

Blankholmutvalget
blankholmutvalget@hod.dep.no

Deres ref.:
Vår ref.: pcl
Dato: 12.09.2018

Vedrørende

Norsk Manuellterapeutforening, NMF, viser til www.blankholmutvalget.no, der det fremgår at utvalget er åpen for innspill til NOUen om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Muskelskjelettsykdommer – plager flest, koster mest

En enstemmig helse- og omsorgskomiteé uttalte i forbindelse med behandling av stortingsmeldingen «Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering».¹

Komiteen registrerer at prioriteringer blir påvirket av at sykdommer har ulik prestisje og forskjeller når det gjelder forskningsinnsats, utdanningsordninger, finansieringssystemer samt sterke interesseorganisasjoner og medieoppmerksomhet. Det er viktig å være seg dette bevisst i utforming av en helhetlig helsepolitikk basert på prioriteringskriteriene og en rettferdig fordeling av ressursene.

Sykdommer og skade i muskel- og skjelettapparatet er den viktigste årsaken til sykefravær og nye uførepensjonerings, og koster samfunnet 185 milliarder kroner årlig.² Folkehelseinstituttets sykdomsbyrderapport fra 2016 fastslår at muskel- og skjelettlidelser er en av de to viktigste årsakene til helsetap i Norge. Rygg og nakke ligger nå foran hjertesykdommer på listen over sykdommer som fører til helsetap.

Til tross for at muskelskjelettsykdommer er den diagnosegruppen som plager flest og koster mest, befinner pasientgruppen seg lavest på prestisjestigen blant leger³ og myndigheter. Lite har vært gjort de siste 10 årene for å bedre behandlingstilbudet til pasientene.

I rapporten «Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet» (2013), oppsummerer dr. med. Even Lærum et al.:

Det er god dokumentasjon for at implementering av dagens kunnskap vedrørende forebyggelse og behandling av muskelskjelettsykdommer og plager vil gi betydelig samfunnsøkonomisk besparelse og bedret helse for den enkelte. Dessverre synes det

¹ Meld. St. 34 (2015–2016)

² Helsedirektoratet, 2015: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker. Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer

³ Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc Sci Med 2008; 66: 182 – 8 og Ihlebæk C et al.: Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2365-8

fortsatt vanskelig å få denne kunnskapen implementert i alle ledd av helsetjenesten og i befolkningen generelt. (...) (side 17)

Ta i bruk eksisterende tilbud

I 2006 vedtok Stortinget at manuellterapeuter og kiropraktorer skulle ha en lignende rolle som fastlegenes på muskel- og skjelettområdet. Det betyr at pasienter kan gå direkte til manuellterapeut eller kiropraktor men likevel få trygderefusjoner. Manuellterapeut og kiropraktor kan rekvirere bildediagnostikk, henvise til spesialisthelsetjenesten og sykmelde. Reformen hadde blant annet til hensikt å avlaste fastlegene, gi muskelskjelettpasienter raskere tilgang til og større valgmuligheter når det gjelder diagnostikk og behandling. Forut for stortingsvedtaket viste et stort forsøksprosjekt i tre fylker svært gode resultater, i form av fornøyde pasienter og lavere sykepengeutbetalinger.

Dessverre er reformen for lite kjent og derfor for lite utnyttet.

Manuellterapeuter har en toårig påbygningsmasterutdanning innen behandling av muskel- og skjelettsykdommer. Bachelorutdanning i fysioterapi er opptakskrav for å komme inn på studiet. Det fins ca. 550 manuellterapeuter totalt i landet, og de aller fleste arbeider i den kommunale helsetjenesten.

- NMF ber utvalget påpeke behovet for å løfte pasientrettighetsreformen av 2006 fram med sikte på å gi muskelskjelettpasienter et bedre tilbud. De rettslige og organisatoriske rammevilkårene bør gjennomgås med dette for øye.
- Utvalget bes vurdere om tilgjengelige helsepersonellressurser innen muskelskjelettområdet blir brukt på riktig tidspunkt i pasientforløpene.

Nyttekriteriet vs. alvorlighetskriteriet

Tidlig innsats gir ved de fleste muskelskjelettsykdommer oftest bedre utsikter til et godt behandlingsresultat. Forsinket behandling av muskel- og skjelettsykdom kan i verste fall føre til kronifisering og utstøting av arbeidslivet i form av sykmelding og uførepensjonering. I et prioriteringsperspektiv tilsier dette at det er fornuftig å bruke *nyttekriteriet* fremfor *alvorlighetskriteriet* i bruken av knappe ressurser. I førstelinjetjenesten er det ufornuftig å vente til at pasientens tilstand blir kronisk og sammensatt.

- I helsetjenestens førstelinje bør nyttekriteriet og ressurskriteriet vektet høyt.

Utdanning av muskelskjelettbehandlere

Et flertall bestående av medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre i Kirke-, utdanning- og forskningskomiteen har pekt på behovet for å utdanne flere muskelskjelettbehandlere. I innstilling til statsbudsjettet 2017 uttalte de at

F l e r t a l l e t vil bemerke at behovet for å utvide utdanningskapasiteten på muskel- og skjelettområdet ikke har avtatt siden den gang (2012, vår anm.). All nyere dokumentasjon bekrefter behovet for flere muskel- og skjelettbehandlere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

F l e r t a l l e t ber regjeringen arbeide for at det etableres femårig masterutdanning for manuellterapeuter og kiropraktorer ved et norsk universitet.

Dette vedtaket er ikke fulgt opp for manuellterapeutenes vedkommende.

Dagens manuellterapeututdanning ved Universitet i Bergen tar opp bare 22 studenter annet hvert år og har for liten kapasitet til at det kan drives forskning. Den bør styrkes både når det gjelder kapasitet og faglig innhold.

- NMF ber utvalget påpeke behovet for å heve nivået på manuellterapeututdanningen når det gjelder kapasitet og faglig innhold.

Hvem prioriterer innenfor hvilke rammer

Ifølge mandatet skal utvalget som nevnt «beskrive hvem som prioriterer og innenfor hvilke rammer. Herunder beskrive de ulike prioriteringssituasjonene». Departementet trekker spesielt frem at

«Fastlegenes portvokterrolle tilsier at de har en betydningsfull rolle også i prioriteringer på klinisk nivå i spesialisthelsetjenesten».

Som nevnt ovenfor er manuellterapeuter og kiropraktorer også «portvoktere» med fullmakt til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å sende epikriser til henvisere, enten det er fastleger, manuellterapeuter, kiropraktorer eller institusjoner, etter endt behandling for videre oppfølging.

Manuellterapeuters og kiropraktorens beslutninger og henvisninger har derfor innvirkning på hva som gjøres i spesialisthelsetjenesten og gjennomføring av pasientforløpene. Dette må tas med i beskrivelsen av hvem som prioriterer på klinisk eller faglig nivå.

Brukernes rolle i og åpenheten om prioriteringsprosesser og beslutninger

Mandatbeskrivelsen legger vekt på å involvere pasienter og pårørende i prioriteringsprosesser og beslutninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Dersom pasientene skal ha en reell mulighet til å velge en manuellterapeut for diagnostisering og behandling av sin muskelskjelettsykdom, må de for det første i det hele tatt være klar over denne pasientrettigheten og dernest være i stand til å identifisere hvem som er manuellterapeut. Manuellterapeuter er autorisert som «fysioterapeut», men har vesensforskjellige fullmakter og annen yrkesrolle enn fysioterapeuter – noe som skaper en informasjonsutfordring vis a vis pasientene.

- Vi ber utvalget drøfte hvordan pasienter kan informeres om manuellterapeutenes særskilte yrkesrolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vi ønsker utvalget lykke til i det videre arbeidet. Skulle det være noen spørsmål, ta gjerne kontakt.

Med hilsen



NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne
leder