

Innspill til Blankholmutvalget fra Norsk Kiropraktorforening

Førstelinjetjenesten

I forbindelse med nedsettelsen av Blankholmutvalget understreket helse- og omsorgsminister Bent Høie at: «*Tidligere utvalg har hovedsakelig sett på kriterier for prioritering i spesialisthelsetjenesten. Det kan være andre vurderinger som må gjøres i førstelinjetjenesten*».

Førstelinjetjenesten er tjenester som tilbys av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Men dette er også tjenester som tilbys av privat offentlig autorisert helsepersonell i førstelinjen. Dette gjelder for eksempel private fysioterapeuter og kiropraktorer. Dette er helsepersonellgrupper som ikke har driftsavtale med kommunen, men som har refusjonsrett, henvisningsrett og sykmeldingsrett. De har viktig kompetanse og kapasitet, som må tas med når prioriteringer i primærhelsetjenesten skal drøftes.

- Blankholmutvalgets skal gjøre en helhetlig drøfting av prioriteringsutfordringene i førstelinjen. En helhetlig drøfting bør derfor omfatte både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privat offentlig autorisert helsepersonell med slike rettigheter.

Muskelskjelettlidelser – vår største folkehelseutfordring

Gode prioriteringer betyr å tilby riktige tjenester, til riktige pasienter, til de ressursene vi har tilgjengelige.

Muskelskjelettlidelser¹ står for 25 prosent av alt helsetap, der nakke- og rygglidelser utgjør hoveddelen, hele 79 prosent. I følge Folkehelseinstituttets rapport Sykdomsbyrde 2016 er muskel- og skjelettlidelser den viktigste årsaken til helsetap i den norske befolkningen.

Muskelskjelettlidelser er også blant de største enkeltårsakene til sykefravær og utenforskap i den norske befolkningen – og problemet er voksende. Helsedirektoratet har i sin rapport Samfunnskostnader 2015 beregnet at muskelskjelettlidelser

¹ Den konkrete definisjonen av «Muskelskjelettskader, - sykdommer og -plager» som i stadig større grad anvendes av både internasjonale og nasjonale fagmiljøer, blant annet Muskelskjelettsatsningen (MUSS) innenfor NSG (www.muss.no) og av Rådet for muskelskjeletthelse (<http://www.muskelskjeletthelse.no/om-radet-for-muskelskjeletthelse/>) deles inn i følgende fem hovedgrupper:

- *Smerter og andre plager og/eller endret funksjon i bevegelsesapparatet som følge av fysiske og psykiske belastninger*
- *Ikke-infeksiøse inflammatoriske (betennelsesaktige) sykdommer i ledd, ryggstøyle og/eller bløtdeler.*
- *Degenerative sykdommer i ledd og/eller ryggstøyle.*
- *Patologisk beintap/osteoporose med eller uten osteoporotiske brudd*
- *Skader i bevegelsesapparatet, inkludert følgetilstander som en konsekvens av slike skader*

- Fører til over 10 millioner tapte dagsverk årlig
- Forklarer 38 prosent av sykefraværet
- Koster over 250 milliarder kroner årlig; 70 milliarder kroner i direkte kostnader (helsetjenesteutgifter, sykepenger, uførepensjon mv) og 185 milliarder kroner i helsetap.

Vi viser for øvrig til pkt. 1.3 i innspillet fra Norsk Fysioterapiforbund, som viser omfanget av muskelskjelettlidelser og de konsekvensene det har, både for den enkelte og for samfunnet.

Per i dag er dette lidelser som har lav prestisje og liten prioritet i helsetjenesten, men som i stor grad belaster velferdsbudsjettene våre og gir store årlige samfunnskostnader. Det er derfor et presserende behov for å finne nye effektive strategier for å kunne håndtere både de menneskelige og samfunnets utfordringer som følger av muskelskjelettlidelser, ikke minst når det gjelder nakke- og rygglidelser.

- For å håndtere disse utfordringene på en bærekraftig måte, må muskelskjelettlidelser *prioriteres høyere*, og vi må sørge for at alle tilgjengelige helsepersonellressurser blir brukt bedre og mer helhetlig.

I motsatt fall vil forekomsten av muskelskjelettlidelser øke og bli en stadig større del av sykdomsbyrden og samfunnskostnadene i fremtiden.

Kriteriene for prioritering – relevante i førstelinjetjenesten?

Blankholmvalgget skal ta utgangspunkt i prioriteringskriteriene som Stortinget sluttet seg til gjennom behandlingen av Meld. St. 34 (2015-2016), men vurdere i hvilken grad kriteriene er relevante eller bør justeres når de anvendes i førstelinjetjenesten. Kriteriene er alvorlighet, nytte og ressurs. Jo mer alvorlig en tilstand er og jo større nytte et tiltak har, jo høyere ressursbruk kan aksepteres.

Som Norsk Psykologforening skriver i sitt innspill, tilbys et bredt spekter tjenester i førstelinjetjenesten. Utfordringen i førstelinjetjenesten er ofte å oppdage og legge til rette for at den enkelte kan få tidlig hjelp med problemer som ellers kan utvikle seg til mer alvorlige tilstander.

Dette gjelder også for pasienter med muskelskjelettlidelser. Dette er lidelser man lever med og ikke dør av, slik at disse lidelsene ikke veier tungt på alvorlighetskriteriet.

For spesialisthelsetjenesten er alvorlighetskriteriet et viktig kriterium. Som følge av førstelinjens innretning er ikke alvorlighetskriteriet like relevant som prioriteringskriterium i førstelinjetjenesten.

- Nyttekriteriet og ressurskriteriet bør vektas høyere enn alvorlighetskriteriet i førstelinjetjenesten.

Vi viser for øvrig til innspillet fra Norsk Fysioterapeutforbund, pkt 2.2 om nyttekriteriet og ressurskriteriet, og deler disse vurderingene.

Uforløst potensiale for bedre samarbeid mellom fagprofesjonene

Flere fagmiljøer som har gitt innspill til Blankholmvalget, opplever kapasitetsutfordringer i arbeidshverdagen, og viser til behov for mer ressurser. Vi tror dette er riktig på mange områder.

- Vi vil imidlertid også løfte frem potensialet som ligger i bedre samhandling mellom fagmiljøene. En god samhandling mellom fagmiljøene, vil gi bedre tjenester til pasientene, og mer effektiv ressursbruk.

Dette gjelder særlig på muskelskjelettfeltet. På muskelskjelettfeltet er det først og fremst fastlegene, fysioterapeutene/manuellterapeutene og kiropraktorene som tilbyr tjenester til pasientgruppen, og som har relevant kompetanse. Men – de kan bli mye bedre til å samarbeide om muskelskjelettpasientene.

- For å sikre god samhandling mellom fagprofesjonene må barrierene identifiseres.

For vår del erfarer vi at for eksempel at ulikheter i refusjonsordninger mellom profesjonene er en barriere². En annen barriere er at vår profesjonsgruppe, som den eneste store offentlig autoriserte helsepersonellgruppen, foreløpig ikke har norsk utdanning. Grunnlaget for godt samarbeid mellom fagprofesjonene legges ofte allerede under studiene der studentene har felles forelesninger og praksis.

Som utvalget sikkert er vel kjent med, har Universitetet i Bergen tatt initiativ til å samle helsefaglige miljøer i Alrek helseklynge på Campus Årstadvollen. Som ledd i dette ønsker de å etablere en nasjonal kiropraktorutdanning og tverrfaglige forskningsmiljøer på muskelskjelettlidelser. Dette er viktige initiativer for å styrke samhandling mellom

² **Innst. 11 S (2011–2012):** «Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at pasienter som oppsøker kiropraktor, får stønad til inntil 14 behandlinger per år* (*opphevet som del av opptrappingsplan for rehabilitering). Disse medlemmer har merket seg at refusjons-satsen for slik behandling ikke er justert i tråd med den normale pris- og lønnsvekst og således utgjør en stadig mindre del av det honoraret pasienten betaler. Disse medlemmer vil peke på at dette er en uheldig utvikling sett i sammenheng med den betydning kiropraktorbehandling har for pasienter med muskel- og skjelettlidelser, og særlig med tanke på behandling av barn med slike lidelser. Disse medlemmer ber på denne bakgrunn om en vurdering av behov for justering av reglene med hensyn til tak på antall behandlinger og refusjonssatsens størrelse ut fra pasienters alder, behov, diagnose og betalingsevne»

helseprofesjonene i primærhelsetjenesten generelt, og på muskelskjelettområdet spesielt slik at vi kan få bedre forebygging, diagnostisering og behandling av pasientgruppen. Alrek Helseklynge er derfor et viktig bidrag til at primærhelsetjenesten kan stå bedre rustet til å møte fremtidens helseutfordringer. Vi viser for øvrig til en [vår kronikk](#) om dette, trykt i Dagens Medisin tidligere i vår.

Oppsummering

- En helhetlig drøfting av prioriteringsutfordringene i primærhelsetjenesten må omfatte både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privat offentlig autorisert helsepersonell.
- Muskelskjelettlidelser rammer mange, men har liten status og prioritet i helsetjenesten. For å håndtere disse utfordringene på en bærekraftig måte, må muskelskjelettlidelser *prioriteres høyere*, og vi må sørge for at alle tilgjengelige helsepersonellressurser blir brukt bedre og mer helhetlig.
- Som følge av førstelinjetjenestens oppgaver og innretning bør nyttekriteriet og ressurskriteriet vektas høyere enn alvorlighetskriteriet i førstelinjetjenesten.
- Det bør legges til rett for mer målrettet og bedre samarbeid mellom fagmiljøene for å sørge for bedre tjenester til pasientene, og mer effektiv ressursbruk.
- For å sikre mer målrettet samarbeid på tvers av fagprofesjonene er det behov for å identifisere barrierene mot samarbeid:

Kontaktinformasjon

Ta gjerne kontakt dersom dere har spørsmål eller om det er noe vi kan bidra med.

Jakob Lothe
Leder
90949809
styreleder@kiropraktikk.no

Hans Otto Engvold
Generalsekretær
97140082
generalsek@kiropraktikk.no

Kiropraktorene – i et nøtteskall

- Kiropraktorer er offentlig autoriserte, og har spesialisert kompetanse på diagnostisering og behandling av pasienter med muskelskjelettlidelser. Kiropraktikerne har både refusjonsrett, sykmeldingsrett og henvisningsrett.
- Kiropraktorene utgjør en viktig del av tjenestetilbudet på muskelskjelettområdet i Norge. 800 kiropraktorer gjennomfører rett i underkant av 2 millioner konsultasjoner i året. Kiropraktorene behandler pasienter raskt og effektivt før lidelsene får utarte seg og får store konsekvenser for den enkelte og for samfunnet. Det er omtrent 350 000 nordmenn som årlig får behandling av en kiropraktor. Dette betyr at hver pasient i snitt får 5,6 behandlinger i løpet av ett år.
- De fleste kiropraktorene i Norge er utdannet i Danmark, Storbritannia, USA eller Australia. Stortinget har flere ganger bedt om at det etableres en norsk kiropraktorutdanning. I Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag [for 2018](#) som ble lagt frem høsten 2017, fremgår at «Mange pasienter har god nytte av kiropraktorbehandling» og at det planlegges en norsk kiropraktorutdanning i «tilknytning til et etablert universitetsmiljø i Norge».