

Helse- og sosialdepartementet  
[Hod-primaerhelse@hod.dep.no](mailto:Hod-primaerhelse@hod.dep.no)

Deres ref.:  
Vår ref.: pl  
Dato: 27.08.2014

## Innspill til arbeidet med primærhelsetjenestemelding

Vi viser til e-post av 24.6.2014 og 30.6.2014, samt brev av 18.8.2014, med invitasjon til å sende innspill til arbeidet med en stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Meldingen skal beskrive dagens utfordringer i primærhelsetjenesten og hvordan regjeringen vil at denne skal fremstå i årene fremover.

Norsk Manuellterapeutforening takker for invitasjonen og oversender med dette våre foreløpige innspill.

### Sammendrag

- *Muskel- og skjelettsykdommer og skader er den viktigste årsaken til sykefravær og uførepensjonering. Diagnosegruppen koster samfunnet årlig 69-73 milliarder kroner. Den eksisterende kunnskapen om forebygging og behandling av muskel- og skjelettsykdommer, benyttes likevel i liten grad.*
- *Manuellterapeuter kan bidra til tidlig diagnostikk og behandling av muskel- og skjelettlidelser. Det er dokumentert at dette bidrar til så vel reduserte lidelser som samfunnsøkonomiske besparelser.*
- *Ordningen med direkte adgang til manuellterapeut bør videreføres og videreutvikles gjennom særskilt autorisasjon av manuellterapeuter, slik at yrkesgruppen enklere blir identifisert av publikum og i helsetjenesten. Dette øker pasientenes valgfrihet og gir mer effektive pasientforløp.*
- *Tverrfaglig samarbeid må styrkes ved at det satses på tiltak som utbredelse av elektronisk samhandling, bedring av henvisnings- og rekvisisjonskvalitet og takster som oppmuntrer til kommunikasjon og samhandling. Utbygging av samlokaliserte tverrfaglige medisinske sentra er nødvendig for å overta sykehusoppgaver, men må ikke gå på bekostning av allerede eksisterende velfungerende strukturer i kommunehelsetjenesten.*
- *Finansieringsordningen for fysioterapeuter og manuellterapeuter med kommunale avtaler bør legge større vekt på aktivitetsbaserte honorarer fremfor passive tilskudd.*
- *Manuellterapeuter som arbeider utenfor kommunehelsetjenesten kan mobiliseres som en ekstra ressurs for primærhelsetjenesten.*

## Utfordringer

### **Muskel- og skjelettsykdommer**

Ifølge den nylig fremlagte Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet, 2014) er muskel- og skjelettsykdommer den diagnosegruppen som plager flest og koster mest. I Norge er muskel- og skjelettsykdommer den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet. Diagnosegruppen koster hvert år samfunnet 69-73 milliarder kroner. Tendensen i de store norske befolkningsundersøkelsene (HUNT, Ullensaker) er at forekomsten av rygg- og nakkeplager øker. Det ser også ut til at både rygg- og nakkeplager i tiltagende grad rammer yngre mennesker, herunder et betydelig antall skoleungdommer. Det antas at dette igjen henger sammen med synkende grad av fysisk aktivitet og økt tid brukt på en rekke former for gjøremål som ikke er knyttet til fysisk aktivitet.

Til tross for muskel- og skjelettsykdommens store betydning både for den enkelte og for samfunnet, har det vært liten helsepolitisk oppmerksomhet rundt diagnosegruppen. Ifølge rapporten «Et muskel- og skjelettsystem – forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet» (Lærum, 2013) er det

*(...) god dokumentasjon for at implementering av dagens kunnskap vedrørende forebygging og behandling av MUSSP<sup>1</sup> vil gi betydelig samfunnsøkonomisk besparelse og bedret helse for den enkelte. Dessverre synes det fortsatt vanskelig å få denne kunnskapen implementert i alle ledd av helsetjenesten og i befolkningen generelt.*

Rapporten peker på at det er

*en bemerkelsesverdig lav ressurstildeling til MUSSP-feltet og (at dette) underbygger behovet for et løft, ikke minst sett i relasjon til de betydelige helseøkonomiske konsekvensene, og potensialet for forebygging og implementering av eksisterende evidensbasert kunnskap.*

### **Tidlig innsats fremfor sen innsats**

Det er vel dokumentert og anerkjent at tidlig intervensjon ved flere typer muskel- og skjelettsykdommer bidrar til raskere tilfriskning, mindre invalidiserende pasientforløp og reduserte samfunnsøkonomiske kostnader (Lærum, 2013). Samhandlingsreformen peker bl.a. derfor på behovet for:

*utvikling av en ny framtidig kommunerolle, med vektlegging av forebygging, tidlig intervensjon, lavterskeltilbud og tverrfaglige tiltak. (St. mld. nr 47 2008-2009, s. 149)*

Vi erfarer at svært mange muskel- og skjelettpasienter oppsøker manuellterapeut for diagnose og behandling først etter å ha vært hos fastlege, der de har fått sykmelding og smertestillende medikamenter. Denne erfaringen samsvarer med undersøkelser som viser at fastlegene inntar en «vente-og-se»-holdning når det gjelder rygg sykdommer, den største enkeltgruppen muskel- og skjelettsykdommer (Werner, 2002 og 2012). Dersom ikke ryggproblemene går over av seg selv, henviser fastlegen pasienten til annen behandler eller spesialisthelsetjeneste. De som ble henvist til annenlinjetjenesten eller andre behandlere, hadde oftest hatt sine plager i mer enn 12 uker. Pasientene kan da være langt på vei inn i kronisk fase.

Ubehandlet kan ellers ufarlige muskel- og skjelettsykdommer være potensielt invalidiserende. Tidlig diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten, kombinert med rådgivning, veiledning og oppmuntring til aktivitet, kan bidra til livsstilsendringer hos pasientene. Pasientene er som regel mer mottakelig for livsstilsråd når de oppsøker helsevesenet med plager, enn ellers. Primærhelsetjenesten er derfor også en god arena for

(sekundær)forebyggende virksomhet. Dette forutsetter at behandlerne vektlegger bevegelse og aktivitet som del av behandlingen, slik manuellterapeuter gjør, og ikke bare tiltak som virker passiviserende.

### ***Ulike ledd i helsetjenesten må arbeide bedre sammen***

Primærhelsetjenesten er en viktig innfallsport til helsetjenesten. I forbindelse med diagnostikk og behandling har primærhelsetjenesten ofte behov for å samhandle med andre deler av helsetjenesten. I primærhelsetjenesten skjer dette ved at leger og manuellterapeuter sender henvisninger og rekvisisjoner, samt mottar epikriser og prøvesvar. Tidligere ble disse sendt på papir, men med Helsenett er det nå mulig å sende forespørsler og motta svar på en rask og sikker måte via elektronisk kommunikasjon.

*Helsenett.* Ved hjelp av ulike tilskuddsordninger har fastlegene blitt prioritert i arbeidet med å få helsetjenesten på nett. Størstedelen av fastlegene er nå tilknyttet Helsenett. Utfordringen nå er å utbre Helsenett til andre helsepersonellgrupper og til samtlige kommuner. Uten at det foreligger incentiver slik som for legene, er det vanskelig å se for seg en rask utbredelse av Helsenettilknytninger. Det må være en prioritert oppgave at øvrige grupper henvisere og rekvirerter, manuellterapeuter og kiropraktorer, også stimuleres til å knytte seg opp mot Helsenett. Helsenettet, spesielt adresseregistret, må også videreutvikles, slik at det blir lettere å bruke og oppleves som et nyttig redskap.

*Henvisningskvalitet.* Det skrives for mange og for dårlige henvisninger og rekvisisjoner. Når det skrives unødig mange henvisninger, skapes det propper i systemet som fører til køer. Mangelfulle henvisninger medfører forlenget ventetid for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Forsinkelser i systemet kan føre til at sykdommer utvikler seg, gir unødige lidelser og påfører samfunnet unødige kostnader. Disse utfordringene er dokumentert i forskning. Flere studier har avdekket at det henvises for mye til spesialisthelsetjenesten, spesielt når det gjelder radiologiske tjenester.

En studie vedrørende kvaliteten på henvisningene til Tverrfaglig Ryggpoliklinikk ved St Olavs Hospital viste at mer enn halvparten av de opplysningene spesialisthelsetjenesten trenger for å tildele pasientene riktig prioritet og riktig behandling, mangler. Det er betydelig forskjell mellom henviser-gruppene, i den dårligste mangler over 60 % av opplysningene, i den beste 20 %. Manuellterapeuter oppnådde for så vidt bedre resultater enn snittet i denne undersøkelsen, men få manuellterapeuter deltok. Undersøkelsen er ikke noe endelig bevis på yrkesgruppens fortreffelighet, men indikerer høy standard ved yrkesutøvelsen. Ettersom vi har arbeidet systematisk med disse spørsmålene siden vi fikk henvisningsfullmakt i 2006, blant annet med ulike opplæringstiltak, mener vi det er grunn til å tro at vårt arbeid har gitt ønskede resultater. For å vite dette må det imidlertid forskes mer. Kartlegging og forskning vil også stimulere til økt fokus og fagdebatt blant alle henvisere.

*Tverrfaglig samlokalisering.* Tverrfaglig samlokalisering kan ved mange sykdomstilstander være gunstig, særlig dersom man tenker seg at kommunene skal ha et tilbud som tilsvarer dagens polikliniske tilbud ved sykehusene.

Likevel vil det fortsatt være slik at diagnostisering og behandling i de fleste tilfeller kan skje uten at det må være flere faggrupper til stede på samme tid. Det vil også måtte ta tid å bygge opp tverrfaglige medisinske sentre, enten det skjer ved nyetableringer i kommunal regi eller ved at leger eller manuellterapeuter får takster som oppmuntrer til ansettelse av annet personell på klinikkene.

---

<sup>1</sup> MUSSP: Muskel-/skjelettsykdommer og -plager

En satsing på tverrfaglige samlokaliseringer må derfor ikke skje på bekostning av eksisterende strukturer. Parallelt med etablering av samlokaliserte tverrfaglige medisinske sentre, må en spille på og utvikle det som eksisterer og er velfungerende i primærhelsetjenesten. Ett av de viktigste grepene for å fremme effektivt og sikkert samarbeid i denne delen helsetjenesten, er a) å utbre Norsk Helsenett og b) gjøre Helsenett bedre. Dette vil styrke det tverrfaglige samarbeidet om pasientbehandlingen. Et annet tiltak vil være å styrke legenes, fysioterapeutenes og manuellterapeutenes samarbeids- og kommunikasjonstakster.

NMF også positive til modellforsøk for utvikling av kommunehelsetjenesten, slik vi signaliserte i innspill til Helse- og omsorgskomiteen om Samhandlingsreformen

## **Forslag som kan bidra til løsninger**

### ***Ta i bruk yrkesgruppenes kompetanse på riktig sted og tid (nye roller og oppgaver for profesjonsgruppene)***

*Generelt.* Tendensen til et mer stillesittende arbeidsliv, økt PC-bruk og aldringen av befolkningen tilsier en betydelig sysselsettingsvekst i helse og omsorgssektoren.

- For å få bedre effekt av helsekronene bør regjeringen vurdere nye roller og oppgaver for yrkesgruppene i primærhelsetjenesten. Vi legger imidlertid til grunn at dette skjer innenfor rammene av faglig forsvarlighet, og at fullmakt- og oppgavefordelingen er hensiktsmessig og utprøvd før den iverksettes. Vi viser i den forbindelse til forsøkene som har vært utført for manuellterapeuter, kiropraktorer og psykologer.

*Manuellterapeuter.* Stortinget vedtok høsten 2005 at muskel- og skjelettpasienter skulle ha direkte adgang til manuellterapeuter, for at de derved skal få raskere relevant behandling. Vedtaket ble fattet etter et omfattende, forutgående forsøksprosjekt i tre fylker over to år. Forsøksprosjektet viste signifikante besparelser på sykepengeutbetalingene i forsøksfylkene. Det viste også at det er et betydelig potensial for ytterligere besparelser dersom flere muskel- og skjelettpasienter går direkte til manuellterapeut i stedet for via fastlege. Det er dokumentert at dersom manuellterapeutenes nye rolle utnyttes fullt ut, bidrar dette til en mer effektiv diagnostikk og behandling av muskel- og skjelettsykdommer, mer fornøyde pasienter og til reduserte sykepengeutbetalinger.

En del av bakgrunnen for Stortingets vedtak om å gi manuellterapeuter utvidete fullmakter, var ønsket om å avlaste fastlegene i deres arbeide med utredning, diagnostikk og behandling i kommunehelsetjenesten (jf. § 3-2 i kommunehelsetjenesteloven). I statsbudsjettet for innværende år heter det at manuellterapeuter

*(...) arbeider hovedsakelig i primærhelsetjenesten. Manuellterapeuter med driftsavtale med kommunen kan utføre undersøkelse og behandling med rett til refusjon fra folketrygden uten at pasienten må gå via fastlegen eller annen henvisningsinstans. I tillegg er manuellterapeuter og kiropraktorer gitt mulighet til å henvise pasienter til legespesialist, røntgenologiske undersøkelser \*), samt å sykemelde pasienter med muskel-/skjelettplager i inntil 12 uker. Manuellterapeuter og kiropraktorer vil derfor kunne avlaste fastlegene på muskel/skjelettområdet.*

\*) Manuellterapeuter kan også henvise til fysioterapeut, vår anm.

Ved denne pasientrettighetsreformen har Stortinget allerede gitt manuellterapeuter en ny rolle, men de positive effektene av reformen er ikke fullt utnyttet. Informasjonen om manuellterapeutitjenesten fra kommuner og sentrale helsemyndigheter er i det store og hele fraværende. Yrkesgruppen nevnes ikke i helseplaner – verken på lokalt eller nasjonalt nivå. Regjeringen har stanset den foregående regjeringens forslag om særskilt autorisasjon av manuellterapeuter. Dette medfører at manuellterapeutitjenesten forblir ukjent for mange pasienter og samarbeidende helsepersonell, de samfunnsmessige gevinstene blir mindre enn de kunne vært, og uheldige episoder oppstår i større grad i pasientforløpene som følge av forvirring rundt manuellterapeuters respektive fysioterapeuters fullmakter.

NMF støtter Samhandlingsreformens intensjoner om forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud i kommunene. NMF uttalte i 2010 i innspill til Helse- og omsorgskomiteen at den *allerede etablerte ordningen* i den ovennevnte pasientrettighetsreformen burde tas bedre i bruk, da intensjonen med denne helt ut samsvarer med Samhandlingsreformens intensjoner.

- Pasientrettighetsreformen som ga pasientene direkte adgang til manuellterapeuter mv. må implementeres tydeligere, bl.a. i helseplaner og gjennom å innarbeide manuellterapeutitjenesten i nasjonale helseplaner og å autorisere yrkesgruppen særskilt.

Det kan også være aktuelt å prøve ut andre organisatoriske løsninger der manuellterapeuter deltar:

- Samlokalisering av fastleger og manuellterapeuter
- Forsøk med systematiske manuellterapeutvurderinger når pasienter har hatt langvarige sykmeldinger pga. muskel- og skjelettsykdommer
- Manuellterapeuter i tverrfaglige intermediaære kommunale enheter
- Manuellterapeuter i helsestasjoner for barn og ungdom/skolehelsetjeneste
- Manuellterapeuter i (lege)vaktordninger.

### ***Bedre samhandling***

- For å utbre Helsenett blant flere helsepersonellgrupper, bør regjeringen vurdere tilskuddsordninger som legene har hatt også for de andre henvisnings- og rekvirentgruppene. Tilskuddsordninger kan kombineres med lovkrav om helsenettilknytning innen et visst tidspunkt.
- Takstsystemet for privatpraktiserende med kommunale driftsavtaler innrettes slik at det stimulerer til tverrfaglig samarbeid generelt og etablering og bruk av helsenett spesielt.
- Brukergrensesnittet i Helsenett må gjøres bedre, herunder systemet med oppretting av kommunikasjonsparter og adresseregistret.
- I tillegg til å styrke samhandlingen i eksisterende klinikker/strukturer, er det nødvendig å etablere nye tverrfaglige medisinske sentre som skal ta seg av oppgaver som flyttes ut av sykehusene. Disse samlokaliserte tverrfaglige sentrene må komme i tillegg, ikke i stedet for eksisterende velfungerende klinikker.

### ***Bedre utnyttelse av dagens fysioterapiressurser, innenfor gjeldende økonomiske rammer***

NMF støtter en gjennomgang av dagens bruk av fysioterapiressursene, herunder spørsmålet om organisering, effektivitet i pasientbehandlingen, krav om tilgjengelighet osv.

Svært mange manuellterapeuter arbeider i dag på tverrfaglige klinikker, sammen med andre helsefaggrupper – særlig fysioterapeuter. Yrkes sammensetningen på disse klinikkene er

gunstig i forhold til tidlig diagnostikk og behandling (manuellterapeuter), samt opptrening/oppfølging av muskel- og skjelettpasienter (fysioterapeuter). Muskel- og skjelettpasienter kan ha behov for sammensatte tjenester og sammenheng i behandlingsskjeden, og er derfor avhengig av at samhandlingen i primærhelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten fungerer.

- Det bør oppmuntres til etablering og drift av tverrfaglige klinikker bestående av kombinasjonen manuellterapeuter-fysioterapeuter.

En del behandlingsforløp innenfor fysioterapien er svært lange, og fører til lange ventetider. Fysioterapitilbudet blir således et knapphetsgode som ikke alle får del i til rett tid. Ventetider fører til unødvendige sykmeldinger og kronifisering.

- Hva som kan gjøres for å styrke og fordele tjenesten på en bedre måte, bør vurderes.

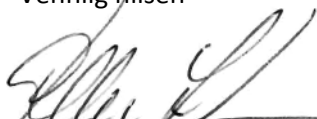
NMF støtter også en gjennomgang av finansieringsmodellen for fysioterapi, slik som varslet i regjeringsplattformen. Det ble i perioden 2009-2011 gjennomført en dreining fra aktivitetsbetinget refusjon til passive tilskudd for privatpraktiserende terapeuter med kommunale avtaler. Dette har ført til en nedgang i effektiviteten i tjenesten.

- Finansieringsordningen for fysioterapeuter og manuellterapeuter med kommunale avtaler bør legge større vekt på aktivitetsbaserte honorarer fremfor passive tilskudd.

En endring av finansieringsmodellen bør videre ha som mål å mobilisere potensialet som fins blant manuellterapeutene som i dag arbeider *utenfor* den kommunale primærhelsetjenesten.

- Det kan vurderes å
  - opprette særskilte manuellterapeuttilskudd i tillegg til de eksisterende,
  - etablere ordninger med refusjon for alle (pengene følger pasienten) slik som i kiropraktorenes finansieringsordning,
  - kjøpe tjenester av manuellterapeuter uten driftsavtaler – slik som foreslått i fritt behandlingsvalgeller man kan tenke seg en kombinasjon av disse tiltakene.

Vennlig hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING

Peter Chr. Lehne

leder