

Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, Statsråden.

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Norsk Osteopatforbund takker for muligheten å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står foran store utfordringer. Det vil være svært krevende å skulle videreføre dagens nivå av tjenester i takt med økende andel eldre og syke. Strengt prioriteringer, bedre ressursutnyttelse og endrede strukturer må til for å sikre bærekraft over tid. En debatt om hva som er godt nok er allerede i gang. Det er ikke hender og hoder nok til å videreføre dagens modell. Som samfunn må vi ta i bruk de samlede ressurser for å møte fremtidens utfordringer, og arbeide for en helsefremmende kultur som gjennomsyrrer alle nivåer av helse- og omsorgstjeneste både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten, og samfunnet ellers.

Vårt innspill vil innledningsvis presentere viktige forhold om primærhelsetjenesten og samhandling, muskel- og skjelett plager, og osteopaters virke og kompetanse. I avsluttende del vil vi si noe om de overordnede utfordringer vi står foran. Vi vil i denne delen løfte frem sentrale temaer vi mener er viktige for den videre utviklingen av helse- og omsorgstjenesten på generelt grunnlag.

Vennlig hilsen,



Tomas Collin, leder NOF

1 Primærhelsetjenesten

Å ha nok ressurser i primærhelsetjenesten gjennom en styrking av allmennlegetjenesten, vil være et viktig bidrag for å gi riktig helsehjelp på riktig nivå. Fastlegen er navet i helsehjulet for oss alle, både som borgere og som helsepersonell i førstelinjen. I satsingen på allmennlegetjenesten bør en også se på hvordan andre profesjoner kan bidra med sin kompetanse, f.eks. innen muskel og skjelettplager. NOF viser til tidligere utviklingsprosjekter som blant har vist hvordan manuellterapeuter og kiropraktorer har kunnet bidra i møtet med denne store pasientgruppen, og avlaste fastlegene.

Vi oppfordrer statsråden til å se på hvordan man ytterligere kan nyttiggjøre seg den samlede ressurs som osteopater, fysioterapeuter, kiropraktorer og naprapater utgjør for den store gruppen med muskel- og skjelettplager, når videre tiltak for å styrke og avlaste allmennlegetjenesten skal vurderes.

1.1 Helsenett – et nødvendig verktøy for styrket samhandling og dialog

Helsenett er en naturlig plattform for dialog mellom ulike aktører i helsetjenesten. Helsenett er et godt verktøy som legger til rette for samhandling og bedre pasientforløp. Fremtiden er digital, og en trygg, stabil og sikker plattform, som alle nivåer av helsetjenesten har tilgang til, er en viktig forutsetning for å kunne ivareta faglig forsvarlighet. Tilgang til Helsenett stiller tekniske krav til virksomheten og deres dataleverandør, i tillegg til forskriftsfestede kostnader for tilgang. Prising for tilgang er dog en barriere for små og mellomstore virksomheter, ved at kostnad følger per virksomhet uavhengig av størrelse. I praksis vil et privat sykehus med hundre ansatte ha samme kostnad for tilgang, som en liten klinikk i distriktet. Mange små og mellomstore virksomheter velger derfor bort Helsenett av økonomiske hensyn.

NOF støtter at brukerne av Helsenett er med på å bære en naturlig del av kostnader for drift og utvikling. Dagens prismodell er dog svært skjev, og vi mener at prising i større

grad må tilpasses de ulike virksomheters størrelse. Dette vil gjøre at flere små og mellomstore virksomheter, typisk ulike aktører innen førstelinjetjenesten, vil knytte seg til Helsenettet, noe som vil styrke nødvendig samhandling og dialog, og pasientsikkerhet.

1.2 Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager rammer mange og er en viktig årsak til nedsatt helse og livskvalitet i et globalt perspektiv (1). Forekomsten av sykdom i form av muskel- og skjelettplager i Norge har holdt seg nokså stabil på ca. 25%, og er den hyppigste årsaken til en rekke trygdeytelser (2). Lærum et al rapporterte i 2013 at særlig korsryggplager var en hyppig årsak til sykefravær og uførhet, og kostet samfunnet store beløp (3). Samlede kostnader relatert til helsetjeneste, tapt verdiskaping og sykdomsbyrde ble for 2016 estimert til 255 milliarder (4). Nyere beregninger presentert i rapporten «Bærekraft i praksis», viser at de samlede helsetjenestekostnader for det norske samfunnet relatert til rygg- og nakkeplager i 2019 var om lag 8,7 milliarder kroner, i tillegg til produksjonstap og individuelt helsetap (5).

Osteopater har inngående kunnskap om ulike smertetilstander, psykososiale påvirkninger dette har på pasienter, samt klinisk samtale/kommunikasjon, treningsterapi, nevrologisk-, ortopedisk- og funksjonell undersøkelse. Osteopater er samlet sett i stand til å fylle en liknende rolle som fysioterapeutene og kiropraktorene på muskel- og skjelettområdet. Det innebærer blant annet selvstendig ansvar for å stille diagnose og oppfølging av pasientene, og slik kunne bidra til å redusere belastningen på fastlege og spesialisthelsetjenesten.

2 Helse i alt vi gjør

Det videre arbeidet med å utvikle en Nasjonal helse- og samhandlingsplan må bygge på premisset at alt henger sammen alt, og at det er helse i all politikk, uansett fagområde. Helsetjenester, utdanning, kultur, og miljø, er bare noen eksempler på områder som direkte eller indirekte påvirker befolkningens helse (6). Overordnede planer for helse- og omsorgstjenesten, folkehelsen og helseberedskap, bør derfor utvikles i sammenheng med utviklingsarbeid innen andre områder, som f.eks. skole, yrkesliv og lokalsamfunn, og ikke bare fokusere på helsetjenester (7). Helsetjenester skapes og utvikles også tverrsektorielt, og favner alt fra offentlig tjenestelevering, private virksomheter og frivilligheten (8, 9). Det videre arbeidet med å utforme overordnede planer må derfor ikke bare favne offentlig virksomhet, men også inkludere privat og frivillig sektor.

Det moderne menneskets opplevelse av egen helse skjer i større grad ved sosiokulturelle prosesser, samhandling og sammenligning, og i mindre grad ved fysiske forutsetninger (10). Egen helse og livskvalitet farges av relativ sammenligning med omgivelsene. Fremveksten av sykdommer som f.eks. utmattelsessyndrom og utbrenthet, lar seg ikke forklare med enkel empirisme (11). Helsefremmende arbeid handler om mere enn biomedisinsk dikotomi, med tiltak rettet mot å enten unngå sykdom eller behandle den (12). Den norske forskeren Rani Lill Anjum sier at vi for å kunne ivareta personen må tillegge kunnskap om den psykososiale og kulturelle kontekst større verdi (13). I praksis vil dette bety at helsepersonell i større grad må hensynta pasientens verdier, forventninger, håp og bekymringer, og tilby individuelt tilpasset helsehjelp, fremfor å levere standardiserte behandlingsintervensjoner (14).

2.1 Styrke befolkningens helsekompetanse

I en integrert modell av helsekompetanse redegjør Sørensen et al for hvordan informasjonstilgang, forståelse, fortolkning og handling påvirker helse, på individ og samfunnsnivå (15). Helsekompetanse må ikke bare sees som den enkeltes evne til å forstå informasjon i form av tekst, men også se sammenhenger og ta valg som promoterer og opprettholder helse og livskvalitet, for en selv og de rundt (6). Styrket

helsekompetanse har overføringsverdi innen helsetjenesten i form av informerte valg om behandling, innen forebyggende arbeid som evne til å vurdere risiko, og innen helsefremmende arbeid som kloke valg om hva som fremmer egen helse. Helsetjenesten bør på alle nivåer gjøres bevisst sitt ansvar om å bidra til befolkningens helsekompetanse.

2.2 Personorientert helsehjelp

Personorientering som tilnærming innen helse legger vekt på å inkludere personens egne verdier, tanker og meninger, ved valg og prioriteringer i klinisk praksis (14). Det er viktig å hensynta personens selvbestemmelse og selvstendighet, og aktivt etterspørre hvordan de erfarer at dette blir respektert. Personorientering innen pasientrettet arbeid er først og fremst et verdivalg, og må gjelde alle nivåer av helsetjenesten (16).

Helsepersonell må balansere egen faglig ekspertise og rollen som tjenesteleverandør, og pasientens egen forståelse og forventninger. Personorientering blir i dag ofte nevnt på både overordnet nivå innen helsepolitikk og innad i helsetjenesten. Mange helsetjenesteleverandører presenterer seg som personorienterte, uten at dette nødvendigvis innebærer at mottagerne av tjenesten opplever det slik (17).

En personorientert tilnærming søker etter personens verdier, forventninger og «hva som er viktig for deg?», i tillegg til åpenhet for tilbakemeldinger om tilfredshet og opplevelse av behandling. Kartlegging, ved for eksempel en kiropraktors, osteopats eller fysioterapeuts ulike ortopediske og nevrologiske tester, og ulike fysikalske intervensjoner, som manuell behandling og øvelser, står ikke alene, men i sammenheng med møtet og dialogen mellom pasient og terapeut. Helsepersonell bruker tid sammen med sine pasienter, og en samtale er en naturlig del av møtet. Møtet mellom individer og deres kommunikasjon har betydning i seg selv og er ikke bare et verktøy for informasjon. Her ligger et mulighetsrom for å helsefremmende arbeid på alle nivåer av helsetjenesten, men særlig på førstlinjenivå, noe som i sin tur kan gi mindre press på spesialisthelsetjenesten, og bedre bruk av ressurser.

3 Referanser

1. Abrams EM, Akombi B, Alam S, Alcalde-Rabanal JE, Allebeck P, Amini-Rarani M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
2. Ihlebæk C, Brage S, Natvig B, Bruusgaard D. Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2010;130(23):2365-8.
3. Lærum B, Ihlebæk, Johnsen, Natvig, Aas,. Et muskel- og skjelettrengskap - Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. Oslo: FORMI, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus, Ullevål,; 2013.
4. Skogli E, Theie, M. G., Stokke, O. M., & Lind, L. H.,. Muskelskjelettsykdom i Norge: Rammer flest og koster mest Oslo: Menon Economics; 2019.
5. Oslo Economics. Bærekraft i praksis, Samfunnskostnader og -utfordringer ved rygg- og nakkeplager i Norge, den viktigste årsaken til tapt helse og yrkesfravær. Oslo; 2019.
6. Green J. Health promotion : planning and strategies. 4 ed. Woodall J, Cross R, Tones K, Green J, editors. Los Angeles, Calif.: Sage; 2019 2019. XVI, 681 sider p.
7. Fosse E, Torp S, Stang I. Promoting Health Across the Lifespan. In: McCormack B, Dulmen AMv, Eide H, Eide T, Skovdahl K, editors. *Person-Centred Healthcare Research*. Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. p. 141-8.
8. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis. 5 ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
9. World Health Organization. The Jakarta declaration : on leading health promotion into the 21st century: World Health Organization; 1997. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-4ICHP-BR-97.4>.
10. Lock A, Strong T, Røen P. Sosial konstruksjonisme : teorier og tradisjoner. Bergen: Fagbokforl.; 2014.
11. Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*. 2008;44:3129-32.
12. Antonovsky A. Helsens mysterium : den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
13. Anjum RL. Evidence-based or person-centered? An ontological debate. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2016;4(2):421-9.
14. McCormack B, Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T. *Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research*. Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. p. 3-17.
15. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):80-.
16. McCormack B, McCance T. *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. 2 ed: United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2016.
17. Dewing J, Eide T, McCormack B. Philosophical Perspectives on Person-Centredness for Healthcare Research. In: McCormack B, van Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T, editors. *Person-Centred Healthcare Research*. Chichester, UK: Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017. p. 19-29.