



# NORSK KIROPRAKTORFORENING

NORWEGIAN CHIROPRACTORS' ASSOCIATION

Storgt. 10 A, 0155 Oslo

Telefon: 23 10 64 90 -Telefax: 23 10 64 91

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Også sendt elektronisk til: [postmottak@hod.dep.no](mailto:postmottak@hod.dep.no)

9. januar, 2014

## **HØRING – FORSLAG TIL FORSKRIFT OM Å AUTORISERE MANUELLTERAPEUTER (FYSIOTERAPEUTER MED VIDEREUTDANNING INNEN MANUELLTERAPI) I HENHOLD TIL HELSEPERSONELLOVEN.**

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets brev av 9.10 2013 med invitasjon til å gi uttalelse til forslag til forskrift om å autorisere manuellterapeuter.

Med dette oversendes uttalelse fra Norsk Kiropraktorforening.

Den eneste helsepersonellgruppen som i dag har dobbeltautorisasjon er jordmødre. Dette har historiske årsaker. Det er etter Norsk Kiropraktorforenings syn, ikke noe i høringsnotatet som tilsier at det nå skal åpnes for at flere yrkesgrupper skal dobbeltautoriseres.

### **Offentlig spesialistgodkjenning kontra dobbeltautorisasjon**

Etter Norsk Kiropraktorforenings syn vil en ordning med spesialistgodkjenning, slik det i dag finnes for leger, tannleger og optikere, være veien å gå dersom det er behov for ytterligere offentlig regulering av kompetanse og kvalitet utover det som følger av Helsepersonellovens § 48.

En rekke helsepersonellgrupper inkludert kiropraktorene, ønsker at det etableres spesialiteter etter Helsepersonellovens regler. Det vises til at Helsedirektoratet i sin rapport av 1. februar 2012 har tilrådt å åpne for dette.

Norsk Kiropraktorforening er kjent med Helse- og omsorgsdepartementets brev av 15.10 2013 til Helsedirektoratet hvor det fremgår at departementet ikke ønsker å utvide dagens ordning med spesialiteter. Begrunnelsen er at økt spesialisering vil føre til «*fragmenterte tjenester*» og at dette står i motstrid til at det i fremtidens helsetjenester er behov for større fleksibilitet. Det fremgår av brevet at det derfor er «*behov for oppmyking av profesjongrensene, bedre arbeidsdeling og utvidede roller for mange typer helsepersonell.*» Det konkluderes med at en utvidelse av ordningen med offentlig spesialistgodkjenning ikke er i tråd med disse målene.

Norsk Kiropraktorforening vil peke på at slike hensyn hverken er beskrevet eller vurdert når departementet nå foreslår å åpne for dobbeltautorisasjon. Mye taler for en ordning med dobbeltautorisasjon vil være i direkte motstrid til ønsket om mindre fragmentering, økt fleksibilitet og de andre mål som departementet formulerer i brevet av 15.10 2013. En autorisasjon av en «spisskompetanse» fremstår i så måte som langt mer rigid enn godkjenning av en spesialitet.

Dersom det åpnes for at tilleggs- eller videreutdanning skal være autorisasjonsgivende og det samtidig stenges for nye spesialiteter, er det svært sannsynlig at en rekke helseprofesjoner vil søke om dobbeltautorisasjon på bakgrunn av etter- og videreutdanning ved høyskoler og universiteter innenlands og utenlands. Dette kan neppe være ønskelig fra departementets ståsted med de mål som er referert over. En vurdering av hvilke konsekvenser det å åpne for dobbeltautorisasjon vil få for andre helsepersonellgrupper er totalt fraværende i høringsnotatet.

### **Krav til innhold i utdanninger som kan gi grunnlag for dobbeltautorisasjon.**

Som departementet peker på i sitt brev av 15.10 2013, er det en positiv utvikling i tilbudet av etter- og videreutdanninger for helsepersonell ved universiteter, høyskoler og fagskoler.

Manuellterapi er i dag ett av i alt tretten spesialistområder innen fysioterapi, hvor det i kompetansekravene inngår en fysioterapifaglig eller helsefaglig mastergrad samt veiledet praksis. Det er derfor vanskelig å se at videreutdanningen i manuellterapi har et slikt innhold og organisering, at den er den eneste som skal gi grunnlag for dobbeltautorisasjon.

Dersom det nå åpnes for at desentraliserte masterutdanninger skal gi grunnlag for dobbeltautorisasjon, vil dette være aktuelt for mange andre helsepersonellgrupper og også for kiropraktorer. To videreutdanninger for kiropraktorer som fører frem til mastergrad (i diagnostisk ultralyd og pediatri) er organisert på samme måte.

Manuellterapiutdanningen ved Universitetet i Bergen er organisert som et klinisk masterstudium på heltid. En stor del av vektallene består imidlertid av arbeid i klinikk som fysioterapeut med veiledning i manuell terapi. Teoriundervisning skjer ved ukesamlinger i Bergen. Det fremgår av presentasjonen av studiet på UIB sin egen nettside at

*«I første og andre semester er det til saman 180 timer med teori- og praksisundervisning ved universitetet. I periodane mellom opphald studenten seg 28 t/veke på tildelt praksisplass og arbeider med pasientar under rettleiing av fysioterapeut som er spesialist i manuellterapi.»* Studiet kan derfor kombineres med tilnærmet normal yrkesaktivitet som fysioterapeut og utløser anvendelse av manuellterapeutisk under veiledet praksis (A8 takst-kompetanse).

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) har fått delegert ansvaret fra Helse- og omsorgsdepartementet for å godkjenne utenlandske utdanninger og definere eventuelle tilleggskrav til utdanning/praksis i forhold til kompetansekravene som stilles for å utløse A8 takst-kompetanse ”manuellterapi”.

Som det fremgår av Helsedirektoratets utredninger i saken får et stort antall manuellterapeuter sin utdanning fra utlandet både i og utenfor Europa hvor studiets lengde og innhold av veiledet praksis til dels divergerer vesentlig fra utdanningen i Bergen. Ved enkelte studiesteder tilbys en mastergrad i manuellterapi som et ettårig studium.

Videreutdanning i manuellterapi er ensbetydende med en spesialisering innen fysioterapi i alle land hvor dette er regulert. En dobbeltdokumentasjon for manuellterapeuter vil i tilfelle være et særnorsk fenomen som mangler enhver resiprositet utenfor Norge. I lys av den økende internasjonale mobiliteten av helsepersonell deler NKF Helsedirektoratets syn for at dette taler for en offentlig spesialistordning fremfor egen autorisasjon.

### **Endret yrkesrolle**

Det legges i høringsnotatet vekt på at manuellterapeutene har et selvstendig behandleransvar. Det er uklart hva departementet legger i dette.

Begrepene primærkontakt og portvokter anvendes ikke i helselovgivningen. At manuellterapeuter i noen sammenhenger er pasientens første kontakt i helsetjenesten (primærkontakt) kan ikke være noe selvstendig argument for at de skal gis dobbelt autorisasjon. En rekke helsepersonellgrupper har primærkontaktfunksjon uavhengig av henvisning fra lege. Helsesøstre i helsestasjoner og skolehelsetjenesten har denne rollen. Optikere møter ofte pasienter med øyensykdommer først. Det samme gjelder ulike grupper privatpraktiserende helsepersonell som arbeider uten trygderefusjon. Noen «portvoktere» har utvidede fullmakter som sykmeldingsrett og henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten..

At manuellterapeuter etter gjennomført etter- og videreutdanning gir deres pasienter rett til trygderefusjon, kan heller ikke være noe selvstendig argument for dobbelt autorisasjon. Det vises til at tannleger med ulike spesialiteter kan utløse trygderefusjon for sine pasientgrupper uten at dette har utløst noen diskusjon om behov for mer enn én autorisasjon.

En dobbeltdokumentasjon vil for øvrig skape uklarhet i forhold til hvilken rolle manuellterapeuten skal ha i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i forhold til driftsavtaler.

Når det gjelder selve behandlingsformen manuellterapi eller ”manual therapy” lar denne seg vanskelig skille fra annen manuell behandling som tilbys av en rekke helseprofesjoner og også alternative utøvere. Manipulasjonsbehandling er en metode som anvendes innen manuell terapi men også av kiropraktorer, fysioterapeuter, osteopater, naprapater, massører og leger. Andre metoder og tiltak som anvendes innen manuell terapi bygger i stor grad på fysioterapi. Gjennomført videreutdanning i manuellterapi endrer i så måte ikke i seg selv innholdet i yrkesutøvelsen.

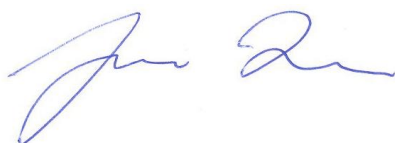
### **Pasientrettigheter og pasientsikkerhet**

Det er vanskelig å se at pasientsikkerhet skal være et argument for dobbeltautorisasjon. Fordi manuellterapeutene allerede har autorisasjon som fysioterapeuter, vil Helsepersonelloven og Pasient- og brukerrettighetsloven uansett komme til anvendelse. Lovverket stiller generelle krav til aktsomhet uavhengig av hvilke behandlingsmetoder som anvendes eller hvorvidt helsepersonellet er spesialisert eller ikke. Pasientsikkerhet og pasientrettigheter vil derfor være like godt ivaretatt selv om manuellterapeutene ikke gis dobbeltautorisasjon.

Det er også vanskelig å se at dobbeltautorisasjon skal gjøre det enklere for pasientene å forstå hva slags helsepersonellgruppe de står overfor. Egen autorisasjon skaper mer forvirring enn orden. Informasjon om at man er fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi må være tilstrekkelig for å synliggjøre den tilleggskompetanse som fysioterapeuten har skaffet seg. Dette har vært praksis for en rekke helsepersonellgrupper i mange år og vil ikke representere noe nytt. En anestesisykepleier og en sykepleier med spesialistutdanning innenfor psykisk helsevern har en del andre oppgaver fra en alminnelig sykepleier. Det har aldri vært hevdet at en slik omtale skaper forvirring for pasientene. En utvikling med dobbeltautorisasjoner ville vært langt mer forvirrende enn dagens system.

Norsk Kiropraktorforening kan ikke se at det foreligger noen grunner til å fravike prinsippet om en autorisasjon – en utdanning.

Med hilsen



Jakob Lothe  
Leder Norsk Kiropraktorforening