**Norsk**
**Manuellterapeutforening**

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: pcl
Dato: 08.01.2010

**Vedr. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid**

Norsk Manuellterapeutforening (NMF) viser til behandlingen av ovennevnte sak i komiteen. Foreningen organiserer hovedtyngden av de som er manuellterapeuter i henhold til forskrift.

*Sammendrag*

- *Muskel- og skjelettsykdommer er viktigste årsak til sykefravær og uførepensjoneringer i Norge.*
- *1.1.2006 ble manuellterapeuter etter vedtak i Stortinget primærkontakter i kommunehelsetjenesten for muskel- og skjelettpasienter. Det betyr at manuellterapeuter har en lignende funksjon som fastleger på muskel- og skjelettområdet.*
- *Potensialet i pasientrettighetsreformen av 1.1.2006 er mangelfullt utnyttet. Grunnen er dårlig informasjon om ordningen og mangelfull identifikasjon av manuellterapeuter. Vi ber derfor komiteen bidra til en særskilt identifikasjon av manuellterapeuter som utelukker forvekslingsfare med andre yrkesgrupper. Full utnyttelse av denne reformen innen rammen av Samhandlingsreformen, vil kunne bidra til tidligere intervensjon på muskel- og skjelettområdet, kortere sykmeldingsperioder, lavere sykepengeutbetalinger og færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten og røntgen/MR.*
- *Det er utviklet en videreutdanning i henvisning til spesialist for primærkontakter ved NTNU i Trondheim. Utdanningen har til hensikt å heve kompetansen i primærhelsetjenesten slik at unødvendige henvisninger unngås og at kvaliteten på de henvisningene som skrives, bedres. Det bør vurderes å gjøre denne utdanningen obligatorisk.*

I det påfølgende kommenteres enkelte områder i meldingen. Vedlagt følger et notat som går nærmere inn på hvordan manuellterapeutenes kompetanse og yrkesrolle kan utnyttes på andre områder i Samhandlingsreformen.

**1. Muskel- og skjelettsykdommer**

Muskel- og skjelettsykdommer står for cirka 40 prosent av sykefraværet og 1/3 av uførepensjoneringene[1]. Muskel- og skjelettpasienter har ofte behov for sammensatte tjenester og sammenheng i behandlingskjeden, og er derfor avhengig av at samhandlingen fungerer. Muskel- og skjelettsykdommer utgjør en stadig større del av sykdomsbyrden[2].

Manuellterapeutenes sentrale faglige kompetanseområde er således av største betydning når det gjelder omfang og kostnader for den enkelte og samfunnet. Dette var en del av bakgrunnen for at

[1] Plager flest – koster mest. Muskel- og skjelettlidelser i Norge, Ihlebæk&Lærum, 2003.
[2] Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, side 79, 2. spalte, 1. avsnitt.

Stortinget høsten 2005 vedtok å gi pasienter direkte adgang til manuellterapeuter uten forutgående henvisning og samtidig gi manuellterapeuter adgang til å sykmelde, henvise til spesialisthelsetjeneste, røntgen/MR og fysioterapi. [3]

**2. Kommentarer til enkelte områder i meldingen**

*2.1 Styrking av kommunehelsetjenesten for å få til tidlig intervensjon*
Stortingsmeldingen ønsker en ny rolle for kommunene og legger til grunn at "den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunehelsetjenesten" (jf. "Hovedgrep 2" og s. 26, nederst 1. spalte). Dette begrunnes blant annet med at forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud er et kommunalt ansvar. Stortingsmeldingen understreker behovet for tidlig intervensjon, fordi det bidrar til å unngå at sykdom inntrer og utvikles.

NMF slutter seg til disse synspunktene. Pasientene henvender seg som regel først til den kommunale primærhelsetjenesten med sine sykdommer og skader. Det er da avgjørende at denne raskt kan tilby relevant diagnostikk og behandling. Dette vil være en fordel både for pasientene og samfunnet. Pasientene slipper unødvendige smerter og plager, mens samfunnet bl.a. sparer kostnader som følge av kortere sykmeldingsperioder og mindre belastning på en kostnadstung spesialisthelsetjeneste.

Det er i dag sikker kunnskap at tidlig intervensjon i form av kombinasjonsbehandling slik som manuellterapeuter tilbyr, er effektiv ved mange ulike sykdomstilstander i muskel- og skjelettapparatet.

Manuellterapeuter befinner seg hovedsakelig i kommunehelsetjenesten og samhandler med øvrige aktører i denne og i spesialisthelsetjenestene. Manuellterapeutenes fortsatte plass i kommunehelsetjenesten bør styrkes fordi yrkesgruppen kan gi viktige bidrag når det gjelder tidlig intervensjon, rehabilitering og forebygging av muskel- og skjelettsykdommer.

*2.2 Bygge på eksisterende modeller*

*a) Pasientrettighetsreformen av 1.1.2006*
Ved at kravet om henvisning til manuellterapeut ble fjernet i 2006 fikk muskel- og skjelettpasienter i prinsippet raskere adgang til manuellterapi. Manuellterapeuter fikk også en mer sentral plassering når det gjelder forebygging, diagnostisering og i koordinering av rehabiliteringsprosesser. I praksis er imidlertid potensialet i denne pasientrettighetsreformen mangelfullt utnyttet fordi det knapt nok fins offentlig informasjon om reformen, og den informasjonen som fins er enten tvetydig eller i verste fall feil. Pasientene og samarbeidende helsepersonell vet heller ikke sikkert hvem som er manuellterapeut i reformens forstand. I enkelte tilfeller har dette ført til at pasientsikkerheten er blitt satt i fare. En stor del av pasientene som i dag oppsøker manuellterapeut, har allerede gått sykmeldt i lengre perioder. Manuellterapeutenes kompetanse utnyttes for sent i behandlingsforløpet, ofte når pasienten har gått inn i en kronisk fase. Ved å integrere pasientrettighetsreformen av 1.1.2006 i Samhandlingsreformen vil fokuset på tidlig intervensjon bli skjerpet. Det kan skje ved tiltak som gjør manuellterapitjenesten i kommunene synlig for publikum og for samarbeidende helsetjeneste. De beste tiltakene i denne sammenhengen er autorisasjon av manuellterapeuter og bedre informasjon, både kvantitativt og kvalitativt.

[3] Ot. prp. 28 2005-2006 Regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut

*b) Videreutdanning - Henvisning til spesialist for primærkontakter*
Stortingsmeldingen omtaler på side 30, nest siste avsnitt 1. spalte, behovet for å styrke fastlegenes vurderingskompetanse i forbindelse med henvisning til sykehus.

NMF har sammen med NTNU i Trondheim utviklet og i to år på rad gjennomført videreutdanning i «Henvisning til spesialist» for *alle* primærkontakter i kommunehelsetjenesten. Denne videreutdanningen har bl.a. til hensikt å heve kompetansen i primærhelsetjenesten slik at unødvendige spesialisthenvisninger unngås og at kvaliteten på de henvisningene som faktisk skrives, blir bedre.

NMF har et mål om at alle manuellterapeuter skal gjennomføre denne utdanningen. Myndighetene bør vurdere å gjøre videreutdanning tilsvarende NTNU-utdanningen obligatorisk for behandlere som skal henvise til spesialisthelsetjenesten.

*2.3 Rehabilitering*
Sykdommer og skader i muskel- og skjelettapparatet utgjør en stor del av sykdomstilfellene og vil ofte kreve rehabiliteringsprosesser. Som følge av kompetansen på det aktuelle fagområdet og rettigheter på sykemeldings- og henvisningsområdet, vil manuellterapeuter kunne

- utrede
- koordinere rehabiliteringsforløp
- inngå i rehabiliteringsforløp når det gjelder behandling
- velge ut pasienter til videre behandling i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten

*2.4 Utprøving av modeller for fremtiden*
NMF er positiv til modellforsøk for utvikling av kommunehelsetjenesten når det gjelder tidlig behandling og rehabilitering. For eksempel mener vi følgende områder kan være aktuelle å prøve ut:

- samlokalisering av fastleger og manuellterapeuter
- forsøk med systematiske manuellterapeutvurderinger når pasienter har hatt langvarige sykmeldinger pga. muskel- og skjelettsykdommer
- manuellterapeuter i tverrfaglige intermediære kommunale enheter
- manuellterapeuter i helsestasjoner for barn og ungdom/skolehelsetjeneste
- deltakelse i vaktordninger.

Utprøvningen bør kombineres med forskningsprosjekt for å avklare om slike løsninger bidrar til raskere intervensjon, redusert antall unødvendige henvisninger til sykehus og radiologiske undersøkelser osv.

Vennlig hilsen

NORSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne

# NOTAT

## Om manuellterapi i Norge og hvordan manuellterapeuters kompetanse kan utnyttes i Samhandlingsreformen

**Manuellterapeuters yrkesrolle og kompetanse i dag**
*Yrkesrolle – plassering i kommunehelsetjenesten og annen helsetjeneste*
Stortinget vedtok høsten 2005 at pasienter ikke trenger henvisning til manuellterapeut. Det er egne refusjonstakster for manuellterapi, og pasientene får ordinære trygderefusjoner.

Stortinget vedtok samtidig at manuellterapeuter kan henvise til spesialisthelsetjeneste, radiologiske undersøkelser og fysioterapi, samt sykmelde. Denne pasientrettighetsreformen ble iverksatt 1.1.2006 etter at et forutgående forsøksprosjekt var evaluert av SINTEF. Hensikten med reformen var:

1. Bedre ressursutnyttelse og samarbeid i helsevesenet.
2. Mer fornøyde brukere.
3. Samfunnsøkonomiske besparelser.

SINTEFs evaluering viste at pasientene mente at ordningen ga dem raskere adgang til behandling. Fastlegene ble avlastet fordi flere manuellterapipasienter kom direkte uten henvisning. Det samlede sykefraværet i forsøksfylkene hadde en vekst som var mellom en og to prosentenheter lavere enn i resten av landet, regnet over en toårsperiode. Dette var, ifølge SINTEF, «en statistisk signifikant forskjell, og det gir en indikasjon på en sammenheng med forsøket».

Det finnes manuellterapeuter i alle landets fylker. De fleste arbeider i klinikker og medisinske sentra med avtaler med kommunehelsetjenesten. For øvrig arbeider manuellterapeuter

- på sykehus, rygg- og smerteklinikker
- i støtteapparatene til idrettsklubber og landslag.

Manuellterapeuter behandler både barn og voksne.

*Utdanning*
Manuellterapi er en universitetsutdanning på masternivå. Opptakskrav er blant annet bachelorutdanning i fysioterapi.

Manuellterapeut er definert i forskrift. Manuellterapeut har

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

*b) 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. gjennomgått opplæring i trygdefaglige emner mv. Departementet fastsetter nærmere krav til innhold i og omfang av opplæringen.*

*Videreutdanning*
For å styrke kompetansen når det gjelder henvisning til spesialisthelsetjenesten har NMF sammen med NTNU i Trondheim utviklet og gjennomført videreutdanning i «Henvisning til spesialist» (7,5 studiepoeng). Videreutdanningen er arrangert i 2008 og 2009 med 110 deltakere. Kurset er planlagt å gå årlig. NMFs mål er at alle manuellterapeuter skal gjennomføre videreutdanningen som er sentral for rollen som primærkontakter.

Det vises i denne sammenheng også til stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, side 30, nest siste avsnitt 1. spalte, der behovet for å styrke fastlegenes vurderingskompetanse i forbindelse med henvisning til sykehus omtales. Vi vil for ordens skyld understreke at «Henvisning til spesialist» - utdanningen er åpen for alle primærkontakter i den kommunale helsetjenesten, det vil si også for fastleger.

**Nærmere om manuellterapeutenes praksis og virkning av pasientrettighetsreformen**
Stortingets vedtak høsten 2005 innebar at manuellterapeuter fikk en liknende funksjon som fastleger på muskel- og skjelettområdet.

*Undersøkelse og diagnostisering*
En typisk klinisk undersøkelse er grundig og varer som regel en time. Etter eventuelle prøvesvar fra spesialisthelsetjenesten, stiller manuellterapeuten en diagnose. Henvisning til radiologi gjøres normalt først etter at grundig klinisk undersøkelse er gjennomført.

*Behandling, råd og veiledning*
Dersom det er indikasjon for det, kombineres undersøkelsen med behandling, råd og veiledning. Behandling som tar sikte på å dempe smerte, gjenopprette funksjon og få pasienten tilbake i aktivitet, iverksettes dermed raskt.

*Rehabilitering*
Ved behov initierer og koordinerer manuellterapeuten rehabiliteringsprosesser som involverer andre deler av kommunehelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Dette skjer ved hjelp av henvisninger. Det er utarbeidet retningslinjer for henvisning til spesialist og fysioterapi. Henvisning gjøres normalt etter at grundig klinisk undersøkelse er gjennomført. Som hovedregel skal konservativ behandling være prøvd før det henvises til kirurgi. Manuellterapeuter utfører selv konservativ behandling og /eller henviser til fysioterapi eller andre deler av kommunehelsetjenesten for behandling.

*Sykmelding*
I tillegg til obligatorisk trygdeopplæring har ca 40 % av manuellterapeutene gjennomført et fagutviklingsprogram om sykmeldingsarbeid i regi av NAV og foreningene. Det er utarbeidet en «Veileder for medisinsk vurdering av arbeidsmulighet for manuellterapeuter».

*Erfaringer fra pasientrettighetsreformen så langt*
Som nevnt ble prøveprosjektet som gikk forut for pasientrettighetsreformen av 1.1.2006 evaluert av SINTEF. Denne evalueringen gir kunnskap om potensialet i reformen. SINTEFS evaluering viser at bortfallet av henvisningskravet førte til at flere pasienter oppsøkte manuellterapeut direkte uten å gå veien om lege. En større andel av pasientene kom dermed raskere til behandling hos manuellterapeut. Pasientene oppfattet selv at de raskere fikk diagnose og behandling. På denne måten sparte de tid, penger og unødvendige lidelser. Ni av ti pasienter ønsket en permanent ordning.

Manuellterapeutene i prøvefylkene benyttet seg i moderat grad av muligheten til å sykmelde. Når sykmeldinger ble skrevet ut, ble de gitt for korte tidsperioder. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten ble også benyttet i moderat grad. Andelen av pasienttilfeller hvor det ble iverksatt bildediagnostikk, ble betydelig redusert i forsøksperioden. Det var signifikant forskjell på manuellterapeutpasienter som fikk medikamentell behandling i forsøksfylkene og i kontrollfylkene. Utviklingen i forsøksfylkene og kontrollfylkene beveget seg i hver sin retning: I forsøksfylkene ble andelen hvor det ble iverksatt medikamentell behandling redusert fra 36,9 prosent til 27,7 prosent, mens den i kontrollfylkene økte fra 29,7 prosent til 37,3 prosent. Raskere intervensjon og vektlegging av aktivitet i behandlingen kan være årsaker til den moderate sykmeldingspraksisen til manuellterapeutene. Den grundige kliniske undersøkelsen gjør ofte bildediagnostikk og henvisning til spesialisthelsetjenesten overflødig, og ikke-medikamentell behandling erstatter i noen grad medikamentell behandling.

*Elektronisk samhandling*
Manuellterapeutene har inngått samarbeidsavtale med Norsk Helsenett, og et prosjekt (Elektronisk samhandling for manuellterapeuter, ELSA) er i gang med støtte fra Helsedirektoratet. Bl.a. som en følge av ELSA-prosjektet er i dag cirka 16 prosent av manuellterapeutene (64 av i alt 389) tilknyttet Helsenett. Manuellterapeutene er, nest etter legene, den yrkesgruppen i som har flest behandlere tilknyttet helsenett. Tilknytningsprosenten kan økes dersom de øvrige yrkesgruppene i helsetjenesten får lignende incentiver som legene har fått.

Det bør opprettes direkte elektronisk kommunikasjon mellom samtlige aktører i kommunehelsetjenesten. Rask og effektiv kommunikasjon mellom pasientens fastlege og manuellterapeut er spesielt viktig for å sikre en samordnet diagnostisering og behandling. Manuellterapiklinikker som er tilknyttet Helsenett, rapporterer at papirbaserte epikriser tidligere ofte ikke ble lest av mottakerne. Det hendte også at epikrisene rett og slett «kom bort» på legekontoret eller i postgangen. Elektroniske epikriser kommer raskt til fastlegen. De går rett inn i journalen og blir lest når pasienten møter opp til konsultasjon. Korte elektroniske epikriser benyttes hyppig til å formidle status, utvikling, forslag til tiltak osv til fastlege når pasienten har time hos denne like etter time hos manuellterapeut. Elektroniske røntgensvar og epikriser overføres også rett i manuellterapeutenes journal, og behandleren sparer tid på å slippe å skrive inn resultatene manuelt.

*Forebygging*
Manuellterapeuter kan bl.a. gi råd om fysisk aktivitet og ergonomiske forhold som kan bidra til å forebygge muskel- og skjelettskader.

Når det gjelder *sekundærforebygging* kan manuellterapeuter bidra med råd og veiledning, rygg-nakkeskole mv. NMF har også bedt Helsedirektoratet å bli involvert i henvisning til fysisk aktivitet i kommunene.

*Rehabilitering*
Rehabilitering defineres i stortingsmeldingen som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendige assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet». En stor del av rehabiliteringsvirksomheten foregår i dag i sykehusregi, fordi kommunene i liten grad er i stand til å drive etterbehandling og rehabilitering. Samhandlingsreformen tar sikte på å endre dette, blant annet ved at det skal etableres lokale medisinske sentra, intermediære enheter og forsterkede sykehjem.

Manuellterapeuter kan spille en viktig rolle i lokalmedisinske sentra. Sykdommer og skader i muskel- og skjelettapparatet utgjør en stor del av sykdomstilfellene og vil ofte kreve rehabiliteringsprosesser. Som følge av kompetansen på det aktuelle fagområdet og rettigheter på sykemeldings- og henvisningsområdet, vil manuellterapeuter kunne

- utrede
- koordinere rehabiliteringsforløp
- inngå i rehabiliteringsforløp når det gjelder behandling
- velge ut pasienter til videre behandling i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten

*Akuttbehandling/vakttjeneste*
Dersom det er interesse for å etablere en manuellterapeutvakt i tillegg til, eller i tilknytning til, kommunens legevakt, er Norsk Manuellterapeutforening innstilt på å bidra til dette. Dette vil kunne bidra til å styrke kommunenes tilbud til muskel- og skjelettpasienter i tidlig fase.