



Innspill fra
Norsk Kiropraktorforening

Helsereformutvalget

Innledning



Kjære leser

Norsk Kiropraktorforening takker for muligheten til å komme med innspill til Helsereformutvalgets arbeid med å utrede og foreslå modeller for en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i Norge.

Foreningen deler regjeringens vurdering av at helsetjenesten står overfor betydelige omstillingsbehov som følge av demografiske endringer, økte forventninger til tjenestene og begrenset tilgang på arbeidskraft.

Utvalgets mandat understreker behovet for bedre sammenheng i pasient- og brukerforløp, mer effektiv oppgave- og ressursfordeling mellom tjenestenivåene, samt riktig bruk av både menneskelige og teknologiske ressurser for å sikre høy kvalitet, likeverdige tjenester og bærekraft over tid.

Etter Norsk Kiropraktorforenings vurdering er det avgjørende at alle relevante helseprofesjoner vurderes helhetlig i dette arbeidet, herunder hvordan eksisterende kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten kan utnyttes bedre.

Kiropraktorer har en veletablert rolle i norsk helsetjeneste som primærkontakter for pasienter med muskel- og skjelettplager, med selvstendig utredning og diagnoseansvar, behandling, oppfølging og henvisning. Profesjonen møter store pasientgrupper tidlig i forløpet og har lang erfaring med tverrfaglig samarbeid, forebygging og arbeidsrettet oppfølging. Dette gir et betydelig potensial for å bidra til mer sammenhengende pasientforløp, mer effektiv ressursbruk og redusert belastning på øvrige deler av helsetjenesten.

I det følgende presenterer Norsk Kiropraktorforening kunnskaps- og tallgrunnlag som belyser hvordan kiropraktorer kan bidra til å oppfylle Helsereformutvalgets mål om kvalitet, bærekraft og helhet i helse- og omsorgstjenestene. Materialet er strukturert for å gi et tydelig beslutningsgrunnlag, og alle påstander er forankret i tilgjengelig forskning og dokumentasjon.

Vennlig hilsen
Øystein Ogre

Generalsekretær i
Norsk Kiropraktorforening

Viktige tall for beslutningstakere

Forskningen viser at muskel- og skjelettplager vil øke med om lag 30 prosent i årene fremover. Dette er allerede den største årsaken til sykefravær, uførhet og tidlig avgang fra arbeidslivet. Sammen med lettere psykiske lidelser, utgjør muskel- og skjelettplager opp mot 60% av sykefraværet! Uten en tydelig og helhetlig strategi for håndtering av dette i primærhelsetjenesten, vil konsekvensene bli dramatiske – både for enkeltmennesker, for arbeidslinjen og for samfunnsøkonomien.

Omfang og belastning

- ✓ Muskel- og skjelettplager rammer 27% av befolkningen hvert år
- ✓ I 2024 mottok 2.335.210 pasienter behandling for sine muskel- og skjelettplager
- ✓ Ryggplager isolert rammer 750.000 nordmenn hvert år.

“
Leger og kiropraktorer håndterer tilsammen 85 % av alle ryggpasientene i Norge

Pasientfordeling

- ✓ I Norge er det primært leger, kiropraktorer, fysioterapeuter og manuellterapeuter som behandler muskel- og skjelettplager.
 - 63,4 % av pasientene gikk til lege
 - 16,3 % til kiropraktor
 - 13,9 % til fysioterapeut
 - 6,4 % til manuellterapeut
- ✓ Ser vi på ryggpasientene isolert så gikk
 - 52 % av pasientene til lege
 - 33 % til kiropraktor
 - 15 % til fysioterapeut eller manuellterapeut

Hvem behandler muskel- og skjelettpasientene – og i hvilket omfang?

Rundt 400 000 mennesker oppsøker hvert år kiropraktor. Dette er et bevisst valg gjort av pasientene selv, fordi de opplever at kiropraktoren har den faglige tilnærmingen som gir dem best hjelp, og som de foretrekker når de trenger behandling. Kiropraktorpasientene velger å bære kostnaden til behandling selv for få rask hjelp med sine plager, ofte drevet av et ønske og behov for å kunne stå i jobb.

- ✓ I Norge i dag har vi totalt 15.032 behandlere på MSK-feltet
 - 10 156 leger
 - 3 249 fysioterapeuter
 - 988 kiropraktorer
 - 639 manuellterapeuter
- ✓ Av disse behandlerne ser vi på hvor mange MSK-pasienter hver behandler ser
 - kiropraktoren i snitt ca. 385 pasienter
 - manuellterapeuten ca. 234
 - legen ca 146
 - fysioterapeuten ca. 100

“
Kiropraktorer behandler flere pasienter med muskel- og skjelettplager per behandler enn noen annen klinikergruppe i norsk helsetjeneste

Forløpslengde og ressursbruk

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten er en betydelig kostnadsdriver i helsetjenesten. Kiropraktorer har en sentral rolle i norsk helsevesen som primærkontakter med selvstendig utredning, diagnose og behandlingsansvar for muskel- og skjelettplager. Gjennom sin kompetanse bidrar kiropraktorer til å redusere smerte, bedre funksjon og fremme aktivitet, samtidig som de veileder pasienter i egenmestring, fysisk aktivitet og ergonomi. Denne kompetansen gjør at de aller fleste pasienter kan ivaretas i primærhelsetjenesten, uten behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Samtidig er kiropraktorer trent til å identifisere alvorlig sykdom og henvise videre når det er nødvendig, noe som sikrer pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk.

✓ Ser vi på antall konsultasjoner hver behandler bruker på å få MSK-pasienten bra så ser vi at

- fysioterapeuten i snitt trenger 16,6 konsultasjoner
- manuellterapeuten 10,4
- kiropraktoren 5,4
- legen 3,3

✓ Kortest mulig forløp gir lavere kostnader per pasient

“

For den samme muskel- og skjelettplagen må pasienten møte dobbelt så mange ganger hos manuellterapeut – og hele tre ganger så mange ganger hos fysioterapeut – sammenlignet med kiropraktor.

Kostnadsprofil og bruk av spesialisthelsetjenesten

✓ Kun et fåtall av kiropraktorenes pasienter havner i spesialisthelsetjenesten. Sammenlignet med andre behandlere på muskel- og skjelettfeltet kommer kiropraktorene ut som svært kostnadseffektive.

- 1/5 av kiropraktorenes pasienter har ingen registrerte kostnader til muskelskjelettbehandling etter 2 år, og andelen kiropraktorpasienter som blir høykostpasienter er under 0,5%.
- bruken av spesialisthelsetjenester var markant lavere blant kiropraktorpasienter. Kun 7,8 % i lavbruk-gruppen og 16 % i høybruk-gruppen hadde kontakt med spesialist, sammenlignet med 55–100 % i gruppene med fastlege, fysioterapi og sykehus. Dette samsvarer med tidligere funn som tyder på at kiropraktorer i liten grad henviser videre til spesialisthelsetjenesten, og at pasientene ofte får avklart og håndtert sine plager i primærhelsetjenesten

Systemsvikt og forbedringspotensial

Det ligger et betydelig innsparingspotensial i å utnytte eksisterende ressurser i helsetjenesten bedre, herunder kiropraktorer. Evalueringen av Henvisningsprosjektet for kiropraktorer og manuellterapeuter i 2006 viste at kiropraktorene i forsøksfylkene henviste sjeldnere til spesialist og brukte bildediagnostikk mer selektivt enn sammenligningsgrupper. Rapporten konkluderte med at henvisningsrett til bildediagnostikk og spesialist kunne redusere utbetalingen av sykepenger for muskelskjelettplager med 1% til 2%.

Ved å gjøre bevisste og målrettede grep – som å henvise pasienter til kiropraktor for vurdering og utredning – kan man redusere unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten og bildediagnostikk som MR.

I Danmark er det nå mulig for fastlege å henvise til vurdering hos kiropraktor uten kostnad for pasienten.

Dette har blitt svært godt mottatt hos fastlegene og er allerede mye brukt siden det ble innført i september 2025. Dette gir grunnlag for betydelige økonomiske besparelser, samtidig som pasientene får rask og riktig helsehjelp.

- opp i mot 50 % av pasientene som ender i spesialisthelsetjenesten har ikke mottatt anbefalt konservativ førstelinjebehandling før de henvises
- 42 % av alle MR-undersøkelser for muskel- og skjelett er å anse som unødvendige
- et lite antall leger 2,3% står for 33% av henvisningene til unødvendig MR

✓ Dårlig håndtering i primærhelsetjenesten fører til

- økt MR-bruk
- dårligere henvisningskvalitet
- økt belastning på spesialisthelsetjenesten

“

Dårlig samarbeid i førstelinjen fører til økende bruk av spesialisthelsetjenesten

✓ Dette skjer på tvers av anbefalingene i kliniske retningslinjer

Oppsummert

Kiropraktorer behandler et stort pasientvolum, med høy MSK-spesialisering per kliniker

Forløpene er korte, kostnadseffektive og i tråd med oppdaterte internasjonale retningslinjer. Dagens organisering utnytter ikke denne kapasiteten fullt ut. Større integrering og bruk av kiropraktorer i førstelinjen representerer et lavterskel, raskt og dokumentert virkemiddel for å:

- redusere trykket på fastlegene
- redusere lavverdi-MR
- avlaste spesialisthelsetjenesten
- begrense veksten i MSK-kostnader

Bakgrunnsstoff

1. Muskel- og skjelettlidelser – omfang, belastning og samfunnskostnader

Muskel- og skjelettlidelser (MSK) rammer om lag 1,4 millioner nordmenn årlig, dette tilsvarer om lag 27 % av befolkningen. Det er disse plagene som utgjør den største ikke-dødelige sykdomsbyrden i Norge. De samlede samfunnskostnadene er anslått til 255 milliarder kroner per år. 80–85 % av kostnadene knyttet til sykefravær, uførhet, førtidspensjon og produktivitetstap og de resterende 15–20% er kostnadene for bruk av helsetjenester. 75% av kostnadene knyttet til bruk av helsetjenester skriver seg til utelukkende bruk av spesialisthelsetjenesten.

- rammer 1,4 millioner - 27% av befolkningen - årlig
- koster 255 milliarder hvert år
- 80-85% er indirekte kostnader (sykefravær, uførhet, førtidspensjon og produktivitetstap)
- 15-20% er direkte kostnader til helsetjenester
- 75% av direkte kostnader er knyttet til bruk av spesialisthelsetjenesten

2. Førstelinjens rolle i MSK-behandling – volum og kapasitet

Hvert år velger 400.000 pasienter å få hjelp av kiropraktor for sine muskel- og skjelettplager. Ofte er dette pasienter som har forsøkt mye annet uten hell. De velger å ta kostnaden til behandling av egen lomme for å få rask hjelp med sine plager. Landets 988 kiropraktorer gjennomfører om lag 2,3 millioner konsultasjoner hvert år, og behandler samme antall pasienter hvert år som landets 4000 fysioterapeuter.

Et behandlingsløp hos kiropraktor har et gjennomsnitt på 5,7 behandlinger, mens et behandlingsløp hos fysioterapeut for de samme plagene, har et gjennomsnitt på 16,6 behandlinger. Dette gjør kiropraktorer til en av de mest kostnadseffektive profesjonene i førstelinjen for MSK-plager.

- 400 000 pasienter oppsøker kiropraktor hvert år
- kiropraktorer gjennomfører om lag 2,3 millioner konsultasjoner årlig
- 988 kiropraktorer behandler like mange pasienter hvert år som 4000 fysioterapeuter
- et behandlingsløp hos kiropraktor har et gjennomsnitt på 5,7 behandlinger
- kiropraktorer er blant de mest kostnadseffektive profesjonene i førstelinjen for MSK-plager

3. Kostnadsdrivere i MSK-feltet – hvordan behandling faktisk organiseres

Faglige retningslinjer anbefaler at over 90 prosent av pasienter med muskel- og skjelettplager kan ferdigbehandles i primærhelsetjenesten, forutsatt riktig kompetanse og hensiktsmessig organisering. Registerdata viser imidlertid at de fem prosent mest kostnadskrevende pasientene står for hele 61 prosent av de samlede kostnadene knyttet til muskel- og skjelettplager. Nesten alle disse utgiftene er relatert til sykehusinnleggelser og kirurgi. Samtidig har opptil 50 prosent av pasientene som ender i spesialisthelsetjenesten ikke mottatt anbefalt konservativ førstelinjebehandling. Mange pasienter henvises til MR uten tilstrekkelig klinisk undersøkelse og med mangelfull henvisningsinformasjon; nær én tredjedel av henvisningene mangler sentrale opplysninger. MR-bruken har økt betydelig parallelt med redusert samhandling og koordinering mellom aktører i førstelinjetjenesten. Et lite mindretall av leger står for hovedtyngden av unødvendige eller mangelfulle MR-henvisninger, noe som bidrar til unødvendige forløp og feil ressursbruk. Kiropraktorer involveres ofte for sent eller for sjelden, til tross for tydelige faglige anbefalinger om tidlig, aktiv og konservativ behandling.

- faglige retningslinjer tilsier at over 90 % av MSK-pasienter bør ferdigbehandles i primærhelsetjenesten, gitt riktig kompetanse og struktur.
- 5 % av pasientene står for 61 % av totale kostnadene knytte til muskel- og skjelett
- nesten alle disse kostnadene er knyttet til sykehusinnleggelser og kirurgi
- opp i mot 50 % av pasientene som ender i spesialisthelsetjenesten har ikke mottatt anbefalt konservativ førstelinjebehandling.
- et lite mindretall av leger står for hovedtyngden av unødvendig bruk av MR, noe som driver unødvendige forløp og feil ressursbruk

Mange pasienter henvises til MR:

- uten å ha fått en adekvat klinisk undersøkelse
- med mangelfull henvisningsinformasjon (nær én tredjedel mangler sentrale opplysninger)

MR-bruken har økt betydelig parallelt med:

- dårligere samhandling primærhelsetjenesten
- svakere koordinering mellom aktører
- at kiropraktorer kobles inn for sent eller for sjelden, til tross for klare anbefalinger om tidlig, aktiv og konservativ behandling.

4. Høykostpasientene – hvem driver kostnadsveksten?

I en kohort på 612 780 pasienter utgjør de fem prosent mest kostnadskrevende pasientene en tydelig høykostgruppe. Denne lille gruppen står alene for 61 prosent av de samlede kostnadene knyttet til muskel- og skjelettplager over en femårsperiode. Nær samtlige høykostpasienter (99 prosent) har hatt sykehusinnleggelse og/eller gjennomgått kirurgi, og hele 94 prosent av kostnadene påløper i spesialisthelsetjenesten.

Kostnadsfordeling: Sykehus: 89 %, Fysioterapi: 8 %, Fastlege: 3 %, Kiropraktor: marginal andel.

Høykostpasienter kjennetegnes ofte av lav inntekt, lav utdanning, omfattende sykmeldingshistorikk og høyere andel med innvandrerbakgrunn. Dette understreker behovet for tidlig, målrettet og tilgjengelig førstelinjebehandling for å forebygge kostnadsdrivende og langvarige forløp.

5% av pasientene er høykostpasienter

- høykostpasientene står for 61% av muskel- og skjelettkostnadene
- 99 % av høykostpasientene har sykehusinnleggelse og/eller operasjon
- 94 % av de kostnadene ligger i spesialisthelsetjenesten

Kostnadsfordeling

- sykehus: 89 %
- fysioterapi: 8 %
- fastlege: 3 %
- kiropraktor: marginal andel

Høykostpasienter kjennetegnes ofte av

- lav inntekt
- lav utdanning
- omfattende sykmeldingshistorikk
- høyere andel med innvandrerbakgrunn

5. Kiropraktorpasientens kostnads- og forløpsprofil

Kiropraktorpasienter har gjennomgående lavt helsetjenesteforbruk. Kiropraktorene har generelt lavere henvisningsrate til spesialisthelsetjenesten enn både fastleger og manuellterapeuter. De benytter bilde-diagnostikk mer restriktivt enn andre yrkesgrupper og har den laveste andelen unødvendige undersøkelser.

Bruk av MR skjer selektivt og i tråd med gjeldende faglige retningslinjer, basert på grundig klinisk vurdering. Dette underbygges av registerdata som viser mer målrettede, korte raskt avsluttede pasientforløp.

Kun 7,8 % i lavbruk-gruppen og 16 % i høybruk-gruppen hadde kontakt med spesialist, sammenlignet med 55–100 % i gruppene med fastlege, fysioterapi og sykehus. Dette samsvarer med tidligere funn som tyder på at kiropraktorer i liten grad henviser videre til spesialisthelsetjenesten, og at pasientene ofte får avklart og håndtert sine plager i primærhelsetjenesten.

Andelen kiropraktorpasienter som blir høykostpasienter er under 0,5%. Og 1/5 av kiropraktorenes pasienter har ingen registrerte kostnader til muskelskjelettbehandling etter 2 år.

- kiropraktorpasienter har gjennomgående lavt helsetjenesteforbruk
- de fleste kiropraktorpasienter tilhører lavbrukergrupper med korte og avgrensede forløp
- bruken av spesialisthelsetjenester er markant lavere blant kiropraktorpasienter sammenlignet med de andre profesjonene på MSK-feltet.
- andelen kiropraktorpasienter som blir høykostpasienter er under 0,5%
- 1/5 av kiropraktorenes pasienter har ingen registrerte kostnader til muskelskjelettbehandling etter 2 år

Tidlig tilgang til kiropraktor bidrar til

- rask avklaring
- færre eskalerende behandlingskjeder
- redusert samlet helsetjenestebruk

6. Systemsvikt i førstelinjen – dokumentert forbedringspotensial

Oppsummert kan en si at forskning på henvisningspraksis ved nakke- og rygg smerter viser at pasienter ofte henvises til MR uten tilstrekkelig klinisk undersøkelse, at mange henvisninger er mangelfulle, og at lavverdi-MR i stor grad er konsentrert hos et begrenset antall henvisere. Samtidig kobles kiropraktorer og fysioterapeuter ofte inn for sent i pasientforløpene. Dette bidrar til en raskere og i mange tilfeller unødvendig eskalering til spesialisthelsetjenesten. Kiropraktorer representerer derimot en tidlig, aktiv og pasientnær behandlingsform, som dokumentasjonen viser at flertallet av pasienter med nakke- og ryggplager har behov for. Tidlig tilgang til denne typen kompetanse bidrar til mer hensiktsmessige forløp og bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten.

Forskning på henvisninger ved nakke- og rygg smerter viser

- pasienter får ofte MR uten klinisk undersøkelse
- mange henvisninger til MR er mangelfulle
- det er et mindretall leger som står for unødvendig henvisninger til MR
- kiropraktorer og fysioterapeuter kobles inn for sent i forløpene - og resultatet er raskere eskalering til spesialisthelsetjenesten.

7. Hva kjennetegner moderne, effektiv MSK-behandling?

Moderne og effektiv behandling av muskel- og skjelettplager kjennetegnes av en tidlig, aktiv og funksjonsrettet tilnærming. Behandlingen bør være konservativ og ikke-farmakologisk i førstelinjen, med tilbakeholden bruk av MR, opioider, injeksjoner og kirurgi, som ikke skal være førstevalg. Et slikt behandlingsparadigme legger vekt på trygging av pasienten, god pasientopplæring, bevegelse og aktivitet, samt tidlig retur til arbeid og normal funksjon.

- evidensbasert, tidsriktig behandling
- tidlig, aktiv og funksjonsrettet tilnærming
- konservativ, ikke-farmakologisk førstelinjebehandling
- MR, opioider, injeksjoner og kirurgi skal ikke være førstevalg

Fokus på

- trygging
- pasientopplæring
- bevegelse
- tidlig retur til arbeid

Hvilke krav må stilles til førstelinjen?

Førstelinjetjenesten må sikre rask tilgang til relevant muskel- og skjelettkompetanse og basere beslutninger på grundig klinisk undersøkelse før eventuell bildediagnostikk. Videre må behandlingen bygge på en biopsykososial forståelse av pasientens plager, med mål om å forebygge kronifisering og unødvendig eskalering av pasientforløp.

8. Førstekontakt hos kiropraktor – dokumenterte effekter og potensialitet ved økt bruk i førstelinjen

Samlet dokumentasjon viser at førstekontakt hos kiropraktor gir mer målrettede og kostnadseffektive pasientforløp. Pasientene har færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten, lavere bruk av bildediagnostikk og kortere behandlingsforløp, noe som bidrar til lavere totale helsekostnader. Erfaringer fra Primary Spine Care-modellen bekrefter disse effektene, med dokumentert raskere bedring, bedre ressursutnyttelse og redusert belastning på både fastleger og sykehus. Et særlig viktig funn er at meta-analyser viser om lag 64 prosent lavere bruk av opioider blant pasienter som har kiropraktor som førstelinjekontakt. Dette har stor betydning for pasientsikkerhet, forebygging av legemiddelavhengighet og folkehelse.

- Mer målrettede og kostnadseffektive pasientforløp
- Færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten
- Mindre bruk av bildediagnostikk og kirurgi
- Avlastning av fastleger og sykehus
- Lavere totale kostnader
- Meta-analyser viser ca. 64 % lavere opioidbruk

9. Dansk Sundhedsreform 2024– relevant læring for Norge

Danmark har de senere årene gjennomført en tydelig strategisk dreining der store deler av behandlingen av muskel- og skjelettlidelser flyttes fra sykehus til primærhelsetjenesten. Som del av denne satsingen investeres det om lag 22 mrd. kroner i det nære helsevesenet. Kronikerpakker for rygg er gitt første prioritet, rettet mot samme pasientgruppe som i dag står for en betydelig del av kostnadsveksten i den norske helsetjenesten.

I Region Syddanmark er det allerede utviklet og implementert et strukturert forløpsprogram for korsryggsmerter, der kiropraktor inngår som en naturlig del av pasientforløpet. Fastlegen har fortsatt rollen som koordinerende helsepersonell, men bruken av øvrige helsetjenester utenfor sykehus er langt mer systematisert enn tidligere. Dette forløpsprogrammet er ventet å være en viktig inspirasjonskilde for den nasjonale kronikerpakken for rygg som planlegges innført i 2027 innenfor rammen av kronikerpakkene.

Modellen kjennetegnes av tydelig struktur for koordinering og samhandling på tvers av sektorer, der primærhelseteam fungerer som en funksjonell samarbeidsmodell mellom fastleger og praksispersonell, kommunale helsetjenester, private autoriserte behandlere i primærhelsetjenesten og sykehusfunksjoner ved behov. Kiropraktorer inngår systematisk som førstelinjeaktører i denne modellen.

Som del av implementeringen i Region Syddanmark ble det i september innført en regional ordning som gir fastleger adgang til å henvise pasienter til en strukturert, fullfinansiert vurdering hos kiropraktor. Ordningen omfatter én konsultasjon, og forutsetter at kiropraktoren gir skriftlig tilbakemelding til fastlegen med klinisk vurdering og anbefalinger for videre oppfølging. Ordningen er tatt raskt i bruk og benyttes aktivt av allmennpraksis i regionen.

Parallelt er det etablert en avtale som gir sykehusene mulighet til å henvise pasienter til diagnostisk ultralyd- og røntgenundersøkelser hos kiropraktor, der dette er faglig forsvarlig og hvor sykehusenes billediagnostiske tjenester har kapasitetsutfordringer. Ordningen forutsetter at kiropraktorklinikkene har relevant utstyr og er tilsluttet regional rammeavtale.

- Danmark flytter MSK-behandling fra sykehus til primærhelsetjenesten.
- Det investeres ca. 22 mrd. kr i det nære helsevesenet
- Kronikerpakker for rygg er første prioritet
- I Region Syddanmark inngår kiropraktorer systematisk i ryggforløp.
- Fastlegen er koordinator, men øvrige tjenester er strukturert og forpliktende

Implementerte tiltak

- Fullfinansiert kiropraktorvurdering på henvisning fra fastlege.
- Strukturert tilbakemelding til fastlege.
- Avtaler som gir sykehus adgang til å henvise til billediagnostikk hos kiropraktor ved kapasitetsutfordringer.



Overordnet konklusjon

Norske helsepolitiske mål legger vekt på avlastning av fastlegeordningen, styrking av kommunale tjenester, redusert bruk av sykehus, riktig kompetanse på riktig nivå og utvikling av mer hensiktsmessige organisasjons- og finansieringsmodeller. Kiropraktorer oppfyller disse målene innenfor dagens helsetjenestestruktur, uten behov for økt utdanningskapasitet, store investeringer eller nye organisatoriske grep.

Registerdata fra over 130 000 pasienter dokumenterer at kiropraktorer leverer kostnadseffektive og målrettede pasientforløp. Kostnadene ved kiropraktorforløp utgjør kun 5–17 prosent av tilsvarende forløp i fysioterapi og spesialisthelsetjenesten. Henvisningsraten til spesialisthelsetjenesten ligger rundt 12 prosent, risikoen for høykostutvikling er under 0,5 prosent, og om lag 20 prosent av pasientene avslutter forløpet helt uten videre helsetjenestekontakt.

Samlet viser dette at styrket bruk av kiropraktorer i førstelinjen er et av de mest presise, dokumenterte og kostnadseffektive virkemidlene for å redusere muskel- og skjelettrelaterte kostnader og samtidig avlaste både fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten i Norge.

Digitalisering

Kiropraktorenes bruk av kunstig intelligens i dag

Kiropraktorene ser på kunstig intelligens (KI) som en viktig og nødvendig del av dagens kliniske praksis, og mange er allerede i gang med å ta teknologien i bruk. KI benyttes blant annet til oppsummering av pasientsamtaler, kliniske undersøkelser og faglige vurderinger i konsultasjonen. Dette bidrar til å redusere tidsbruk på dokumentasjon og frigjør tid til pasientbehandling. Utviklingen innen feltet går raskt, og journalleverandørene konkurrerer om å ligge i front når det gjelder KI-støttede løsninger. Denne innovasjonen er positiv og bidrar til å styrke både kvaliteten og effektiviteten i faget. Norsk Kiropraktorforening har utviklet et eget journalbibliotek med undersøkelsesprotokoller, journalmaler og eksempler, som på sikt kan integreres i journalsystemene ved hjelp av KI og dermed tas i bruk på en rask og effektiv måte i klinisk hverdag. Også samhandling med NAV og andre helseaktører har et betydelig potensial for forbedring gjennom bruk av KI, særlig knyttet til informasjonsflyt og effektiv kommunikasjon.

Bruk av kunstig intelligens i fremtiden

I tiden fremover vil KI spille en stadig viktigere rolle i utviklingen av en mer tilgjengelig, effektiv og datadrevet helsetjeneste. Sikker og tilgjengelig digital kommunikasjon er en forutsetning, og kiropraktorer er sentrale aktører som både forvalter helsedata og møter store deler av befolkningen tidlig i pasientforløpet. KI kan bidra til bedre tverrfaglig samhandling, både mellom helsepersonell, pasient, NAV og arbeidsgiver, og legge til rette for tidligere dialog, kortere ventetider og mindre unødvendig tidsbruk før vurdering og tiltak. Videre vil KI gjøre faglige retningslinjer og beslutningsstøtte lett tilgjengelig basert på diagnose og klinisk problemstilling. Automatisert og strukturert bruk av helsedata vil også gi enklere tilgang til statistikk og kunnskapsgrunnlag om befolkningens helse, noe som er avgjørende for å møte fremtidige utfordringer. Målet med KI er å redusere dobbeltregistrering og dokumentasjonsbyrde, gjenbruke opplysninger gjennom hele pasientforløpet og legge til rette for automatisert datafangst til kvalitetsregistre, forskning og innovasjon. Samlet sett vil KI frigjøre tid til pasientbehandling, styrke datakvaliteten og gi økt overføringsverdi på tvers av helsetjenesten.

Referanser

- Amundsen, O., Moger, T. A., Holte, J. H., Haavaag, S. B., Bragstad, L. K., Hellesø, R., Tjerbo, T., & Vøllestad, N. K. (2023). Combination of health care service use and the relation to demographic and socioeconomic factors for patients with musculoskeletal disorders: a descriptive cohort study. *BMC health services research*, 23(1), 858. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09852-3>
- Amundsen, O., Moger, T. A., Holte, J. H., Haavaag, S. B., Bragstad, L. K., Hellesø, R., Tjerbo, T., & Vøllestad, N. K. (2024). Patient characteristics and healthcare use for high-cost patients with musculoskeletal disorders in Norway: a cohort study. *BMC health services research*, 24(1), 1583. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12051-3>
- Andersen, E. R., Brandsæter, I. Ø., Hofmann, B. M., & Kjelle, E. (2023). The use of low-value imaging: the role of referral practice and access to imaging services in a representative area of Norway. *Insights into imaging*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01375-z>
- Bise, C. G., Schneider, M., Freburger, J., Fitzgerald, G. K., Switzer, G., Smyda, G., Peele, P., & Delitto, A. (2023). First Provider Seen for an Acute Episode of Low Back Pain Influences Subsequent Health Care Utilization. *Physical therapy*, 103(9), pzad067. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzad067>
- Bjørneboe, J., Brox, J. S., Myhre, K., Taso, M., Werner, E. L., Røe, C., & Brox, J. I. (2025). Referrals to the specialist health service for patients with neck or back pain. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten for pasienter med smerter i nakke og rygg. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 145(9), 10.4045/tidsskr.24.0324. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.24.0324>
- Corcoran, K. L., Bastian, L. A., Gunderson, C. G., Steffens, C., Brackett, A., & Lisi, A. J. (2020). Association Between Chiropractic Use and Opioid Receipt Among Patients with Spinal Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 21(2), e139–e145. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz219>
- Davis, M., Yakusheva, O., Liu, H., Anderson, B., & Bynum, J. (2021). The Effect of Reduced Access to Chiropractic Care on Medical Service Use for Spine Conditions Among Older Adults. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 44(5), 353–362. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2021.05.002>
- Farabaugh, R., Hawk, C., Taylor, D., Daniels, C., Noll, C., Schneider, M., McGowan, J., Whalen, W., Wilcox, R., Sarnat, R., Suiter, L., & Whedon, J. (2024). Cost of chiropractic versus medical management of adults with spine-related musculoskeletal pain: a systematic review. *Chiropractic & manual therapies*, 32(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12998-024-00533-4>
- Madsen, S. D., Morsø, L., Vach, W., Andersen, M. K., Lykkegaard, J., Schiøttz-Christensen, B., & Stochkendahl, M. J. (2023). Exploring usual care for patients with low back pain in primary care: a cross-sectional study of general practitioners, physiotherapists and chiropractors. *BMJ open*, 13(8), e071602. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071602>
- Myhrvold, B. L., Axén, I., Leach, M. J., Sundberg, T., & Gausel, A. M. (2023). Investigating attitudes, skills, and use of evidence-based practice among Norwegian chiropractors; a national cross-sectional study. *BMC health services research*, 23(1), 385. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09354-2>
- SINTEF Helse. (2006). Evaluering av henvisningsprosjektet for kiropraktorer og manuellterapeuter. <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1269158/>
- Whedon, J. M., Kizhakkeveetil, A., Toler, A., MacKenzie, T. A., Lurie, J. D., Bezdjian, S., Haldeman, S., Hurwitz, E., & Coulter, I. (2021). Long-Term Medicare Costs Associated With Opioid Analgesic Therapy vs Spinal Manipulative Therapy for Chronic Low Back Pain in a Cohort of Older Adults. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 44(7), 519–526. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2021.09.001>