

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:
Vår ref.: pcl
Dato: 15. juni 2011

Høring av NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren

Norsk Manuellterapeutforening viser til brev av 11.3.2011, og takker for anledningen til å avgi høringsuttalelse.

Utvalgets utredning gir i hovedsak et godt bilde av utviklingen av og mekanismene bak sykefravær og utstøtning innen helse- og sosialsektoren. Utvalget har gjort et betydelig arbeid med å samle inn og sammenstille kunnskap. Dette gir et godt grunnlag for å drøfte hvilke tiltak som bør settes i verk.

Sammendrag

- *Dersom sykefraværet i helse- og omsorgssektoren skal reduseres, må det settes inn tiltak som sikrer tettere oppfølging og raskere diagnostikk/behandling av muskel- og skjelettpasienter.*
- *Bedre implementering av Stortingets pasientrettighetsreform av 1.1.2006, herunder autorisasjon av manuellterapeuter, vil gi syke arbeidstakere et bedre tilbud, bidra til reduksjon av sykefraværet og legge til rette for en mer kunnskapsbasert sykmeldingspraksis.*

Muskel- og skjelett er dominerende årsak til sykefravær

Norsk Manuellterapeutforening vil henlede oppmerksomheten mot dokumentasjonen i kapittel 3.5 «Sykefraværsdagsverk etter diagnose».

Om lag 40 prosent av sykefraværsdagsverkene forårsakes av muskel- og skjelettsykdommer¹. Så mye som rundt halvparten av fraværet i kvinnedominerte grupper som renholdere, kokker eller kjøkkenassistenter og pleie- og omsorgsarbeidere, skyldtes muskel- og skjelett. Også blant menn i helse- og omsorgssektoren er forekomsten av muskel- og skjelett høy.

For kvinner utgjorde svangerskapsrelaterte lidelser i tillegg en ikke ubetydelig diagnosegruppe. Utvalget bemerker at det ikke alltid er klart om en gravid kvinne som er syk, skal få en primærdiagnose knyttet til svangerskapsdiagnose eller andre diagnoser. Dette er en betraktning NMF er enig i, da mange av disse lidelsene også kan diagnostiseres som f.eks. rygg- eller bekkensykdom. Endringer i legers diagnosepraksis de siste årene gjør også at tilstander som tidligere ble diagnostisert som muskel- og skjelett, nå diagnostiseres som lettere psykiske lidelser, jf. side 48, 1. spalte, 2. avsnitt. Dette indikerer at andelen sykefraværsdagsverk som skyldes muskel- og skjelettsykdommer er enda høyere.

Uansett er muskel- og skjelettsykdommer den dominerende årsaken til sykefravær i helse- og

¹ Tall tredje kvartal 2009

omsorgssektoren – som i samfunnet for øvrig. Det er derfor vanskelig og komme unna tiltak rettet mot muskel- og skjelettområdet, dersom en ønsker å redusere sykefraværet i helse- og omsorgssektoren.

Nærmere om manuellterapeuter

Manuellterapeuters kompetanseområde er muskel- og skjelettsystemet. Det tar syv år å bli manuellterapeut, og utdanningen er på mastergradsnivå.²

Stortinget vedtok høsten 2005 en pasientrettighetsreform som endret manuellterapeutenes yrkesrolle³. Fra 1.1.2006 kan:

- pasienter gå direkte til manuellterapeut uten legehenviing, men likevel få refundert behandlingsutgifter etter vanlige regler. Det innebærer bl.a. at manuellterapeuter har selvstendig utrednings- og diagnostiseringsansvar.
- manuellterapeuter henvise til spesialist og fysioterapeut, samt rekvirere bildediagnostikk.
- manuellterapeuter sykmelde.

Bakgrunnen for reformen var et vellykket treårig (2001-2003) forsøk i tre fylker som viste at direkte adgang til manuellterapeut gjorde at muskel- og skjelettpasientene unngikk unødige lange sykmeldingsperioder og kom raskere til relevant behandling. Ifølge evalueringen av forsøket kan samfunnets utgifter til sykepengeutbetalinger reduseres betydelig dersom pasientene går direkte til manuellterapeut.

Manuellterapeuter har portvaktrolle

Med pasientrettighetsreformen ble manuellterapeuter portvoktere i helsetjenesten og i sykelønnsordningen. Manuellterapeuter har i dag en rolle som kan sammenliknes med fastlegenes på muskel- og skjelettområdet.

I kapittel 6.5.3 «Sykmelders rolle som portvakt» og kapittel 13 («Tettere oppfølging av sykmeldte») fremheves bare leger er portvakt. Manuellterapeuters portvaktfunksjon kommer ikke tydelig frem.

Pasientrettighetsreformen av 1.1.2006 er svakt implementert og lite kjent. En undersøkelse fra november 2010 viste f.eks. at bare 5 prosent av innbyggerne kjente til manuellterapeuters sykmeldingsadgang⁴. Lovverket er utformet slik at man ikke umiddelbart kan se at manuellterapeuter har en portvaktrolle, Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 nevner ikke Stortingets vedtak og kommunene informerer i svært liten grad om manuellterapeuter eller om hvordan syke arbeidstakere kan komme i kontakt med den. Manuellterapeuter er den eneste av yrkesgruppe med portvakterfunksjon som ennå ikke har egen autorisasjon, da de i dag er autorisert som fysioterapeuter. Syke eller skadete arbeidstakere kan derfor ikke sikkert vite hvem som er manuellterapeut.

Alt dette gjør at pasientrettighetsreformen i alt for liten grad er tatt i bruk.

Hva kan vinnes ved at muskel- og skjelettpasienter går direkte til manuellterapeut?

Da pasientrettighetsreformen var på forsøksstadiet i 2001-2003, klarte man å få 37 prosent av manuellterapeutenes pasienter til å gå direkte (dvs. ikke innom lege først for sykmelding og henviing). Dette førte til en reduksjon i sykefraværsutbetalingene på 1-2 prosent,

² Universitetet i Bergen etablerte i 2005 et permanent masterstudium i manuellterapi. Dette er foreløpig det eneste manuellterapistudiet i Norge.

³ Ot. prp. 28 (2005-2006)

⁴ Synovateundersøkelse, publisert her: <http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/venstre/nyheter/531928>

sammenlignet med landet for øvrig⁵. Dersom man lykkes med å få hovedtyngden av muskel- og skjelettpasienter til å gå direkte til manuellterapeut, vil reduksjonen i sykefraværet kunne bli betydelig større.

Det er beklagelig at tilbudet til arbeidstakere med sykdom og skader i muskel- og skjelettapparatet er så lite kjent og dårlig organisert. Studier viser at legers foretrukne tiltak ved den viktigste muskel- og skjelettsykdommen (smerter i ryggen) er sykmelding og smertestillende legemidler. Leger henviser også mer til røntgen enn det faglige retningslinjer gir grunnlag for⁶. Dette bidrar til unødvendig lange sykmeldingsperioder og fare for kronifisering. Raskere relevant diagnostikk og behandling/rådgivning, samt bedre sekundærforebygging, vil være både til fordel for arbeidstakerne, arbeidsgiverne og for samfunnet⁷. En bedre implementering av pasientrettighetsreformen av 1.1.2006 vil derfor kunne være svært verdifull.

Kunnskap og kompetanse – bedre sykefraværsstatistikk

På side 119, kapittel 9.3, skriver utvalget at det er avgjørende å styrke kunnskapsgrunnlaget og legge til rette for en mer kunnskapsbasert praksis for å redusere sykefravær og for å forebygge at ansatte i helse- og omsorgssektoren faller ut av arbeidslivet. Blant annet går utvalget inn for å bedre og mer meningsfull sykefraværsstatistikk.

En av svakhetene ved dagens sykmeldingsstatistikk er at den ikke fanger opp *hvem* som sykmelder. Man kan for eksempel i dag ikke undersøke om det er noen forskjeller i sykmeldingspraksis i ellers like tilfeller hos lege og manuellterapeut. Dette ville være av stor nytte i planleggingen av fremtidens helsetjenester. Grunnen til at statistikken per i dag ikke fanger opp hvem som sykmelder, er at det ikke fins en kvalitetssikret registrering av manuellterapeuter hos myndighetene. Mangelen på en slik oversikt gjør også at det ikke går å innhente data når det gjelder sykmeldende behandleres henvisninger til spesialist- og fysioterapitjenesten, samt rekvirering av bildediagnostiske tjenester (røntgen/MR). Dette er også viktige opplysninger når man skal analysere hva slags arbeid som faktisk gjøres rundt sykmeldte arbeidstakere.

Forslag til tiltak

NMF er enig med utvalget at det må iverksettes tiltak på fem hovedområder, herunder tettere oppfølging av sykmeldte og styrke kunnskap og kompetanse.

For å sikre tettere og bedre oppfølging syke arbeidstakere, bør det bl.a. iverksettes tiltak som sikrer muskel- og skjelettpasienter rask adgang til utredning, diagnostikk og behandling. Stortingets vedtak om ny yrkesrolle for manuellterapeuter må implementeres bedre.

På kort sikt bør følgende gjøres:

- Manuellterapeuter gis særskilt autorisasjon slik at syke arbeidstakere, samarbeidende aktører i helsevesenet, statistikkverk og myndighetene for øvrig kan vite sikkert hvem som er manuellterapeut.
- Informasjon om manuellterapitjenesten oppdateres og legges ut på nettsider både sentralt og i kommunene. Det vurderes en informasjonskampanje som opplyser om syke arbeidstakeres muligheter til å få rask utredning, diagnostisering og behandling i manuellterapitjenesten.

På lengre sikt må

- Lov og regelverket gjennomgås med sikte på en bedre forankring og implementering av manuellterapitjenesten i kommunenes primærhelsetjeneste og i sykmeldingsordningen.

⁵ SINTEF-rapport «Evaluering av henvisningsprosjektet. Sluttrapport», 17. november 2003.

⁶ Werner et al.: Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1800–3

⁷ Behovet for tidlig diagnostisering og behandling av muskel- og skjelettpasienter er erkjent bl.a. i Samhandlingsreformen.

Blant annet bør det vurderes en egen forskrift om manuellterapitjenesten og folketrygdlovens bestemmelser om hvilke grupper som har sykmeldingsadgang bør justeres.

Økonomisk og administrativt koster ikke disse tiltakene nevneverdig. Til gjengjeld vil de kunne ha en svært positiv effekt når det gjelder besparelser i sykkelønsutbetalingene.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne, leder

Kopi: Landsorganisasjonen i Norge