

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Narvik, 2006-08-18

Hørings svar - Nasjonal helseplan (2007-2010)

Det vises til høringsbrev av 22.05.06 der det heter:

Høringsnotatet sendes på en bred høring for at høringsinnspillene skal kunne påvirke planens endelige innhold. Departementet vektlegger en åpen dialog og er også åpen for frie innspill. Det kan derfor være aktuelt med innspill fra også andre virksomheter enn de som står på høringslisten.

Norsk Manuellterapeutforening, NMF som ble stiftet i mars 2006 var beklageligvis ikke med på listen over høringsinstanser. Av denne grunn ble vi ikke kjent med saken i tide for å rekke høringsfristen. Vi tillater oss likevel å komme med noen kommentarer til notatet, jfr ovennevnte oppfordring.

NMF organiserer hovedtyngden av landets manuellterapeuter. Manuellterapeuters kompetanseområde er muskel- og skjelettsystemet. Vårt hørings svar vil derfor konsentrere seg spesielt om dette området.

Stortinget vedtok høsten 2005 en reform hvoretter manuellterapeuter og kiropraktorer behandler pasienter direkte uten henvisning fra lege. Pasienten får likevel vanlig trygderefusjon. Manuellterapeuter og kiropraktorer kan også hen vise til spesialist og fysioterapeut og sykmelde sine pasienter for inntil 8 uker.¹ Bakgrunnen for reformen var en forsøksordning («Henvisningsprosjektet») som ble gjennomført i perioden 2001-2003. Evalueringen som ble foretatt av SINTEF viste en mer effektiv utnyttelse av helsepersonell samt markert større pasienttilfredshet. I tillegg pekte SINTEF på at sykepengeutbetalingene var 1-2 prosentpoeng lavere i prøvefylkene enn i landet for øvrig. Dette er statistisk signifikant forskjell, og SINTEF mener at dette antas å ha sammenheng med praksis i forsøksordningen.²

¹ Jf. Ot.prp. 28 (2005-2006)

² Evaluering av Henvisningsprosjektet, SINTEF Helse, 17. november 2003, side 7.

Generelt

Helsetjenesten er et stort og sammensatt felt som forvalter 170 milliarder kroner i året. En stadig mer kompleks ansvars- og oppgavefordeling, endringer i demografi, arbeidsliv, fritidsvaner og sykdomspanorama, ulik fordeling av helsetjenestene og en rivende faglig utvikling innen helsefagene fører til store utfordringer. NMF bifaller behovet for planleggingsarbeid på denne sektoren. Vi synes også det er prisverdig at departementet legger opp til en åpen prosess i samarbeid med alle berørte parter. NMF vurderer høringsnotatet som en god start på denne prosessen.

Til departementets spørsmål til høringsinstansene

1. Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtalen av status?
2. Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?
3. Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?
4. Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

Til 1 – omtale av status

I «Del 2, Felles utfordringer i helsetjenesten» har departementet valgt ut syv viktige områder. Områdene inneholder sykdomsgrupper (psykisk helse), arbeidsmetodikk (samhandling, bruk av IKT, tverrfaglige satsninger), politikk (kvalitet og prioritering) og et generelt felt (folkehelse og forebygging). Vi slutter oss til at disse områdene er viktige, men savner en drøfting i notatet og en klargjøring av kriterier for hvorfor akkurat disse områdene er viktigere enn andre.

En statusrapport bør etter vår mening identifisere og ta utgangspunkt i hvilke helseproblemer som forekommer i samfunnet per i dag. I denne sammenheng bør det blant annet gjøres rede for sykdomspanoramaet i samfunnet. Hvor mange rammes av hvilke sykdommer og plager, hvordan rammes den enkelte og hva slags konsekvenser har det for samfunnet osv.? Vi kan ikke se at notatet er tilstrekkelig informativt på dette punktet.

Muskel- og skjelettlidelser er ikke omtalt. Dette er etter vårt syn en åpenbar svakhet ved høringsnotatet. Vi minner derfor om at muskel-/skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til legebesøk, korttids- og langtids sykefravær, samt uføretrygd i Norge. Hele 46 % av sykefraværet og 33 % av uførepensjoner skyldes muskel-/skjelettlidelser. Av muskel- og skjelettlidelsene er rygg- og nakkeplager hyppigste enkeltårsaker til sykefravær. I tillegg fører muskel-/skjelettplager til betydelige konsekvenser for den enkelte i form av smerter, problemer med å fungere i dagliglivet, og redusert livskvalitet og selvfølelse.

I 2002 var de samlede offentlige utgifter til sykepenge, attføring og uførepensjon for muskel-/skjelettlidelser på 28 milliarder kroner. Tar man også med direkte utgifter til sykehusopphold og behandling og lignende samt utgifter i arbeidsgiverperioden, er det

rimelig å anta at den samlede utgiften for muskel-/skjelettlidelser ligger et sted mellom 37 og 44 milliarder kroner per år.³

En bedre kunnskap om årsakene til disse muskel-/skjelettlidelsene, hva som kan gjøres for å forebygge, og hva som er riktig og nyttig behandling, vil få store følger ikke bare for den enkelte pasient, men også helsepolitisk og samfunnsøkonomisk. Studier og undersøkelser viser at det kan være store samfunnsøkonomiske gevinster ved effektiv organisering av muskel-/skjelettbehandling og at behandling av f.eks. rygg smerter bygger på dokumentert kunnskap.

Muskel-/skjelettlidelser er av stor betydning for folkehelsen, i særlig grad for førlighet og livskvalitet. Helseøkonomisk er også muskel-/skjelettlidelser av stor betydning; de plager flest – og koster mest. Den betydningen disse lidelsene har, understrekes av at WHO har utpekt inneværende tiår til «Bone and Joint Decade» («Muskel og Skjelett Tiåret»).

Til 2 utfordringene

NMF slutter seg til høringsnotatets presisering av at de tjenester som tilbys skal være kvalitetsvurderte og basert på forskning. Vi slutter oss til kriteriene som er satt opp for kvalitet av tilbud:

- virkningsfulle (fører til helsegevinst)
- trygge og sikre (unngår uheldige hendelser)
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnende og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Anvendes disse kriteriene på muskel- og skjelettområdet, ser vi mange utfordringer.

Vi nevner eksempelvis at mange behandlingsformer som tilbys, ennå ikke er tilstrekkelig dokumentert når det gjelder virkning og sikkerhet. Dette fremkommer i flere rapporter som omhandler området og gjelder både medikamentelle, kirurgiske, kognitive, fysikalske og manuelle metoder.

Behandling av muskel- og skjelettskader utgjør i følge Norsk Pasienterstatnings årsmelding en stor andel av erstatningssakene.⁴ Det er en sterk indikator på at det er behov for mer forskning på behandlingsmetodene og for skolering av helsepersonellet på området.

Brukertilfredshet var et viktig argument for Stortinget da de vedtok å gjøre Henvisningsprosjektet varig og landsdekkende. I følge SINTEFs evaluering opplevde

³ Rammer flest, koster mest – Muskel-/skjelettlidelser i Norge. Ihlebæk og Lærum, Nasjonalt ryggnettverk, september 2004.

⁴ NPE årsmelding 2005

pasientene som gikk direkte til manuellterapeut at tjenesten ble raskere tilgjengelig. De følte seg dessuten godt ivaretatt fordi de mente manuellterapeuter hadde god kompetanse på dette området. God tilgjengelighet, å bli møtt med god kompetanse og å bli tatt på alvor synes å være nøkkelord for pasienten i denne sammenhengen.

Det er også vår erfaring at samordning og -handling kan bli langt bedre på muskel- og skjelettområdet, som i helsetjenesten for øvrig. Det er utarbeidet tverrfaglige retningslinjer når det gjelder behandling av rygg basert på oppdatert kunnskap.⁵ Disse retningslinjene har ført til bedre samarbeid og samhandling, blant annet fordi profesjoner har blitt enige om samme terminologi. Utfordringen nå er å sørge for kontinuitet på dette området i form av jevnlig oppdateringer og at det også utarbeides liknende retningslinjer på de øvrige feltene innen muskel- og skjelettområdet.

Ressursutnyttelsen på muskel- og skjelettområdet synes ikke å være optimal. Eksempelvis viste Henvisningsprosjektet til en mer effektiv utnyttelse av helsepersonell. Ordningen må implementeres fullt ut for å oppnå best effekt på dette området. Utfordringen her er å gjøre ordningen allment kjent. Vi registrerer at ordningen ikke er nevnt i høringsnotatet. En spesiell utfordring i denne sammenhengen er manglende særskilt autorisasjonsordning for manuellterapeuter som innebærer at tittelen manuellterapeut ikke er beskyttet.

Det er en generell underdekning av manuellterapeuter, spesielt i distriktene. Mange steder i landet finnes det ikke manuellterapeut og mange pasienter må reise langt for å få denne typen behandling. Det er en utfordring å styrke utdanningskapasiteten innen området og å stimulere til etablering i distriktene.

Til 3 Strategier og tiltak

Nasjonal strategi på muskel- og skjelettområdet

NMF mener at det er grunnlag for å utarbeide en særskilt nasjonal strategi på muskel- og skjelettområdet, på lignende måte som det tidligere f. eks er utarbeidet *Opptrappingsplan for psykisk helse* og *Nasjonal strategi for kreftområdet*. En nasjonal strategi for muskel- og skjelettområdet bør bl.a. omfatte

- oppdaterte tall over forekomst og utgifter for pasient og samfunn.
- oversikt over forebyggings-, behandlings- og rehabiliteringsapparatet.
- forslag til forbedringer av det eksisterende forebyggings-, behandlings- og rehabiliteringsapparatet.
- forslag til utdannings- og forskningstiltak.

Plan for implementering av den nye behandlingsordning for manuellterapeuter

Det bør utarbeides planer om hvordan man skal implementere den nye behandlingsordning for manuellterapeuter i kommunehelsetjenesten og i 2. og 3. linjetjenesten og i forhold til NAV. Disse planene bør integreres i en nasjonal strategi på muskel- og skjelettområdet.

⁵ Akutte korsryggsmerter. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Nasjonalt ryggnettverk, 2002

Innenfor 1. linjetjenesten er det presserende med en offentlig autorisasjon av manuellterapeuter og ytterligere informasjonstiltak fra myndighetenes side for å gjøre ordningen kjent blant publikum.

Innefor 2. og 3. linjetjenesten har NMF registrert en økende etterspørsel av manuellterapeutenes tjenester. Spesielt gjelder dette rygg- og smerteklinikker og rehabiliteringsinstitusjoner. Med den nye ordningen der manuellterapeuter har anledning til å henvise og sykmelde vil de kunne utføre flere oppgaver innenfor de overnevnte områder. De vil også kunne bidra på områder som tradisjonelt har vært forbeholdt legene eksempelvis på "legevakt" og ortopediske poliklinikker.

Rikstrykdeverket har stått for opplæringen av manuellterapeuter i forbindelse med adgangen til å sykmelde. NAV er nå i gang med å utvikle et utdanningsprogram for manuellterapeuter og kiropraktorer innenfor IA.

I Ot.prp. 28 (2005-2006) foreslår departementet at det er behov for å følge opp den nye behandlingsordningen med en forskningsmessig evaluering, både med hensyn til behandlingsresultater og behandlingstilbud.⁶ NMF slutter seg til dette forslaget.

Den norske utdanningskapasiteten inne manuellterapi bør styrkes.

Det utdannes pr i dag 24 manuellterapeuter hvert annet år ved Universitetet i Bergen. Søkningen til studiet er stor og UiB kan bare tilby studieplasser til en liten del av søkermassen (120 henvendelser ved siste opptak). Det utdannes årlig ca 15 manuellterapeuter i utlandet og antallet er økende. Det er store omkostninger ved å studere manuellterapi i utlandet. Utenlandsstudentene må dessuten ha et års veiledet praksis og videreutdanning inne enkelte fagområder her til lands før de kan godkjennes som manuellterapeuter. Samlet sett ender den utenlandsutdannede manuellterapeuten med en betydelig gjeldsbyrde.

Det er en gjennomsnittlig maksimum ventetid for manuellterapi på 23 dager. Gjennomsnittlig minimum ventetid er 9,2 dager for behandling hos manuellterapeut.

Av ca 314 manuellterapeuter arbeider 294 i privat praksis og 20 er ansatt i heltidsstilling. Dette kan være i sykehus, høgskole, universitet, Toppidrettssenteret, o.a. Til sammen 12 manuellterapeuter arbeider sykehus og opptreningsinstitusjoner, hvorav 5 i heltidsstilling. Ca. 50 % av manuellterapeutene er mellom 41 – 50 år. Det betyr at om ca. 20 år, fra år 2025, vil det i løpet av en tiårsperiode bli stor avgang. Da vil halvparten av dagens manuellterapeuter gå av med pensjon. Samlet avgang frem til 2035 vil være ca. 250 manuellterapeuter.

Omfanget av muskel- skjelettlidelser i befolkningen og behandlingsbehovet for denne store pasientgruppen er omtalt i kap. 4. Rapport nr. 1 "Plager flest – koster mest" fra Nasjonalt ryggnettverk viser at selv om muskel- skjelettlidelser er svært utbredt og

⁶ Ot. prp. 28 (2005-2006) Regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut, kap. 4.3, side 16.

de samfunnsøkonomiske konsekvensene er store, så er det store mangler i kunnskap om årsak og behandling. For de manuelle behandlingsmetoder viser et kunnskapssøk om effekt av behandling foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, at mange behandlingsmetoder er veldokumenterte. Det påpekes likevel at det er behovet for forskning på dette feltet.

En styrking av den norske utdanning i manuellterapi både på kapasitet, forskning og fagutviklingssiden er en naturlig følge av overnevnte.

Særskilt regulering av Manuellterapeuter

Manuellterapeuter er pr i dag autorisert som fysioterapeuter og definer i ”Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi” der det heter:

Med manuellterapeut menes fysioterapeut som

1.

a) har bestått eksamen i klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter ved norsk universitet eller tilsvarende utdanning eller

b) har godkjenning for bruk av takst A8 Manuellterapi i denne forskriften og har bestått eksamen i differensialdiagnostikk, laboratorieanalyser og utdanning i radiologi tilsvarende norsk masterutdanning, og i tillegg

2. har gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner mv. Departementet fastsetter nærmere krav til innhold i og omfang av opplæringen.

Overnevnte forskrift omhandler også manuellterapeutenes takster. En forutsetning for å heve refusjon etter disse er at man har driftsavtale med en kommune. Disse avtalene er fysioterapiavtaler og er tilpasset tradisjonelle fysioterapioppgaver. De er med andre ord ikke tilpasset den nye ordningen for manuellterapeuter verken når det gjelder å regulere oppgaver eller dekning av praksisutgifter. Videre må manuellterapeuter søke om å få slike avtaler ved ledighet på linje med fysioterapeuter, det utlyses knapt nye avtaler. Dette fører til en tilfeldig geografisk av manuellterapeuter og mindre målrettet bruk av manuellterapeutenes kompetanse.

Manuellterapeuter er i økende grad på vei inn i 2. og 3. linjetjenesten. Det finnes ikke egne stillingsbeskrivelse eller landsomfattende avlønningssystemer for disse stillingene.

For å bedre de overnevnte forhold bør det etableres en særskilt autorisasjonsordning for manuellterapeuter. Der bør lages egen takstforskrift og kommunale driftsavtaler for manuellterapeuter. Videre bør det utarbeides stillingsbeskrivelser og fremforhandles lønssystemer for manuellterapeuter i 2. og 3. linjetjenesten.

Til 4 Prosesser som bør startes før strategier og tiltak gjennomføres

Manuellterapeuter er gjennom den nye behandlingsordningen tillagt en helt ny funksjon i helsevesenet. I forskriftene som regulerer ordningen er begrepet «manuellterapeut» definert. NMF viser til Ot.ptp. nr. 28, kap. 3.1.2.4, andre og tredje avsnitt, der

departementet omtaler kravene til en manuellterapeut og hvorfor den personkretsen av fysioterapeuter som omfattes av ordningen skal benevnes «manuellterapeuter». Selv om kravene for manuellterapeut er forskriftsregulert, presiserer departementet at

«begrepet i denne sammenheng ikke innebærer noen beskyttet tittel.»

Dette betyr at også behandlere som ikke er manuellterapeuter fritt kan benytte tittelen uten at de har rettigheter som følger med den nye ordningen. Dette er uheldig, da det kan være svært forvirrende for pasientene. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon ba i forbindelse med behandling av Ot.prp. 28 (2005-2006) om at det innføres en autorisasjonsordning for manuellterapeuter.⁷ Ryggforeningen i Norge ba myndighetene sørge for at «pasientene på en enkel måte kan vite at det er samsvar mellom behandlerens tittel og utdanningsnivå.»⁸ Landsforeningen for kvinner med Bekkenløsningsplager, som er tilsluttet Norsk Handikapforbund, ba også om at det blir etablert en autorisasjonsordning for manuellterapeuter.⁹

NMF mener det er nødvendig å identifisere og kvalitetssikre yrkesgruppen manuellterapeuter, slik at pasientene kan finne fram til behandlerne på en rask og sikker måte. Spørsmål om egen autorisasjon har vært utredet siden 2003, men er ennå ikke avklart. Denne prosessen må snart finne sin løsning idet manuellterapeuter får en særskilt autorisasjon.

Kommentar til enkeltavsnitt

Til 9.5 Fastlegens portvaktrolle (side 48 i notatet)

Departementet refererer Forskningsrådets evaluering av fastlegeordningen der det heter at

det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning ikke medisinske faktorer har for fordeling av arbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten. Det er blant annet trukket fram at det er grunn til å se nærmere på den oppsmuldring av portvaktfunksjonen som skjer ved at andre yrkesgrupper får adgang til å henvise og sykmelde.

NMF gjør oppmerksom på at referansen til den omtalte bekymring for oppsmuldring av portvaktfunksjonen som skjer ved at andre yrkesgrupper (dvs. manuellterapeuter og kiropraktorer) kan henvise og sykmelde, er et referat fra generalforsamlingen i Allment praktiserende lægers forening skrevet av en journalist i Dagens Medisin. Dette er et således et fagforeningssynspunkt. Den nærliggende vurdering synes i stedet å være om den sterke økningen i offentlige utgifter som følge av innføring av fastlegeordningen må foranledige en revurdering av legenes ”portvaktfunksjon overhodet.

⁷ Høringsuttalelse 14. oktober 2005

⁸ Høringsuttalelse 17. oktober 2005

⁹ Høringsuttalelse 12. oktober 2005

Den *forskningsmessige* konklusjonen i Forskningsrådets evaluering er at portvaktrollen er en utfordring for fastlegen fordi han eller hun samtidig skal være pasientens hjelper og koordinator. Ifølge evalueringen er det ikke bare rent medisinske vurderinger som ligger til grunn når fastlegen velger å henvise pasienten videre:

Det er trolig et komplisert samspill mellom mange faktorer, som også omfatter pasientens ønske om henvisning, kapasitet og tilgjengelighet i andrelinjetjenesten, egen kompetanse og tid, økonomiske vurderinger m.m. Fastleger som har for mange pasienter kan skaffe seg avlastning gjennom å henvise flere videre. Den relative størrelsen på basistilskuddet kan influere på hvor lange lister legen velger å ta på seg. Økning av konsultasjonshonoraret på bekostning av tids- og prosedyretakster kan føre til at man får flere korte konsultasjoner og henviser mer av det tidkrevende arbeidet videre¹⁰

Oppsummering

- *I statusbeskrivelsen bør muskel- og skjelettområdet trekkes frem.*
- *Det er store utfordringer når det gjelder dokumentasjon av diagnostiserings- og behandlingstiltak på muskel- og skjelettområdet. Det er også en utfordring å implementere den nye behandlingsordningen for manuellterapeuter og kiropraktorer.*
- *Det bør utarbeides en særskilt nasjonal strategi for å forebygge og behandle muskel- og skjelettlidelser.*
- *Det bør utarbeides en plan for implementering av den nye behandlingsordningen for manuellterapeuter og kiropraktorer og ordningen bør følges opp forskningsmessig.*
- *Det bør innføres en særskilt regulering av manuellterapeuters virksomhet og kompetanse, herunder særskilt autorisasjon.*

Med hilsen

Peter Chr. Lehne
leder

¹⁰ Evaluering av fastlegereformen 2001-2005, side 315