

Helse- og omsorgsdepartementet
nasjonalhelseogsamhandlingsplan@hod.dep.no

Deres ref.: 22/2404-
Vår ref.:
Dato: 14.09.2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Norsk Manuellterapeutforening, NMF, viser til brev av 3. august 2022 og takker for invitasjonen til å gi innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Vi vil kort presentere vår yrkesgruppe, samt svare på spørsmålene som stilles i invitasjonen:

- 1) *Hva er de viktigste utfordringene å adressere?*
- 2) *Hvilke tiltak er aktuelle?*
- 3) *Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?*

Om manuellterapeuter

NMF organiserer hovedtyngden av landets manuellterapeuter. Manuellterapeuter har inngående kunnskap om patologi, smerte og funksjonsnedsettelse relatert til muskel-, skjelett- og nervesystemet, herunder epidemiologiske, kausale, prediktive og prognostiske forhold.¹

Manuellterapi er en klinisk mastergradsutdanning ved Universitetet i Bergen, UiB. Ett av opptakskravene er bachelorutdanning i fysioterapi. Etter endt masterutdanning blir studentene autoriserte manuellterapeuter² med lignende fullmakter som legenes på sitt kompetanseområde. Det vil si at de kan undersøke, utrede og behandle pasienter. De kan også sykmelde, henvise til sykehus/spesialist, radiologi og fysioterapi.³

Etter fullført masterstudium er manuellterapeuten kvalifisert til:

- arbeid som primærkontakt og portvakt for pasienter med sykdom og skader fortrinnsvis knyttet til muskel- og skjelettapparatet
- utdanningsarbeid på universitet og høyskoler
- fagutvikling i klinisk virksomhet
- forskning og utvikling
- faglig og administrativt arbeid innen forvaltning og helsevesen.

¹ <https://www.uib.no/studier/MAMD-MANT> og Høringsutkast – forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i manuellterapi

² Stortinget vedtok 8. mars 2022 endringer i helsepersonellovens § 48 som innebærer at manuellterapeuter gis særskilt autorisasjon. Vedtaket er ennå ikke iverksatt, og yrkesgruppen er per dd. registrert i Helsepersonellregistret som «fysioterapeuter med tilleggskompetanse».

³ Innst. O. nr. 15 (2005-2006) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om endringer i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)

Studiet kvalifiserer for videre forskning og PhD-studium, nasjonalt som internasjonalt. Kunnskapsdepartementet har i disse dager forskrift om nasjonal retningslinje (RETHOS) for masterutdanning i manuellterapi ute på høring.⁴ Forskriften trer i kraft i 2023.

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

1.1. Muskel-/skjelettbehandling og -forskning må få økt oppmerksomhet

Sykdom og skader i muskel- og skjelettapparatet er blant de viktigste årsakene til redusert helse og nedsatt livskvalitet, og den dominerende årsaken til sykefravær og nedsatt arbeidsevne/uførhet.⁵

Muskel- og skjelettsykdommer koster det norske samfunnet mer enn 255 milliarder hvert år.⁶ Det er anslått å være den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest».⁷ Det er ikke alvorligheten ved muskel- og skjelettlidelser som skaper det store helsetapet, men utbredelsen og kostnadene for samfunnet.⁸ I Norge er muskel- og skjelettsykdommer den klart mest vanlige årsaken til sykefravær, og utgjør omkring 30 prosent av sykefraværstilfellene. Sammen med psykiske lidelser er sykdomsgruppen den vanligste årsaken til uførhet.⁹

Til tross for det store omfanget og de høye kostnadene har muskel- og skjelettsykdommer fått relativt lite oppmerksomhet når det gjelder behandlingstilbud og forskningsmidler. Dette kan knyttes til sykdommenes tradisjonelt lave status og prestisje.¹⁰

En sykdoms prestisje er ikke nødvendigvis det samme som dens prioritering, men det er sannsynlig at lav prestisje innvirker på prioriteringen. Tromsø kommune skrev eksempelvis følgende om fastlegetilbudet på sine nettsider i forbindelse med sommerferieavviklingen i år:

Noen plager blir vanligvis ikke undersøkt nærmere, som for eksempel muskel- og skjelettplager og søvnvansker. Plager som dette kan behandles med reseptfrie medikamenter.¹¹

Symptomer i muskel-/skjelett-apparatet kan i en del tilfeller skyldes alvorlig, underliggende sykdom. Å la være å undersøke slike smerter er etter vår oppfatning ikke akseptabelt.

En annen illustrasjon på hvordan muskel- og skjelettpasienter prioriteres av allmennleger, kommer frem i to norske studier om håndtering av ryggpasienter. Ryggsykdommer er den største undergruppen blant muskel- og skjelett-diagnosene. Resultatene viser at allmennleger i all hovedsak skriver ut smertestillende medikamenter, sykmelder og deretter «venter og ser». Henvising til andre behandlere eller spesialisthelsetjenesten skjer oftest først etter at pasientene har hatt sine ryggplager i mer enn 12 uker.¹² Denne praksisen står i kontrast til

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forskrift-om-nasjonal-retningslinje-for-klinisk-masterutdanning-i-manuellterapi/id2919385/>

⁵ Folkehelseinstituttet, Folkehelse rapporten 2018, oppdatert 29.3.2022. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse>

⁶ Skogli, Theie, Stokke, & Lind, 2019

⁷ Lærum et al., 2013; Skogli et al., 2019

⁸ Skogli et al., 2019

⁹ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>

¹⁰ Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc Sci Med 2008; 66: 182 – 8.

¹¹ <https://tromso.kommune.no/nyheter/2022/07/begrenset-tilbud-hos-fastlegene-i-sommer>

¹² Tidsskr Nor Lægeforen 2012 132:2388 doi: 10.4045/tidsskr.12.0395 og Tidsskr Nor Lægeforen 2002 122:1800-3 og

anbefalingen om tidlig innsats og rask avklaring for å bedre mulighetene for at den enkelte oppnår en positiv behandlingseffekt.¹³

Til tross for lav prioritering når det gjelder behandlingstiltak og forskningsmidler, foreligger det i dag mye forskningsbasert kunnskap om behandling av muskel- og skjelettsykdommer og kunnskap om tiltak for å få folk tilbake i arbeid. Det er imidlertid et problem at det er for liten fag- og helsepolitisk enighet og vilje til å implementere effektive tiltak, selv om det finnes dokumentasjon på at de helseøkonomiske gevinstene ville være store.¹⁴

1.2 Fastlegekrisen – hvordan oppnå reell avlastning

Fastlegjetjenesten er en sentral del av den kommunale helsetjenesten. Vansker med å rekruttere og beholde fastleger har imidlertid gjort det krevende å sikre innbyggerne allmennlegetjenester. Allmenlegeforeningen har ifølge egen kartlegging anslått at 235 000 innbyggere høsten 2022 vil være uten fastlege.¹⁵

Færre leger velger fastlegeyrket, og mange vurderer å forlate det. Legene oppgir flere årsaker til dette: arbeidsoppgavene har blitt mange og arbeidsdagene lange, små fagmiljø og lite faglig nettverk og forhold rundt det å etablere seg som selvstendig næringsdrivende.¹⁶

En tidsbruksundersøkelse i 2018 viser at fastleger arbeider i snitt 55,6 timer/uken.¹⁷ De fleste (76 prosent) opplyser at redusert arbeidsbelastning i stor grad vil bidra positivt til om de vil fortsette i yrket. Redusert arbeidsbelastning vil derfor være en av de viktigste faktorene for rekruttering og stabilitet.¹⁸

Manglende tilgang til fastleger kan også føre til økt press på legevakt-tjenester.

Det har vært gjennomført forsøk med primærhelseteam (PHT) bestående av fastlege, sykepleier og helsesekretær i perioden 2018-2021, bl.a. for å undersøke om slikt team-arbeid fører til mindre arbeidsbelastning for fastlegene. Av sluttevaluerings-rapporten går det fram at de ansatte på legekantorene opplevde at PHT kan påvirke arbeidsmiljøet på klinikken positivt og gi gevinster for pasientene. Likevel, de fleste fastlegene opplyste at PHT *ikke* påvirket deres arbeidsbelastning. Ifølge sluttevalueringen kan det:

(...) se ut til at oppgavene sykepleier utfører i stedet for at fastlegen gjør dem selv, er ganske begrenset.

En liten andel oppga at PHT hadde påvirket arbeidsomfanget *negativt*. Ifølge evalueringsrapporten kan en mulig forklaring være at:

PHT innebærer at fastlegene skal lede teamet rundt pasienter som får oppfølging fra PHT, og at dette er et ansvar ikke alle ønsker.

¹³ Nøkleby H, Berg R, Nguyen L, Blaasvær N, Kurtze N. Helseeffekter av arbeid, Kunnskapssenteret. Rapport 2015. ISBN (elektronisk): 978-82-8121-969-4. og Statsbudsjettet 2018 Prop.1 S (2017-2018) (Post 79 s 95 og post 73 side 209-210) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20172018/id2574064/>

¹⁴ Tidsskr Nor Legeforen 2010 130:2106 doi: 10.4045/tidsskr.10.1035

¹⁵ <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/krisen-i-fastlegeordningen/det-haster/>

¹⁶ HOD: Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024

¹⁷ Rebnord I. K., Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018

¹⁸ Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, UiO/ Nasjonalt senter for distriktsmedisin/Oslo Economics, mai 2022. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/05/HPA-evalueringsrapport-2022.pdf>

Fastlegenes store arbeidsbelastning er en utfordring som ikke synes løst gjennom teamarbeid som i PHT.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

Kirke, utdannings- og forskningskomiteen vedtok i forbindelse med behandling av stortingsmeldingen «Utdanning for velferd» i 2012 en merknad om at:

Det må leggjast større vekt på å utdanne helsepersonell som er tilpassa dei framtidige kommunale oppgåvene, og utdanna helsepersonell må i større grad enn til no bli kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstenesta.

(...)

Komiteen (...) vil også peike på at det er viktig å sjå ei auke i utdanningskapasiteten innafor muskel- og skjelettlidingar i samanheng med den eksisterande manuellterapiutdanninga.¹⁹

Den godt begrunnede komitemerknaden har dessverre ikke ført til endringer ved utdanningen i de påfølgende stortingsperiodene.

NMF mener det må investeres mer i utdanning og forskning på muskelskjelett-området. Dette er egnet til å gi betydelige positive samfunnsøkonomiske effekter. Det finnes i dag bare én ren muskel- og skjelettutdanning på universitetsnivå som utdanner helsepersonell til den kommunale helse- og omsorgstjenesten; masterutdanningen i manuellterapi ved UiB. Utdanningens kapasitet er svært begrenset. Det tas opp kun inntil 24 studenter annet hvert år. Det er knapt nok til å dekke den naturlige avgangen fra yrket. Budsjettene tillater heller ikke at det kan gjennomføres forskning i særlig grad. Et tiltak for å bedre behandlingstilbudet overfor muskel- og skjelettpasienter vil derfor være å styrke manuellterapeut-utdanningen ved UiB gjennom å øke kapasitet og kvalitet.

Et annet tiltak kan være å informere publikum bedre om muligheten for å gå direkte til manuellterapeut ved sykdom eller skade i muskel- og skjelettapparatet. Dette kan f.eks. gjøres ved å omtale manuellterapeut-tjenesten på helsenorge.no, og legge til rette for at publikum kan ta kontakt for timebestilling på dette nettstedet på samme måte som man kan bestille time hos fastlege. Dette alene vil være et tiltak som i betydelig grad vil avlaste fastlegene.

Et tredje tiltak kan være å sette i gang prøveprosjekt med særskilte manuellterapi-tilskudd i kommuner, spesielt der hvor fastlegeordningen svikter. Manuellterapeutene kan pålegges å samarbeide med f.eks. et bestemt antall fastleger om å undersøke og behandle muskel- og skjelettpasienter. Målet må være å redusere fastlegenes arbeidsmengde, utvide fagmiljøet og – samtidig – sikre bedre pasientforløp, herunder legge til rette for tidlig innsats og rask avklaring. Reell reduksjon i fastlegenes arbeidsmengde vil være mulig fordi manuellterapeutene kan diagnostisere, behandle, sykmelde og henvise til spesialisthelsetjenesten og radiologiske prøver. Fordi yrkesgruppen har lignende fullmakter som legenes på muskel- og skjelettområdet vil manuellterapeuter kunne supplere fastlegene på dette området. Manuellterapeutene har også et etablert finansieringssystem, noe innebærer takster fastsatt av staten og samme egenandelstak som legenes. Dette betyr at pasientene ikke får økte utgifter og at ansvarsforholdene mellom lege og manuellterapeuter allerede er avklart i eksisterende regelverk.

¹⁹ Merknad fra Kirke-, utdannings- og forskningskomiteens til St. mld 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd», 24. mai 2012

3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Vi har tatt fram et par anekdotiske eksempler fra to kommuner som illustrerer hvordan forholdene er over hele landet. Vi tillater oss også å minne om et tidligere forsøksprosjekt som ledet fram til manuellterapeutenes fullmakter.

3.1 Rana kommune

Kommuneoverlege Frode Berg i Rana skrev i desember 2021 følgende til kommunens fysioterapeuter/manuellterapeuter:

Flere fastleger opplever at pågangen langt overstiger kapasiteten. Et legekantor rapporterer om en dobling i antallet telefonhenvendelser, alle legene har flere konsultasjoner enn vanlig på dagtid, og mange jobber med videokonsultasjoner på ettermiddag og kveld for å ta unna pågangen. De fleste fastlegekontorene må prioritere strengere og avvise pasienter som de ellers ville tatt inn på time. Situasjonen er den samme på legevakten.

Det er ikke noe som tyder på at utvikling vil snu, og det er flere ting som tyder på at situasjonen kan blir verre.

Spørsmålet er om fysioterapeuter/manuellterapeuter har mulighet til å avlaste fastlegene/legevakt med å i større grad enn i dag tilby konsultasjoner til pasienter med smerter i bevegelsesapparatet. Dersom man kombinerer dette med råd om reseptfrie legemidler og bruk av egenmeldingsdager heller enn sykemelding vil dette ha en stor avlastende effekt for fastleger og legevakt.

Manuellterapeutene i kommunen svarte positivt på henvendelsen. En terapeut har etter dette satt av to akutt-timer per dag for undersøkelse, utredning og eventuell behandling av fastlegepasienter.²⁰ Terapeuten opplyser at tilbudet har blitt svært godt mottatt av pasientene som føler seg godt ivaretatt.

Det er imidlertid eksempler på at enkelte fastleger ikke ønsker å sende fra seg muskelskjelett-pasienter, som de betegner som et «friskt pust i arbeidshverdagen». Kommuneoverlegen skriver også at

Erfaringsmessig så vil ikke fastlegene gi fra seg noen pasienter til andre yrkesgrupper selv om det er aldri så travelt, men det kan tenkes at tiden er inne for det nå. (Se vedlegg 1)

3.2 Hadsel kommune

I Hadsel kommune har det vært stort press på fastlegetjenesten i mange år. Helsesekretærene ved kommunens legesentre ber derfor muskelskjelett-pasienter henvende seg direkte til kommunens manuellterapeut i Melbu for undersøkelse, behandling og oppfølging. Etter hvert har pasientene selv lært at de kan henvende seg direkte til manuellterapeuten (se vedlegg 2):

²⁰ E-post fra manuellterapeut Håkon Nordbakken til kommuneoverlege Frode Berg

Slik situasjonen nå er med lange ventelister og vanskelig å få tak i fastlegen, blir ofte pasientene bedt om å kontakte manuellterapeuten direkte når de ringer til legekontoret.

Takket være en god helsesekretærtjeneste hos manuellterapeuten får pasientene kontakt med en gang og kan avtale tid for konsultasjon. Akutt-timer tas så snart som mulig etter vurdering på bakgrunn av telefonsamtalen. Dette er et tilbud som med fordel kunne vært implementert i hele landet. Lignende forhold er det i mange landets kommuner, spesielt i distriktskommunene. Utfordringen er at det er tilfeldig hvilke kommuneoverleger, fastlegekontor og fastleger som benytter seg av manuellterapeut der slik kompetanse finnes. Kommunene informerer også i alt for liten grad om manuellterapitjenesten på sine nettsteder og i sine helseplaner, dette til tross for at ASA 4313²¹ mellom sier:

Kommunen skal på sitt nettsted oppgi kontaktinformasjon til fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen, herunder hvem som er manuellterapeuter. Det skal også informeres om hvem som er psykomotorikere eller har annen spesialistkompetanse. På nettstedet skal det henvises til gjeldende regler for økonomisk refusjon.

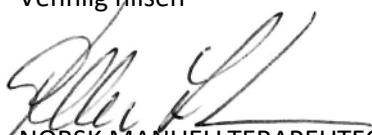
Manuellterapeutene Håkon Nordbakken, Rana (tlf.: 917 30 253), og Jostein Ellingsen, Hadsel (tlf.: 911 53 601) kan ved behov kontaktes for ytterligere opplysninger om eksemplene nevnt ovenfor.

3.3 Henvisningsprosjektet

Vi minner dessuten om resultatene fra *Henvisningsprosjektet* som gikk forut for Stortingets vedtak om å gi manuellterapeuter lignende fullmakter som legenes på sitt kompetanseområde. SINTEF Unimed evaluerte forsøket for Rikstrygdeverket og konkluderte slik:

- Det samlede sykefraværet i forsøksfylkene har hatt en vekst som er mellom en og to prosentenheter lavere enn i resten av landet, regnet over en toårsperiode. Dette er en signifikant forskjell, og det gir en indikasjon på en sammenheng med forsøket.
- Manuellterapeuter sykmelder i begrenset grad – og når de sykmelder, sykmelder de i hovedsak for korte perioder.
- Brukerne uttrykker at de har tillit til at manuellterapeut kan sykmelde og/eller henvise, og at det er praktisk at de har denne rettigheten.
- Et stort flertall (9 av 10) var fornøyd og ønsket at ordningen i forsøksprosjektet skulle fortsette.
- Den viktigste endringen for brukerne er helt klart at de kan gå direkte til manuellterapeut uten å gå til lege først. Dette oppleves praktisk, effektivt og tidsbesparende.²²

Vennlig hilsen



NØRSK MANUELLTERAPEUTFORENING
Peter Chr. Lehne
leder

²¹ ASA 4313 er rammeavtale mellom KS og manuellterapeut- og fysioterapeutorganisasjonene.

²² SINTEF Unimed: Evaluering av henvisningsprosjektet -

Emne: SV: Akutt timer muskel og skjelett.
Dato: 14.01.2022 17:12
Fra: "Berg, Frode" <Frode.Berg@rana.kommune.no>
Til: Haakon Nordbakken <hnordba@online.no>
Kopi til: Marius Solstrand <marius@actaklinikken.no>

Fantastisk. Jeg videreformidler det til fastlegene.
God helg

Med vennlig hilsen



Frode Berg
kommuneoverlege
avdeling legetjenester og samfunnsmedisin
Telefon: 75 14 50 61 Mobil: 41206706
E-post: Frode.Berg@rana.kommune.no
www.rana.kommune.no

Fra: Haakon Nordbakken <hnordba@online.no>
Sendt: fredag 14. januar 2022 16:48
Til: Berg, Frode <Frode.Berg@rana.kommune.no>
Kopi: Marius Solstrand <marius@actaklinikken.no>
Emne: Akutt timer muskel og skjelett.

Jeg tar imot pasienter for akutt konsultasjon fra mandag 17.01.

Jeg setter i starten av 2 timer pr dag for akuttpasienter.

Personlig mener jeg vi burde bestrebe oss å ta akuttpasienter inn med 1-2 dagers ventetid.

Å få undersøkt pasientene raskt, og satt dem i gang med aktuelt regime er et stort skritt i riktig retning!

Pasienten skal jo ut av behandling med godt resultat, så raskt som mulig. Dette kan være starten på noe veldig bra.

Håper mange stiller opp. Dette bør bli en varig dugnad for pasientens beste.
Flott initiativ.

Mvh Håkon Nordbakken
Telefon 917 30 253

Emne:SV: Forespørsel fra kommuneoverlege Frode Berg

Dato: 13.12.2021 10:31

Fra: "Berg, Frode" <Frode.Berg@rana.kommune.no>

Til: Haakon Nordbakken <hnordba@online.no>, Marius Solstrand <marius@actaklinikken.no>

Hei Håkon

Takk for positiv tilbakemelding. Jeg tenker at jeg først må ta møtet med fastlegene i kveld for å få konkret tilbakemelding på hvilke tiltak de ønsker iverksatt. Erfaringsmessig så vil ikke fastlegene gi fra seg noen pasienter til andre yrkesgrupper selv om det er aldri så travelt, men det kan tenkes at tiden er inne for det nå.

Jeg gir en tilbakemelding etter møtet med fastlegene, så tenker jeg at et møte mellom representanter fra terapeuter og representanter fra fastlegene er på sin plass innen kort tid dersom dette er tiltak som skal iverksettes.

Med vennlig hilsen



Frode Berg
kommuneoverlege
avdeling legetjenester og samfunnsmedisin
Telefon: 75 14 50 61 Mobil: 41206706
E-post: Frode.Berg@rana.kommune.no
www.rana.kommune.no

Fra: Haakon Nordbakken <hnordba@online.no>

Sendt: mandag 13. desember 2021 10:00

Til: Marius Solstrand <marius@actaklinikken.no>; Berg, Frode <Frode.Berg@rana.kommune.no>

Emne: Re: Forespørsel fra kommuneoverlege Frode Berg

Hei alle sammen!

Jeg synes initiativet til Frode Berg er meget bra. Snakker vi her om organiseringen av fremtidig manuellterapi/fysioterapi og kanskje fysioterapi? Det hadde i så fall vært på tide med et nytt skritt fremover.

Manuellterapeuter har i Nordland vært i førstelinjetjeneste siden 2001, ettersom vi var med på prøveprosjektet for manuellterapi/kiropraktorer, hvor manuellterapeuter/kiropraktorer fikk utvidede rettigheter. Dette ble landsomfattende i 2006.

Den bærende ideen var kompetanse gir rettighet.

Manuellterapeuter har rettigheter til å henvise til alle spesialister og henvise til alle røntgen modaliteter. Vi er som hånd i hanske for å samarbeide og avlaste fastlegene.

Ja hvorfor ikke arbeide feks 50% på et legesenter? Ideen er så bra at det burde vært gjort et pilotprosjekt!

Vi er her for pasientene. En slik løsning tror jeg vil hjelpe mange.

Er møtet med fastlegene et møte vi kan være med på?

Manuellterapeut Håkon Nordbakken

Viser til telefonsamtale tidligere i dag.

Både de kommunale helsetjenestene i Rana og spesialisthelsetjenesten på Helgeland er presset for tiden. Dette skyldes en kombinasjon av stor pågang og sykefravær blant helsepersonell.

I Rana kommune er det fastlegetjenesten og legevakten som er mest presset. Flere fastleger opplever at pågangen langt overstiger kapasiteten. Et legekantor rapporterer om en dobling i antallet telefonhenvendelser, alle legene har flere konsultasjoner enn vanlig på dagtid, og mange jobber med videokonsultasjoner på ettermiddag og kveld for å ta unna pågangen. De fleste fastlegekontorene må prioritere strengere og avvise pasienter som de ellers ville tatt inn på time. Situasjonen er den samme på legevakten.

Det er ikke noe som tyder på at utvikling vil snu, og det er flere ting som tyder på at situasjonen kan bli verre. Vi har ingen influensatilfeller enda og lavt smittetrykk av covid-19. Effekten av de nasjonale tiltakene er usikker og så har vi omikronvarianten som vi er sikre på kommer, bare ikke når.

Vi er nå nødt til å innføre tiltak som begrenser pågangen til fastlegene og legevakt og jobber med en tiltakspakke.

Spørsmålet er om fysioterapeuter/manuellterapeuter har mulighet til å avlaste fastlegene/legevakt med å i større grad enn i dag tilby konsultasjoner til pasienter med smerter i bevegelsesapparatet. Dersom man kombinerer dette med råd om reseptfrie legemidler og bruk av egenmeldingsdager heller enn sykemelding vil dette ha en stor avlastende effekt for fastleger og legevakt.

Vi kan ikke innføre et slikt tiltak før vi har avklart om terapeutene har mulighet og er villige. Jeg ville satt pris på om du kan hjelpe med å avklare det. Skal i møte med allmennlegene på mandags kveld og håper jeg kan få en tilbakemelding innen den tid.

Takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen



Frode Berg
kommuneoverlege
avdeling legetjenester og samfunnsmedisin
Telefon: 75 14 50 61 Mobil: 41206706
E-post: Frode.Berg@rana.kommune.no
www.rana.kommune.no

Manuellterapi og avlastning på legekantorene

Jeg etablerte en manuellterapi praksis på Melbu i Vesterålen i 1989 etter forespørsel fra daværende kommuneoverlege i Hadsel, Henning Aanes, som opprettet et eget driftstilskudd til manuellterapi. Han var forutseende og så allerede da at dette var en avlastning for legene. Han endte forresten opp som fylkeslege i Nordland og senere dommer i Arbeidsretten. Allerede da var det klart at dette driftstilskuddet skulle knyttes opp til en manuellterapeut for å drive praksis i primærhelsetjenesten. Siden da har jeg praktisert som primærkontakt i regionen og etter hvert ble jo dette også formalisert. Også pasienter fra nabokommunene har benyttet seg av denne tjenesten.

Det er blitt slik at publikum er nå blitt "opplært" til å kontakte manuellterapeuten først når det gjelder plager av muskel-skjelettkarakter. Slik situasjonen nå er med lange ventelister og vanskelig å få tak i fastlegen, blir ofte pasientene bedt om å kontakte manuellterapeuten direkte når de ringer til legekantoret. Det er fremdeles mange som av gammel vane ringer legen først selv om det er muskel-skjelettplager de sliter med.

Takket være en god helsesekretærtjeneste hos oss, får pasientene kontakt med en gang og kan avtale tid for konsultasjon. Akutt-timer tas så snart som mulig etter vurdering på bakgrunn av telefonsamtalen. Fastlegeordningen er også her i krise. Det er timelange ventetider på telefonen og når de først kommer fram på telefonen, er det ikke mulig å få time før på flere uker – og da hos en ukjent lege. Dette medfører at pasientene mange ganger tar kontakt med meg som manuellterapeut og kan komme med plager og problemer som ikke nødvendigvis kan forbindes med direkte muskel-skjelett-lidelser. Som manuellterapeut og primærkontakt er rollen nå blitt mer og mer en portvokter som må hjelpe pasientene gjennom systemet og få bekreftet eller avkreftet alvorlige lidelser og råd og hjelp i forbindelse NAV og arbeidslivet.

Manuellterapeuter er helt klart en relevant yrkesgruppe for direkte å avlaste legekantorene. Dette krever mer informasjon og aktiv holdning fra kommunene sin side. Selv her i kommunen hvor jeg har drevet godt og i godt samarbeid med legene og kommunene, savner jeg en mer pro-aktiv rolle fra kommunene sin side for å sluse pasienter forbi legekantorer og direkte til manuellterapeut.

Med hilsen

Institutt for manuellterapi AS, Melbu

Jostein Ellingsen

Manuellterapeut

muskelskjelett sonograf, UiB

<http://melbu.manuellterapi.no>

e-mail: jostein.ellingsen@manuellterapi.net