helt uenig, mens 5= helt enig.

Alternativer	N
1 Ordningen burde vært mer tilpasset pasientenes behov	995
2 Ordningen burde ha omfattet også andre typer pasienter enn sykmeldte arbeidstakere eller arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt	1023
3 Det er etisk problematisk i forhold til prioriteringsforskriften at sykmelding skal føre til raskere tilgang til behandling	1040
4 Ordningen bør fortsette som en permanent ordning	1033
5 Ordningen har bidratt til å få etablert behandlingstilbud som tidligere har manglet innen spesialisthelsetjenesten (eks.vis sammensatte muskel-skjelett plager og for psykiske lidelser)	1026

11.1 På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva mener du om ordningen som sådan? Flere svaralternativer mulig. - Ordningen burde vært mer tilpasset pasientenes behov

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	5,4 %	54
2 2	15,5 %	154
3 3	43,7 %	435
4 4	23,2 %	231
5 5	12,2 %	121
Total		995

11.2 På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva mener du om ordningen som sådan? Flere svaralternativer mulig. - Ordningen burde ha omfattet også andre typer pasienter enn sykmeldte arbeidstakere eller arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	12,2 %	125
2 2	16,4 %	168
3 3	23,8 %	243
4 4	23,8 %	243
5 5	23,9 %	244
Total		1023

11.3 På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva mener du om ordningen som sådan? Flere svaralternativer mulig. - Det er etisk problematisk i forhold til prioriteringsforskriften at sykmelding skal føre til raskere tilgang til behandling

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	10,6 %	110
2 2	11,5 %	120
3 3	18,3 %	190
4 4	24,8 %	258
5 5	34,8 %	362
Total		1040

11.4 På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva mener du om ordningen som sådan? Flere svaralternativer mulig. - Ordningen bør fortsette som en permanent ordning

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	18,0 %	186
2 2	11,4 %	118
3 3	24,8 %	256
4 4	21,2 %	219
5 5	24,6 %	254
Total		1033

11.5 På bakgrunn av din kjennskap til helsetjenestetilbudet gjennom 'Raskere tilbake', hva mener du om ordningen som sådan? Flere svaralternativer mulig. - Ordningen har bidratt til å få etablert behandlingstilbud som tidligere har manglet innen spesialisthelsetjenesten (eks.vis sammensatte muskel-skjelett plager og for psykiske lidelser)

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	24,0 %	246
2 2	21,9 %	225
3 3	24,2 %	248
4 4	18,5 %	190
5 5	11,4 %	117
Total		1026

12. Er du kjent med at NAV har egne tiltak under ordningen 'Raskere tilbake'?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	75,1 %	800
2 Nei	24,9 %	265
Total		1065

13. Hvilke av NAV-tiltakene har du kjennskap til? Flere svaralternativer mulig.

Flere svaralternativer mulig.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Avklaring	58,4 %	461
2 Oppfølging	42,0 %	332
3 Arbeidsrettet rehabilitering	75,8 %	599
4 Ingen av dem	7,5 %	59
Total		790

14. Har du kjennskap til noen av NAV sine tilbydere av rehabiliteringstjenester i ditt fylke?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	74,2 %	584
2 Nei	25,8 %	203
Total		787

15. Har du bidratt til at pasienter har kommet med på arbeidsrettet rehabilitering i regi av NAV?

På en skala fra 1 til 5, der 1= ikke i det hele tatt, mens 5= i svært stor grad.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	68,9 %	545
2 Nei	31,1 %	246
Total		791

16. Hvordan vurderer du forholdet mellom NAV-tiltakene og en eventuell medisinsk behandling du som lege legger opp for pasienten?

På en skala fra 1 til 5, der 1=helt uenig, mens 5=helt enig.

Alternativer	N
1 NAV-tiltakene gjør det mulig å samtidig gjennomføre rehabilitering og medisinske behandling	770
2 I og med at legen ikke er den som henviser til avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering, kan tiltakene komme i konflikt med pasientens medisinske behandling	768
3 Hvis pasienter henvises til døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering, kan det bli problematisk i forhold til planlagt medisinsk behandling	754

16.1 Hvordan vurderer du forholdet mellom NAV-tiltakene og en eventuell medisinsk behandling du som lege legger opp for pasienten? - NAV-tiltakene gjør det mulig å samtidig gjennomføre rehabilitering og medisinske behandling

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	6,5 %	50
2 2	16,8 %	129
3 3	40,3 %	310
4 4	28,6 %	220
5 5	7,9 %	61
Total		770

16.2 Hvordan vurderer du forholdet mellom NAV-tiltakene og en eventuell medisinsk behandling du som lege legger opp for pasienten? - I og med at legen ikke er den som henviser til avklaring, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering, kan tiltakene komme i konflikt med pasientens medisinske behandling

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	6,9 %	53
2 2	24,1 %	185
3 3	34,6 %	266
4 4	22,1 %	170
5 5	12,2 %	94
Total		768

16.3 Hvordan vurderer du forholdet mellom NAV-tiltakene og en eventuell medisinsk behandling du som lege legger opp for pasienten? - Hvis pasienter henvises til døgnbasert arbeidsrettet rehabilitering, kan det bli problematisk i forhold til planlagt medisinsk behandling

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	9,8 %	74
2 2	35,0 %	264
3 3	37,1 %	280
4 4	12,3 %	93
5 5	5,7 %	43
Total		754

17. Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)?

På en skala fra 1 til 5, der 1= ikke i det hele tatt, mens 5= i svært stor grad

Alternativer	N
1 Jeg informerer den sykmeldte om de muligheter som finnes for å få behandling og rehabilitering	1073
2 Jeg er spesielt opptatt av å følge opp sykmeldte de første 6 av sykemeldingsperioden.	1057
3 Jeg er spesielt opptatt av å følge opp sykmeldte når sykemeldingsperioden har vart 6-8 uker.	1063
4 Jeg er spesielt opptatt av å følge opp sykmeldte når sykemeldingsperioden har vart 12 uker	1047
5 Jeg forsøker å jobbe opp mot arbeidsgiver og arbeidsplassen	1067
6 Jeg forsøker å jobbe opp mot NAV	1074
7 Jeg forsøker å jobbe opp mot spesialisthelsetjenesten	1072

17.1 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg informerer den sykmeldte om de muligheter som finnes for å få behandling og rehabilitering

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	0,7 %	8
2 2	3,4 %	36
3 3	17,1 %	183
4 4	46,4 %	498
5 5	32,4 %	348
Total		1073

17.2 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg er spesielt opptatt av å følge opp sykmeldte de første 6 av sykemeldingsperioden.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	3,2 %	34
2 2	8,6 %	91
3 3	38,8 %	410
4 4	34,3 %	363
5 5	15,0 %	159
Total		1057

17.3 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg er spesielt opptatt av å følge opp sykmeldte når sykemeldingsperioden har vart 6-8 uker.

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	2,8 %	30
2 2	7,1 %	75
3 3	34,7 %	369
4 4	38,3 %	407
5 5	17,1 %	182
Total		1063

17.4 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg er spesielt opptatt av å følge opp sykmeldte når sykemeldingsperioden har vart 12 uker

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	3,3 %	35
2 2	8,3 %	87
3 3	39,3 %	411
4 4	33,2 %	348
5 5	15,9 %	166
Total		1047

17.5 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg forsøker å jobbe opp mot arbeidsgiver og arbeidsplassen

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	3,9 %	42
2 2	21,8 %	233
3 3	33,9 %	362
4 4	29,5 %	315
5 5	10,8 %	115
Total		1067

17.6 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg forsøker å jobbe opp mot NAV

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	2,0 %	22
2 2	7,0 %	75
3 3	27,3 %	293
4 4	44,2 %	475
5 5	19,5 %	209
Total		1074

17.7 Hvordan jobber du vanligvis ovenfor sykmeldte i din yrkeshverdag (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)? - Jeg forsøker å jobbe opp mot spesialisthelsetjenesten

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	1,0 %	11
2 2	4,4 %	47
3 3	25,8 %	277
4 4	46,1 %	494
5 5	22,7 %	243
Total		1072

18. I hvilken grad samarbeider du vanligvis med andre aktører om sykmeldte pasienter (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester)

På en skala fra 1 til 5 der 1= ikke i det hele tatt, mens 5 = i svært stor grad

Alternativer	N
1 Spesialisthelsetjenesten	1069
2 NAV	1070
3 Arbeidsgiver	1059

18.1 I hvilken grad samarbeider du vanligvis med andre aktører om sykmeldte pasienter (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester) - Spesialisthelsetjenesten

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	1,6 %	17
2 2	7,7 %	82
3 3	24,0 %	257
4 4	44,0 %	470
5 5	22,7 %	243
Total		1069

18.2 I hvilken grad samarbeider du vanligvis med andre aktører om sykmeldte pasienter (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester) - NAV

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	2,1 %	23
2 2	7,9 %	84
3 3	30,9 %	331
4 4	39,8 %	426
5 5	19,3 %	206
Total		1070

18.3 I hvilken grad samarbeider du vanligvis med andre aktører om sykmeldte pasienter (uavhengig av ordningen med tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester) - Arbeidsgiver

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	7,8 %	83
2 2	38,6 %	409
3 3	36,4 %	386
4 4	13,9 %	147
5 5	3,2 %	34
Total		1059

19. Ta stilling til følgende påstander:

På en skala fra 1 til 5, der 1= ikke i det hele tatt, mens 5= i svært stor grad.

Alternativer	N
1 "Det er for lett å bli sykemeldt"	1079
2 "Jeg opplever sykemeldinger som en problematisk del av mitt arbeid som lege"	1081

19.1 Ta stilling til følgende påstander: - "Det er for lett å bli sykemeldt"

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	4,4 %	47
2 2	17,2 %	186
3 3	32,3 %	348
4 4	25,8 %	278
5 5	20,4 %	220
Total		1079

19.2 Ta stilling til følgende påstander: - "Jeg opplever sykemeldinger som en problematisk del av mitt arbeid som lege"

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1	6,5 %	70
2 2	18,2 %	197
3 3	29,0 %	313
4 4	27,0 %	292
5 5	19,3 %	209
Total		1081

20. Kommunenummer for kommunen du arbeider i:

22. Fylkesnummer for fylket du arbeider i:

23. Hvilket fylke jobber du i?

24. Hva er din alder?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Under 25	0,1 %	1
2 25-35	17,1 %	181
3 36-45	21,7 %	230
4 46-55	32,4 %	343
5 Mer enn 55 år	28,8 %	305
Total		1060

25. Hva er ditt kjønn?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Mann	66,8 %	710
2 Kvinne	33,2 %	353
Total		1063

26. Er du spesialist i almenmedisin?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	67,2 %	714
2 Nei	33,0 %	351
Total		1063

27. Hvor lenge har du praktisert i kommunen der du jobber i dag?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1-5 år	26,9 %	280
2 6-10 år	17,9 %	186
3 11-15 år	12,4 %	129
4 mer enn 15 år	42,8 %	445
Total		1040

28. Hvor mange pasienter har du på din liste?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 0-500	3,0 %	32
2 500-1000	25,2 %	269
3 1000-1500	54,4 %	580
4 1500-2000	14,2 %	151
5 mer enn 2000	3,2 %	34
Total		1066

29. Inngår du i en gruppepraksis?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	88,1 %	935
2 Nei	11,9 %	126
Total		1061

30. Deltar du i en fellesliste?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	8,7 %	91
2 Nei	91,3 %	961
Total		1052

31. Har du kommentarer til ordningen som ikke er dekket gjennom spørsmålene, så skriv gjerne de her: